



BUAP

Facultad de Ciencias de la Comunicación

**Efectos de la comunicación
interpersonal en la relación
médico-paciente: Praxis
obstétrica del seguro social**

tesis para obtener el título de

**Licenciada en
Comunicación**

PRESENTA

Janeth Cadena De la Rosa
202029837

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Edith Molina Carmona

H. Puebla de Z. septiembre 2025

Contenido

INTRODUCCIÓN	1
MARCO CONTEXTUAL	10
¿QUÉ ES EL EMBARAZO?	10
ESTADÍSTICAS Y GRUPOS POBLACIONALES	11
PRAXIS MÉDICA	13
¿QUÉ ES LA MALA PRAXIS MÉDICA?	14
¿QUÉ SE ENTIENDE POR MALA PRAXIS OBSTÉTRICA?.....	17
MUERTE OBSTÉTRICA	18
CALIDAD DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN MÉXICO	20
¿QUÉ ORGANISMOS REGULAN LA PRAXIS MÉDICA EN MÉXICO?	21
POLÍTICA NACIONAL DE SALUD	22
¿QUÉ ARTÍCULOS Y POLÍTICAS APOYAN LA SALUD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS?...23	
PROGRAMAS DE SALUD MATERNA EN MÉXICO	25
ESTADO DEL ARTE	30
METODOLOGÍA	30
INTERACCIÓN ENTRE MÉDICO-PACIENTE OBSTÉTRICO EN LA ATENCIÓN MÉDICA	33
EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS Y LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA	34
PERSUASIÓN Y LA INTERACCIÓN ENTRE MÉDICOS Y MUJERES EMBARAZADAS	35
MARCO TEÓRICO	38
PRESENTACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN	38
PAUL WATZLAWICK Y AUTORES DE LA ESCUELA DE PALO ALTO EN LA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA	39
TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA DE PAUL WATZLAWICK	39
AXIOMAS DE LA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN	41
TEORÍA EN LA ACCIÓN (CHRIS ARGYRIS Y D. SHÖN)	43
CONCEPTOS DE EXPERIENCIA Y PERCEPCIÓN	47
APARTADO METODOLÓGICO	54
Tipo de investigación	54
DESCRIPTIVA, CORRELACIONAL O EXPLICATIVA	55
EXPERIMENTAL O NO EXPERIMENTAL	56

TRANSECCIONAL O LONGITUDINAL	57
Técnica de Investigación: Entrevista.....	58
Diseño del instrumento	58
Muestreo para el levantamiento de datos	59
Pasos para la recolección de datos o trabajo de campo	60
Prueba Piloto	61
TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN.....	65
PLAN DE ANÁLISIS	67
ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	70
VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	70
CALIDAD DE LA INTERACCIÓN EN LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE	72
EXPERIENCIA EN LAS PACIENTES	73
PERCEPCIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA.	76
CONCLUSIONES.....	82
REFERENCIAS	89
ANEXOS	1
ENTREVISTA 1.	2
ENTREVISTA 2	10
ENTREVISTA 3	18

INTRODUCCIÓN.

La comunicación interpersonal en el ámbito médico desempeña un papel crucial en la calidad de la atención de la salud, especialmente en el contexto de la praxis o también conocido como practica obstétrica.

En el sistema de salud mexicano, específicamente en el ámbito del seguro social, la relación en el área obstétrica se constituye como un componente esencial para garantizar resultados óptimos tanto para la madre como para el recién nacido.

La comunicación interpersonal es la acción de comunicación más importante que tiene lugar dentro el hospital, no sólo porque permite al personal médico y de enfermería interactuar con el paciente y sus familiares, sino también porque ayuda a todo el personal hospitalario a adaptarse a los cambios que tienen lugar en el contexto sanitario y en la organización y de este modo mantener un nivel de motivación adecuado. (Medina, 2010, pág. 114)

Entonces se comprende que la comunicación interpersonal no solo facilita la relación entre médico y paciente, sino que también desempeña un papel fundamental en la consistencia y motivación del equipo hospitalario.

Al mantener a todo el personal informado y proporcionar un canal efectivo para la adaptación a cambios, la comunicación interpersonal contribuye a que exista un ambiente hospitalario más saludable y ayuda a mantener niveles adecuados de motivación entre los profesionales de la salud.

Así mismo se subraya que la calidad de la comunicación interpersonal impacta no solo en la atención directa al paciente, sino también en la dinámica general y la eficacia del hospital.

Sin embargo, persisten inquietudes sobre la efectividad de la comunicación interpersonal en el contexto de la atención obstétrica proporcionada por el Seguro Social. La dinámica de la comunicación entre los profesionales de la salud y las pacientes embarazadas puede influir significativamente en diversos aspectos, como la satisfacción

del paciente, el cumplimiento del tratamiento, la toma de decisiones informadas y, en última instancia, en los resultados de salud materna e infantil.

De acuerdo con DiMatteo et al. (1980), “los pacientes expresan una mayor satisfacción con los médicos que son lo suficientemente sensibles para decodificar la postura corporal y emociones de los mismos pacientes, y esto mejora la experiencia y la calidad de la atención médica brindada.” (pág. 376)

El objeto de estudio de esta investigación se centra en los efectos de la comunicación interpersonal en la relación médico-paciente, específicamente en el contexto de la praxis obstétrica dentro del sistema de salud del Seguro Social en México.

La investigación se propone analizar detalladamente cómo la calidad de la comunicación entre los profesionales de la salud y las mujeres gestantes influye en la prestación de servicios obstétricos en el marco de esta institución.

En la opinión del autor Espinoza (2003):

Para que las personas utilicen los servicios de salud estos deben ser eficientes, seguros y confiables. La atención debe estar basada en la comunicación interpersonal entre profesionales de salud y pacientes, puesto que se constituye en uno de los dos componentes fundamentales de la calidad de atención. (pág. 18)

Se sugiere que la calidad de atención no se limita solo a aspectos técnicos o procedimientos médicos, sino que está intrínsecamente ligada a la forma en que los profesionales de la salud se comunican con los pacientes.

La atención médica efectiva, según este planteamiento, implica una interacción comunicativa clara, comprensiva y respetuosa entre el personal de salud y quienes reciben los servicios. Este énfasis en la comunicación interpersonal remarca su papel como un componente esencial para lograr una atención de calidad y, por fin, fomentar la confianza y satisfacción de los pacientes en el sistema de salud.

Por lo tanto, este estudio busca comprender la naturaleza de la comunicación interpersonal en el ámbito obstétrico del Seguro Social mexicano, examinando cómo

afecta la toma de decisiones, la satisfacción del paciente, la aceptación a los tratamientos y, en última instancia, los resultados de la salud materna y neonatal. Asimismo, se explora posibles factores que puedan modular o influir en esta comunicación, como la cultura organizacional, la capacitación del personal y las condiciones estructurales del sistema de salud.

De acuerdo con la Secretaría de Salud (s.f.): “Con la información oficial de muertes en México, se tiene que durante el periodo de 2002 a 2018 ocurrieron 17,406 muertes maternas para el cálculo de razón de mortalidad materna” (pág. 13)

La tasa de mortalidad materna es un indicador crítico de la salud materna en un país y estas cifras sugieren un desafío significativo en términos de la seguridad y el bienestar de las mujeres embarazadas y en el período posparto en México durante ese lapso. Se plantea que las posibles causas de estas muertes maternas yacen de la falta de eficacia de los sistemas de atención médica, los factores socioeconómicos y culturales que podrían influir en estas cifras, y la importancia de mejorar estos aspectos para abordar este problema de manera efectiva.

Esto indica que existen situaciones en la que la atención médica no es la adecuada tanto en la calidad como en la eficacia de los sistemas de salud, debido a esto suele suceder violencia obstétrica por parte del seguro social mexicano.

De acuerdo con el gobierno de México (2016)

La violencia obstétrica se genera con el maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y psicológicamente. Se presenta en los lugares que prestan servicios médicos y se da en todas las esferas de la sociedad. (párr. 2)

La lucha contra la violencia obstétrica implica concientización, educación e implementación de medidas que garanticen que se reciba atención médica digna y respetuosa durante el embarazo y el parto.

Este enfoque debe abordar aspectos estructurales, culturales y educativos que contribuyen a la persistencia de este problema, buscando crear entornos de atención que promuevan la seguridad, el respeto y el apoyo emocional necesario.

Según Castro y Erviti (2003);

La experiencia de las mujeres que recibieron atención en instituciones de salud pública y en observación en cuartos de maternidad y salas de partos de hospitales se divide en tres patrones de comportamiento: los del personal de atención de la salud, los de las propias mujeres y los de la institución. Aunque no siempre se producen abusos y violaciones de derechos humanos cada vez que una mujer da a luz en un hospital público, han surgido patrones de maltrato que requiere una investigación profunda para identificar las causas de esos malos tratos, lo que eventualmente conducirá a su erradicación. (pág. 90)

Desde la perspectiva comunicacional existe dos teorías que son de utilidad para la investigación, una de ellas es de los autores Argyris y Shön llamada *teoría declarada* o también conocida como teoría de la relación médico paciente.

La premisa de esta teoría se concentra en la interacción y la comunicación entre el médico y paciente, se habla sobre la comunicación efectiva y como esta es esencial para una atención médica de calidad. La empatía y la comprensión son componentes clave de la comunicación efectiva. Se enfoca en que la relación se rige por principios éticos, como la confidencialidad, el respeto a la privacidad y la toma de decisiones compartidas.

La teoría se adentra en la idea de que la relación médico-paciente está guiada por principios éticos. Se mencionan algunos de estos principios éticos, como la confidencialidad, que implica resguardar la privacidad de la información médica del paciente.

También se destaca el respeto a la privacidad, indicando la importancia de reconocer y respetar los límites personales del paciente en el proceso de atención médica. Finalmente, se menciona la toma de decisiones compartidas, lo que sugiere que

la colaboración entre el médico y el paciente es crucial en el proceso de decisiones, involucrando al paciente en las elecciones que afectan su atención médica.

La segunda teoría es la de *la comunicación humana* propuesta por el autor Watzlawick su premisa de acuerdo con Rizo (2011) menciona que esta teoría; "...se entiende por interacción comunicativa, fundamento básico para las relaciones humanas. Además de ello, esta obra es importante porque establece un diálogo entre la ciencia de la comunicación y otras disciplinas..." (p.9)

Entonces la teoría es fundamental para entender y mejorar la interacción que existe en la atención médica, en principio porque toda comunicación implica una interacción más allá de que sea verbal, también se incluye lo corporal y la empatía, esto establece y gestiona la relación que existe entre el médico y la paciente.

Al reconocer que la comunicación es un proceso interactivo los profesionales de la salud pueden mejorar la calidad de atención y fomentar un entorno de cuidado más amable, humano y centrado en la persona.

Así, la pregunta central que orienta esta investigación es: ¿Qué factores de la comunicación interpersonal médico-paciente influyen sobre las decisiones de la paciente obstétrica y afectan negativamente la salud materna dentro del instituto del seguro social?

Con esto en mente, se define un objetivo general que guía la investigación, que es identificar los diferentes factores de la comunicación interpersonal en la atención médica que se brinda a pacientes en el área obstétrica del seguro social mexicano y si estos afectan de manera negativa en las decisiones de cada paciente.

Mientras que los objetivos específicos son los siguientes:

- a. Describir las experiencias de las mujeres embarazadas respecto a la comunicación interpersonal con los profesionales de la salud durante su atención obstétrica en el Seguro Social Mexicano.

- b. Identificar patrones de interacción, obstáculos y el proceso de influencia en la toma de decisiones de la paciente durante el periodo de atención gineco-obstétrica
- c. Investigar la relación entre la calidad de la comunicación interpersonal y la satisfacción del paciente comprendiendo la influencia de la percepción de la atención recibida.
- d. Identificar la efectividad de la comunicación interpersonal (verbal o no verbal) utilizada por el personal médico para proporcionar información sobre procedimientos obstétricos, riesgos y cuidados, con el objetivo de proponer mejoras que faciliten una comprensión clara por parte de los pacientes.
- e. Identificar áreas de mejora en los procesos comunicativos interpersonales que manejan los médicos con las pacientes obstétricas dentro del seguro social mexicano.

La hipótesis permite establecer un punto de partida sobre el cual se construye la investigación y esta es la deficiente comunicación y la baja calidad en la atención médica dentro del sistema de salud mexicano pueden provocar que las pacientes embarazadas tomen decisiones incorrectas debido a la falta de información clara, la percepción de un trato deshumanizado y la carencia de apoyo emocional, lo que podría aumentar la desconfianza y limitar su comprensión de las alternativas médicas disponibles.

Los motivos por el cual se lleva a cabo la investigación se centran en como la comunicación médico-paciente afecta directamente la experiencia de la persona durante el embarazo, el parto y el posparto. Una comunicación deficiente puede generar ansiedad, miedo y disminuir la satisfacción de este.

En la opinión de Darbeda y Etchevers (2017) “la relación médico-paciente ocupa un lugar cada vez más importante en los estudios médicos. La empatía es uno de los criterios de calidad de esta relación”. (pág. 1)

Asimismo, la calidad de la atención obstétrica es esencial para la salud materna, y el seguro social mexicano atiende a una gran población todos los días, al entender

como la comunicación interpersonal influye en la praxis obstétrica es fundamental para mejorar la atención y los resultados de la salud.

Una comunicación ineficaz puede contribuir a acontecimientos negativos o adversos durante la atención obstétrica, al identificar estos factores es crucial para implementar medidas preventivas y de este modo mejorar la seguridad en la atención médica evitando eventos adversos que pongan en riesgo la salud tanto de la madre como la del recién nacido.

Además, una comunicación deficiente puede resultar en una falta de confianza hacia los profesionales de la salud, lo que puede provocar que los pacientes no expresen con sinceridad sus preocupaciones o síntomas limitando la capacidad entre médico y paciente para tomar decisiones informadas y apropiadas.

De igual manera identificar los factores que contribuyen a una comunicación ineficaz como lo es el uso de lenguaje técnico que no se adapta a niveles más básicos de comprensión hacia el paciente es esencial para sensibilizar sobre la importancia del trato humano y esto puede marcar una gran diferencia en la calidad de la atención.

Si se comprende la relación entre la comunicación y la praxis obstétrica en el contexto del seguro social mexicano puede proporcionar información valiosa para mejorar la eficiencia del sistema de salud, optimizando recursos y mejorando la calidad de la atención y la experiencia.

El grupo poblacional de mujeres embarazadas es crucial en la investigación debido a que influye directamente en la salud materna.

Una comunicación deficiente puede afectar las indicaciones médicas, el monitoreo del embarazo y el parto seguro, lo que puede tener consecuencias significativas para la salud de la madre y del recién nacido.

Además de que la experiencia es significativa para la mujer, así como la forma en que se comunica la información, el apoyo emocional proporcionado y la participación en la toma de decisiones pueden influir en la percepción de la experiencia del parto.

Se destaca que la investigación que se realiza es del alumnado de la licenciatura de Comunicación de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. El propósito personal para llevar a cabo la investigación deriva de analizar cómo las interacciones afectan las percepciones y emociones de las pacientes, contribuyendo así a diseñar estrategias que mejoren la misma.

La investigación se enfoca en la importancia de tratar a las pacientes con dignidad y compasión, así como la consideración de aspectos tanto emocionales como éticos para la toma de decisiones correcta, no se trata solo de prácticas clínicas efectivas, sino de reconocer y valorar los aspectos emocionales y éticos lo cual es esencial para una atención obstétrica integral, además de una toma de decisiones informadas y respetuosas.

Se considera que la atención no solo debe enfocarse en los aspectos físicos de la salud, sino también en la creación de un vínculo humano, ya que esto puede moldear la experiencia de las mujeres que atraviesan la etapa del embarazo y todo lo que implica, se espera contribuir a un cambio positivo en la práctica médica resaltando una comunicación adecuada y atenta.

Se presenta un resumen de cada capítulo de la investigación, en el marco contextual se presenta el contexto en el que se desarrolla la investigación, abordando la situación actual de la atención médica en el seguro social y cómo la comunicación médico-paciente influye en la experiencia de las mujeres embarazadas.

En el estado del arte, se revisan investigaciones previas y literatura académica relevante sobre la comunicación en el ámbito médico, la satisfacción de los pacientes y la calidad de la atención obstétrica en instituciones públicas.

De acuerdo con el marco teórico se fundamenta la investigación en teorías como la de la acción de Chris Argyris y Donald Schön, además de modelos de comunicación y psicología social que explican la relación médico-paciente y su impacto en la percepción y emociones de los pacientes.

En lo que es el apartado metodológico se explica el diseño de la investigación, los métodos de recolección de datos que en este caso se trata de entrevistas semiestructuradas, el perfil de la muestra y los criterios de análisis utilizados para evaluar la calidad de la comunicación y su impacto en los pacientes.

En el análisis y resultados se presentan los hallazgos obtenidos a partir del trabajo de campo, destacando patrones en la comunicación médico-paciente, las principales dificultades identificadas y cómo estas afectan la experiencia de las mujeres embarazadas en el seguro social.

En lo que son las conclusiones se resumen los principales hallazgos, reflexiona sobre su importancia y plantea recomendaciones para mejorar la interacción médico-paciente, proponiendo estrategias para fortalecer la comunicación y la atención en el ámbito obstétrico.

MARCO CONTEXTUAL.

Este capítulo tiene por objetivo contextualizar el embarazo y la praxis médica en México, por ello se hace una recopilación de información en tres aspectos: el primero explicar el hecho de que es el embarazo, esto permite visibilizar cuánto dura un embarazo normal, permite identificar estadísticas y grupos poblacionales que son madres e identificar una edad aproximada.

En segundo lugar, lo que significa la praxis médica y sus derivados, las competencias del médico, visibilizar la ética profesional y a partir de qué momento se cruza la línea y se convierte en mala praxis. Subsecuente de eso identificar cuando se convierte una mala praxis obstétrica ejercida por profesionales de la salud, esto permite entender factores causales o de riesgo que pueden conducir al error.

En el contexto de la atención médica y la salud pública en México, es fundamental abordar el tercer aspecto mencionado, que implica una revisión exhaustiva de la política nacional de salud, permitiendo identificar cualquier brecha o deficiencia en la atención a la salud materna en México. Esta revisión es especialmente relevante cuando se trata de comprender los derechos de las mujeres durante el embarazo y los programas de salud materna disponibles en el país.

¿Qué es el embarazo?

De acuerdo con el National Institute of Child Health and Human Development, (s.f) “El embarazo es el concepto empleado para caracterizar el lapso durante el cual un embrión crece en el vientre o útero de una mujer”. (párr. 1)

De este modo se menciona en el NICHD que el embarazo comienza con la concepción, en la cual el espermatozoide penetra un óvulo. Cuando el óvulo ya fue fertilizado se le conoce como cigoto, este viaja a través de las trompas de Falopio de la mujer hasta el útero, en donde se implanta en la pared uterina.

El cigoto está formado por un conjunto de células que luego forman el feto y la placenta, la placenta conecta a la madre con el feto y le proporciona nutrientes y oxígeno al feto, todo esto ocurre en el primer trimestre, es decir de la semana 1 a la semana 12.

Para el segundo trimestre, que abarca de la semana 13 a la semana 28, se debe realizar un ultrasonido para detectar cualquier defecto de nacimiento, e incluso conocer el sexo del bebé. La mujer puede comenzar a sentir que el feto se mueve. En el último trimestre se da en la semana 29 a la semana 40, los bebés que nacen entre la última y la penúltima semana se dice que están a término porque presentan mejores resultados en su salud, pero pueden presentarse casos en los que nacen antes de las 37 semanas, esto se considera como prematuro, y si es después de la semana 40 son tardíos. (NICHD, S/F)

El embarazo es un momento especial en la vida de una mujer, en el que su cuerpo se prepara para dar la bienvenida a una nueva vida. Es un período de cambios y transformaciones, tanto físicas como emocionales.

Implica cuidar de uno mismo y del bebé en desarrollo, tomar decisiones saludables y prepararse para el rol de ser padres.

El hecho de que el embarazo se divide en tres trimestres, cada uno con sus propias características e indicadores importantes, nos muestra cómo este período de gestación es una experiencia en constante evolución. El cuidado prenatal, como los ultrasonidos y el monitoreo de la salud del feto, es esencial para garantizar un embarazo saludable.

Se destaca la importancia de la duración del embarazo. Los bebés que nacen a término suelen tener un mejor pronóstico de salud, pero también se reconoce que algunos nacen prematura o tardíamente. Esto resalta la variabilidad en la duración del embarazo y cómo los profesionales de la salud deben estar preparados para manejar diferentes situaciones.

Estadísticas y Grupos Poblacionales.

Es relevante destacar que, de acuerdo con investigaciones del INEGI (2021) “En el año 2020, siete de cada 10 mujeres de 15 años y más han tenido al menos un hijo nacido vivo (72.4%), es decir que son madres 35.2 millones de mujeres.” (pág. 1). La

cifra resalta la necesidad de políticas y servicios de apoyo a la maternidad, así como la importancia de reconocer y valorar el trabajo no remunerado que realizan las madres en el cuidado y educación de sus hijos. También pone de manifiesto la necesidad de garantizar que las mujeres tengan acceso a una planificación familiar adecuada ya opciones para tomar decisiones informadas sobre cuándo y cuántos hijos tener.

Se estima que aproximadamente el 15% de los embarazos presentan complicaciones que requieren la asistencia de profesionales médicos capacitados. No obstante, en naciones en desarrollo y empobrecidas, estos especialistas solo atienden alrededor de la mitad de los casos.

En México, a pesar de que la gran mayoría de las mujeres recibe atención médica durante el embarazo y el parto, existen desafíos e impedimentos de naturaleza institucional que afectan el acceso a la atención obstétrica, lo que puede dar lugar a la aparición o agravamiento de complicaciones en las mujeres embarazadas. (Collado, 2020)

Este conjunto de datos y cifras refleja una realidad compleja en la atención a la salud materna en México y en otros lugares. Se observa la predominancia de médicos en la atención obstétrica sugiere un acceso relativamente amplio a servicios de salud, al menos en términos de personal médico. Sin embargo, el contraste surge cuando se consideran las complicaciones en el embarazo y la atención obstétrica en naciones en desarrollo.

A pesar de que la mayoría de las mujeres reciben atención médica durante el embarazo y el parto, existen desafíos institucionales que afectan el acceso a la atención obstétrica. Estos desafíos pueden incluir cuestiones como la calidad de la atención, la disponibilidad de servicios en áreas rurales y las barreras socioeconómicas que algunas mujeres enfrentan al buscar atención médica.

Se muestra la importancia de garantizar que todas las mujeres, independientemente de su ubicación o estatus socioeconómico, tengan acceso a una atención médica segura y de calidad durante el embarazo, lo que puede marcar la

diferencia en la salud y el bienestar de madres e hijos. La atención obstétrica adecuada es esencial para la salud de la madre y el bebé, y su falta puede dar lugar a complicaciones graves.

Praxis Médica.

Un médico o profesional en la salud debe de cumplir sus funciones sobre la base de sus competencias derivadas de sus conocimientos, aplicándolas con calidad, responsabilidad, con experiencia con prudencia y con sabiduría.

Vera (2013) considera que, la práctica médica se refiere a todas las acciones y decisiones que un profesional médico lleva a cabo en el ejercicio de su profesión, tanto en relación con el paciente (ética médica individual) como con la sociedad en general (ética médica social), en el contexto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Siendo así, se entiende como, la aplicación práctica de los conocimientos y habilidades médicas adquiridos a través de la educación y la experiencia clínica.

Proceso mediante el cual los médicos poseen la capacidad de evaluar y diagnosticar enfermedades, diseñar y llevar a cabo planes de tratamiento adecuados, realizar procedimientos médicos y quirúrgicos, y brindar atención compasiva y de calidad a los pacientes. Además, también implica la capacidad de comunicarse eficazmente con los pacientes y otros profesionales de la salud, para garantizar una atención de calidad y segura para los pacientes.

Para el doctor Vera (2013), “la ética médica es la disciplina que fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida.” (p.1).

Entonces los médicos tienen la responsabilidad de brindar una atención de calidad, respetar la autonomía y la dignidad de los pacientes, y actuar siempre en el mejor interés de los pacientes. Además, deben seguir los principios éticos, como la confidencialidad, la imparcialidad y la honestidad.

La mención de los principios éticos, como la confidencialidad, la imparcialidad y la honestidad, subraya la importancia de la integridad en la práctica médica. La confianza entre médico y paciente se sustenta en el respeto a la confidencialidad, mientras que la imparcialidad asegura un trato justo y equitativo para todos los pacientes. La honestidad, por su parte, establece la base para una comunicación clara y transparente entre el médico y el paciente, fortaleciendo la relación de confianza.

¿Qué Es La Mala Praxis Médica?

