

## RELACIÓN MATRONA-USUARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD\*

### MIDWIFE-PACIENT RELATIONSHIP IN PRIMARY HEALTH CARE

Giselle Riquelme\*\*

Matrona, Magíster en Enfermería, Profesora Asistente Adjunta, Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, UC, Chile

---

Artículo recibido el 28 de febrero, 2011. Aceptado en versión corregida el 15 de marzo, 2011

#### RESUMEN

La interacción diaria entre las personas, conlleva al establecimiento de relaciones interpersonales diversas en su origen y que evolucionan constantemente. La relación matrona-usuaria no está exenta de esta evolución, constituyéndose en pilar fundamental a la hora de evaluar la calidad de atención en salud en esta área. Objetivo: evaluar la relación matrona-usuaria embarazada durante el control prenatal desde la perspectiva de la usuaria. Metodología: estudio exploratorio, descriptivo, correlacional. Los datos se recolectan a través de una encuesta semiestructurada, administrada como entrevista, aplicada a 155 mujeres embarazadas en un Centro de Salud Familiar de la Región Metropolitana. El tipo de relación se categoriza como muy buena, buena, regular y mala. Resultados: las usuarias califican la relación con la matrona como muy buena o buena. Influyen en la relación la ocupación, paridad, edad y escolaridad de la usuaria. Otros elementos específicos destacados en la construcción de la relación son sentir que son escuchadas con atención, que las miren a los ojos cuando se dirigen a ellas o el tipo de lenguaje que la matrona utiliza. Discusión: escuchar a las usuarias con atención, lograr entablar un diálogo, ser capaz de utilizar un lenguaje accesible, hacer partícipe a la mujer de su condición, para satisfacer sus necesidades, son características esenciales de la relación matrona-usuaria. **Palabras clave:** Relación matrona-usuaria, empatía, comunicación.

#### ABSTRACT

The daily interaction between people implies the establishment of relationships diverse in its origin and which are constantly evolving. The midwife-user relationship is not exempt from this evolution, becoming a fundamental pillar in assessing the quality of health care in this area. Objective: To evaluate the midwife-pregnant user relationship during antenatal care from the perspective of the user. Methodology: Exploratory, descriptive, correlational study. Data were collected through a semistructured questionnaire, administered as an interview, applied to 155 pregnant women in a family health center of the Metropolitan Region. The type of relationship was categorized as very good, good, fair and poor. Results: The users rated the relationship with the midwife as very good or good. Occupation, parity, age and education of the user influence the relationship. Other specific elements outstanding in the construction of the relationship are to feel they are listened with attention that they are looked at the eyes when talking to them or the type of language the caregiver uses. Discussion: Essential features of the midwife-client relationship are listening to users with care, achieving a dialogue, be able to use accessible language to share with the women their status, to finally meet their needs. **Key words:** midwife-user relationship, empathy, communication.

---

\* Investigación autofinanciado.

\*\* correspondencia e-mail: gfriquel@uc.cl



## INTRODUCCIÓN

La interacción diaria entre las personas conlleva al establecimiento de relaciones interpersonales diversas en su origen y que evolucionan constantemente sujetas a los cambios que la sociedad moderna impone (Goic, 2000). La relación que establecen los distintos profesionales de la salud con los usuarios es una de ellas. Diversos cambios han influenciado sobre la misma, hoy se observa un profesional complejo, quizás lejano, poco accesible para un usuario cada vez más agente que requiere una respuesta rápida y concreta a sus requerimientos y necesidades, y que exige más calidad y entrega por parte de quienes otorgan la atención de salud.

No es extraño escuchar diariamente un sinnúmero de quejas por parte de los usuarios ("el doctor me recibió sentado detrás de su escritorio, me hizo algunas preguntas mientras escribía en el computador y luego me entregó una receta" o "los médicos de ahora piden muchos exámenes y no explican nada") que dejan de manifiesto la falta del examen clínico, del espíritu de servicio y de la comunicación que deterioran la relación entre el profesional y el usuario (Mundt, 2002), y que si bien puede ser más común en alusión a los médicos, también se refiere a otros profesionales de la salud.

De las relaciones entre los profesionales de la salud y los usuarios, la relación médico-paciente es la más estudiada, lo que se observa en diversas publicaciones. No existe literatura específica sobre la relación de los pacientes con otros profesionales de la salud, como es el caso de la matrona. No obstante, varias de las características que se suscriben a la relación médico-paciente son aplicables a la relación matrona-paciente por lo que este es el marco de referencia para esta investigación. Además, se utilizará el término matrona-usuaria para hacer referencia al concepto de matrona-paciente de tal forma de ser coherente con el rol activo y no pasivo de las usuarias en la atención de salud de hoy.