De acuerdo con Del Campo y Ríos (2018) los casos de mala práctica médica surgen cuando:

Un paciente es perjudicado o considera que fue perjudicado por un médico, enfermera u otro profesional de la Medicina, quien falló en indicar o aplicar el tratamiento adecuado para la atención de su salud. La mala praxis médica se caracteriza porque quien proporcionó la atención actuó en forma negligente, imprudente o con impericia, implicando que esta persona no era competente o razonablemente hábil y perjudicando al paciente, incluso hasta provocar su deceso. (Pág. 123)

Es necesario comprender que, la negligencia existe cuando:

En determinada situación el médico no actúa como lo haría cualquiera de sus colegas con los conocimientos y habilidades requeridas, en igualdad de circunstancias. Impericia, es la carencia de las habilidades o conocimientos básicos, indispensables para ejercer determinada arte o profesión. Imprudencia, consiste en afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitar sus posibles consecuencias, es el ir más allá de los límites razonables. (Pág. 124)

La percepción hacia la mala praxis médica ha experimentado una notable evolución a lo largo del tiempo. En el pasado, solía considerarse principalmente como un problema relacionado con la ética individual de los profesionales de la salud. Sin embargo, con el progreso en la investigación médica, la expansión de los derechos de los pacientes y una mayor conciencia pública sobre las cuestiones de salud, esta perspectiva ha evolucionado considerablemente. ha habido una creciente comprensión de que la mala praxis médica puede ser el resultado de factores estructurales y sistémicos en el sistema

de atención médica. Estos factores pueden incluir una carga de trabajo excesiva para los profesionales de la salud, la falta de supervisión adecuada, la falta de acceso a tecnologías y recursos médicos actualizados, y la presión por parte de las instituciones de salud para mantener costos bajos y alta eficiencia. Estos elementos pueden contribuir a errores médicos, incluso por parte de médicos bien intencionados.

La evolución de la percepción hacia la mala praxis médica ha llevado a cambios significativos en el enfoque de la responsabilidad y la prevención. En muchos países, se han implementado leyes y regulaciones más estrictas para proteger a los pacientes y garantizar una atención médica de alta calidad. Se han establecido sistemas de informes y revisión de incidentes médicos para identificar y abordar problemas sistémicos.

Del Campo y Ríos, (2018) señalan que;

Existirá mala praxis médica cuando se provoque daño en el cuerpo o en la salud de una persona física, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencia de una acción profesional realizada con imprudencia, negligencia o impericia en su profesión, o por no observar las normas de los deberes a su cargo, apartándose de la normativa legal aplicable. (p.125)

Existen diversos factores causales o de riesgo que pueden conducir al error, pero algunos son perfectamente previsibles, como lo mencionan Del Campo y Ríos, (2018):

Diagnósticos: Error o retardo en el diagnóstico, fallo en la indicación de pruebas pertinentes, fallo al actuar en base a los resultados de las pruebas realizadas, indicación de pruebas terapéuticas inadecuadas. (p.125)

Terapéuticos: Cuidado inapropiado o no indicado, error en el método o dosis de administración de medicamentos, error en la administración del tratamiento, realización errónea de cirugía, procedimientos o pruebas, y retraso evitable en tratamiento o respuesta a pruebas anormales. (p.125)

Preventivos: Fallo por no indicar tratamiento profiláctico, indicaciones profilácticas inadecuadas, inadecuado seguimiento del tratamiento. (p.125)

Otros: Fallo en el equipo, fallo en la comunicación, fallo en otros sistemas (p.125)

Aunque del Campo y Ríos, (2018) mencionan que también existen también formas “ocultas” de mala praxis, como:

El maltrato debido a la falta de equipamiento adecuado o a la presencia de equipamiento en mal estado, la deshonestidad de los profesionales de la salud, la falta de honestidad por parte de pacientes, familiares o responsables, la reducción del tiempo de atención al paciente, la ausencia de registros o la alteración de registros en la historia clínica, el maltrato hacia los familiares de los pacientes o de las personas a su cargo, así como la falsificación de medicamentos, son cuestiones críticas que deben abordarse en el ámbito de la atención médica.

Es importante destacar que no todo error médico se considera mala praxis, ya que esto implica una decisión consciente y voluntaria por parte del médico, ya sea por acción o inacción, y sucede cuando se actúa sin cumplir las condiciones de una buena práctica médica, como se mencionó anteriormente, pero también es relevante mencionar que para prevenir la mala praxis médica se debe realizar desde dos perspectivas fundamentales: la individual y la sistémica.

En el ámbito individual, se enfatiza la importancia de que los médicos asuman una responsabilidad ética activa, esto implica cultivar una comunicación efectiva con los pacientes, la construcción de relaciones basadas en la confianza y la comprensión mutua es esencial para garantizar un cuidado de calidad y evitar malentendidos que puedan derivar en prácticas negligentes. Además, se resalta la importancia de que los médicos se mantengan actualizados sobre los avances médicos. La medicina es una disciplina en constante evolución, y estar al tanto de las últimas investigaciones y tecnologías es esencial para brindar la mejor atención posible.

A nivel sistémico, es necesaria una regulación y supervisión de las prácticas médicas, pues se reconoce que la prevención de la mala praxis no solo recae en la ética de los médicos, sino también en la responsabilidad y la rendición de cuentas. La implementación de medidas regulatorias y de supervisión contribuye a mantener altos

estándares de práctica médica, de igual forma la importancia de promover una cultura de seguridad y transparencia en las instituciones de salud, fomentar un entorno en el que los profesionales se sientan cómodos y buscando mejoras, sin temor a represalias, es esencial para aprender de las experiencias y evitar la repetición de errores.

¿Qué Se Entiende Por Mala Praxis Obstétrica? La violencia obstétrica de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública, (2020) se define cómo la “forma específica de violencia ejercida por profesionales de la salud (predominantemente médicos y personal de enfermería) hacia las mujeres embarazadas, en labor de parto y el puerperio. Constituye una violación a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.” (párr. 2)

Esta definición es la confrontación de una realidad impactante en el ámbito de la atención médica hacia las mujeres embarazadas, puesto que esto se afrenta a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres. Se destaca la importancia de sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la violencia obstétrica, promoviendo prácticas basadas en el respeto, la empatía y el consentimiento informado. Además, subraya la importancia de implementar políticas y prácticas institucionales que protejan los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.

En el Instituto Nacional De Salud Pública (2019), se menciona que además del maltrato físico y verbal, otra de las formas de violencia en la atención obstétrica es la práctica injustificada de cesáreas: en México, de las 3.7 millones de mujeres a las que se les practicó este procedimiento quirúrgico, el 10.3% no fue informada de la razón, y al 9.7% no le pidieron su autorización para realizarla. (párr. 3)

Entre las situaciones de violencia que experimentan las mujeres durante la atención obstétrica, se encuentran: Maltrato físico, humillación y abuso verbal, procedimientos autoritarios para imponer un método anticonceptivo a las mujeres o para realizar una cesárea, violación a la confidencialidad, violación a la privacidad, obtención de consentimiento de forma involuntaria o con deficiencia en la información, negación al tratamiento, detención de las mujeres y los recién nacidos en las instalaciones debido a la imposibilidad para pagar. (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020)

La práctica injustificada de cesáreas, sin informar a las mujeres sobre la razón detrás de esta decisión o sin obtener su autorización, es una violación directa de sus derechos y autonomía.

Este dato refleja una falta de comunicación transparente y respeto hacia las mujeres en un momento crucial de sus vidas. La cesárea es un procedimiento médico importante y, como tal, debería llevarse a cabo con un diálogo abierto entre los profesionales de la salud y las mujeres.

La falta de información y autorización pone de manifiesto un desequilibrio en la relación médico-paciente y plantea dudas sobre la toma de decisiones compartidas.

El NICHD, (s.f) señala que las consecuencias de la mala praxis obstétrica pueden ser devastadoras tanto para las madres como para los recién nacidos. Algunas de las consecuencias más comunes incluyen: Lesiones durante el parto, como desgarros perineales o daños en los nervios, complicaciones médicas graves, como infecciones o hemorragias, discapacidades permanentes en el bebé, como parálisis cerebral o retraso en el desarrollo, traumas emocionales y psicológicos para la madre y el bebé, pérdida del embarazo o muerte neonatal debido a errores médicos evitables. Estas consecuencias no solo impactan la salud física y emocional de las personas involucradas, sino que también generan gastos médicos adicionales y demandas legales que podrían haberse evitado con una atención adecuada.

Muerte Obstétrica. También conocida como muerte materna declara la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), es la muerte de una mujer debida a cualquier causa, mientras está embarazada o durante los 42 días siguientes a la terminación del embarazo. (CONAMED, 2003, p. 6)

Se clasifican en: Muerte obstétrica directa es la muerte materna debida a complicaciones obstétricas del estado grávido-puerperal por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o una serie de eventos resultantes de los anteriores como pueden ser hemorragia, preeclampsia-eclampsia, infección, anestesia, etc. Muerte obstétrica indirecta es la muerte materna resultante de una enfermedad preexistente o que se

desarrolla durante el embarazo no debida a causas obstétricas directas pero que fue agravada por los efectos fisiológicos del embarazo. (CONAMED, 2003, Pág. 6)

Se puede decir que la muerte materna no solo es una tragedia individual, sino también un indicador de la salud reproductiva y las desigualdades, de esta forma hay que cuestionarse y examinar de cerca los sistemas de atención médica, la calidad de la atención obstétrica y la importancia de la prevención y la intervención temprana. La muerte materna no solo es una estadística, sino una tragedia evitable. Es un recordatorio que para mejorar la salud materna y prevenir la pérdida de vidas hay que tener una atención médica adecuada y oportuna, y con demasiada comunicación interpersonal entre la paciente y el médico responsable.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud OPS, (s.f) la situación de la mortalidad materna se ha vuelto muy grave y preocupante en Latinoamérica y el Caribe, ya que cerca de 8.400 mujeres mueren cada año a causa de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. Las desigualdades que se viven a nivel socioeconómico, género, etnia, educación, lugar de residencia y edad son factores que determinan la mortalidad materna esto implica que, 9 de cada 10 muertes maternas son evitables si se aplican las medidas y recomendaciones que han demostrado ser efectivas: cuidados maternos de calidad, acceso universal a los métodos anticonceptivos y lucha contra las desigualdades en el acceso a la salud. (párr. 1)

Lo mencionado anteriormente hace énfasis en una realidad alarmante y, al mismo tiempo llama la atención sobre las desigualdades como factores determinantes de la mortalidad materna, esto subraya la complejidad del problema.

Se refleja la interseccionalidad de los desafíos que enfrentan las mujeres en diferentes contextos y resaltan la necesidad de abordar no solo cuestiones médicas, sino también sociales y estructurales. Es destacable el papel fundamental de los cuidados maternos de calidad, el acceso universal a métodos anticonceptivos y la lucha contra las desigualdades en el acceso a la salud es crucial. Estas son intervenciones fundamentales que han demostrado ser eficaces en la prevención de muertes maternas y en la promoción de la salud materna.

Calidad de Atención Obstétrica en México. De acuerdo con la CONAMED, (2003) en México la atención obstétrica está regulada por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, destinada a la atención integral de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, sin embargo, la situación de morbilidad y mortalidad materna y perinatal está fuertemente asociada al síndrome de preeclampsia-eclampsia y hemorragias del tercer trimestre de la gestación.

Resulta preocupante que, el 59.5% de las quejas relacionadas con la atención obstétrica se identifican como mala práctica, y el 76% estuvo vinculado a una comunicación deficiente. Destacadamente, el 46.3% de los casos se relacionaron con nacimientos por cesárea, resaltando la necesidad de revisar y mejorar las prácticas alrededor de este procedimiento.

Además, se observa que una vigilancia deficiente del trabajo de parto y puerperio representó cerca de la cuarta parte de las desviaciones identificadas. Estas cifras subrayan la importancia de mejorar tanto las prácticas médicas como la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes para garantizar una atención obstétrica de calidad y reducir los riesgos asociados con el embarazo y el parto.

Conforme a los datos de la CONAMED (2003);

La atención materna representa aproximadamente la mitad de las intervenciones médicas que se realizan en nuestro país: en el año 2000, correspondieron a la especialidad de ginecología y obstetricia el 45.7% de los egresos hospitalarios; el 45.7% de las cirugías realizadas fueron procedimientos obstétricos (cesárea, episiorrafia, legrado uterino instrumental, revisión de cavidad postalumbramiento, aplicación de fórceps) y la atención del trabajo de parto representó el 11% del total de urgencias. (Pág. 5)

Estos números destacan la magnitud y la complejidad de la atención materna, al separar desde cirugías obstétricas hasta la atención del trabajo de parto. Esta realidad resalta la necesidad crítica de contar con profesionales capacitados y sistemas de salud robustos que puedan manejar esta carga significativa.

Al reconocer la relevancia crítica de la atención materna en el panorama de la salud en nuestro país, es cuestionable la calidad de estas intervenciones, y se debe buscar la mejora continua en la atención obstétrica y de este modo garantizar que cada procedimiento esté respaldado por la necesidad médica real, proporcionando así una atención materna integral y efectiva.

¿Qué Organismos Regulan la Praxis Médica en México? El Gobierno de México (2022) creó La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED);

con el objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre las y los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios. En esta institución la persona usuaria de los servicios de salud puede presentar una queja por probables actos u omisiones derivados de la prestación de la atención médica y tener una opción para resolver de manera pacífica, mediante acuerdos conciliatorios y el arbitraje su problemática. (párr. 1)

Se puede decir entonces que la creación de la CONAMED representa un paso significativo hacia la resolución de conflictos en el ámbito de la atención médica. Esta institución se constituye como un mecanismo esencial para abordar las quejas surgidas entre los usuarios de los servicios médicos y los proveedores de atención médica. Su objetivo principal es ofrecer a los ciudadanos una vía para resolver de manera pacífica los posibles desacuerdos derivados de la prestación de servicios de salud.

La CONAMED atiende quejas en las que exista materia médica, es decir que se hayan propiciado por la actuación u omisión del personal médico o algún integrante del equipo de salud sobre el diagnóstico, tratamiento, seguimiento de la atención, etc., y las quejas en las que tu disposición sea acordar con el prestador del servicio de salud, formas u opciones para resolver el problema de manera pacífica, mediante convenios formales conciliatorios y el arbitraje. (Gobierno de México, 2022)

La CONAMED, al centrarse en cuestiones de índole médica, se posiciona como un ente especializado en abordar conflictos originados por acciones u omisiones del médico personal o cualquier integrante del equipo de salud. Esto incluye aspectos

críticos como el diagnóstico, tratamiento, seguimiento de la atención, entre otros. La decisión de limitar su atención a casos concretos relacionados con la médica.

Política Nacional de Salud.

El Gobierno de México, (2013) implementó una política nacional de salud, esta es una estrategia enfocada a prevenir las enfermedades, promover la salud y procurar el bienestar de las familias mexicanas. Está diseñada en torno a tres prioridades:

Acceso efectivo: El Estado debe asegurar los servicios de salud a toda la población. La Visión a largo plazo es igualar la calidad de los servicios y hacer posible que los mexicanos puedan ser atendidos en cualquier clínica u hospital del Sistema Nacional de Salud Pública.

Calidad en el servicio: Que todos los mexicanos, por igual, cuenten con médicos profesionales, calificados e instalaciones para recibir un servicio de salud de calidad.

Prevención: La mejor forma de cuidar la salud es anticiparnos a la enfermedad y evitar las condiciones que la generan. Una de las acciones más importantes de prevención, estará dirigida a reducir la obesidad y sobrepeso.

Lo anteriormente mencionado describe una política de salud integral y proactiva que aborda aspectos cruciales del sistema de salud, desde el acceso hasta la calidad y la prevención. La implementación exitosa de estas prioridades podría tener un impacto positivo en la salud y el bienestar de la población mexicana. Al priorizar y garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud para toda la población es una visión a largo plazo de igualar la calidad de los servicios y permitir que los ciudadanos sean atendidos en cualquier clínica, de lograrse, contribuiría significativamente a la equidad en el acceso a la atención. médico.

En cuanto a la calidad del servicio, se permite que los mexicanos tengan acceso a médicos profesionales y calificados, así como instalaciones que ofrezcan servicios de

salud de alta calidad, es esencial para garantizar resultados positivos en la atención médica.

La especial atención a la prevención, con un énfasis específico en la reducción de la obesidad y el sobrepeso, demuestra una comprensión clara de la importancia de abordar las causas subyacentes de las enfermedades. La prevención se presenta como una estrategia clave para mejorar la salud a largo plazo y reducir la carga en los sistemas de atención médica.

¿Qué Artículos y Políticas Apoyan la Salud de las Mujeres Embarazadas?

La Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (s.f.) en la Ley General de Salud, artículo 1°:

La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, distribuye competencias y establece los casos de concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. (pág. 1)

Lo expuesto anteriormente se refiere a una ley que establece las reglas sobre el derecho a la protección de la salud en México, según lo estipulado. La ley establece las bases para garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud, y define claramente las áreas de responsabilidad tanto del gobierno federal como de los gobiernos estatales en el ámbito de la salud general.

Es importante mencionar que el Instituto Nacional de Salud Pública (2020) modificó la Ley General de Salud en artículos relacionados principalmente con la prestación de servicios de salud, la protección social en salud y el control sanitario de medicamentos, se comenzaron nuevas iniciativas de salud, así como un permanente impulso a las políticas públicas en favor del bienestar de los mexicanos, esto se logró con ayuda del doctor Guillermo Soberón Acevedo.

En el capítulo V de la misma Ley General de Salud se menciona la atención materno-infantil.

Artículo 61.- El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, postparto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto. (pág. 25)

Este artículo se centra en la atención materno infantil como de carácter prioritario, y comprende las siguientes acciones:

1. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio; incluyendo la atención psicológica que requiera.

1.1 La atención de la transmisión del VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual, en mujeres embarazadas a fin de evitar la transmisión perinatal.

2. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna y su salud visual; así como la prevención y detección de las condiciones y enfermedades hereditarias y congénitas, y en su caso atención, que incluya la aplicación de la prueba del tamiz ampliado, y su salud visual.

3. La revisión de retina y tamiz auditivo al prematuro.

4. La aplicación del tamiz oftalmológico neonatal, a la cuarta semana del nacimiento, para la detección temprana de malformaciones que puedan causar ceguera, y su tratamiento, en todos sus grados

5. El diagnóstico oportuno y atención temprana de la displasia en el desarrollo de la cadera, a través del examen clínico en la primera semana del nacimiento, en el primer mes de edad y a los dos, cuatro, seis, nueve y doce meses de edad; así como la toma de ultrasonido de cadera o radiografía ante posterior de pelvis, entre el primer y cuarto mes de vida.

6. La atención del niño y su vigilancia durante el crecimiento y desarrollo, y promoción de la integración y del bienestar familiar.

De igual forma el siguiente artículo es de interés para la investigación: “Artículo 62.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.” (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, s.f., pág. 26)

La idea es que en los lugares donde se brindan servicios de salud, se formen equipos especiales que se enfoquen en entender y abordar los problemas relacionados con la muerte de mujeres durante el embarazo o el parto, así como la mortalidad de los niños. Estos comités trabajarían para mejorar la situación a través de la organización de información, evaluación de problemas y la implementación de acciones preventivas.

Respecto al otro artículo que es de utilidad para los fines de la investigación es el siguiente:

Artículo 64.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

1.Procedimientos que permitan la participación de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios.

2.Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil;

3.Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de 5 años

4.Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio. (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, s.f., pág. 25-26)

Programas de Salud Materna en México

El Gobierno de México (2015) implementó un programa que se conoce como Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional

de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) está presente en México y su intención es la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la salud pública, plantea la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, su efectividad, el seguimiento y la rendición de cuentas y lograr que se disminuyan los rezagos en salud que afecta a la población.

De igual forma este programa coordina y articula las acciones que permitan a los Servicios de Salud del país brindar a las mujeres en edad fértil, embarazadas y sus parejas información y atención en:

- Atención pregestacional, prenatal integral, efectiva, oportuna y programada, a toda mujer en edad fértil, control prenatal integral.

- Consejería durante la edad fértil, el embarazo, parto y puerperio en metodología anticonceptiva y anticoncepción post evento obstétrico (APEO), con énfasis en adolescentes y mujeres con enfermedades concomitantes; así como consejería desde el embarazo durante el parto y el puerperio para una lactancia exitosa

- Acceso a la atención de la emergencia obstétrica (AEO) e integración de los servicios de urgencias y formación de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI).

- Atención obstétrica de bajo riesgo en el primer nivel y manejo calificado en el segundo nivel y de la emergencia obstétrica, con intervenciones de probada eficacia

- Cesáreas por indicación médica únicamente

- Envío de pacientes con emergencias obstétricas y neonatales de manera efectiva y manejo de eslabones críticos y morbilidad severa para prevenir la muerte

- Prevención del parto prematuro

- Reanimación neonatal adecuada

-Atención neonatal, vigilancia del crecimiento y difusión de signos de alarma, elaboración de tamiz neonatal metabólico y auditivo

-Fortalecer y desarrollar acciones, específicas para la prevención, detección y manejo de los defectos al nacimiento

-Fomentar la alimentación de calidad con micronutrientes que favorezcan la salud materna y fetal.

-Impulsar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y en caso de las mujeres con VIH brindar consejería sobre las alternativas para la alimentación infantil.

Otras actividades del Programa de Salud Materna y Perinatal son:

-Sensibilizar y capacitar al personal de salud del país para brindar atención materna y perinatal segura, competente y respetuosa de los derechos humanos.

-Fortalecer e impulsar los Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal para identificar deficiencias y corregirlas.

-Supervisar el desarrollo del Programa a nivel estatal y dar seguimiento a las desviaciones y recomendaciones emitidas

-Dar seguimiento al uso eficiente de los recursos y su vinculación con resultados.
(Gobierno de México, 2015)

Entonces se puede mencionar que un programa de salud materna en México tiene como objetivo principal garantizar la salud y el bienestar de las mujeres embarazadas, reduciendo la mortalidad materna y promoviendo prácticas de atención prenatal y perinatal seguras. Esto contribuye no solo a proteger la vida de las madres, sino también a mejorar la salud de los recién nacidos y promover el desarrollo saludable de las familias en general.

El análisis del capítulo sobre el marco contextual en el embarazo y la praxis médica en México permite destacar la complejidad y sobre todo la relevancia del tema desde múltiples perspectivas. El embarazo es un proceso que abarca transformaciones físicas y emocionales, y su duración subraya la importancia de un cuidado prenatal adecuado para llegar a término de manera saludable tanto para la madre como para el bebé.

Las estadísticas sobre lo que es la maternidad en México, como las proporcionadas por el INEGI, solo revelan una alta incidencia de mujeres que han experimentado la misma, lo que resalta la necesidad urgente de políticas públicas y programas de apoyo que respondan a las demandas de salud de este grupo demográfico. Sin embargo, persisten desafíos que afectan el acceso y la calidad de la atención obstétrica, especialmente en comunidades de sectores socioeconómicamente vulnerables.

En cuanto a la praxis médica, se entiende que esto debe fundamentarse en principios éticos y competencias actualizadas, la ética médica, así como lo expone Vera (2013), se centra en la responsabilidad que tiene el médico de actuar con prudencia, sabiduría, y en beneficio del paciente. Sin embargo, el concepto de mala praxis expone un panorama realmente preocupante cuando los profesionales no cumplen, lo que puede derivar en errores por negligencia, impericia o imprudencia.

En relación con la violencia obstétrica, la investigación destaca el impacto como una forma de maltrato hacia las mujeres embarazadas, las cifras alarmantes sobre cesáreas injustificadas y la falta de consentimiento informado ilustran deficiencias críticas en la relación médico-paciente, que pueden resultar en traumas físicos y emocionales para las madres. Esta realidad enfatiza la necesidad de sensibilizar y capacitar a los doctores en la importancia de la comunicación y el respeto hacia los pacientes.

Asimismo, se mencionan iniciativas y políticas de salud que buscan garantizar una atención segura y efectiva, destacando la promoción de la lactancia materna y la prevención de complicaciones durante el embarazo y el parto.

México se enfrenta a desafíos significativos que requieren una mejora continua en la formación profesional, la infraestructura y la aplicación de políticas que fomenten la equidad y la calidad de la atención.

ESTADO DEL ARTE.

A lo largo de la experiencia de atención médica obstétrica, las mujeres embarazadas se encuentran en un cruce de emociones, expectativas y desafíos. Sus experiencias son tan diversas como las circunstancias de cada embarazo, y pueden variar desde momentos de alegría y gratitud hasta enfrentar obstáculos y preocupaciones. En este contexto, la relación entre el paciente y el médico obstetra desempeña un papel fundamental en la formación de estas experiencias, ya que la calidad de la atención médica y la comunicación son factores determinantes en el bienestar tanto de la madre como del bebé.

Días (2006), menciona que una interacción natural y tener una adecuada comunicación entre el médico responsable y la paciente obstétrica es fundamental para evaluar la conducta de los involucrados.

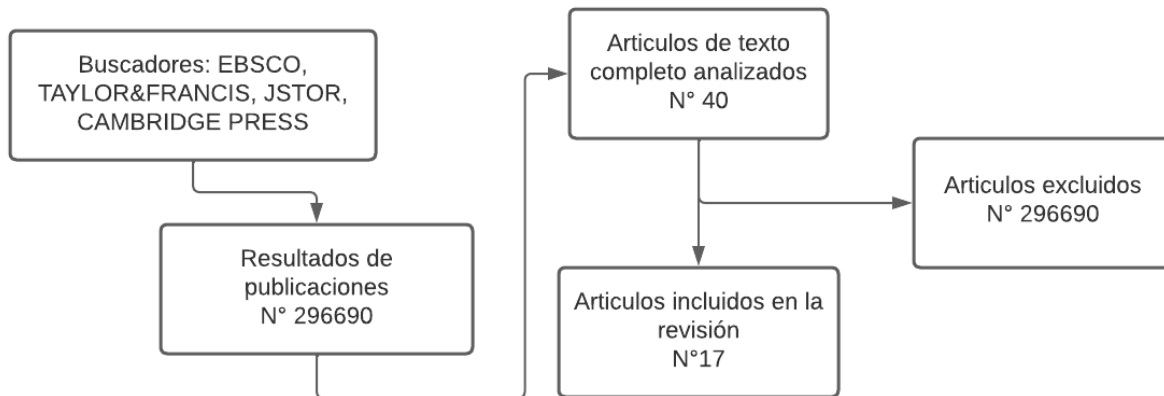
Mientras que Berman y Chutka (2016) comentan que los médicos necesitan tener excelentes habilidades comunicativas y que esta sea la base para relacionarse con los pacientes de una manera positiva y satisfactoria. A través de esta perspectiva, buscamos comprender mejor la complejidad de la atención obstétrica y cómo se puede mejorar para garantizar un cuidado de calidad que respeta las necesidades, deseos y derechos de las mujeres embarazadas.

Metodología:

Para encontrar información existente sobre el tema relacionado con los efectos de la comunicación interpersonal en la relación entre médicos y pacientes en el contexto obstétrico dentro del sistema de seguridad social se realizó una búsqueda mayormente de carácter cualitativo con conceptos clave. Los buscadores que se ocuparon para la investigación son de carácter científico como *Ebsco*, *JSTOR*, *Taylor&Francis*, *Cambridge*, y a través de la combinación de las palabras clave: communication AND obstetric practice, interpersonal communication AND doctor-patient relationship, interaction, communication AND doctor-patient, ethics AND obstetric practice, effective communication AND doctor-patient relationship, se determinó que estuviesen publicados

de 1980 a la actualidad, esto nos proporcionó a partir de la revisión de un aproximado de 40 artículos y de ese modo se escogieron 17 para la investigación; posteriormente a partir de las palabras clave, se excluyeron publicaciones que no cumplieran con los criterios de la búsqueda y que tampoco tenían relación.

Figura 1. Diagrama de búsqueda bibliográfica.



Fuente: elaboración propia 2023

Los resultados de la investigación se dividen en categorías. El análisis médico y la interacción entre el médico y el paciente obstétrico en la atención médica son aspectos cruciales para garantizar la calidad de la atención durante el embarazo, el parto y el período posparto. La atención obstétrica se enfoca en la salud de la madre y el bebé en desarrollo, lo que hace que la comunicación y el entendimiento sean esenciales para brindar atención de calidad.

También se analiza las experiencias médicas de las mujeres embarazadas y la violencia obstétrica en la atención de la salud materna en diferentes partes del mundo. La violencia obstétrica se refiere a prácticas y conductas de profesionales de la salud que pueden dañar la integridad física y emocional de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto de este modo entra la falta de información y consentimiento informado hacia las pacientes, un trato deshumanizado, intervenciones médicas innecesarias, en ocasiones las decisiones de las mujeres embarazadas pueden ser ignoradas o desestimadas, esto puede provocar consecuencias emocionales y físicas,

cómo traumas, ansiedad, depresión además de complicaciones físicas relacionadas con intervenciones innecesarias. La mayoría de los resultados coinciden en que la falta de respeto, y el abuso hacia los pacientes ocurren en el sector de salud público (Solnes, Van Pelt, Meguid y Sundby, 2018)

Por último, el análisis de la persuasión y la interacción entre médicos y mujeres embarazadas, en este contexto la persuasión se refiere a la influencia que los médicos ejercen sobre las decisiones de la paciente, esto conlleva a implicaciones significativas tanto para la salud de la madre como la del bebé. La comunicación abierta, la información precisa y el respeto por las preferencias de los pacientes son elementos clave para promover una atención obstétrica de alta calidad que respete los derechos y la dignidad de las mujeres embarazadas. La comunicación médico-paciente es un indicador tan poderoso de la calidad de la atención médica que puede determinar el comportamiento de autocuidado y los resultados de salud de los pacientes. (Matusitz, Spear, 2014).

Para finalizar con este capítulo se presenta la discusión de los resultados en los que se enfoca en determinar lo más relevante de los efectos de la comunicación interpersonal de la relación médico-paciente en la praxis obstétrica del seguro social.

Interacción entre médico-paciente obstétrico en la atención médica

Tabla 1.

Palabras clave enfocado a la interacción y atención médica.

Buscador	Año de publicación	de Nombre de la revista	Autor (es)	Institución de procedencia	Título
EBSCO	2014	Social Work in Public Health. May/Jun2014, Vol. 29 Issue 3, p252-266. 15p.	Jonathan Matusitz, Jennifer Spear	Nicholson School of Communication, University of Central Florida,	Conversación, comunicación médico-paciente, salud, interacción, medicina narrativa, relación, hablar
JSTOR	1980	Medical Care, Vol. 18, No. 4 (abr., 1980), pp. 376-387 (12 páginas)	M. Robin DiMatteo, Angelo Taranta, Howard S. Friedman, Louise M.	Wolters kluwer health	Comunicación, no verbal, comprensión, pacientes, atención médica

Fuente: Elaboración propia, 2023

La tabla 1 está relacionada entre sí ya que se enfoca en la comunicación y la interacción que existe entre el médico y la paciente embarazada, y como es que tener una comunicación efectiva puede determinar el comportamiento de autocuidado y los resultados de salud de los pacientes, además de que la satisfacción es importante en la calidad de la atención médica y actualmente está recibiendo un importante reconocimiento en la investigación sobre servicios de salud.

Experiencias de las mujeres embarazadas y la violencia obstétrica en la atención de la salud materna.

Tabla 2.

Palabras clave en el mismo buscador enfocado a la experiencia y violencia obstétrica.

Buscador	Año de pub.	Nombre de la revista	Autor (es)	Institución de procedencia	Título
Taylor&Francis	2016	Una revista internacional sobre salud y derechos sexuales y reproductivos	Farah Diaz	Reproductive health matters Estados Unidos	Heridas invisibles: violencia obstétrica en Estados Unidos
Taylor&Francis	2018	Volumen 26, 2018 - Número 53: Falta de respeto y abuso en el cuidado materno: abordar desafíos clave	Andrea Solnes Miltenburg, Sandra van Pelt, Tarek Meguid & Johanne Sundby	RHM JOURNAL United Kingdom	Falta de respeto y abuso de atención, de maternidad, calidad de la atención, violencia

Fuente: Elaboración propia, 2023

La tabla 2 expone ciertas perspectivas de lo que es la falta de respeto hacia la paciente embarazada, el primer artículo habla sobre las limitaciones del sistema de justicia civil para abordar sobre la violencia obstétrica y compara las alternativas de las autoridades latinoamericanas. Por último, el artículo sugiere soluciones para el sistema jurídico y los sistemas de salud. El segundo artículo se clarifica sobre lo que es la falta de respeto y el abuso de los pacientes, especialmente las mujeres que dan a luz, y como esto ocurren en el sector de la salud.

Persuasión y la interacción entre médicos y mujeres embarazadas

Tabla 3.

Palabras clave enfocado a la persuasión y la interacción interpersonal entre médico y embarazada.

Buscador	Año de pub.	Nombre de la revista	Autor (es)	Institución de procedencia	Título
JSTOR	2020	Social Psychology Quarterly, Vol. 83, No. 2 (JUNIO 2020), pp. 174-194 (21 páginas)	Amanda Gengler	M. American Sociological Association	Emociones y Medicina: toma de decisiones
JSTOR	2013	Filosofía y Retórica, Vol. 46, No. 4 (2013), pp. 550-569 (20 páginas)	Sara Rubinelli	Pennsylvania State University, University Park	La argumentación como persuasión racional en la comunicación médico-paciente

Fuente: Elaboración propia, 2023

En una interacción médica, las emociones pueden ser una poderosa herramienta para demostrar una inversión emocional en el proceso. Cuando un médico muestra empatía y comprensión hacia las preocupaciones y ansiedades de la paciente embarazada, por ejemplo, puede crear un ambiente de confianza y colaboración. Las emociones y la argumentación son herramientas valiosas en la interacción médico-paciente en el contexto de la atención obstétrica. Ambos elementos pueden utilizarse estratégicamente para influir en las creencias, actitudes y decisiones de ambas partes, y contribuir a una atención médica más efectiva y centrada en el paciente.

Evidenciar la atención médica obstétrica que se recibe en distintos lugares del mundo y no solo en México, la falta de habilidades interactivas entre el médico y la paciente, la persuasión que los médicos tienen sobre las decisiones y los tratamientos de la mujer embarazada, y la violencia obstétrica que sufren muchas mujeres de acuerdo con su experiencia, es fundamental en esta investigación. Se proporciona una comprensión más profunda de un tema crucial que afecta tanto la vida de la paciente como su salud durante y después del parto.

La investigación del tema permite contribuir a la promoción de una mejor atención médica, y la garantía de que las mujeres en interacción con su médico reciban un cuidado respetuoso, y seguro, por lo tanto, el estudio busca mejorar la comunicación interpersonal en la calidad de la atención obstétrica y promover la salud, así como el bienestar de las mujeres de todo el mundo, pero especialmente generar un cambio en el seguro social mexicano.

A través de un análisis exhaustivo de estudios y artículos revisados, se destaca como la falta de comunicación adecuada puede resultar en violencia obstétrica, se identifica principalmente en sectores de salud pública y subraya una problemática global, aunque se presenta con particular énfasis en contextos como el sistema del seguro. Así mismo, la persuasión y la influencia de los médicos en las decisiones de los pacientes también son objetos de análisis, es fundamental que las decisiones de los pacientes se respeten y se basen en un intercambio informado y colaborativo.

Las experiencias de las mujeres embarazadas oscilan entre emociones y desafíos complejos, influenciadas en gran medida por la naturaleza de la relación doctor y paciente, en este sentido diversos estudios destacan que la comunicación efectiva es fundamental para evaluar la conducta y garantizar un trato digno y empático, promoviendo un ambiente de confianza y colaboración que favorece el bienestar tanto de la madre como del bebé.

Se resalta la necesidad de una atención obstétrica que respete la dignidad de la mujer, basada en la comunicación abierta y el respeto por las preferencias y derechos de los pacientes. Este enfoque promueve una atención más humana y centrada en el

paciente, indispensable para mejorar la calidad de la atención en el sistema de seguro social.

La investigación no solo contribuye a una comprensión más profunda, sino que también busca impulsar un cambio positivo en la atención médica obstétrica en México, proponiendo estrategias para una comunicación más efectiva y una atención integral que garantice el respeto y la seguridad de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto.

MARCO TEÓRICO.

Esta investigación se enfoca en explorar los efectos de la comunicación interpersonal en la relación médico-paciente dentro de la praxis obstétrica del seguro social. Para ello, se examinan teorías de la comunicación interpersonal y su aplicación en el contexto de la atención médica, así como factores contextuales que puedan influir en esta dinámica.

De igual forma se analizan conceptos de lo que es la experiencia y percepción enfocado hacia el tema de investigación lo cual permite conocer mejor a la paciente, la comprensión de estos aspectos permite identificar áreas de mejora en la comunicación médico-paciente, con el objetivo de optimizar la atención obstétrica y promover mejores resultados de salud para las madres y sus bebés.

La comunicación interpersonal desempeña un papel fundamental en la relación médico-paciente, especialmente en entornos obstétricos donde la calidad de la interacción puede influir significativamente en los resultados de salud materno-infantil. En el contexto específico del sistema de salud del seguro social, donde se atiende a una población diversa y con necesidades particulares, comprender y mejorar la comunicación entre médicos y pacientes se vuelve crucial para brindar una atención de calidad centrada en el individuo.

Presentación y contextualización.

“A partir del primer tercio del siglo XX hasta la actualidad, la teoría de la comunicación se ha ido construyendo desde perspectivas diferentes.” (Rizo, 2011, p. 3)

Entonces de acuerdo con investigaciones del autor Salinas (2004): El modelo comunicacional más influyente en el estudio de la comunicación interpersonal fue el modelo matemático de la teoría de la información de Claude Shannon el cual se centraba en la transmisión de información, pero fue criticado por su enfoque en la linealidad y la falta de consideración de la significación en la comunicación.

Paul Watzlawick y autores de la Escuela de Palo Alto en la Teoría de la Comunicación Humana

Paul Watzlawick fue un teórico de origen austriaco nacido en 1921. Estudió filosofía y sociología en Venecia y posteriormente hizo prácticas en psicoterapia en el Instituto Carl Jung en Zurich, Suiza. En la década de los 60's se integró en el Mental Research Institute de Palo Alto, en California.

En el año 1967 publicó su obra 'teoría de la comunicación humana' la que escribió junto con Janet Beavin y Don Jackson estableciendo un nuevo enfoque holístico sobre la interacción entre personas que rompió con la visión unidireccional o lineal de la comunicación verbal propuesta por Shannon y Weaver, imperante en ese momento.

De acuerdo con el texto de Rizo (2011):

La trayectoria de producción bibliográfica de Watzlawick y otros autores de la Escuela de Palo Alto tiene un eje conceptual central: la interacción. En la mayoría de los casos las obras de estos autores están enfocadas al ámbito de las psicoterapias y de las terapias sistémicas (p.8)

De este modo la presencia de esta obra fue notable sobre todo en los años setenta, cuando se dio el auge del enfoque interaccionista y de la psicología social dentro de los estudios sobre comunicación

Para el psicólogo Paul Watzlawick, quien es considerado uno de los padres de la teoría de la comunicación humana y del constructivismo, menciona que la comunicación verbal no puede concebirse sin el contexto en el que se produce.

Teoría de la comunicación humana de Paul Watzlawick.

Para contextualizar la teoría de la comunicación humana de Paul Watzlawick se necesita entender la historia del pensamiento comunicacional desde la Escuela de Palo Alto, entre los miembros de esta corriente destacan investigadores como Gregory Bateson, Ray Birdwhistell, Edward T. Hall, Erving Goffman y Paul Watzlawick. "El modelo de Palo Alto considera la comunicación como un proceso social permanente de puesta

en común y participación, donde comunicar implica construir un sentido en la interacción.” (Comunicólogos, s/f, par. 2)

La teoría de la comunicación humana se publicó originalmente en 1967, por Paul Watzlawick, junto con sus colegas Janet Beavin y Don Jackson, en un momento en que “A las aproximaciones funcionalistas y críticas en comunicación se sumaron los aportes del pensamiento sistémico propuesto por la Escuela de Palo Alto, también conocida como Colegio Invisible.” (Rizo, M. 2011) Esta teoría se enmarca en el campo de la comunicación y la psicología, y propone una perspectiva sistémica y pragmática de la comunicación humana.

La principal aportación de la corriente de pensamiento de la escuela de Palo Alto de acuerdo con los autores Bateson y Ruesch en 1984 es que “el concepto de comunicación incluye todos los procesos a través de los cuales la gente se influye mutuamente” también los mismos autores afirman que “la comunicación es la matriz en la que se encajan todas las actividades humanas”, así mismo se comprende la comunicación de una forma más amplia.

Los denominados “Axiomas de comunicación” marcan el inicio para comprender que la comunicación no es sólo cuestión de acciones y reacciones; es algo más complejo, y debe pensarse desde un enfoque sistémico, a partir del concepto de intercambio.

La teoría destaca que cada interacción no solo transmite información, sino que también define o refuerza la relación entre las personas involucradas. En el caso de la relación médico-paciente en la obstetricia, la forma en que se comunica el médico puede afectar la confianza, la percepción de la calidad de la atención y la cooperación de la paciente durante el proceso obstétrico.

La aplicación de la teoría de la comunicación humana de Watzlawick en la praxis obstétrica del Seguro Social implica reconocer la complejidad de la comunicación, tanto verbal como no verbal, y trabajar para establecer una relación sólida y comprensiva con el paciente. Una comunicación efectiva contribuirá a la confianza del paciente, a la

comprensión de su atención médica y a una experiencia más positiva en el proceso obstétrico.

Axiomas de la teoría de la comunicación

En este sentido, según Watzlawick existen de una serie de cuestiones que siempre están presentes en los actos comunicativos, llamados axiomas. De esta forma explican Paul Watzlawick, Janet Beavin y Don Jackson en 1985; “Los axiomas constituyen un modelo intarracional pragmático de la comunicación humana, dicho esto está conformado por tres áreas la sintáctica, semántica y pragmática.” (Comunicólogos, 2024)

Esta distinción e interacción entre estas 3 áreas sirve de base para la formulación de 5 los axiomas de la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick et al., 1985 en Comunicólogos, 2024):

El axioma uno menciona la imposibilidad de no comunicar: Todo comportamiento es una forma de comunicación, donde todo comunica y es imposible no comunicar.

Lo que significa que la comunicación no es solo verbal sino también gestual. Este principio resalta que incluso cuando no se está expresando palabras, el comportamiento, gestos y expresiones faciales transmiten mensajes que son interpretados por los demás.

Cuando se aplica este axioma al contexto de la comunicación interpersonal entre el médico y el paciente, su relevancia se vuelve aún más evidente. En la relación médico-paciente, cada interacción, ya sea una consulta, un examen físico o una conversación sobre el tratamiento, está impregnada de comunicación en múltiples niveles. Por ejemplo, el tono de voz del médico, su postura corporal y su expresión facial transmiten información al paciente, al igual que los gestos y expresiones del paciente comunican su estado emocional y nivel de comodidad.

El axioma numero dos son los niveles de contenido y relaciones de la comunicación, toda comunicación tiene dos niveles: uno de contenido y otro de relación.

De acuerdo con la 'Teoría de la Comunicación Humana', en cualquier mensaje intervienen dos aspectos: el contenido que se transmite y la relación que existe entre los interlocutores, de modo que el segundo influye en el sentido del primero. El contenido aporta el qué se dice y la relación, el cómo hay que interpretarlo, además del significado de primeras palabras, cualquier acto comunicativo provee información sobre cómo el que habla quiere ser entendido y que le entiendan, y también sobre cómo la persona receptora va a entender el mensaje.

La interacción entre el nivel de contenido y el nivel de relación es fundamental para entender la comunicación en el contexto médico. Una relación médico-paciente basada en la confianza y el respeto mutuo puede facilitar la comunicación abierta y honesta sobre preocupaciones de salud, lo que a su vez puede mejorar la calidad de la atención y los resultados del tratamiento. Por otro lado, una relación tensa o conflictiva entre el médico y el paciente puede obstaculizar la comunicación efectiva y dificultar la comprensión y la aceptación de la información médica por parte del paciente.

El axioma tres menciona la puntuación de la secuencia de hechos: La comunicación puede ser entendida como una serie ininterrumpida de intercambio de mensajes.

Watzlawick establece que para los interlocutores siempre existe uno que tiene la iniciativa y otro que actúa como respuesta al primero y, en función del rol, estructuran la comunicación. Sin embargo, no siempre existe acuerdo entre ambos sobre quién es quién.

Sin embargo, los participantes en este proceso siempre introducen lo que se denomina por los teóricos de la comunicación humana "puntuación de secuencia de hechos", que implica la estructuración del flujo comunicacional dentro del cual tanto el emisor como el receptor interpretaran su propio comportamiento como reacción ante el comportamiento del otro. (Comunicólogos, s/f., párr. 10)

La secuencia de hechos se establece en cada intercambio entre el médico y el paciente durante una consulta médica. El médico generalmente toma la iniciativa al hacer

preguntas, realizar exámenes físicos y proporcionar información sobre el diagnóstico y el tratamiento. Por otro lado, el paciente responde a estas acciones, proporcionando información sobre sus síntomas, preocupaciones y experiencias de salud, aunque la dinámica de la comunicación puede variar dependiendo de factores como la personalidad del médico y del paciente, su nivel de confianza mutua y el contexto específico de la consulta.

El axioma cuatro menciona la comunicación digital y analógica: En toda comunicación existen dos niveles: el digital, es decir el contenido (lo que se dice), y el analógico, es decir el modo en que ese contenido es transmitido (cómo se lo dice). (Comunicólogos, s/f., párr. 12). En la interacción entre dos personas influye tanto la comunicación verbal como la no verbal para dar sentido al mensaje.

Ambos niveles de comunicación se complementan entre sí para dar sentido al mensaje y fortalecer la relación entre el médico y el paciente. Una comunicación efectiva en ambos niveles puede mejorar la comprensión mutua, la confianza y la satisfacción del paciente, lo que a su vez puede contribuir a una atención obstétrica de mayor calidad y mejores resultados de salud materno-infantil.

El quinto y último axioma es la interacción simétrica y complementaria: Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o la diferencia.

En la comunicación, hay que tener en cuenta dos tipos de relaciones que afectan a la forma de enviar y comprender los mensajes: una simétrica, donde las partes se encuentran en una posición igualitaria y otra complementaria, en la que existe una unión de autoridad-seguidor.

Teoría en la acción (Chris Argyris y D. Shön)

La teoría por utilizar se conoce como Teoría en la acción es una micro teoría escrita por Chris Argyris y D. Shön, esta se concentra en la interacción y la comunicación entre el médico y el paciente. Se habla sobre la comunicación efectiva y como esta es

esencial para una atención médica de calidad. La empatía y la comprensión son componentes clave de la comunicación efectiva.

Desde el punto de vista de Argyris y Shön se ofrece un acercamiento diferente para entender el comportamiento del profesional, estos autores proponen que;

La conducta de los profesionales (al igual que toda conducta humana) está dirigida a conseguir metas concretas y está influida por las percepciones sobre los objetivos deseados, su factibilidad, las intenciones y actitudes previstas de las otras personas implicadas y los condicionantes del contexto. (Loaysa, J., Moral, R., González, F., 2015).

Entonces la teoría de la acción se identifica partiendo del comportamiento en condiciones reales, de igual forma esta teoría se ha utilizado predominantemente en gestión de empresas donde su influencia ha sido notable pero también se ha aplicado en otras áreas incluyendo Ciencias de la Salud donde se han publicado algunos estudios.

Una alianza terapéutica, la que la relación del emisor y receptor trabajen juntas para lograr objetivos, esto implica confianza, respeto y colaboración. La teoría también implica la autonomía del paciente, esto refiere a que los pacientes tienen derecho a tomar decisiones informadas sobre su atención médica, y los médicos deben proporcionar información y apoyo para ayudar a los pacientes en este proceso. Se enfoca en que la relación se rige por principios éticos, como la confidencialidad, el respeto a la privacidad y la toma de decisiones compartidas.

De acuerdo con autores como Loayssa, González y Ruiz (2007) mencionan que; la relación médico-paciente es esencial para la práctica médica, especialmente en medicina familiar, ya que esta además de facilitar un diagnóstico incide entre otros aspectos como la salud, la satisfacción, o la adhesión al tratamiento del paciente. (párr. 1)

Esta teoría es una investigación centrada en las conductas específicas del médico y/o del paciente y en identificar su repercusión concreta, mientras que los factores que pueden determinar los comportamientos en la consulta han recibido poca atención. Entre éstos se encuentran la percepción que los médicos tienen sobre cuál es el

comportamiento necesario para alcanzar los objetivos de la Relación Médico-Paciente (RMP) y que ha sido denominado por Argyris cómo «teoría declarada».

Las relaciones interpersonales pueden ser de distintos tipos, algunas de carácter superficial y otras de mayor complejidad, como la que tiene lugar entre el médico y su paciente, en la cual el médico en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible, pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica. (Silva, 2006, párr. 1)

La RMP pueden ser clasificada de diferentes formas, pero la más utilizada por su sentido práctico es aquella que establece tres formas distintas.

La relación activo-pasiva es aquella que se establece con enfermos en estado de coma, o que se encuentran en una situación que no les permite establecer una relación más participativa, como es el caso del paciente con un edema agudo del pulmón. (Silva, 2006)

Se refiere a como se conecta y se cuida a las personas que no pueden participar activamente en la interacción debido al estado de salud de la otra persona, en estas situaciones el personal de salud asume el papel más activo para proporcionar el cuidado necesario, como administrar tratamientos, brindar apoyo emocional, entre otras cosas.

“La relación cooperativa guiada es la que se establece con pacientes que están en condiciones de cooperar en su diagnóstico y tratamiento, como ocurre en algunas enfermedades agudas (neumonía, por ejemplo) y crónicas como la hipertensión arterial” (Silva, 2006).

En este tipo de relación, tanto el paciente como el profesional de la salud trabajan juntos como un equipo. El paciente comparte información sobre sus síntomas, preocupaciones y hábitos de vida, mientras que el profesional brinda orientación, educación y tratamiento.

“La relación de participación mutua no sólo contempla el cumplimiento del tratamiento, sino el control en discusión frontal de situaciones y actitudes relacionadas con la causa y evolución de la enfermedad.” (Silva, 2006).

Es un diálogo abierto y honesto, donde el paciente se siente escuchado y comprendido, y donde el profesional de la salud brinda orientación y apoyo para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y el manejo de la enfermedad.

Las conexiones entre ambas teorías son evidentes en cuanto a la relación que existe entre el médico y el paciente.

Argyris y D. Shön se centran en la idea de que las personas tienen "modelos mentales" o supuestos subyacentes que influyen en su comportamiento. En la relación médico-paciente, el médico puede tener ciertos modelos mentales sobre el paciente, la enfermedad o el proceso de atención, mientras que Watzlawick percibe la manera en que estos modelos mentales se expresan, tanto verbal como no verbalmente, se alinea con la noción de Watzlawick sobre la comunicación.

Argyris hace hincapié en la importancia del autoconocimiento y la autorreflexión en las interacciones humanas, incluida la relación médico-paciente. Sugiere que tanto médicos como pacientes deben reflexionar sobre sus propios comportamientos y motivaciones para mejorar la calidad de la comunicación y la relación en general.

Otro punto importante es que Watzlawick destaca cómo las personas puntúan los eventos en la comunicación, influenciando sus percepciones. Esto se relaciona con cómo las personas interpretan y dan significado a las interacciones, en relación con Argyris la interpretación de las acciones y palabras del médico por parte del paciente está influenciada por los modelos mentales que tienen sobre el cuidado de la salud.

Aunque estas teorías se enfocan en diferentes contextos, comparten puntos en común relacionados con la importancia de la comunicación clara y efectiva, el reconocimiento de patrones de interacción problemáticos y la necesidad de autoconocimiento y autorreflexión para mejorar las relaciones interpersonales.

El análisis de la teoría de la comunicación humana de Paul Watzlawick complementando con la teoría de la acción de Chris Argyris y D. Shön, permite comprender la complejidad y la profundidad de las interacciones médico-paciente en lo obstétrico, ambas teorías ofrecen enfoques que resaltan la importancia de considerar

tanto los elementos verbales como los no verbales en la comunicación, y como estos influyen en la percepción y la cooperación.

La integración de estos marcos teóricos permite comprender que una comunicación efectiva en el nexo médico-paciente no solo se centra en la transmisión de información, sino en la construcción de una relación que se apoya en la empatía, el respeto, el entendimiento mutuo y refuerza la necesidad de una comunicación abierta y consciente.

Esto es esencial en el contexto del seguro, donde las interacciones pueden influir en la percepción del cuidado y en la adherencia a los tratamientos por parte de los pacientes promoviendo un entorno donde la atención médica es percibida no solo como un servicio, sino como un proceso de acompañamiento y apoyo mutuo que respeta y considera la dignidad y emociones del paciente.

Conceptos de experiencia y percepción

De acuerdo con la autora Mendoza (2023)

La experiencia humana se refiere al conjunto de vivencias, conocimientos y habilidades que cada individuo posee para entender y comunicarse con el entorno. Estas experiencias pueden incluir pensamientos, emociones, percepciones, interacciones sociales, hábitos y motivaciones. Esta experiencia está influenciada por una variedad de factores, como el entorno socioeconómico, cultural, familiar, educativo y personal de cada individuo. La experiencia humana es única para cada persona y puede variar enormemente de una persona a otra. (párr. 1)

Se puede entender que la experiencia humana resalta la complejidad y singularidad de cada individuo, este enfoque invita a valorar la diversidad de perspectivas y comprender mejor las diferencias individuales que hacen irrepetibles a las personas.

Citando una definición generada por inteligencia artificial basada del artículo “Caminos hacia el bienestar: desenredando las relaciones causales entre las variables biopsicosociales” de los autores Karunamuni, Imayama y Goonetilleke (2021);

La experiencia vivida se refiere a los encuentros personales y subjetivos de un individuo, incluidas las emociones, percepciones, preferencias y objetivos, que dan forma a su mundo interior en un momento específico. Representa un dominio de comprensión distinto que influye en la forma en que los individuos interpretan y responden a diversos factores sociales y biológicos. (párr. 13 Traducción realizada por Google en Science Direct)

Con este concepto se enfatiza en la subjetividad de cada persona al interactuar con el mundo, es interesante como se subraya que la experiencia es única para cada momento, lo que implica que está en constante cambio de acuerdo con las circunstancias que se enfrenta y está influenciado tanto por factores internos como externos.

Como afirma Ibáñez (2018);

La experiencia humana, es resultado de un proceso complejo en el que se dan cita dos polos intrínsecamente unidos: por un lado, existen cambios en la relación corporal con el medio registrados por nuestro sistema perceptivo, y por otro, valoraciones mentales relacionales, que condicionan, no sólo la percepción, sino también la respuesta ante ese entorno. Ambos aspectos son inseparables: percepción y sensación sentida de un lado, y hermenéutica y lenguaje de otro. Ambos constituyen nuestra experiencia.

El texto plantea una visión de un fenómeno complejo que confluye tanto lo sensorial como en lo interpretativo, la interacción inseparable entre la percepción física del entorno y las valoraciones mentales que se elaboran sobre esa percepción, en esta dualidad se refleja que la experiencia no es solamente biológica ni exclusivamente cognitiva. Sino que es una síntesis entre ambas dimensiones, se resalta que hay elementos esenciales como el lenguaje que resalta como se interpreta el mundo a través de significados, lo que puede enriquecer aún más la forma en la que las personas responden y se adaptan al entorno, ya que se comprende que la experiencia humana es un proceso dinámico, profundo y único.

La experiencia humana se refiere al conjunto de vivencias, conocimientos y habilidades que cada individuo posee para entender y comunicarse con el entorno. Estas experiencias pueden incluir pensamientos, emociones, percepciones, interacciones sociales, hábitos y motivaciones. Esta experiencia está influenciada por una variedad de factores, como el entorno socioeconómico, cultural, familiar, educativo y personal de cada individuo. La

experiencia humana es única para cada persona y puede variar enormemente de una persona a otra. (párr. 1)

Después del análisis de las tres versiones la que se elige es la de Mendoza (2023) porque la experiencia humana en la relación médico-paciente puede entenderse como el proceso subjetivo, dinámico y único que emerge de las interacciones entre el paciente y el médico, en el que convergen emociones, percepciones, conocimientos, valores y expectativas de ambas partes. Este proceso está influenciado tanto por factores internos, como las emociones y creencias individuales, como por factores externos, incluyendo el entorno socioeconómico, cultural e institucional en el que se desarrolla la atención médica. La experiencia humana en este contexto no solo refleja la interpretación que el paciente hace de su propia condición de salud, sino también la calidad de la comunicación, la empatía y el entendimiento mutuo que se genera en cada encuentro clínico.

Ahora bien, la percepción tiene diferentes definiciones que se han dado por distintos autores, una de ellas es la siguiente de Kenny (2004) generada por inteligencia artificial de la enciclopedia de psicología aplicada; “La percepción interpersonal se refiere al proceso de formar juicios e inferencias sobre otros, incluidos sus rasgos de personalidad, actitudes, emociones y comportamientos sociales, basándose en observaciones directas o indirectas.” (párr. 10, Traducción realizada por Google en Science Direct)

En un contexto como el de la comunicación médico-paciente, esta definición puede interpretarse como la manera en que los pacientes perciben a los médicos, influyendo en las interacciones, el nivel de confianza, y la calidad de la comunicación. Por ejemplo, un paciente puede interpretar la actitud de un médico como empática o indiferente, según su tono de voz o expresiones, lo que afectará su experiencia general de la consulta.

De acuerdo con el autor Neisser en la investigación *percepción de los pacientes sobre Cuidado humanizado en un hospital del área metropolitana de Barranquilla en 2021*;

La percepción es un proceso activo-constructivo en el que la persona que percibe «contrasta» la nueva información con sus propios esquemas internos, producto de sus aprendizajes, y rechaza o acepta la información suministrada por el estímulo, en razón de la adecuación o no a su esquema personal.

Es decir, es la interpretación que se hace del estímulo que llega o se percibe. Y en este caso, el término “interpretación” es muy importante, ya que, a través de la percepción se construye la realidad, lo que se conoce e interpreta como real, aunque no sea la realidad auténtica.

Según Vargas (1994) la percepción es;

Un proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización (p. 48)

De este modo también se define la percepción;

No es un proceso lineal de estímulo y respuesta sobre un sujeto pasivo, sino que, por el contrario, están de por medio una serie de procesos en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social. En el proceso de la percepción están involucrados mecanismos vivenciales que implican tanto al ámbito consciente como al inconsciente de la psique humana. (p. 48)

Después del análisis de los tres conceptos presentados el que se elige es el de Vargas (1994) porque la percepción en el contexto de la comunicación interpersonal entre médico y paciente es un proceso dinámico, multidimensional y subjetivo mediante el cual cada parte interpreta e interioriza las interacciones, el lenguaje verbal y no verbal, las emociones y las actitudes presentes en el encuentro clínico.

Este proceso no es lineal, ya que depende de la construcción activa de significados influenciados por factores internos (como las creencias, experiencias previas y emociones) y externos (como el entorno cultural, social y organizacional). En este

contexto, la percepción es esencial para formar juicios y determinar la calidad de la interacción y el nivel de confianza y empatía alcanzado entre médico y paciente.

La definición se fundamenta en la investigación sobre comunicación interpersonal en el ámbito médico-paciente, ya que la percepción juega un papel clave en cómo ambos actores interpretan y responden a las interacciones.

Para el cierre del capítulo se muestra el análisis de las teorías de la comunicación humana de Watzlawick y la teoría de la acción de Argyris y Schön, junto con los conceptos de experiencia y percepción, permite entender de manera integral las dinámicas de la comunicación interpersonal entre médico y paciente.

Estas perspectivas teóricas y conceptuales resaltan la importancia de la interacción como un proceso dinámico, complejo y multidimensional, donde factores verbales, no verbales, emocionales, culturales y cognitivos se entrelazan en cada encuentro clínico.

Watzlawick, con su énfasis en los axiomas de la comunicación, destaca que la relación médico-paciente es una interacción constante donde todo comunica, desde los gestos hasta las palabras. Esto complementa la teoría de Argyris y Schön, que subraya la relevancia del autoconocimiento y la autorreflexión para mejorar las interacciones. Ambas teorías se alinean al enfatizar que la calidad de la comunicación no solo reside en la transmisión de información, sino en la creación de un vínculo de confianza y cooperación mutua.

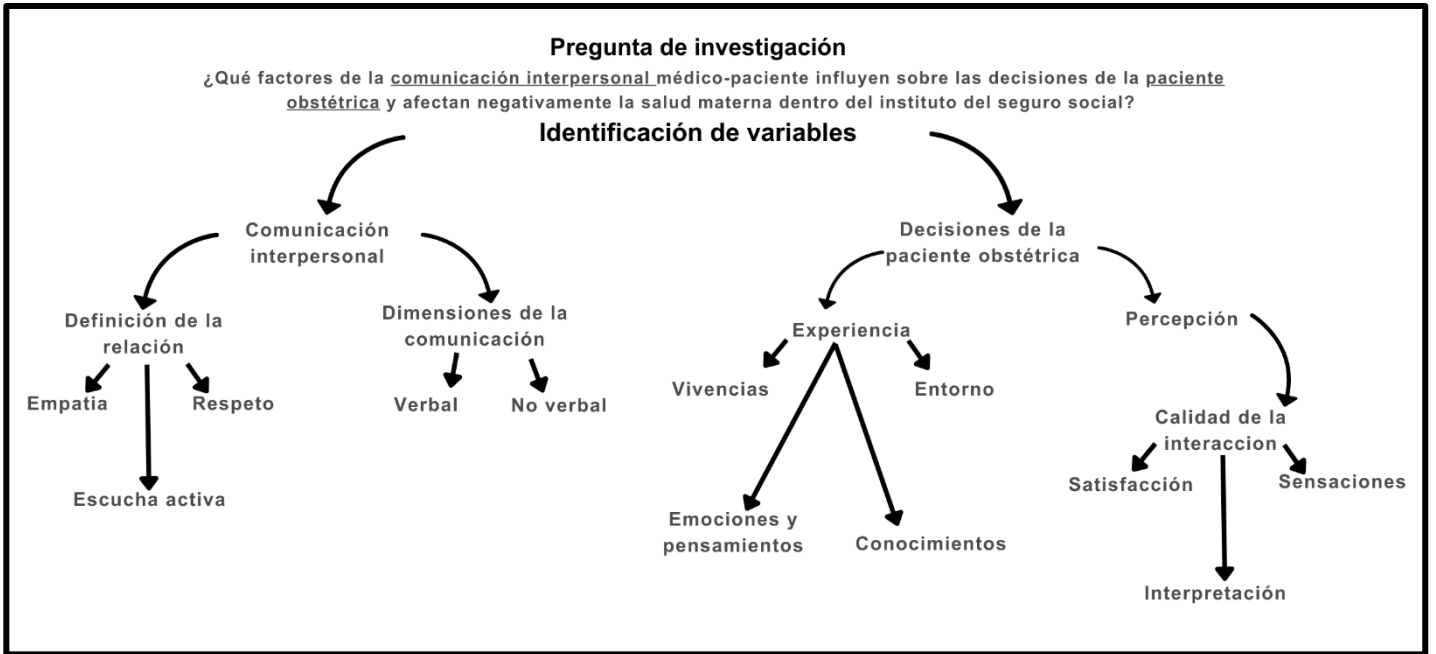
Por otro lado, los conceptos de experiencia y percepción, especialmente desde las definiciones propuestas por Mendoza (2023) y Vargas (1994), aportan profundidad al análisis al destacar cómo los pacientes y médicos construyen significados únicos basados en sus vivencias, creencias y contextos socioculturales. En este sentido, la percepción del paciente sobre la empatía del médico y su disposición a escuchar influye directamente en la satisfacción con la atención y en su adherencia al tratamiento.

La integración de estas perspectivas teóricas y conceptuales revela que la comunicación interpersonal en el ámbito médico no solo es una herramienta funcional,

sino un elemento clave para humanizar la atención en contextos como el obstétrico. Este enfoque centrado en el respeto, la dignidad y la comprensión mutua contribuye a mejorar la experiencia del paciente y optimizar los resultados de salud. Así, este marco teórico no solo enriquece la comprensión del fenómeno estudiado, sino que también proporciona una base sólida para diseñar estrategias que transformen positivamente la interacción médico-paciente en el contexto del seguro social.



Fuente: Elaboración propia, 2025



Fuente: Elaboración propia, 2025

APARTADO METODOLÓGICO.

La comunicación interpersonal desempeña un papel fundamental en la relación médico-paciente, especialmente en contextos obstétricos donde la atención médica puede ser emocionalmente cargada y la atención deficiente. En el marco de la praxis obstétrica del seguro social, la calidad de la comunicación entre médicos y pacientes no solo influye en la experiencia del cuidado de la salud, sino que también puede tener impactos significativos en los resultados de salud materno-fetales.

Este aspecto adquiere una relevancia particular, ya que la calidad de la atención obstétrica no solo se mide en términos de intervenciones médicas, sino también en el apoyo emocional y la confianza que los pacientes reciben durante todo el proceso de sus consultas.

Para comprender a fondo estos efectos, se requiere una investigación exhaustiva que explore la naturaleza y la influencia de la comunicación interpersonal en la praxis obstétrica del seguro social. Este estudio se enmarca en una investigación de tipo cualitativa correlacional-explicativa que busca identificar las posibles relaciones entre diversos aspectos de la comunicación médico-paciente y los resultados de salud materno-fetales.

Las diversas técnicas de investigación proporcionan una visión detallada de la relación entre la comunicación médico-paciente y la calidad de la atención obstétrica en el contexto del seguro social. Los hallazgos de este estudio tienen el potencial de informar intervenciones e incremento de mejoras dentro de la comunicación interpersonal en la atención obstétrica, contribuyendo desde la perspectiva y experiencia de cuidado durante el proceso de las pacientes a los resultados de salud materno-fetales.

Tipo de investigación:

La investigación que es de tipo cualitativa se puede desarrollar a preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección de datos.

El autor Patton (2011) define los datos cualitativos como descripciones detalladas

de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones, de este modo también se considera que es holístico, esto quiere decir que se puede apreciar un “todo” sin reducir el estudio en partes.

La investigación cualitativa es especialmente adecuada para estudiar fenómenos complejos y contextuales, como las interacciones sociales y los procesos comunicativos que se dan entre médicos y pacientes en el ámbito obstétrico del seguro social, así como observaciones detalladas de las interacciones verbales y no verbales, el análisis de las actitudes, creencias y percepciones.

Al utilizar datos de índole cualitativos como entrevistas en profundidad, observaciones directas, se pueden identificar patrones recurrentes de la comunicación interpersonal. A través de entrevistas y grupos focales, los investigadores pueden capturar las experiencias, preocupaciones y necesidades tanto de los médicos como de los pacientes. Esto puede proporcionar información valiosa sobre cómo mejorar la comunicación interpersonal y la calidad de la atención obstétrica.

Descriptiva, correlacional o explicativa

El tipo de investigación de la cual se hará uso es correlacional, ya que este estudio tiene como finalidad citando a Hernández, Fernández & Baptista (2014) “conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías, variables en una muestra o contexto particular” (p. 93)

Además, la utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas y de este modo entender cómo una variable puede cambiar en respuesta.

La investigación correlacional sobre los efectos de la comunicación interpersonal en la relación médico-paciente en la praxis obstétrica del seguro social busca identificar y comprender las posibles relaciones entre variables relacionadas con la comunicación y la calidad de la atención obstétrica. En este enfoque, se examinan las asociaciones estadísticas entre diferentes aspectos de la comunicación interpersonal y los resultados

de la atención médica, como la satisfacción del paciente, los resultados de salud materno-fetales, y la adherencia al tratamiento obstétrico.

El tipo de valor correlacional tiene en medida parcial un valor explicativo ya que de acuerdo con el libro el hecho de saber que dos conceptos o variables se relacionan aporta cierta información explicativa.

De igual forma la investigación es un estudio de tipo explicativo, Hernández, Fernández & Baptista (2014) “dirigido a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales” (p.95) esto quiere decir que se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o por qué se relacionan dos o más variables.

El valor de este estudio radica en que encuentra más estructurado que los demás alcances; además de que proporciona un sentido de entendimiento del fenómeno a que hace referencia.

Este tipo de estudio explora las razones detrás de los resultados observados, profundizando en cómo y por qué ciertos aspectos de la comunicación pueden afectar la calidad de la atención obstétrica y los resultados de salud materno-fetales.

Al utilizar un enfoque explicativo, esta investigación busca profundizar en la comprensión de los procesos y mecanismos que sustentan a la relación entre la comunicación interpersonal, la calidad de la atención obstétrica y los resultados de salud materno-fetales en el contexto del seguro social. Los hallazgos de este estudio pueden informar intervenciones y políticas destinadas a mejorar la comunicación entre médicos y pacientes, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y los resultados de salud en el ámbito obstétrico.

Experimental o No experimental

El diseño de la investigación es de tipo no experimental debido a que solo se realiza la observación del fenómeno tal como se da en un contexto natural para analizarlos.

En un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan

situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. En la investigación no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir en ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014)

Al observar las interacciones en su entorno natural, los investigadores pueden capturar la complejidad de la comunicación interpersonal en el ámbito obstétrico, teniendo en cuenta factores como la cultura, la atención médica, las características de los pacientes y las condiciones socioeconómicas, además de que permite una comprensión profunda de las interacciones cotidianas entre médicos y pacientes en entornos reales y se puede identificar áreas de mejora en la atención obstétrica.

Transeccional o longitudinal

Los diseños de la investigación corresponden a un estudio transeccional o también conocido como transversal, ya que los datos que se recolectan se dan en un solo momento dado. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014)

De esta forma se entiende que es un diseño transeccional descriptivo ya que como se menciona tiene el objetivo de indagar una o más variables de una población, sirve para ubicar un grupo de personas en categorías.

En el contexto de los efectos de la comunicación interpersonal en la praxis obstétrica, este enfoque podría ayudar a identificar patrones en la forma en que se comunica el personal médico con las pacientes embarazadas en un momento dado, así como a categorizar diferentes estilos de comunicación, analizar cómo estas categorías se relacionan con la satisfacción del paciente y los resultados de salud, esto puede ayudar a comprender mejor cómo se lleva a cabo la comunicación en este entorno específico y cómo puede influir en la experiencia y los resultados de salud de las pacientes embarazadas.

Técnica de Investigación: Entrevista

Díaz, P. menciona que “La entrevista es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos; se define como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar.” (p.163, 2013)

Díaz, P. haciendo referencia al autor Canales la define como "la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto" (p.163, 2013)

Mediante entrevistas con médicos y pacientes, la investigación puede explorar las experiencias, percepciones y opiniones de ambos grupos sobre la comunicación interpersonal en el contexto obstétrico. Esto puede incluir cómo se sienten los pacientes con respecto a la forma en que son tratados por los médicos, cómo los médicos perciben la calidad de la comunicación con sus pacientes y qué barreras pueden existir en la interacción.

En este caso una entrevista de índole semiestructurada es la mejor opción, debido a que presentan “Un mayor grado de flexibilidad ya que parten de preguntas planeadas y que de ese modo pueden ajustarse a los entrevistados” (Díaz, 2013, p. 163)

De acuerdo con Miguel Martínez hay ciertas recomendaciones que seguir en una entrevista semiestructurada, en primer lugar, hay que contar con una guía o una base de entrevista, tener una actitud agradable al hacer la entrevista, explicar los propósitos de la entrevista, dar libertad de tratar otros temas que el entrevistador perciba relacionados con el tema. (Díaz, 2013)

Diseño del instrumento

Se realiza un guion de entrevista enfocada a la paciente embarazada.

En primer lugar, se da una explicación breve del propósito de la entrevista: explorar las experiencias y percepciones sobre la comunicación entre médicos y pacientes durante el embarazo y el parto en el contexto obstétrico del seguro social.

Se brinda un saludo y se piden datos generales:

¿Podría proporcionarme su nombre para referirnos durante la entrevista?

Se busca que las pacientes cuenten sobre su experiencia durante las consultas y atención médica:

¿Cómo describiría la comunicación con su médico durante las consultas prenatales?

De igual forma se busca observar la percepción sobre la relación médico-paciente con preguntas como:

¿Cómo su médico le brinda la suficiente información y claridad sobre su embarazo y los procedimientos médicos relacionados?

¿Te sentiste preparada y apoyada por tu médico para el parto? ¿por qué?

¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre su experiencia en la comunicación médico durante el embarazo y el parto?

Se agradece por el tiempo y disposición para compartir sus experiencias por parte del paciente.

Como es una entrevista semiestructurada, de acuerdo con las respuestas pueden ir saliendo más preguntas que fluyan con la conversación y obtener mejores resultados.

Muestreo para el levantamiento de datos

Este se realiza bajo el contexto en el que se recolecta y analiza datos desde la observación de diferentes sucesos, la cotidianidad del ambiente, platica o entrevista con varias personas, por las características de la investigación cualitativa las muestras deben ser más flexibles.

La muestra de casos tipo está enfocada en analizar “los valores, experiencias y significados de un grupo social” (Hernández, Fernández & Baptista, 2014) entonces este muestreo se basa en el análisis de las experiencias.

Para el muestreo hay que seleccionar a personas que representen una variedad de perspectivas y experiencias en relación con el tema, en este caso las pacientes embarazadas o que ya vivieron la experiencia una primera vez, esto podría incluir pacientes de diferentes edades, antecedentes socioeconómicos, etnias y niveles educativos que hayan asistido a su parto en el seguro social mexicano.

Es importante que en el muestreo haya pacientes que hayan tenido múltiples interacciones con médicos obstetras en el contexto del seguro social, de igual forma otro factor importante es garantizar la confidencialidad y el respeto por los derechos de los informantes. Es importante seleccionar informantes que estén dispuestos a participar voluntariamente en el estudio y que comprendan el propósito de la investigación, así como los posibles riesgos y beneficios de su participación.

Al aplicar estos criterios y métodos de selección, se puede garantizar que los informantes seleccionados para participar en la investigación aporten una variedad de perspectivas y experiencias relevantes para el estudio sobre la comunicación interpersonal en la relación médico-paciente en la práctica obstétrica del seguro social.

Pasos para la recolección de datos o trabajo de campo

De acuerdo con Hernández, Fernández & Baptista, el proceso cualitativo no es lineal, constituye acciones para cumplir con los objetivos de la investigación y responder de este modo a las preguntas del estudio. (2014, p.396)

Con un enfoque cualitativo la recolección de datos es fundamental ya que se busca obtener datos y que estos se conviertan en información en las propias formas de expresión de cada uno, ya que al tratarse de seres humanos los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes, ya sea de manera individual, grupal o colectiva. Se recolectan con la finalidad de analizarlos y comprenderlos, y así responder a las preguntas de investigación y generar conocimiento. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014)

Prueba Piloto

En este apartado se realiza la primera prueba de la investigación en la que se hace uso de la entrevista para revisar y verificar que el instrumento es el adecuado.

El fichaje técnico de la persona a la que se le realizó la entrevista es la siguiente:

Nombre de la persona: Lourdes Serrano Rodríguez

Edad: 31 años

Escolaridad: Licenciatura en Nutrición.

Estado civil: Mamá soltera

Entrevistadora (E) Paciente (P)

La entrevista fue la siguiente:

E: Hola, buenas tardes, ¿Cómo has estado?

P: Muy bien gracias, tiene tiempo que no nos veíamos

E: Tienes toda la razón, pero gracias también por permitirme hacerte esta entrevista y darte el tiempo de responderme

P: No te preocupes, me da gusto poder ayudarte a responder

E: Primero necesito comentarte que la investigación es para analizar la comunicación que se da entre el médico y el paciente en la atención que se da hacia las mujeres embarazadas y como esto puede llegar a afectar en la salud, pero dentro de un contexto del seguro.

P: Okay, eso me parece interesante y ya entiendo un poco más sobre lo que quieres investigar

E: Si, sobre todo ahorita es para conocer la percepción que tuviste, todo tómatelo con

calma y tranquila ¿estas lista para comenzar la entrevista?

P: Sí, cuando tú me digas

E: ¿Puedes contarme un poco sobre tu experiencia como paciente en el ámbito obstétrico del seguro social?, Obstétrico se refiere a la atención que se les da a las mujeres durante el embarazo, parto y postparto

P: Realmente la atención que me dieron desde el principio fue un poco deficiente, ya que al llegar a las citas tardan mucho en atenderte y no se da la suficiente atención a cada paciente, lo entiendo porque sé que es público, pero me hubiera gustado que se me diera una mejor atención.

E: ¿Durante las consultas prenatales con tu médico, que pudiste percibir sobre el interés que le daba a tu bienestar y el del bebé?

P: Pues no mostraban mayor interés del necesario o atención especial por estar embarazadas y de alguna manera eso fue desalentador porque esperaba algún acompañamiento profesional en un momento tan crucial e importante de mi vida.

E: ¿Crees que de alguna manera esto fue mal intencionado?

P: No lo creo, pero creo que de alguna manera esto trae consigo efectos negativos, porque llega un momento en el que no me siento escuchada o completamente segura o cuidada

E: Entiendo, ¿Cómo describes la comunicación con tu médico durante las consultas prenatales?

P: Limitada porque solo me realizaba preguntas de rutina

E: ¿Eso provocó emociones en ti?

P: La verdad es que llegó a ser frustrante, pero aun así de mi parte trataba de realizar preguntas para no quedarme con las dudas de mi cuidado

E: ¿Cómo su médico le brinda la suficiente información y claridad sobre su embarazo y los procedimientos médicos relacionados?

P: No me explicaron, no hubo detalles y pasan por alto un aspecto importante para nosotras como pacientes

E: ¿Te sentiste preparada y apoyada por tu médico para el parto? ¿por qué?

P: Pues mi médico no era el mismo durante las citas previas al parto, y como no me dieron la atención necesaria la verdad es que me daban muchos nervios, y también sentía un poco de preocupación.

E: ¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre su experiencia en la comunicación médico durante el embarazo y el parto?

P: Mi opinión es que no existe una comunicación establecida, ya que no fue un mismo doctor el que me atendió y tampoco hubo como tal un seguimiento o interés más allá de lo que les correspondía.

E: Lamento que tu experiencia no haya sido agradable, y que hayas pasado por una falta de continuidad en tu atención porque eso puede llegar a ser muy desconcertante, y eso puede provocar que sientas inseguridad sobre la situación de tu embarazo, quiero agradecerte por permitirme esta entrevista me es muy útil en la investigación que estoy realizando, y espero que sigamos en contacto.

P: No te preocupes, me dio gusto poder ayudarte y espero que te hayan servido mis respuestas.

La selección de informantes se considera que es la adecuada para la investigación, de acuerdo con las modificaciones hay que agregar más preguntas para que la entrevista sea con mayor duración ya que aproximadamente fue de unos 34 minutos, lo que se agregaría en la entrevista serían las siguientes preguntas sin incluir las que surjan a partir de respuestas de las pacientes:

Edad y situación actual:

¿Cuál es tu edad?

¿Estado civil actualmente?

¿Estás embarazada actualmente o eres mamá primeriza?

Atención recibida:

¿Cómo describirías la atención médica que has recibido durante tu embarazo en el Seguro Social?

¿Te sientes escuchada y comprendida por los médicos y el personal de salud?

Comunicación con los médicos:

¿Cómo ha sido tu experiencia de comunicación con los médicos?

¿Te explican claramente los procedimientos y cuidados necesarios?

¿Sientes que tienes espacio para hacer preguntas y recibir respuestas claras?

Toma de decisiones:

¿Te has sentido involucrada en las decisiones sobre tu atención médica?

¿El médico te ofrece opciones y respeta tus decisiones sobre tu embarazo y parto?

Seguridad y confianza:

¿Te sientes segura con los cuidados que recibes en el Seguro Social?

¿Consideras que los médicos y enfermeras se han mostrado empáticos y atentos a tus necesidades?

Experiencia emocional:

¿Te has sentido emocionalmente apoyada por el personal médico durante tu embarazo y visitas al hospital?

¿Has sentido algún tipo de presión o persuasión en las decisiones sobre tu salud o la de tu bebé?

Maltrato o incomodidad:

¿Has sentido que en algún momento fuiste tratada de manera deshumanizada, atemorizada o humillada durante la atención médica?

Cesáreas y procedimientos:

Si tuviste cesárea, ¿fuiste informada adecuadamente sobre las razones para realizarla?

¿Se pidió tu consentimiento?

Sugerencias para mejorar:

¿Qué crees que se podría mejorar en la atención del Seguro Social para que las mujeres embarazadas y las mamás primerizas tengan una mejor experiencia?

Apoyo emocional:

¿Qué tipo de apoyo emocional o psicológico consideras que te haría sentir más segura y acompañada en este proceso?

Tabla de operacionalización.

Variable	Definición	Categoría	Definición	Dimensión	Preguntas
Comunicación interpersonal	“La comunicación interpersonal se define como el encuentro cara a cara entre dos personas que sostienen una relación de interdependencia a través de un intercambio de mensajes que	Calidad de la interacción	La interacción interpersonal se refiere a la forma en que los individuos se relacionan entre sí, a aspectos incluidos como la comunicación, las conexiones emocionales y la calidad de las relaciones. (párr.3, Traducción realizada por Google en Science Direct) Otro punto importante es que Watzlawick destaca cómo las personas puntúan los eventos en la comunicación, influenciando sus	Empatía	¿Cómo describirías la atención médica que has recibido durante tu embarazo en el Seguro Social? ¿Consideras que los médicos y enfermeras se han mostrado empáticos y atentos a tus necesidades?
				Respeto	¿El médico te ofrece opciones y respeta tus decisiones sobre tu embarazo y parto?

proceden de señales tanto verbales como no verbales” (Rizo, 2008).		percepciones. Esto se relaciona con cómo las personas interpretan y dan significado a las interacciones, en relación con Argyris la interpretación de las acciones y palabras del médico por parte del paciente está influenciada por los modelos mentales que tienen sobre el cuidado de la salud.	Escucha activa	¿Te sientes escuchada y comprendida por los médicos y el personal de salud?
	Experiencia	La experiencia humana se refiere al conjunto de vivencias, conocimientos y habilidades que cada individuo posee para entender y comunicarse con el entorno. Estas experiencias pueden incluir pensamientos, emociones, percepciones, interacciones sociales, hábitos y motivaciones. Esta experiencia está influenciada por una variedad de factores, como el entorno socioeconómico, cultural, familiar, educativo y personal de cada individuo. La experiencia humana es única para cada persona y puede variar enormemente de una persona a otra. (párr. 1)	Vivencias	¿Cómo ha sido tu experiencia de comunicación con los médicos?
			Conocimientos	¿Te explican claramente los procedimientos y cuidados necesarios? Si tuviste cesárea, ¿fui informada adecuadamente sobre las razones para realizarla? ¿Se pidió tu consentimiento? ¿Cómo su médico le brinda la suficiente información y claridad sobre su embarazo y los procedimientos médicos relacionados?
			Pensamientos	¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre su experiencia en la comunicación médico durante el embarazo y el parto?
			Emociones	¿Te sientes segura con los cuidados que recibes en el Seguro Social? ¿Te has sentido emocionalmente apoyada por el personal médico durante tu embarazo y visitas al hospital? ¿Has sentido algún tipo de presión o persuasión en las decisiones sobre tu salud o la de tu bebé? ¿Qué tipo de apoyo emocional o psicológico consideras que te haría sentir más segura y acompañada en este proceso?
			Entorno	¿Cómo describiría la comunicación con su médico durante las consultas prenatales?
	Percepción	Un proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización. No es un proceso lineal de estímulo y respuesta sobre un sujeto pasivo, sino que, por el contrario, están de por medio una serie de procesos en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social. En el proceso de la percepción están involucrados	Interpretación	¿Has sentido que en algún momento fuiste tratada de manera deshumanizada, atemorizada o humillada durante la atención médica?
			Satisfacción	¿Qué crees que se podría mejorar en la atención del Seguro Social para que las mujeres embarazadas y las mamás primerizas tengan una mejor experiencia? ¿Te sentiste preparada y apoyada por tu médico para el parto? ¿por qué?
			Sensaciones	¿Sientes que tienes espacio para hacer preguntas y recibir respuestas claras?

			mecanismos vivenciales que implican tanto al ámbito consciente como al inconsciente de la psique humana. (p. 48)		¿Te has sentido involucrada en las decisiones sobre tu atención médica?
--	--	--	--	--	---

Fuente: Elaboración propia, 2025

Plan de análisis

Para realizar un plan de análisis se establece la base de la investigación como lo son las interacciones que hay entre doctor y la paciente y como este afecta en la percepción, emociones y a la experiencia misma sobre la calidad de la comunicación, la empatía y el apoyo recibido dentro del contexto del seguro social

De acuerdo con Hernández, Fernández, Baptista, (2014), “Usamos la codificación para comenzar a revelar significados potenciales y desarrollar ideas, conceptos e hipótesis; vamos comprendiendo lo que sucede con los datos (empezamos a generar un sentido de entendimiento respecto al planteamiento del problema)” (p. 459)

De este modo los códigos son etiquetas que sirven para identificar categorías de un segmento relevante como conceptos, experiencias, ideas, hechos relevantes y con significado.

Los autores Hernández, Fernández, Baptista, (2014), mencionan que una “técnica sencilla para producir categorías es la de “agrupamiento”: primero, anotar temas vinculados al planteamiento mencionados en las entrevistas o grupos, o bien, detectados en las observaciones y documentos.” (p. 468)

Para las técnicas de escrutinio de las categorías la que mejor sirve para realizar es la de repeticiones ya que como Hernández et al. (2014) menciona es “una de las maneras más fáciles de identificar categorías. Cuando una unidad o idea se repite frecuentemente, puede significar que representa una categoría” (p. 469)

De igual forma existen diferentes técnicas de procesamiento, pero la que puede servir en esta investigación es aquella en la que se identifican palabras que utilizan los

participantes de manera recurrente, como lo mencionan los autores Hernández et al. (2014, p.471)

A continuación, se asignan códigos a las frases clave encontradas en las entrevistas:

La falta de tiempo y atención limitada: “Las consultas son bastante cortas y no siempre hay tiempo suficiente para hacer todas las preguntas” se refiere a un código de *atención limitada*. “Hay demasiados pacientes, y no hay mucho tiempo para que te atiendan de forma más personal” se le asigna el código de *saturación y rapidez*.

El siguiente es la búsqueda de información adicional, como la paciente menciona: “He tenido que buscar información por mi cuenta para sentirme más preparada” es un código de *necesidad de información clara*. De igual modo otra paciente alude que “buscaba información para no quedarme solamente con la opinión del médico” este es un código de *información complementaria*.

Existe una relación en las pacientes al mencionar que por parte de los médicos hay una falta de empatía hacia ellas y poco apoyo emocional, una de ellas menciona lo siguiente “Me sentí sola en el hospital durante el parto, las enfermeras no se mostraban muy empáticas” y la siguiente paciente dice “Sería bueno tener un poco de apoyo en cuanto a orientación emocional”, de acuerdo con esto el código es la *falta de apoyo emocional*.

Para el siguiente código es la *comunicación superficial y poco detallada* ya que como la paciente en la entrevista menciona “la comunicación era muy general y no profundizaba en algunos detalles importantes” y otra comenta “las respuestas eran rápidas y generales”

Por parte de las entrevistadas que vivieron esta experiencia existe un sentimiento de falta de participación en las decisiones, una de ellas menciona esto “sentí que las decisiones ya estaban tomadas sin que yo pudiera opinar mucho” y otra de ellas comenta esto “no tuve la oportunidad de explorar otras opciones o expresar mi opinión” esto por consecuente lleva al código de *falta de participación en decisiones*.

El trato del personal médico es fundamental en la investigación por lo tanto las mujeres que vivieron esta experiencia tienen opiniones similares, una de ellas menciona que “las enfermeras se mostraban un poco distantes y bruscas” mientras que otra de las pacientes menciona lo subsecuente “A veces no miraban a los ojos cuando hablaba, lo cual me hacían sentir que no le daban importancia” el código es el *trato impersonal y falta de atención*.

Estos códigos sirven como la base de la creación de categorías y ayudan a realizar un análisis más profundo de lo que es la comunicación en la experiencia de las pacientes durante el embarazo en el seguro social.

Se subraya que el tipo de investigación cualitativa permite obtener descripciones detalladas de las interacciones, lo cual es esencial para capturar la complejidad y profundidad de las experiencias vividas por los pacientes en situaciones obstétricas.

La investigación expone la necesidad de implementar políticas que fortalezcan la empatía y el apoyo emocional en la atención médica obstétrica, mostrando de este modo que una mejora en la calidad de la comunicación interpersonal podría incrementar tanto la satisfacción de las pacientes como los resultados de salud de los mismos. El marco metodológico establece una base sólida para analizar y mejorar los aspectos comunicativos en la atención obstétrica del seguro social, promoviendo un ambiente que valore el bienestar integral de la paciente y la relación de confianza con su equipo médico.

ANALISIS Y RESULTADOS.

El objetivo del análisis cualitativo de este trabajo de investigación es explorar la influencia de la comunicación interpersonal en la calidad de la atención obstétrica y los resultados de salud materno-fetales en el contexto del seguro social. A través de entrevistas semiestructuradas con mujeres que cuentan lo que han experimentado en la atención obstétrica recibida, se busca identificar las percepciones, experiencias y barreras en la interacción médico-paciente.

El estudio tiene como objetivo comprender cómo la calidad de la comunicación, así como las dimensiones de esta, entre médicos y pacientes influye en diversos aspectos de la experiencia de atención obstétrica, especialmente en la experiencia y percepción de los pacientes y en los resultados de salud tanto maternos como fetales.

Al examinar las interacciones y la percepción que tienen los pacientes sobre el trato recibido, se busca identificar elementos específicos dentro de la comunicación que contribuyen o perjudican la calidad del cuidado brindado en el seguro. Esta comprensión es fundamental para desarrollar recomendaciones y estrategias que permitan mejorar la atención obstétrica, optimizando la experiencia de los pacientes y garantizando mejores resultados en los procesos que se brindan.

El método cualitativo que se utilizó, como las entrevistas, permiten profundizar en aspectos emocionales y subjetivos que las cifras cuantitativas no alcanzan a capturar, esto proporciona una visión detallada de las necesidades y expectativas de los pacientes. Esto es relevante, ya que promueve una atención más humanizada, centrada en las experiencias de los pacientes y el mejoramiento de la relación médico-paciente.

Variables de investigación

De acuerdo con Van Dijk, T. (2000) menciona que;

“El análisis de acción puede depender de la perspectiva que adoptamos, en particular del hablante o del receptor para un hablante, la percatación, la conciencia, la intencionalidad y los propósitos pueden estar asociados con acciones "reales". Para los receptores, lo

que cuenta es lo que se dice y sus consecuencias sociales, o sea, lo que escuchan o interpretan como acción” (p. 29)

Estas variables dentro de la investigación giran en torno a la comunicación interpersonal en la atención obstétrica en el contexto del seguro social, se presentan las variables analizadas divididas por subapartados:

De acuerdo con el análisis realizado los conceptos sobre las perspectivas del discurso como la acción, la intencionalidad y la perspectiva, son fundamentales en las dimensiones o estructuras de la sociedad.

“Estas acciones pueden tener propiedades muy diferentes, pero todas son actos comunicativos” (Van Dijk, 2000, p.29)

La principal variable por analizar en los resultados es la de la comunicación interpersonal y como esta se divide por categorías que ayudan a comprender la investigación.

La comunicación interpersonal se analiza desde la Teoría de la Comunicación Humana de Paul Watzlawick, destacando cómo la interacción entre médico y paciente influye en la percepción de la atención recibida. A su vez, la Teoría de la Acción de Chris Argyris y Donald Schön permite comprender cómo los modelos de acción del personal médico afectan la calidad de la relación con la paciente y su participación en la toma de decisiones.

A partir de las respuestas obtenidas en cada dimensión, se busca identificar patrones de interacción que favorecen o dificultan una atención médica humanizada, analizando tanto los factores positivos como las barreras en la comunicación. Este enfoque permitirá generar propuestas para mejorar la calidad de la atención obstétrica, promoviendo una relación médico-paciente más empática, informada y respetuosa.

Calidad de la interacción en la comunicación médico-paciente

Esta se divide en tres dimensiones para entender a la calidad, estas son la empatía, el respeto y la escucha activa, para esto se dividió en preguntas que están enfocadas hacia las pacientes.

Empatía

En cuanto la empatía las respuestas que brindan las entrevistadas reflejan una diversidad, algunas pacientes mencionan haber recibido un trato amable y considerado por parte del personal médico, lo que generó en ellas confianza y seguridad en el proceso de atención.

Sin embargo, la entrevistada menciona lo siguiente "A veces necesitaba no sólo respuestas, sino también que me escucharan con paciencia y me dieran el apoyo emocional necesario para sentirme más segura." Y otra paciente dice "Siento que no recibo toda la atención que me gustaría tener, ya que es un momento muy importante en mi vida."

De este modo las pacientes relatan experiencias bastante marcadas por la indiferencia y la falta de interés de sus necesidades y preocupaciones durante el embarazo.

El análisis revela que la empatía juega un papel determinante en la percepción de la calidad de la atención médica, la falta de ella no solo genera insatisfacción, sino que también puede aumentar niveles de estrés y ansiedad en las pacientes, un trato empático, basado en la escucha y la validación en las emociones puede mejorar significativamente la experiencia que se vive con las pacientes.

Respeto

Las entrevistas evidencian que no todas las pacientes sienten que se les otorga el derecho a tomar decisiones informadas sobre su embarazo y parto, una de ellas explica lo siguiente: "Siempre el médico decidía qué era lo mejor sin poner en riesgo mi salud o la de mi bebé."

Los médicos toman decisiones sin consultarles previamente o sin brindarles explicaciones claras sobre los procedimientos al igual de que se muestra que otras pacientes sintieron presión para aceptar ciertos tratamientos sin recibir alternativas o información suficiente, por ejemplo, la entrevistada comenta: "Acepté la cesárea porque quería lo mejor para el bebé, pero no me explicaron bien las razones durante el proceso."

Esto lleva a una falta de respeto evidente para cada una de las pacientes, es crucial que los médicos reconozcan a las pacientes como personas en su proceso de atención y que promuevan una toma de decisiones compartida basada en el consentimiento informado.

Escucha activa

En los testimonios, las pacientes refieren haber sentido que sus preocupaciones fueron ignoradas o minimizadas por el personal médico.

"Siento que todo fue algo muy general." Comenta una de las entrevistadas, de igual forma otra de ellas menciona "Cuando tengo preguntas más específicas, siento que las respuestas son muy generales o que no profundizan lo suficiente."

De esta forma se concuerda que fueron interrumpidas cuando intentaban expresar sus dudas o necesidades. Sin embargo, se reconoce haber recibido atención en la que los médicos demostraron disposición para escuchar y responder con paciencia. La falta de escucha activa puede generar frustración en las pacientes y afectar la calidad de la relación médico-paciente. La validación de las preocupaciones de las pacientes y el tiempo dedicado a responder sus preguntas pueden influir positivamente en su experiencia y percepción de la atención médica.

Experiencia en las pacientes

Vivencias

La experiencia de comunicación con los médicos varía significativamente entre las entrevistadas. Mientras algunas describen interacciones en las que se sintieron valoradas y bien informadas, otras relatan haber sido tratadas con desinterés o prisa.

Por ejemplo, las entrevistadas comentan lo siguiente: "Las consultas son bastante cortas, y no siempre hay tiempo suficiente para hacer todas las preguntas que uno tiene." Así como también "Era como si siempre estuvieran corriendo contra el tiempo."

En este caso las experiencias negativas suelen asociarse con la falta de explicaciones claras y el trato distante de los profesionales de la salud.

Es importante que las instituciones de salud capaciten a su personal para mejorar la calidad de la comunicación interpersonal y garantizar que todas las pacientes reciban un trato digno y respetuoso. Un ambiente de comunicación abierto y accesible puede mejorar la percepción general de la atención médica.

Conocimientos

Uno de los aspectos más recurrentes en las entrevistas es la falta de información clara sobre los procedimientos médicos.

"Nunca quise quedarme con la duda porque mi bebé era muy importante para mí." Así como, "A veces siento que la información es muy general y no abordan todas las dudas que tengo." De esta manera las pacientes concuerdan en que no entendieron completamente las razones detrás de ciertas decisiones clínicas, como la necesidad de una cesárea o la administración de determinados medicamentos.

Este hallazgo subraya la importancia de la educación en salud dentro del contexto médico. Explicar los procedimientos con un lenguaje claro y accesible puede empoderar a las pacientes y mejorar su confianza en el personal de salud. Además, el acceso a material informativo complementario puede contribuir a una mejor comprensión y participación en la toma de decisiones.

Pensamientos y emociones

Las respuestas de las pacientes como: "Solo me dijeron que el bebé estaba en una posición complicada." reflejan una amplia gama de emociones en torno a la atención médica de este modo expresan sentimientos de ansiedad y temor ante la incertidumbre sobre su salud y la de su bebé.

La atención médica debe considerar no solo los aspectos clínicos, sino también el bienestar emocional de las pacientes ya que una de ellas menciona "Sentí que tenía que buscar información por mi cuenta para sentirme más preparada."

Estrategias como la comunicación afectiva, el acompañamiento psicológico y la creación de un ambiente de apoyo pueden contribuir a mejorar la experiencia emocional de las pacientes.

Cada uno de los pacientes expresan la necesidad de querer tener un mayor apoyo emocional, especialmente en lo que es la gestación del bebé y el parto, ya que al momento que se daban las consultas se realizaban en un formato técnico y se dejaba de lado aspectos emocionales de las pacientes, es decir el cómo se sentían con su embarazo con las dudas que tenían.

La falta de información detallada sobre los procedimientos específicos que se llevan a cabo ya sea en un parto natural o la cesárea generaban incertidumbre y ansiedad, afectando la sensación de seguridad por parte de las pacientes. Por parte de las entrevistadas, concuerdan que el apoyo emocional fue visto como insuficiente, con muy poco enfoque en el bienestar psicológico de las pacientes, esto generó una sensación de desamparo.

Entorno

El ambiente en el que se desarrolla la comunicación médico-paciente también influye en la percepción de la atención recibida. Por ejemplo, se menciona "En el hospital, durante el parto, me sentí bastante sola en algunos momentos", y de igual forma el alto volumen de pacientes y la falta de tiempo por parte del personal de salud dificultan una comunicación efectiva.

Este factor resalta la necesidad de optimizar los tiempos de atención y crear espacios en los que las pacientes puedan expresar sus inquietudes sin sentir que están siendo apresuradas o ignoradas.

Percepción en la atención médica.

Interpretación

"El médico hacía lo que podía con el tiempo que tenía, pero había momentos en los que sentía que me quedaban dudas." Al analizar la interpretación que las pacientes hacen de la atención recibida, se observa que las pacientes sienten que su bienestar no es la prioridad del sistema de salud.

"Acepté la cesárea porque tuve que confiar en el doctor." La manera en que los médicos comunican diagnósticos y procedimientos puede afectar la percepción de la calidad del servicio y la confianza en el personal de salud.

La capacitación en comunicación efectiva puede ayudar a los médicos a transmitir información de manera clara y empática, minimizando malentendidos y mejorando la relación con las pacientes.

Satisfacción

La satisfacción con la atención médica está directamente relacionada con la calidad de la comunicación. Cuando las pacientes reciben información clara, respeto y trato empático, expresan mayor satisfacción con la atención. En contraste, la falta de información y la actitud distante del personal de salud generan insatisfacción y desconfianza.

"Aunque mi experiencia no fue completamente negativa, hay mucho espacio para mejorar, especialmente en lo que respecta a la comunicación y la empatía." De este modo este hallazgo destaca la importancia de fortalecer la formación en habilidades de comunicación en el ámbito médico y fomentar una cultura de atención centrada en el paciente.

La satisfacción de los pacientes está relacionada con la percepción de la empatía y la atención individual que reciben por parte del personal médico que las atendía.

Cuando el médico era el mismo para las consultas, llegaban a mostrar un poco de interés, pero sobre todo había continuidad, esto hacía que las pacientes se sintieran satisfechas y escuchadas.

Las entrevistadas expresaron su frustración ante la falta de tiempo dedicado a las consultas, por ejemplo "Creo que sería ideal que las consultas fueran un poco más largas." lo cual repercutía negativamente en ellas ya que percibían que era deficiente la calidad de atención prestada durante las consultas, así mismo las actitudes del personal antes y durante el parto también influyeron en la satisfacción general, ya que se notaba brusco o impersonal.

Sensaciones

Las pacientes expresan la necesidad de ser escuchadas y de recibir respuestas claras a sus inquietudes.

"Me hubiera gustado que me hicieran sentir más involucrada en las decisiones sobre mi salud y la de mi bebé." Así las pacientes expresan su deseo a una mayor participación en la toma de decisiones sobre su salud y la de sus bebés.

De igual forma a recibir acceso a información detallada sobre su atención médica. Implementar estrategias que fomenten la participación de las pacientes y promuevan una comunicación abierta puede mejorar significativamente su experiencia en el sistema de salud.

Los hallazgos obtenidos en esta investigación permiten ser analizados a la luz de dos marcos teóricos fundamentales: la Teoría de la Comunicación Humana de Paul Watzlawick y la Teoría de la Acción de Chris Argyris y Donald Schön. Ambas teorías brindan un marco interpretativo coherente para comprender la complejidad de la interacción médico-paciente en el ámbito obstétrico del Seguro Social.

Cada uno de los aspectos clave de las entrevistas puede conectarse con los axiomas fundamentales, así como con los planteamientos sobre la importancia de la interacción humana.

El primer axioma habla acerca de la imposibilidad de no comunicar, es decir que todo comportamiento es una forma de comunicación, este principio se ve reflejado claramente en los testimonios recabados durante las entrevistas, donde las pacientes relataron sentirse ignoradas o juzgadas, incluso en ausencia de palabras. La postura corporal del médico, el tono de voz, o la falta de contacto visual fueron interpretadas por las mujeres como señales de desinterés o juicio, lo cual coincide con lo planteado por DiMatteo et al. (1980): que la satisfacción del paciente aumenta cuando el médico es sensible a las emociones y al lenguaje corporal del paciente.

El segundo axioma trata acerca del contenido y su relación, y para esto es necesario también citar a Van Dijk (2000); “el contexto parece implicar algún tipo de entorno o circunstancias para un suceso, acción o discurso” (p.32). En este caso se puede decir que, aunque en diferentes circunstancias las entrevistadas en la relación que tienen con su médico reciben poca cercanía o empatía debido al tipo de consultas, es decir que son muy generales o rutinarias, se incluye el hecho de que algunas veces no es el mismo médico quien consulta de este modo no se aborda su bienestar emocional y tampoco se explican decisiones importantes en lo que implica el embarazo.

La puntuación de la secuencia de hechos es de lo que habla el axioma tres y este se relaciona con las entrevistas debido a que las pacientes como se mencionó con anterioridad reportan una falta de continuidad en lo que son sus consultas, incluyendo explicaciones un tanto ambiguas, en esto concuerdan las mujeres que ya pasaron por el procedimiento en decir que les genera confusión y necesidad de buscar información adicional. Esto evidencia que una comunicación médica fragmentada dificulta la creación de un entendimiento coherente en los pacientes.

Una comunicación efectiva requiere de ciertos elementos tanto digitales que en este caso es el contenido verbal y analógicos como los gestos, de eso habla el axioma número cuatro entonces la comunicación médica que se plantea en las consultas del seguro se limita a explicaciones verbales rápidas sin hacer uso de expresiones o lenguaje corporal, esto lleva directamente a una experiencia impersonal.

De quinto y último axioma es la interacción complementaria y simétrica en este caso las pacientes no se sienten involucradas en las decisiones sobre su salud incluyendo la del bebé, la percepción de una relación complementaria donde el médico controla la toma de decisiones sin consulta adecuada crea una experiencia insatisfactoria para los pacientes.

En la Teoría de la Acción de Argyris y Schön los hallazgos de la investigación se relacionan con esta teoría ya que se enfoca en como las personas planifican, implementan y revisan sus acciones es especialmente útil asociar con las entrevistas realizadas sobre la investigación.

Este contraste se evidenció en los resultados, donde muchos médicos afirman brindar una atención “con enfoque humano y ético”, pero los relatos de las pacientes muestran una realidad diferente: trato impersonal, falta de explicación clara sobre procedimientos y decisiones unilaterales. Esto sugiere que, aunque el discurso institucional promueve una atención humanizada, las prácticas reales no siempre se alinean con esa intención. Tal como afirman los autores, es en la práctica donde se revelan los modelos mentales ocultos que guían la acción.

Las acciones de los profesionales son influenciadas, lo que puede explicar cómo los médicos perciben sus propias limitaciones en la atención, la satisfacción de los pacientes está relacionada con la percepción de empatía y la continuidad del cuidado, aspectos que se ven reducidos cuando las consultas son impersonales o apresuradas.

La teoría sugiere que los médicos deben reflexionar sobre sus acciones y protocolos, de este modo mejorar la comunicación y la atención. La empatía, el respeto y la autonomía del paciente son principios éticos que deben integrarse en la práctica cotidiana. La teoría de la acción destaca la necesidad de un proceso reflexivo que permita a los profesionales ajustar sus prácticas y fomentar una alianza terapéutica más colaborativa.

Los resultados obtenidos de las entrevistas reflejan las limitaciones y problemas significativos que se han mostrado en términos de tiempo, empatía y continuidad que

existen en la comunicación médico-paciente hablando del contexto obstétrico del seguro social.

A partir del análisis cualitativo que se realizó directamente de las entrevistas con las tres pacientes, se puede concluir que la calidad de la comunicación que existe entre el doctor y las mujeres embarazadas en el contexto de lo que es el seguro social tiene un impacto directo en la satisfacción recibida y en su bienestar emocional.

Se enfatiza en la falta de tiempo dedicado a cada consulta, sumado a la falta de continuidad con el mismo médico, esto genera una sensación de desapego, lo que afecta negativamente la percepción de la calidad en la atención brindada.

Uno de los hallazgos es que la comunicación que se da es apresurada y general, lo que deja a los pacientes con dudas sin resolver y una necesidad de buscar información adicional por su cuenta, esto además de generar frustración afecta también en la confianza de la paciente, creando un vacío emocional.

De acuerdo con esto, el apoyo emocional fue percibido como insuficiente, y la falta de enfoque en el bienestar psicológico de las pacientes las dejó con una sensación de abandono, esto es especialmente preocupante, ya que el embarazo y el parto son experiencias profundamente emocionales y con enormes cambios físicos, donde las mujeres más que nunca necesitan sentirse seguras.

Además, la falta de involucración en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y el manejo de complicaciones en el parto revelan un desequilibrio en la relación médico-paciente. Aunque los pacientes eran informados sobre los procedimientos, sentían que sus opiniones no eran verdaderamente valoradas, lo que contribuyó a la percepción de que no tenían control.

La comunicación efectiva en el contexto médico no solo debe informar, sino también conectar y apoyar emocionalmente a los pacientes para lograr un cuidado integral y humano.

Al comparar estos hallazgos con lo revisado en el estado del arte, se encuentran importantes coincidencias. Por ejemplo, Farah Díaz (2016) y Solnes et al. (2018)

documentan cómo en instituciones públicas muchas mujeres reportan falta de consentimiento informado, trato deshumanizado y decisiones médicas impuestas, lo que se alinea con los relatos recopilados en esta investigación. Estos estudios también enfatizan el impacto emocional y psicológico que la violencia obstétrica genera en las pacientes, coincidiendo con las entrevistas realizadas, donde se detectaron sentimientos de ansiedad, miedo e impotencia.

Además, autores como Matusitz y Spear (2014) señalan que la comunicación interpersonal es tan determinante que puede influir directamente en los resultados de salud, lo cual refuerza la hipótesis planteada en esta investigación. Al no haber una relación empática y clara entre médico y paciente, las mujeres tienden a confiar menos, a preguntar menos, y a aceptar decisiones sin comprenderlas del todo, afectando así la calidad del cuidado recibido.

En síntesis, al triangular los datos con las teorías empleadas y el estado del arte, se confirma que la calidad de la interacción comunicativa es un eje central en la experiencia obstétrica. Watzlawick permite comprender la dimensión relacional y simbólica de los intercambios, mientras que Argyris y Schön aportan un lente crítico sobre las incongruencias entre el discurso profesional y la acción real. A su vez, el contraste con investigaciones previas revela que esta problemática no es aislada, sino estructural, y demanda una transformación profunda en los modelos de atención obstétrica en el sistema público de salud.

CONCLUSIONES.

Los hallazgos principales del análisis que se realiza para la investigación sobre lo que es la comunicación interpersonal y la atención médica obstétrica en el contexto del seguro social mexicano incluyen lo que es la calidad de la comunicación entre los médicos y las pacientes y cómo esta es generalmente apresurada y poco detallada.

De este modo también se identificó que la satisfacción del paciente, así como su percepción depende de la empatía del médico y la continuidad de las consultas que se otorgan en tan poco tiempo. Además, se hizo patente el insuficiente apoyo emocional que se brinda debido al trato impersonal que se da a las pacientes lo que contribuye a la ansiedad y sensación de inseguridad.

Por último, se denota que existe muy poco involucramiento en la toma de decisiones porque, aunque las pacientes reciben información sobre los procedimientos durante las consultas y el embarazo, la participación activa en las decisiones es limitada, debido a que las explicaciones suelen ser breves y no permiten entendimiento profundo sobre las decisiones que toman los médicos, lo cual incrementa la percepción de falta de apoyo.

La hipótesis que se utiliza al principio de la investigación confirma lo que se planteó de acuerdo con los resultados, debido que el análisis muestra que la comunicación es general, rápida y superficial, con respuestas previamente establecidas o en su defecto que no son lo suficientemente detalladas. Esto como se ha mencionado lleva a que las pacientes tengan la necesidad de buscar información por su cuenta, lo cual coincide con una parte de la hipótesis en la que se señala que la falta de información clara puede hacer que tomen decisiones incorrectas.

Al contrastar los resultados de esta investigación con el estado del arte, emergen diversas inconsistencias que enriquecen el análisis crítico del fenómeno estudiado.

En primer lugar, mientras los médicos entrevistados afirman brindar una atención ética y humanizada, los testimonios de las pacientes evidencian experiencias de trato impersonal, falta de explicación clara y ausencia de consentimiento informado. Esta

discrepancia coincide con lo señalado en la Teoría de la Acción de Argyris y Schön, que diferencia entre la teoría declarada y la teoría en uso. A nivel discursivo, los profesionales sostienen un ideal de buena práctica; sin embargo, en la experiencia cotidiana de las pacientes, la atención recibida dista de ese ideal.

En segundo lugar, se observa una divergencia respecto al papel de la comunicación no verbal. En los resultados de esta investigación, las pacientes enfatizan que los silencios, gestos o el tono de voz del personal médico son interpretados como signos de indiferencia o juicio. No obstante, gran parte del estado del arte ha puesto mayor énfasis en el exceso de tecnicismo verbal y en la falta de claridad del lenguaje médico (Díaz, 2016; Solnes et al., 2018), sin destacar con igual fuerza la influencia del lenguaje corporal. Esto sugiere que la comunicación no verbal constituye un aspecto poco explorado que esta investigación logra visibilizar.

En tercer lugar, se identifican diferencias en torno a la participación de las pacientes en la toma de decisiones. Los hallazgos de campo muestran que muchas mujeres tienden a obedecer y resignarse a las indicaciones médicas para “no molestar” o “no atrasar” la atención, reflejando una actitud más pasiva. En contraste, la literatura internacional (Matusitz y Spear, 2014) indica que las mujeres buscan cada vez más una participación en la toma de decisiones sobre su embarazo y parto, aunque se enfrenten a barreras estructurales. Esta incongruencia apunta a la necesidad de explorar factores socioculturales que influyen en la actitud de las pacientes.

Finalmente, las incongruencias detectadas no representan una contradicción, sino un complemento que permite comprender el fenómeno de manera multidimensional. La presente investigación aporta matices poco explorados, como el peso de la comunicación no verbal y la resignación de las pacientes, mientras que el estado del arte resalta las dimensiones estructurales y los impactos a largo plazo de estas prácticas en la vida de las mujeres.

El apoyo emocional en todo momento de la investigación fue identificado como insuficiente, ya que las pacientes no se sentían cómodas e incluso experimentaron ansiedad e inseguridad debido a la falta de información y atención personalizada, de este

modo la hipótesis menciona la carencia de apoyo emocional y su impacto en la desconfianza y la comprensión de las opciones médicas.

La atención impersonal y brusca en algunos casos que se da a la paciente afecta su percepción, especialmente cuando las consultas llegan a ser breves y con diferentes médicos, es decir aumenta la percepción de falta de empatía y personalización en el trato y coincide con la hipótesis que menciona del trato deshumanizado como un factor que afecta negativamente la toma de decisiones y la confianza de los pacientes.

La investigación refleja una profunda problemática en la atención obstétrica brindada al seguro social mexicano, se destaca que la comunicación médica con paciente un pilar esencial es la atención, y este no se realiza con la eficacia necesaria. La interpretación de estos hallazgos sugiere que la falta de comunicación informativa y empática puede llevar a consecuencias significativas, tanto en la salud emocional como en la toma de decisiones.

Se observa que la naturaleza apresurada de las consultas unida a la poca continuidad en la atención médica por el mismo doctor contribuye a una experiencia impersonal, este ambiente genera una sensación de desapego y falta de confianza, obligando a las pacientes a buscar respuestas externas en internet que en ocasiones no llega a ser de fuentes confiables, esto para entender un poco más acerca de lo que es su embarazo, este comportamiento refleja una percepción de desconfianza en el sistema.

La investigación también pone en evidencia que la falta de apoyo durante el embarazo y el parto se traduce en una experiencia de vulnerabilidad para las mujeres, sentirse escuchadas pero sobre todo comprendidas es fundamental, especialmente durante un momento tan trascendental e importante como este, cuando este no se proporciona, la atención médica pierde un componente humano que es clave, dejando a los pacientes con una sensación de insatisfacción del trato recibido, este no solo afecta en el bienestar psicológico, sino que también disminuye la capacidad de los pacientes para participar activamente en su atención.

Esto hace evidente la necesidad urgente de reformar los protocolos que se manejan en el seguro social, es decir cómo mejorar la comunicación médica, garantizando que estos sean más inclusivos, empáticos y orientados al paciente para mejorar los resultados de salud materna y la experiencia completa en la atención obstétrica este cambio no solo optimizaría la experiencia, sino que podría traducirse en mejores resultados de términos de salud y bienestar emocional fortaleciendo la confianza y la calidad del sistema de salud en general.

Hay que reconocer que existen ciertas limitaciones en el estudio, como el tamaño de la muestra, ya que fue una pequeña es decir compuesta por solo unas pocas pacientes entrevistadas, esto puede delimitar la generalización de resultados ya que las experiencias de estas pacientes pueden no representar a la totalidad de las mujeres atendidas en el contexto de seguro, dado que el estudio se basa en entrevistas en un contexto específico, existe la posibilidad de que el sesgo que se seleccionó de la diversidad de pacientes este influenciada por la variaciones de la edad, nivel socioeconómico, educación, o contexto cultural.

Para futuras investigaciones, podría considerarse ciertas recomendaciones para mejorar la aplicabilidad del estudio, se incluye aumentar y diversidad de la muestra, utilizar una muestra más grande y diversa permitiría obtener resultados más representativos, ofreciendo una comprensión más amplia de las experiencias de las pacientes de la atención obstétrica, también se puede incluir entrevistas o encuestas a médicos y personal de salud sobre sus propias percepciones y experiencias en la atención obstétrica podría aportar una comprensión equilibrada y esto puede facilitar propuestas que sean más realistas.

De hecho es importante considerar incluir una exploración específica sobre el impacto del apoyo emocional y psicológico en la experiencia de las pacientes, evaluando como este aspecto puede influir en la satisfacción general y en la percepción de la calidad de la atención obstétrica, y se puede comparar como las experiencias de las pacientes son diferentes de acuerdo a las instituciones, es decir si es público o privado, esto podría ayudar a identificar practicas exitosas que pueden adoptarse en el contexto obstétrico para mejorar la atención.

La investigación que se realizó abre la oportunidad a nuevos enfoques en la atención obstétrica, con el potencial de mejorar tanto la experiencia de las pacientes como la efectividad de la relación entre médico y paciente, se puede sugerir ideas a partir del estudio como el desarrollo de protocolos de comunicación empática que promueva un trato más personal y enfocado a cada paciente, incluir técnicas de escucha activa, contacto visual y expresiones que muestren un apoyo emocional, esto aunque parece insignificante se considera que puede hacer un gran cambio para las mujeres que pasan por el seguro social.

Como se menciona con anterioridad, la investigación destaca la necesidad de una preparación emocional adecuada para las pacientes, con esta base se pueden desarrollar sesiones informativas y de apoyo durante el embarazo abordando temas de ansiedad, miedos y expectativas sobre el parto, así como orientación sobre los procedimientos médicos que se van a realizar y de igual forma de las opciones del parto.

A partir de lo que se observa en el estudio, se podrían diseñar folletos o explicaciones audiovisuales con información específica y bien fundamentada que sea fácil de entender sobre lo que son los cuidados prenatales, el proceso del parto y las decisiones que pueden surgir, esto definitivamente ayudaría a las personas a reducir la desconfianza en el sistema y sentir que son escuchadas.

Como se ha mencionado la comunicación interpersonal juega un rol fundamental en lo que es la calidad de la atención obstétrica, la forma en la que los médicos interactúan con los pacientes no solo influye en la satisfacción y la confianza, sino que puede afectar significativamente los resultados de salud materna y neonatal, la investigación revela que una comunicación deficiente puede conducir a decisiones mal informadas, y en consecuencia llevar a un riesgo tanto para la salud de la madre y la del bebé.

Se puede percatar la falta de habilidades de comunicación junto con factores estructurales como la sobrecarga de trabajo y la insuficiencia de recursos que contribuyen a una atención que puede sentirse como deshumanizada, además la violencia obstétrica y la falta de consentimiento informado son realidades que resaltan la necesidad urgente de un cambio en el sistema.

Es esencial capacitar al personal médico en habilidades de comunicación efectiva y de empatía, así como fortalecer las políticas de salud que fomenten un ambiente de respeto, así como la importancia de involucrar pacientes en las decisiones médicas y garantizar que comprendan la información proporcionada.

Este trabajo enfatiza la necesidad de entender a la atención obstétrica como un proceso integral en el que la comunicación no solo se limita a transmitir información, sino que se convierte en una conexión para la empatía, la confianza y la seguridad de las pacientes, para mejorar la experiencia y los resultados a futuras madres e investigaciones, se requiere de un enfoque humanizado que priorice la calidad de la interacción en cada consulta y procedimiento esto no solo beneficia la comunicación interpersonal de las mujeres atendidas sino que también al sistema de salud en general, al reducir quejas, mejorar la percepción de la calidad y fortalecer la confianza en los servicios médicos.

De esta manera se responde a la pregunta de investigación planteada: ¿Qué factores de la comunicación interpersonal médico-paciente influyen sobre las decisiones de la paciente obstétrica y afectan negativamente la salud materna dentro del Instituto del Seguro Social?

A través del análisis de variables como la empatía, el respeto, la escucha activa, la claridad en la información y la participación de la paciente en la toma de decisiones se demuestra que la falta de estos elementos genera consecuencias negativas en la experiencia de la paciente.

La investigación evidencia que cuando la comunicación es deficiente, autoritaria o poco clara, las pacientes pueden aceptar procedimientos médicos sin comprender completamente sus implicaciones, lo que afecta su autonomía y confianza en el personal de salud. Además, se destaca que la ausencia de consentimiento informado y la imposición de decisiones médicas sin diálogo pueden contribuir a la violencia obstétrica, lo que impacta tanto en el bienestar físico como emocional de la paciente.

El estudio se basa en las teorías de la comunicación humana de Paul Watzlawick y la teoría de la acción de Chris Argyris y Donald Schön, demostrando que los modelos

de comunicación unidireccionales y rígidos reducen la calidad del cuidado médico y limitan la capacidad de las pacientes para participar activamente en su atención.

A partir del análisis de testimonios, se constata que muchas mujeres en el sistema de salud público experimentan barreras en la comunicación con los médicos, lo que genera incertidumbre, ansiedad y falta de confianza en los tratamientos propuestos.

En conclusión, los hallazgos confirman que la calidad de la comunicación médico-paciente tiene una influencia directa en la toma de decisiones de la paciente obstétrica y en su salud materna. Por lo tanto, se enfatiza la necesidad de mejorar la comunicación en los servicios de salud mediante un enfoque más humanizado, participativo y basado en el respeto y la claridad informativa, para garantizar una atención obstétrica más ética y efectiva.

REFERENCIAS.

- Asociación Médica Mundial (2023). *Código Internacional de Ética Médica de la AMM*.
<https://www.wma.net/es/policias-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>
- Berman, A. C., & Chutka, D. S. (2016). *Assessing effective physician-patient communication skills: “¿Are you listening to me, doc?”*. Korean Journal of Medical Education, 28(2), 243-249. <https://doi.org/10.3946/kjme.2016.21>
- Buller, M. K., & Buller, D. B. (1987). *Physicians’ communication style and patient satisfaction*. Journal of Health and Social Behavior, 28(4), 375.
<https://doi.org/10.2307/2136791>
- Camila Dos Santos, Adriano de Costa, Maria Rodrigues, Antonio Rodrigues Ferreira. (2022). *Atención obstétrica en la pandemia de COVID-19: interacciones de comunicación entre enfermeras parteras, mujeres y doulas*.
<https://doi.org/10.12707/RV21049>
- Castro, R., & Erviti, J. (2003). *Violations of reproductive rights during hospital births in Mexico*. Health and Human Rights, 7(1), 90. <https://doi.org/10.2307/4065418>
- Castro, R., & Joaquina Erviti. (2003). *Violations of Reproductive Rights during Hospital Births in Mexico*. Health and Human Rights, 7(1), 90–110.
<https://doi.org/10.2307/4065418>
- Cataño, P., Jaramillo, E., Laverde, M., Negrete, N. (2021). *Percepción de los pacientes sobre Cuidado humanizado en un hospital del área metropolitana de Barranquilla*.
<https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/10149/INFORMEFINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20psicolog%C3%ADa%20cl%C3%A1sica%20de,adecuaci%C3%B3n%20o%20no%20a%20su>
- Cero muertes maternas. evitar lo evitable. (s. f.). OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/campanas/cero-muertes-maternas-evitar-lo-evitable>

Collado, P. & Sánchez Á. (s.f.). *Dificultades y obstáculos en la atención obstétrica: un estudio de caso.*

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245089/13_3Art3.pdf

CONAMED. (2003). *Recomendaciones generales para mejorar la Atención Obstétrica.*

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7590.pdf>

Darbeda, S. y Etchevers, M. (2017). Relación médico-paciente: el impacto del mindfulness en la empatía. *Psiquiatría europea*, 41 (S1), S774-S774. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.01.1463

Darbeda, S., & Etchevers, M. (2017). *Doctor-Patient relationship: The impact of mindfulness on empathy.* *European Psychiatry.*

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1463>

Dias, Abigail. (2006). *Analysing doctor-patient communication.* *Clinical Teacher*, Vol. 3. DOI: 10.1111/j.1743-498X.2006.00085_1.x

Díaz, Laura., Torruco, Uri., Martínez, Mildred., & Varela, Margarita. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167. Recuperado en 28 de octubre de 2024, de

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&tlng=es)

Diaz-Tello, F. (2016). *Invisible Wounds: obstetric violence in the United States.* *Reproductive Health Matters*, 24(47), 56-64.

<https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>

DiMatteo, M. R., Taranta, A., Friedman, H. S., & Prince, L. M. (1980). *Predicting Patient Satisfaction from Physicians' Nonverbal Communication Skills.* *Medical Care*, 18(4), 376–387. <http://www.jstor.org/stable/3764191>

Espinoza, M. (2003). *LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD.* *Punto Cero*, 08(07), 20-30.

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S181502762003000200005&lng=es&tlng=es.

Fuente Del Campo, A., & Ruíz, A. (2018). *El ejercicio de la medicina y su entorno legal. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*. <https://doi.org/10.4321/s0376-78922018000200002>

Fuente-Del-Campo, Antonio, & Rios-Ruíz, Alma. (2018). El ejercicio de la Medicina y su entorno legal. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 44(2), 123-130. <https://dx.doi.org/10.4321/s0376-78922018000200002>

Gengler, M. Amanda. (2020). *Emotions and Medical Decision-Making*. *Social Psychology Quarterly*, Vol. 83, No. 2, pp. 174-194 (21 páginas) https://jstor.bibliotecabuap.elogim.com/stable/pdf/48588971.pdf?refreqid=excelsior%3A1211545ee9724d0253beb038b5d3f2d9&ab_segments=0%2Fbasic_search_gsv2%2Fcontrol&origin=&initiator=&acceptTC=1

Gobierno de México. (2013). *Política Nacional de Salud*. <https://www.gob.mx/ejn/articulos/politica-nacional-de-salud>

Gobierno de México. (2015). *Programa de Salud Materna y Perinatal. CNEGSR*. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-salud-materna-y-perinatal-cnegsr-12031>

Gobierno de México. (2016). *¿Sabes en que consiste la #Violencia obstétrica?* <https://www.gob.mx/conavim/articulos/sabes-en-que-consiste-la-violencia-obstetrica?idiom=es>

Gobierno de México. (2016). *¿Sabes en que consiste la #Violencia Obstétrica? Párr. 2* <https://www.gob.mx/conavim/articulos/sabes-en-que-consiste-la-violencia-obstetrica?idiom=es>

Gobierno de México. (2020). *Guillermo Soberón y la creación de la Ley General de Salud*. <https://insp.mx/avisos/guillermo-soberon-y-la-creacion-de-la-ley-general-de-salud>

Gobierno de México. (2022). *Nuestros servicios*. CONAMED.

<https://www.gob.mx/conamed/acciones-y-programas/nuestros-servicios-43613>

Gobierno de México. (s. f.). *La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer*.

Instituto Nacional de Salud Pública. <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>

Grupo Pya. (2016). Los 5 axiomas de Watzlawick que intervienen en la comunicación

verbal. <https://grupo-pya.com/los-5-axiomas-de-watzlawick-que-intervienen-en-la-comunicacion-verbal/>

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill. 6ta edición.

https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

Ibáñez Ramos, M. (2018). Aspectos transformadores de la experiencia humana a la luz de la práctica de la meditación de atención plena. *ENDOXA*, (42), 285–308.

<https://doi.org/10.5944/endoxa.42.2018.20800>

Idris, N. (2014). *The ethical decision making model in obstetrics and gynaecology practice*. *International e-Journal of Science, Medicine & Education*, 8(1), 44-49.

<https://doi.org/10.56026/imu.8.1.44>

INEGI. (2021). *CARACTERÍSTICAS DE LOS NACIMIENTOS REGISTRADOS EN MÉXICO DURANTE 2020*. Comunicado de prensa núm. 535/21.

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/NamtosRegistrados2020.pdf>

INEGI. (2021). *ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA DE LA MADRE. (10 DE MAYO)*. Comunicado de prensa núm. 271/21.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_MAMA_S21.pdf

- Kenny, D. (2004). Enciclopedia de Psicología aplicada. (p. 411-413) <https://www-sciencedirect-com.translate.goog/topics/social-sciences/interpersonal-perception? x tr sl=en& x tr tl=es& x tr hl=es& x tr pto=sge#:~:text=La%20percepci%C3%B3n%20interpersonal%20se%20refiere,en%20observaciones%20directas%20o%20indirectas.>
- Kurtz, M. Suzanne. (2014). Comunicación médico-paciente: principios y prácticas. Revista Canadiense de Ciencias Neurológicas Volumen 29 Número S2. <https://cambridge.bibliotecabuap.elogim.com/core/journals/canadian-journal-of-neurological-sciences/article/doctorpatient-communication-principles-and-practices/23808049F33114BFA988142C35910AA8>
- Lara, J. R. L., García, F. J. G., & Moral, R. R. (2007). Teoría declarada de los médicos de familia sobre la relación con el paciente. *Atención Primaria*, 39(6), 291-297. <https://doi.org/10.1157/13106284>
- Lara, J. R. L., García, F. J. G., & Moral, R. R. (2007). Teoría declarada de los médicos de familia sobre la relación con el paciente. *Atención Primaria*, 39(6), 291-297. <https://doi.org/10.1157/13106284>
- Lara, J. R. L., Moral, R. R., & García, F. J. G. (2015). Teoría en la acción sobre la relación con el paciente. Una perspectiva diferente de representar y entender el comportamiento del médico de familia en la consulta. *Atención Primaria*, 47(5), 279-286. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.004>
- M. Robin DiMatteo, Angelo Taranta, Howard S. Friedman, Louise M. Prince. (1980). *Predicting Patient Satisfaction from Physicians' Nonverbal Communication Skills*. Medical Care, Vol. 18, No. 4, pp. 376-387 (12 páginas). https://jstor.bibliotecabuap.elogim.com/stable/3764191?searchText=effective+communication+AND+doctorpatient+relationship&searchUri=%2Faction%2FdoBasicSearch%3FQuery%3Deffective%2Bcommunication%2BAND%2Bdoctorpatient%2Brelationship&ab_segments=0%2Fbasic_search_gsv%2Fcontrol&refreqid=fastly-default%3A5ca93152f4c968e97bf9b9c5cd329822

- Maciąg, A. (2012). *Assessment of effectiveness of the interpersonal communication on the doctor–patient level in Poland*. *International journal of healthcare management*, 5(2), 85-92. <https://doi.org/10.1179/2047971912y.0000000008>
- Matusitz, J., & Spear, J. (2014). *Effective Doctor–Patient Communication: An updated examination*. *Social Work in Public Health*, 29(3), 252-266. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.776416>
- Medina, P. (2010). *EL IMPACTO DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN LA MOTIVACIÓN DEL PERSONAL HOSPITALARIO*. *Universidad y Salud*, 12 (1), 110-119. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012471072010000100013&lng=en&tlng=es.
- Mendoza, Y. (2023). ¿Qué es la experiencia humana y por qué es tan importante? <https://sagicc.co/que-es-la-experiencia-humana-y-por-que-es-tan-importante/#:~:text=La%20experiencia%20humana%20se%20refiere,interaccion%20sociales%2C%20h%C3%A1bitos%20y%20motivaciones>.
- Miltenburg, A. S., Van Pelt, S., Meguid, T., & Sundby, J. (2018). *Disrespect and Abuse in Maternity Care: Individual Consequences of Structural violence*. *Reproductive Health Matters*, 26(53), 88-106. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502023>
- NICHHD. (s.f.) *Información sobre el embarazo*. <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion>
- Noticias sin. (s.f.). *SEGURO SOCIAL OBSTETRICO*. <https://noticiassin.com/?s=SEGURO+SOCIAL+OBSTETRICO>.
- Ortega, C. (2023, 20 octubre). *Investigación de experiencia de usuario. Qué es y cómo realizarla*. QuestionPro. <https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-de-experiencia-de-usuario/#:~:text=La%20investigaci%C3%B3n%20de%20la%20experiencia,otros%20comentarios%20de%20los%20usuarios>.

- Prado, R., Gaxiola, C., Peña, D., Valles, A., Ávila, C., Portillo, J. (2013). *Praxis médica*. Cirujano General. Vol. 35. pg. 164. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2013/cgs132o.pdf>
- Rizo García, M., (2011). *Reseña de "Teoría de la comunicación humana" de Paul Watzlawick*. Razón y Palabra, (75), <https://www.redalyc.org/pdf/1995/199518706028.pdf>.
- Rodríguez Silva, Héctor. (2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400007&lng=es&tlng=es.
- Rubinelli, S. (2013). *Argumentation as rational persuasion in Doctor-Patient communication*. *Philosophy and Rhetoric*, 46(4), 550-569. <https://doi.org/10.5325/philtrhet.46.4.0550>
- Ruiz Balza, A. et al (2015 - 2021) *Señalética*. Buenos Aires: Comunicólogos. <https://www.comunicologos.com/enciclopedia/t%C3%A9cnicas/se%C3%B1al%C3%A9tica/>
- Salinas, Omar. (2004). La comunicación interpersonal. De siracusa a palo alto. *Punto Cero*, 09(08), 60-63. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100010&lng=es&tlng=es.
- Sánchez, D. & Contreras, Y. (2014). La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(4), 528-533. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572014000400011&lng=es&tlng=es.
- Secretaría de salud. (s.f). *Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la notificación inmediata de muertes maternas*. https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/15_Manual_Muertes_Maternas_Lineamientos.pdf

- Silva, H. R. (2010). *La relación médico-paciente*. Redalyc.org.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020098008>
- Tardy, R. W., & Hale, C. L. (1998). *Bonding and cracking: The role of informal, interpersonal networks in health care decision making*. *Health Communication*, 10(2), 151-173. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1002_3
- Van Dijk, T. A. (2000). **El discurso como interacción social**. Editorial Gedisa.
<https://libroschorcha.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/12/el-discurso-como-interaccic3b3n-social-teun-van-dijk.pdf>
- Vargas, M (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4 (8), 47-53.
<https://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
- Vera, O. (2015). La ética en la práctica médica.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762015000100001#:~:text=Es%20toda%20acci%C3%B3n%20o%20disposici%C3%B3n,que%20deriven%20directamente%20de%20%C3%A9stos.
- Vera, Oscar. (2013). ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN EL ACTO MÉDICO. *Revista Médica La Paz*, 19(2), 73-82.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582013000200010&lng=es&tlng=es.
- Vera, Oscar. (2017). La educación médica en principios éticos, bioéticos, deontológicos, valores y actitudes. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 58(2), 57-65.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762017000200009&lng=es&tlng=es.
- Zhang, X., Li, L., Zhang, Q., Le, L. H., & Wu, Y. (2023). *Physician Empathy in Doctor-Patient Communication: A Systematic review*. *Health Communication*, 1-11.
<https://doi.org/10.1080/10410236.2023.2201735>
-

ANEXOS.

Fenómeno Social	Fenómeno Comunicacional	Ámbito Analítico (variables)	Ámbito Poblacional	Ámbito Geográfico	Ámbito Temporal
Praxis obstétrica en el seguro y sus repercusiones sociales	Interacción y comunicación entre la relación que existe entre médico y paciente.	Experiencias, interacción	Mujeres embarazadas, y Mujeres en postparto que han experimentado falta de atención médica o algún tipo de violencia obstétrica.	Mujeres que asisten al seguro social mexicano	Sexto semestre Otoño 2023
	comunicación efectiva en la atención médica	Mensaje, difusión			
	Cómo se da la comunicación entre la autonomía de la paciente respecto a las decisiones de la atención médica	Interacción, lenguaje, experiencias.			

ENTREVISTA 1.

E: Hola, buenas tardes, ¿cómo estás? ¿Cómo te encuentras el día de hoy?

J: Bien, estoy muy bien, gracias

E: Bueno antes de empezar, gracias por proporcionarnos esta entrevista sobre la atención médica que se da en el seguro social. Esto es para una investigación sobre los efectos de la comunicación interpersonal de la relación médico paciente en una práctica obstétrica. La entrevista va a tardar aproximadamente de unos 45 minutos a una hora entonces quiero agradecerte también por tu tiempo dedicado a esta entrevista.

J: Sí por supuesto, no te preocupes y me da gusto participar en este proyecto

E: ok para comenzar puedes proporcionarme tu nombre para referirnos durante la entrevista

J: Por supuesto mi nombre completo es Jessica Mora Sánchez

E: Okay Jessica ¿cuál es tu edad?

J: 26 años

E: Eres muy joven, ¿estás embarazada actualmente o eres mamá primeriza?

J: Soy mamá primeriza

E: okay entonces solo tienes un hijo actualmente

J: así es

E: ¿eres casada, divorciada, o estás en unión libre?

J: Actualmente vivo en unión libre con mi pareja.

E: Bueno antes me gustaría que pudieras empezar por contarme un poco sobre tu experiencia como paciente en el ámbito obstétrico del seguro

J: pues al inicio iba a mis chequeos normales, pero o sea siento que sí le hace falta como que un poquito más, porque a veces como que hay muchos pacientes y no te dedican el tiempo suficiente ya que es debe haber un tiempo específico y a lo mejor a veces puedes tener dudas, pero como tienen que ser como un poquito rápido las consultas no hay una buena dedicación para ti solamente.

E: Entiendo totalmente, parece que la atención no fue la que esperabas.

J: justamente siento que fue así.

E: Okay durante tus consultas prenatales con tu médico pudiste percibir sobre que hubo un interés especial o que le preocupara su bienestar y el del bebé

J: Pues sí, o sea dentro de lo normal como que pues sí me brindaban esa atención, pero pues te comento que pues era como que en ciertos puntos y tenía como que ser rápida la consulta y sí me daban el interés o se preocupaban pero si pues por la misma cantidad de pacientes no era muy específico y siempre era algo que muy general.

E: Yo creo y parece ser que el volumen de pacientes que hay en el seguro influye, pero demasiado en la calidad de atención. Pero ¿Cómo describirías que fue la comunicación entre tu médico y tú durante la consulta? fue de manera impersonal, personal, desinteresada, o empática

J: o sea sí fue como que personal porque a lo largo de cómo van yendo las consultas mensuales de algún modo los médicos ellos te van conociendo más y pues en mi caso ayudó el hecho de que era mismo doctor, y que sea el que se encargue de llevar todas sus consultas. Siento que de algún modo pues sí hubo como que una buena comunicación

E: Me alegra escuchar que la continuidad con el mismo médico facilitó una mejor comunicación y digamos que de alguna manera una atención más personalizada.

Te quiero preguntar si tu ¿Consideras que tu médico te brindó la suficiente información y claridad sobre tu embarazo y los procedimientos médicos que se podían llevar a cabo?

J: Sí, o sea sí me proporcionó como los datos importantes de acuerdo a cada semana de mi embarazo y cada vez que tenía la consulta cualquier duda que yo pudiera tener pues me la aclaraba y o sea en las dudas que tenía en ellas me las me las iba aclarando

E: Yo creo que es bueno que de alguna manera el médico se tomó el tiempo para aclarar esas dudas, aunque también creo que por comentarios del tiempo sus respuestas no fueron tan específicas, o ¿sí?

J: Así es, siento que todo fue algo muy general.

E: Entiendo, ¿entonces con esa información que te brindaba te sentiste preparada y apoyada por tu médico para el parto?

J: sí y no porque en la información que me brindaba a veces sentía que no era suficiente entonces por mi parte como que buscaba la información para no quedarme solamente con la opinión del Médico porque pues a veces como que respondían de forma muy rápida y como que muy muy concreta entonces pues como que externamente yo buscaba información adicional a lo que ellos no pudieran brindar para estar un poquito más informada porque pues obviamente te puedes informar mucho y a lo mejor en el momento sale otra cosa diferente, pero pues al menos sí tener el mayor conocimiento posible

E: Parece que la necesidad de buscar información adicional fue importante para ti. ¿Hubo algún tema o preocupación en particular sobre el que sentiste que no recibiste suficiente detalle en las consultas?

J: Sí, había ciertos temas en los que me hubiera gustado recibir más información, como los posibles riesgos del parto o las señales de alerta que debían tener en cuenta. Aunque me explicaban lo básico, sentí que no profundizaban en algunos detalles importantes, como los diferentes escenarios que podían presentarse durante el parto o los síntomas que indicaban una complicación. Por eso, terminaba buscando información en internet o preguntando a otras personas con experiencia para sentirme más preparada.

E: Entiendo totalmente tu punto. ¿hay algo más que te gustaría compartir sobre tu

experiencia durante tu embarazo y la comunicación con tu médico?

J: Pues sí o sea es como te comentaba en general no fue tan deficiente, de alguna manera como que sí te procuran, pero esta misma atención de ser pues varios pacientes y al menos no ser el único como que si se nota alguna diferencia a si tuviera un médico particular.

Como te comentaba es que te dan como que información más general o sea no te dedican como que pues solamente a ti entonces como que en la comunicación, pues a medida que vas a tus consultas periódicas y todo eso pues como que pues sí llegas a tener un buena una buena comunicación con tu médico.

Y pues por ejemplo en mi caso, pues incluyó que pues a lo mejor el médico nos hicimos como que un poquito más cercano y me pudo como que ayudar en algunas cosas que se me dificultaba entender o por lo que quería más información. Pero pues en general te digo que sí solamente era como los rasgos generales y ya por mi cuenta pues buscaba como que cosas que no entendía bien y a lo mejor pues él me las aclaraba un poquito, pero pues sí gustaba como que tener también información adicional.

E: ¿tu sientes que te explicaron claramente los procedimientos y cuidados necesarios durante tu embarazo, pero aparte de eso tuviste que buscar información?

J: así es, nunca quise quedarme con la duda porque mi bebé era muy importante para mí y tal vez por la velocidad de las consultas había cosas que se le pasaban al médico

E: Es completamente comprensible que quisieras estar bien informada, especialmente en algo tan importante como el bienestar de tu bebé.

¿Sentiste que había alguna manera de que el médico pudiera haber facilitado un ambiente donde pudieras hacer más preguntas o expresar tus inquietudes sin sentir que el tiempo era limitado?

J: Sí, creo que podría haber ayudado si hubiera habido un espacio más abierto para preguntas. Tal vez dedicar unos minutos al final de la consulta solo para abordar inquietudes, así el doctor me hubiera dado tal vez respuestas más claras.

E: Estoy completamente de acuerdo contigo, unos minutos extra y atención adecuada, podrían hacer una diferencia enorme.

¿Tu sientes que durante tus consultas el médico te daba la oportunidad de expresarte sobre tu embarazo y recibir respuestas claras?

J: Sí o sea te digo que era como muy general y pero sí me permitía expresarme o preguntarlo a las dudas que yo tuviera

E: Yo entiendo que, aunque las consultas eran bastante generales, al menos te daban la oportunidad de hacer preguntas. Sin embargo, es comprensible que te sintieras insatisfecha si las respuestas que recibiste eran muy generales y no abordaban tus dudas específicas.

¿Durante el proceso que fue tu embarazo te sentiste involucrada en las decisiones sobre tu atención médica, es decir lo que tu médico te brinda las opciones necesarias y tú tomas la decisión?

J: Sí pero bueno por ejemplo ya relacionado a otros temas ya cercanos al parto, así como que son temas que te consideran o que te plantean de lo que puede suceder ya sin embargo en el momento sí hay cosas que como que no te las esclarecen anteriormente y como que no coincidían con las decisiones tomadas o comentadas al inicio

E: ¿Tú sentiste que respetaron tus decisiones sobre tu embarazo y el parto?

J: Pues al final siempre es como que los riesgos que pasan o que te comentan de alguna manera durante las consultas, al final y ya ellos toman como que otras decisiones como se va dando el parto y para cuidar de la salud de ambos, tanto de mí como del bebé y pues como que no tienes tanto de donde elegir y el doctor toma la decisión que se crea más conveniente

E: Es comprensible que esa sensación de tener que confiar en las decisiones del médico pueda ser un poco abrumadora, especialmente cuando se trata de algo tan importante como el parto.

J: Lo que mencionas es correcto

E: Y de acuerdo con esto, ¿te sientes segura sobre los cuidados que recibiste en el seguro?

J: Te podría decir que en las consultas y durante todo el proceso no me sentí mal, o sea me sentí medianamente bien, no fue como que una atención muy mala pero ya comparado al proceso o cuando ya es el momento del parto por lo mismo que no eres la única y hay muchísimos más pacientes y pues que van a lo mismo, no te dan la prioridad que te gustaría.

Y pues por ejemplo como que el médico te da la atención necesaria y apoya, pero las enfermeras como que, si no apoyaban mucho, o sea como que sí te dejaban mucho tiempo esperando o no te daban una respuesta clara lo que preguntabas y como que la actitud que tomaban ya en el proceso pues no era como de la mejor, además de portarse de una manera muy impersonal

E: Y por ejemplo durante esas visitas sentiste algún tipo de presión o persuasión en las decisiones sobre tu salud o la de tu bebé

J: A qué te refieres bien con eso

E: Sí, me gustaría saber si en algún momento sentiste que tu opinión o tus preferencias tuvieron un papel importante en las decisiones que se tomaron. Por ejemplo, en situaciones relacionadas con algún procedimiento específico que debiera realizarse, ya sea durante tu cesárea, en el caso de un parto natural, o incluso en decisiones sobre el manejo de tus vitaminas y otros aspectos de tu cuidado. ¿Percibiste que los médicos realmente tomaron en cuenta tus necesidades y preocupaciones, o fue más una experiencia en la que las decisiones se tomaron principalmente por parte de los doctores?

J: Al momento te digo que durante las consultas y la revisión periódica no tanto porque pues sí me explicaban o los cuidados que debía tener o lo que podía tomar o lo que no podía tomar en cuanto medicamento, pero como que de nuevo vuelvo a que durante el

parto como que sí ya cambió la situación.

E: ¿En que sientes que cambio?

J: Siento que al momento se van dando las opciones que puedes tomar, pero siempre el médico decidía qué era lo mejor sin poner en riesgo mi salud o la de mi bebé.

E: ¿El procedimiento de tu embarazo fue parto normal o cesárea?

J: fue cesárea

E: Y sientes que fuiste informada adecuadamente sobre las razones para realizarla, ¿se te pidió tu consentimiento?

J: tenía como qué consideraciones, ya se me había comentado que había ciertas implicaciones si era por parto natural, entonces si era algo que anteriormente ya me habían comentado que podía suceder, que no era seguro que se diera un parto normal entonces pues como que sí ya se tenía contemplado tanto con el médico como con mi pareja sobre esas decisiones, específicamente en esa parte que se podía intentar tener el parto natural pero que no era seguro y que la mejor opción era la cesárea.

E: ¿En qué crees que se podría mejorar en la atención del seguro para que las mujeres embarazadas y las mamás primerizas tengan una mejor experiencia?

J: Pues yo creo que sí podrían haber como que un poquito más de empatía y tiempo en este proceso del embarazo y pues más comunicación con el médico que te atiende particularmente porque como que sí hay veces que te surgen dudas y sí te las pueden como responder pero muy generalmente, es decir que no entran con más detalles y en cuanto al servicio en de las enfermeras y lo demás como que sí son o se portaban como que un tanto groseras y como que no te hacían sentir segura o no te hacían sentir que pues que todo fuera a salir bien.

Lo digo porque desde mi experiencia yo me encontraba muy nerviosa, preocupada de alguna manera de que todo saliera bien y como que en esa parte no ayudaban ni te apoyaban a quedarte un poco más tranquila con el procedimiento.

Pero siento que a lo mejor podrían proporcionar un poquito más de apoyo, en cuanto a lo mejor prácticas o algún tipo de curso de preparación en el que se nos ayude, pero sobre todo creo que debería haber más empatía tanto de los doctores como de las enfermeras.

E: ¿Tú sentiste que hubo algún tipo de apoyo emocional o psicológico durante sus consultas que te hicieran sentir segura o acompañada durante el proceso?

J: Como todo el proceso, siento que fue algo muy general, te ayudan o te dan consejos de manera general y lo básico que se puede esperar, pero de ahí en fuera como que un acompañamiento psicológico o emocional, pues no.

E: Entonces, por lo que me comentas, parece que tus consultas cumplieron con lo necesario, pero quizás faltó ese 'algo extra' para que se sintieran realmente excelentes. Me da la impresión de que el trato fue adecuado en general, pero hubo momentos en los que tal vez la atención alcanzó no el nivel de detalle o personalización que te hubiera gustado ¿Dirías que eso influyó en cómo te sentiste preparada para el parto o en tu experiencia general durante el embarazo?

J: En algunos momentos sentí que las consultas eran muy generales y rápidas, pero al menos no tuve problemas graves ni sentí que se me ignorara por completo. Supongo que, dentro de lo que cabe, estuvo bien

E: Ok esas serían todas las preguntas que tengo para ti, te quiero agradecer nuevamente por el tiempo prestado y que te hayas abierto a contestarnos de una manera sincera para la investigación, ten por seguro que tus datos serán privados y no se hará un mal uso de ellos.

J: Por supuesto, no te preocupes, me dio gusto poder ayudar con mi experiencia de alguna manera.

ENTREVISTA 2

E: Hola, buenas tardes, ¿cómo estás el día de hoy?

L: Hola, buenas tardes. Bien, gracias, ¿y tú?

E: También bien, gracias por preguntar. Antes de empezar, quiero agradecerte por participar en esta entrevista que es parte de una investigación sobre la comunicación interpersonal en la relación médico-paciente dentro de la práctica obstétrica.

La obstetricia es una especialidad médica que se ocupa del embarazo, el parto y el postparto, incluyendo situaciones de riesgo que requieran de una intervención.

Vamos a hablar de tu experiencia en este ámbito, específicamente de cómo fue tu experiencia en el seguro social. La entrevista durará entre 45 minutos y una hora. ¿Está bien para ti?

L: Sí, está bien, no te preocupes. Me da gusto poder ayudarte con esto.

E: Genial, gracias. ¿Podrías proporcionarme tu nombre para referirnos durante la entrevista?

L: Claro, mi nombre es Liliana Trigueros

E: Mucho gusto, Lili. ¿Cuál es tu edad?

L: Tengo 31 años.

E: Gracias, ¿actualmente estás embarazada o ya eres mamá?

L: Ya soy mamá, tengo una hija única

E: Muy bien, ¿tu hija nació en el seguro social?

L: Sí así es, en el IMSS

E: Perfecto, entonces ya has tenido experiencia en este ámbito. ¿Estás casada, en unión

libre o en otra situación?

L: Estoy casada actualmente llevo 6 años con mi pareja.

E: Vaya, eso me parece increíble, para empezar, ¿puedes contarme un poco sobre tu experiencia general como paciente en el área obstétrica del seguro social?

L: Pues, en general, la atención no fue mala, pero siento que todo está muy apresurado. Hay demasiados pacientes, y no hay mucho tiempo para que te atiendan de forma más personal diría yo. Durante mi embarazo, noté que las consultas son rápidas, y aunque los médicos intentan resolver las dudas, siento que la falta de tiempo hace que la atención no sea lo suficientemente profunda, aunque creo que eso es en general y de lo que toda la gente siempre se queja del seguro, que la atención en ocasiones llega a ser deficiente.

En cada consulta que tenía notaba que la cantidad de personas que requieren atención es tanta que se siente como si siempre estuvieran corriendo contra el tiempo, y esto afecta la calidad de la consulta.

E: Es comprensible que esa sensación de rapidez y falta de empatía por parte de los doctores pueda ser frustrante, especialmente en un momento tan importante como el embarazo. ¿Cómo describirías la comunicación que tuviste con tu médico durante las consultas?

L: La comunicación fue buena, pero nuevamente, creo que fue limitada por el tiempo. Siento que los médicos intentan ser claros, pero como las consultas son rápidas, hay cosas que no se detallan tanto como me hubiera gustado. En mi embarazo, por ejemplo, a veces me sentía confundida sobre ciertos procedimientos.

Recuerdo que cuando se trataba de explicarme lo que implicaban algunos exámenes o la necesidad de ciertos medicamentos, las explicaciones eran rápidas y no siempre lograba comprender a fondo el motivo o la importancia de cada cosa. A veces, me hubiera gustado que el médico se detuviera un poco más para aclarar mis dudas

E: Yo creo que la falta de tiempo en general afectó la claridad y el nivel de detalle que te

hubiera gustado recibir. ¿Te sentiste apoyada o acompañada por el médico durante todo el proceso del embarazo?

L: En parte sí. El médico siempre me respondía a las dudas que tenía, pero las respuestas a veces eran muy generales. Afortunadamente, el mismo médico me atendió durante todo el embarazo, lo que ayudó a crear cierta confianza ya que llevaba un seguimiento conmigo. Sin embargo, creo que podrían haber sido más detallados y empáticos, especialmente porque en el embarazo uno tiene muchas dudas y miedos.

En mi opinión el embarazo es un proceso lleno de emociones, y en mi caso, los miedos e inseguridades a veces eran constantes. A veces necesitaba no sólo respuestas, sino también que me escucharan con paciencia y me dieran el apoyo emocional necesario para sentirme más segura.

E: Es comprensible que, durante el embarazo, hayas tenido muchas dudas e inseguridades; es un momento lleno de emociones y cambios. Es bueno que hayas tenido continuidad con el mismo médico, lo cual como dices te ayudó a generar confianza, pero yo siento que aun así faltó un poco de empatía y apoyo emocional para que te sintieras verdaderamente acompañadas, ¿Sientes que te dieron la información necesaria para sentirte preparada para el parto?

L: Pues, en general, me dieron la información básica que necesitaba para entender lo más esencial del embarazo, como los cuidados principales que debían tener, tomar ácido fólico y las revisiones médicas necesarias.

Sin embargo, no me sentí completamente preparada para enfrentar todo lo que implicaba todo el proceso de mi embarazo. Siento que hubo muchas cosas que quedaron en el aire, y esa sensación de falta de claridad me generó mucha inseguridad y ansiedad.

E: Parece ser que, aunque recibiste la información básica necesaria, hubo muchos aspectos del proceso que no se abordaron con la profundidad que necesitabas para sentirte realmente preparado.

Yo creo que es bastante comprensible que esa falta de claridad te genere ansiedad e

inseguridad, especialmente en un momento tan delicado. como el embarazo ¿Hay alguna situación en particular que recuerdes donde sentiste esa falta de preparación?

L: Cuando hablaba de los cambios que ocurrían en mi cuerpo durante el embarazo, las explicaciones solían ser bastante generales y no siempre respondían a mis preocupaciones específicas.

Por ejemplo, había ciertos dolores o síntomas que me generaban dudas, pero no recibía la orientación detallada que necesitaba para comprenderlos por completo, ya que o era muy general o ocupaban términos que a veces no llegaba a entender por completo. Esto me hacía sentir que las respuestas no abarcaban todas las inquietudes que tenía, y me dejaba con una sensación de incertidumbre, como si tuviera que buscar información por mi cuenta para entender mejor lo que estaba ocurriendo en mi cuerpo y saber si esos síntomas eran normales o si debían preocuparme.

¿Crees que la falta de tiempo en las consultas afectó la calidad de la atención que recibiste?

L: Definitivamente.

El médico hacía lo que podía con el tiempo que tenía, pero había momentos en los que sentía que me quedaban con dudas. Lo mismo sucedió con las enfermeras, sobre todo cuando ya estaba en el hospital para dar a luz. A veces ni siquiera te explicaban lo que estaban haciendo y eso me generaba ansiedad.

E: El hecho de que el médico y las enfermeras hicieron su mejor esfuerzo es valioso, pero la falta de comunicación aumentó la inquietud de la situación yo creo. ¿Recuerdas algún momento específico en el hospital en el que sentiste que esa falta de información impactó tu experiencia?

L: Sí, hay un momento que se me quedó grabado por siempre.

Fue durante el trabajo de parto, cuando empecé a sentir un dolor intenso y, aunque había recibido información básica sobre lo que podría experimentar, no estaba preparada para esa magnitud del dolor. Empecé a preocuparme y a dudar de si era una señal de que

algo no estaba bien, en lugar de sentirme apoyada y segura, me sentí muy sola en ese momento

E: Lamento que hayas tenido que pasar por esa experiencia tan abrumadora. Es completamente natural que te sintieras así, especialmente al enfrentar un dolor intenso sin el apoyo y la información necesarios. ¿Sientes que hubo momentos en los que tus decisiones sobre tu embarazo o parto no fueron respetadas?

L: No diría que no fueron respetadas, pero a veces sentí que las decisiones ya estaban tomadas sin que yo pudiera opinar mucho. Por ejemplo, con mi bebé, mi plan era tener un parto natural, pero al final terminó en cesárea. Ya me habían advertido que podría suceder, pero no me explicaron bien las razones durante el proceso. Simplemente me dijeron que era lo mejor para el bebé, y lo acepté porque tuve que confiar en el doctor que me estaba atendiendo.

E: Yo entiendo que puede ser frustrante sentir que las decisiones se toman sin tu plena participación, especialmente cuando tenías un plan claro para tu parto. Yo creo que es importante que, aunque haya razones válidas para cambiar el enfoque, como la seguridad del bebé, se explique de manera clara y detallada para que puedas sentirte más cómoda con la decisión.

¿Te explicaron claramente por qué era necesario hacer la cesárea en ese momento?

L: No muy claramente. Solo me dijeron que el bebé estaba en una posición complicada y que no era seguro seguir con un parto natural. En ese momento, me sentí un poco confundida porque hasta ese punto todo parecía ir bien, pero acepté la cesárea porque quería lo mejor para el bebé.

Cuando llegó el momento de tener a mi bebé y se decidió que lo mejor sería una cesárea, sentí que me faltaba información detallada sobre el porqué de esa elección. Pero simplemente me dijeron que era lo más seguro para el bebé y para mí en ese momento, pero en sí no hubo una conversación extensa o detallada sobre las alternativas que justificaran el cambio de decisión.

En ese momento, me encontré en una situación complicada por todo lo que estaba pasando, tuve que confiar en el criterio del médico y acepté la cesárea, pero con la sensación de que realmente no había tenido la oportunidad de explorar otras opciones o de expresar mi opinión.

Aunque no puedo decir que mis decisiones no fueron respetadas, sí sentí en varios momentos que no tuve la participación que hubiera deseado. Especialmente en este momento tan importante de mi vida como el parto, me hubiera gustado tener una comunicación más abierta y sentir que mi opinión era tomada en cuenta.

E: ¿Sentiste apoyo emocional durante este proceso, tanto en las consultas como en el momento del parto?

L: En las consultas, no hubo mucho apoyo emocional. El médico era cordial, pero las consultas eran muy técnicas. En el hospital, durante el parto, me sentí bastante sola en algunos momentos, sobre todo porque las enfermeras no se mostraban muy empáticas. Estaba nerviosa y asustada, y creo que eso fue lo más difícil.

E: La cordialidad del médico es importante, pero en situaciones tan intensas, como el trabajo de parto, tener un apoyo más empático y comprensivo puede marcar una gran diferencia. ¿Cómo crees que se podría mejorar la atención en el seguro social, especialmente para las mamás primerizas o las mujeres que están en su embarazo?

L: Creo que sería ideal que las consultas fueran un poco más largas o que hubiera algún tipo de asesoría adicional para poder hablar con más calma sobre las dudas que uno tiene. También sería bueno que el personal, especialmente las enfermeras, fuera más comprensivo y empático. El embarazo y el parto son momentos muy importantes, y uno necesita sentirse escuchado.

Sería muy beneficioso que se implementaran sesiones de seguimiento, donde los pacientes pudieran tener un espacio reservado específicamente para discutir sus preocupaciones. Estas sesiones podrían enfocarse en temas que van desde los cambios físicos y emocionales que se experimentan durante el embarazo, hasta la preparación para el parto y la crianza del bebé. De esta manera, las mujeres embarazadas tendrían

la oportunidad de profundizar en los aspectos que les generan inquietud sin la presión del tiempo que suele existir en una consulta regular. Al permitir que estas conversaciones se extiendan, los pacientes se sentirían más seguros y respaldados, y tendrían la posibilidad de expresar todas sus dudas y miedos sin sentirse apuradas.

Además, lo he pensado y creo que sería fundamental que los médicos, especialmente las enfermeras, fueran más comprensivos y empáticos en su trato con los pacientes. A menudo, el personal parece estar sobrecargado de trabajo, lo que los lleva a una interacción más fría y menos personal.

De mi parte estoy segura de que el embarazo y el parto son momentos cruciales en la vida de una mujer, así que como mujer siento que es necesario sentirse escuchado y respaldado durante este momento tan significativo.

E: Mencionas que las enfermeras no fueron muy empáticas, ¿puedes contarme más sobre eso?

L: Sí, en el hospital, cuando ya estaba en trabajo de parto, me sentí muy sola. Las enfermeras eran muy directas y no tenían mucha paciencia hasta cierto punto las sentí groseras y entiendo que están muy ocupadas, pero creo que podrían haber sido un poco más amables. En un momento les pedí algo para aliviar el dolor y me respondieron de manera bastante fría, diciéndome que tenía que esperar.

E: No puedo llegar a comprenderlo por completo, pero lamento que dentro de tu experiencia en el proceso de tu embarazo te sintieras así durante un momento tan importante y vulnerable. Es entendible que, en una situación de alta presión como el trabajo de parto, se necesite un apoyo emocional adicional. ¿Hubo algún aspecto positivo que te gustaría resaltar?

L: Bueno, sí, el médico que me atendió fue muy profesional, ya pesar de la falta de tiempo, siempre intentó responder a mis dudas. Además, los procedimientos médicos fueron seguros y mi bebé y yo salimos bien de todo el proceso, que al final es lo más importante. También agradezco que las consultas fueran regulares y que siempre me monitorearon durante el embarazo.

E: Entiendo. Entonces, aunque hubo algunas áreas que pudieron mejorar, ¿consideras que, en general, tu experiencia no fue del todo mala?

L: Así es. No fue una experiencia perfecta, pero tampoco fue terrible. Lo que más me gustaría es que mejoraran la comunicación y la empatía, sobre todo en el hospital, ya que el trato humano es fundamental en esos momentos tan importantes.

Aunque mi experiencia no fue completamente negativa, hay mucho espacio para mejorar, especialmente en lo que respecta a la comunicación y la empatía, siento que el hospital puede ser muy abrumador y que el personal sea grosero de algún modo lo hace aún más estresante, entonces creo que hay muchas cosas que mejorar en el imss.

E: Muchas gracias por compartir tu experiencia, Lili. ¿Hay algo más que te gustaría agregar antes de concluir la entrevista?

L: Creo que es importante reconocer tanto lo bueno como lo malo, ya que ambos aspectos forman parte de la experiencia. Además, espero que se puedan hacer mejoras en el personal para que futuras madres no se sientan solas en un momento tan crucial.

De ahí en fuera, creo que hemos cubierto todo. Solo quiero rectificar que más empatía y tiempo harían una gran diferencia.

E: Perfecto. Te agradezco mucho por tu tiempo y por haber compartido tu historia con nosotros. Tu aportación es muy valiosa para nuestra investigación.

L: De nada, me alegro de haber podido ayudar.

E: Que tengas un buen día, ¡hasta luego!

L: Igualmente, nos vemos pronto.

ENTREVISTA 3

E: Hola, buenas tardes, ¿Cómo te encuentras hoy?

A: Hola, buenas tardes. Me encuentro bien, un poco cansada, pero en general me siento bien. Es un poco difícil lidiar con los síntomas del embarazo, aunque no puedo esperar para conocer a mi bebé.

E: Me alegra escuchar eso. ¿Ya sabes si va a ser niño o niña?

A: Si, va a ser niño, ya hasta escogí su nombre.

E: Eso me da muchísimo gusto y muchas felicidades.

Antes de comenzar, quiero agradecerte por participar en esta entrevista. Como te comenté, es parte de una investigación que busca explorar los efectos de la comunicación interpersonal en la relación médico-paciente en el contexto de la práctica obstétrica, es decir lo que abarca el embarazo, parto y posparto. La entrevista durará entre 45 minutos y una hora.

Te agradezco mucho que te tomes el tiempo para compartir lo que está siendo tu experiencia, y quiero que sepas que todo lo que nos cuentes será tratado con la máxima confidencialidad y respeto.

A: Claro, no hay problema. Estoy contenta de poder colaborar y compartir lo que he vivido hasta ahora. Creo que es importante hablar de estas cosas para poder mejorar el seguro.

E: Me parece excelente. Para comenzar, ¿puedes confirmarme tu nombre completo, por favor?

A: Sí, mi nombre es Alma Rosa Vázquez Rodríguez.

E: Gracias, Alma. ¿Y cuántos años tienes?

A: Tengo 27 años.

E: ¿Este es tu primer embarazo?

A: Sí, es mi primer embarazo. Todo es nuevo para mí, y la verdad es que he estado un poco nerviosa con todo lo que implica, pero también emocionada por esta nueva etapa de mi vida.

E: Es comprensible. El embarazo es una etapa que está llena de emociones y desafíos. ¿Cómo ha sido tu experiencia hasta ahora con el seguro social en el ámbito obstétrico?

A: Pues, ha sido una mezcla de cosas. Por un lado, estoy agradecida de que haya un lugar al que puedo acudir para recibir atención médica, y lo puedo recibir gracias al trabajo de mi esposo, pero siento que la experiencia ha sido muy apresurada. Desde el principio, noté que las consultas son bastante cortas, y no siempre hay tiempo suficiente para hacer todas las preguntas que uno tiene o para hablar a fondo sobre cómo te sientes.

Yo trato de entender que el sistema está saturado y que hay muchas personas en la misma situación que yo, pero eso no quita que sienta que no recibo toda la atención que me gustaría tener, ya que es un momento muy importante en mi vida.

E: Yo creo que es un momento importante en tu vida y mereces una atención que te haga sentir escuchada y apoyada. Dices que comprendes la saturación del sistema, pero yo creo que eso no resta valor a tu necesidad de una atención más personal. ¿Sientes que el personal médico ha mostrado interés por tu bienestar y el de tu bebé durante las consultas?

A: En general, sí, han mostrado interés, pero de una manera muy básica. Siempre revisan que el bebé esté bien y me preguntan cómo me siento físicamente, pero no siento que haya una preocupación muy profunda por mi bienestar, especialmente en lo emocional. Es como si siguieran más un protocolo que prestar una atención individualizada.

A veces me han explicado lo que va pasando en cada etapa del embarazo, pero cuando tengo preguntas más específicas, siento que las respuestas son muy generales o que no

profundizan lo suficiente.

Por ejemplo, en algunas consultas he preguntado sobre las posibles complicaciones que podrían surgir o sobre los signos de alerta a los que debo prestar atención, y aunque me dan una respuesta, siento que no es lo suficientemente detallada o que no aborda todas mis inquietudes.

E: Respecto a tus preguntas sobre complicaciones y signos de alerta, es natural querer información detallada y específica para sentirte segura y preparada. Me gustaría saber, ¿Cómo describirías la comunicación que has tenido con los médicos? ¿La has percibido como personal, impersonal, desinteresada o empática?

A: Diría que ha sido una comunicación medianamente buena. Por un lado, me han atendido diferentes médicos en algunas de las consultas, y eso hace que la comunicación sea un poco impersonal, ya que no todos están al tanto de mi historial de la misma manera.

Sin embargo, hubo ocasiones en las que sí vi al mismo médico varias veces, y eso ayudó a que se fuera generando un poco más de confianza. Aunque la comunicación mejoró con el tiempo, seguía siendo muy limitada porque las consultas eran cortas y siempre había prisa.

Siento que los médicos hacen un esfuerzo, pero por la falta de tiempo a veces no llegan a ser empáticos, y como te digo aunque en ocasiones me tocó consultas con el mismo médico el trato seguía siendo muy impersonal y muy frío.

E: ¿Sientes que los médicos te han brindado la información suficiente y clara sobre tu embarazo y los procedimientos médicos que se pueden llevar a cabo?

A: Sí, me han dado la información básica sobre los cuidados durante el embarazo, qué síntomas son normales y cuáles no, y qué hacer en caso de emergencia. Pero a veces siento que la información es muy general y no abordan todas las dudas que tengo.

Por ejemplo, en una ocasión pregunté sobre las posibles complicaciones del parto y los procedimientos que se seguirán si algo no iba como se esperaba, pero la respuesta fue

muy rápida y no tan detallada como hubiera querido. He tenido que buscar información por mi cuenta para sentirme más preparada, porque a veces uno se queda con dudas después de las consultas.

E: ¿Te sientes preparada y apoyada para el parto con la información que has recibido hasta ahora?

A: Pues, me siento medianamente preparada. Creo que los médicos han hecho su parte al explicarme lo básico y darme algunas recomendaciones, pero siento que hay cosas que no se han abordado en suficiente detalle, como qué hacer en ciertas situaciones específicas que podrían presentarse durante el parto.

Lo más importante para mí es mi bebe, entonces durante todo el proceso he tratado de informarme por mi cuenta para complementar lo que me han dicho en las consultas, pero sí me gustaría que me dedicaran un poco más de tiempo para asegurarme de que estoy haciendo todo bien y que conozco todas mis opciones. Es mi primer embarazo, y como mamá primeriza siento que es normal tener muchas dudas y miedos.

E: El deseo de estar bien informada y de conocer todas tus opciones es fundamental, y es natural tener dudas y miedos en esta etapa y parece ser que te gustaría que tus consultas fueran más completas en cuanto a los aspectos específicos del parto y las decisiones que tendrás que tomar. Digo como a todas las mujeres que asisten al seguro, más si es un lugar que es para todo tipo de público, ¿Te has sentido involucrada en las decisiones sobre tu atención médica?

A: Diría que en algunas cosas sí, pero en otras no tanto. Me han explicado las recomendaciones de cuidados y medicamentos, pero en cuanto a decisiones más importantes, como el tipo de parto, siento que hay cosas que ya vienen determinadas por protocolo.

Por ejemplo, me hablaron sobre la posibilidad de tener un parto natural, pero también mencionaron que, si algo no salía bien, podrían tener que hacer una cesárea, lo cual entiendo, pero me hubiera gustado que me explicaran mejor todas las posibilidades y los criterios que se usan para tomar esas decisiones en el momento.

E: ¿Te sientes segura con los cuidados que has recibido en el seguro hasta ahora?

A: En general, no me siento insegura, pero tampoco puedo decir que me siento totalmente tranquila. Creo que la atención que me han dado ha cubierto lo esencial, pero me gustaría que hubiera más comunicación y una mayor atención a los detalles.

Me preocupa un poco la rapidez con la que se hacen las consultas, ya que eso puede hacer que se pasen por alto algunas cosas importantes. Y el trato del personal, en ocasiones no es agradable e incluso algunas veces se han mostrado un poco distantes o incluso algo bruscos.

Algo que recuerdo que me pasó en una de mis consultas es que he notado que las respuestas a mis preguntas son cortantes o que no me miran a los ojos cuando hablo, lo cual me hace sentir que no le están dando la importancia que merece a mi situación.

Creo que, si los médicos y enfermeras pudieran tomarse unos minutos más para asegurarse de que todo esté claro y para mostrar un poco más de amabilidad, eso haría una gran diferencia en cómo me siento.

E: Te puedo decir que la comunicación efectiva y la conexión personal son cruciales para que te sientas apoyada y valorada. La experiencia que compartiste sobre las respuestas cortantes y la falta de contacto visual es un claro indicativo de que te gustaría una interacción más empática y considerada. ¿Has recibido algún tipo de apoyo emocional o psicológico durante las consultas?

A: No, realmente.

La mayoría de las veces las consultas se centran en los aspectos físicos del embarazo, como las mediciones del bebé, los análisis de sangre, entre otras cosas.

Rara vez me han preguntado cómo estoy lidiando con el embarazo. Siento que esa parte no se aborda casi nunca, y me parece que sería importante, porque el embarazo no solo implica cambios físicos, sino también emocionales, y sería bueno tener un poco de apoyo en ese sentido.

Creo que si me preguntaran más sobre cómo me siento o si necesito algún tipo de orientación, me ayudaría a sentirme más acompañada en este proceso.

E: ¿Qué crees que se podría mejorar en la atención del seguro social para que las mujeres embarazadas y mamás primerizas tengan una mejor experiencia?

A: Sin duda alguna creo que una de las cosas que se podría mejorar es el tiempo que se dedica a cada consulta.

Siento que, si fueran un poco más largas, podríamos hablar más a fondo de nuestras dudas y preocupaciones. También creo que sería muy útil que se implementaran pláticas donde expliquen más sobre lo que podemos esperar durante el embarazo y el parto, y que haya herramientas para el manejo del estrés o la ansiedad.

Además, he pensado que el personal médico y las enfermeras deberían mostrar más empatía y comprensión hacia las pacientes, ya que un trato humano es mejor, más en un momento tan importante como el embarazo.

E: ¿Hay algo más que te gustaría compartir sobre tu experiencia?

A: Sí, sólo quiero añadir que, aunque entiendo que el sistema tiene limitaciones, me gustaría que se diera más prioridad a como tratan a las personas y al apoyo emocional. A veces, las mamás primerizas necesitamos sentirnos escuchadas y apoyadas, y creo que eso se podría lograr con un poco más de atención y empatía por parte del personal. No solo se trata de revisar que el bebé esté bien, sino de ayudarnos a sentirnos tranquilas y seguras durante todo el proceso.

E: Muchas gracias, Alma, por compartir tu experiencia y por tu sinceridad al compartirlo. Esto será muy valioso para nuestra investigación, y te aseguro que toda la información será tratada con total confidencialidad.

A: Gracias a ti por darme la oportunidad de expresar lo que he vivido. Me alegra poder contribuir con mi experiencia y ojalá esto sirva para mejorar la atención para las futuras mamás.