En la actualidad, la relación médico-paciente es concebida como una relación social enmarcada en un proceso profundo de socialización (Lama, 1999). Los cambios sociales influyen en esta relación, dos de ellos ejercen mayor influencia, en primer término la autonomía del paciente sobre el tradicional principio de beneficencia, que coloca al médico en una actitud de espectador imparcial y pasivo de los actos y opiniones del usuario (Lama, 1999), debiendo respetarlo en toda su dimensión, permitiéndole tomar decisiones acerca de su condición (Rosselot, 2002); y en segundo término la impunidad jurídica del médico, donde la visión antigua de ser un ser intocable le otorgaba a este seguridad imparcial para ejercer su profesión. Sin embargo, actualmente los usuarios han perdido esta visión lo que ha dado origen a un tipo de relación médico-paciente defensiva, en la cual el médico adopta una actitud de desconfianza hacia el usuario, temiendo que este en cualquier instante, actúe en forma negativa y con resquemor, amenazando el prestigio del profesional (Lama, 1999).

Una situación similar ocurre con la profesional matrona en la atención primaria de salud. En este ámbito, la matrona posee un ejercicio mayormente autónomo, siendo en muchos casos usada dicha autonomía para opacar la de las usuarias. No era poco común encontrar matronas que en el control de planificación de la familia tomaban la decisión del método anticonceptivo a iniciar por la usuaria, esgrimiendo como principal argumento saber lo que es mejor para ella, sin escuchar la opinión de la misma. Por otra parte, el acceso a internet ha llevado a que las mujeres estén cada vez más informadas, siendo esta posibilidad de información vista a veces como una amenaza para la profesional matrona, y no como una oportunidad de mejora.

Las relaciones en el ámbito de la salud poseen distintas características y aspectos básicos que la construyen, tales como



autonomía, justicia, consentimiento y la comunicación, esta última, base de toda relación que se estime como tal (Baeza & Bueno, 1997).

Diversos estudios que han abordado el tema, concuerdan que la comunicación en salud es deficiente (Baeza & Bueno, 1997). La introducción de nuevas tecnologías ha mermado la comunicación, perdiéndose poco a poco el contacto persona a persona, y disminuyendo la información oral, que permite establecer el diálogo, a favor de la información escrita, más fría e indirecta.

A esta deficiencia se suman otras dificultades que perjudican la relación médico-paciente y que son aplicables al profesional matrona. Por ejemplo, el lenguaje que se utiliza suele ser dual. Por una parte está el lenguaje del usuario que trata de expresar sus sentimientos y dolencias de la mejor forma posible, y por otra el médico u otro profesional de la salud, que utiliza un lenguaje más racional, cuantitativo, científico, que le impide ser entendido en forma clara por el usuario (Baeza & Weil, 1998). Otra dificultad en la comunicación es precisamente la forma en que se hace, generalmente se quiere imponer el punto de vista, se evitan las explicaciones, se dan juicios de valor, o simplemente no hay comunicación. Estos aspectos dificultan la expresión personal y emocional tan importante en el establecimiento de la relación (Baeza & Weil, 1998).

A través de la aplicación de programas y campañas relacionadas con la prevención de la morbilidad materna, salió a la luz la insatisfacción de las mujeres, de poblaciones urbanas y rurales, en relación a la atención de salud. Ellas manifiestan que la deficiencia en los servicios de salud se centra principalmente en la deshumanización y la incapacidad resolutoria (Matamala, Berlagosky, Salazar, & Núñez, 1995). El trato vejatorio e impersonal de los profesionales de los servicios de salud, es denunciado por la mayoría de las mujeres. Entre otros puntos, criticaron la poca

o nula información que se les entregaba, el largo tiempo de espera, el trato infantilizador y poco respetuoso (sobre todo del personal de salud femenino), la falta de privacidad y lo poco que se tomaba en cuenta sus opiniones y aprensiones (Matamala et al., 1995).

Buscando respuestas a la creciente insatisfacción detectada en la población, en 1995 se publicó un estudio realizado entre los años 1993-1994 en distintos centros hospitalarios y de atención primaria de la Región Metropolitana. En dicho estudio se analizaron diversos aspectos que influían en la calidad de atención. El vínculo interpersonal, es decir las relaciones entre el personal de salud y las usuarias, fue uno de los aspectos analizados (Matamala et al., 1995).

Se extrajeron así ideas generales sobre la visión de las usuarias y del personal de salud en relación a cómo se establecía este vínculo. Dentro de las conclusiones, la mayoría de las mujeres del estudio manifestaron que la mejor relación se establecía con la profesional matrona, las cuales se caracterizaban por escucharlas con atención y preocuparse de otros aspectos de su vida, no solo del motivo de consulta. Las mujeres se sentían identificadas con la matrona. Sin embargo el estudio no es categórico, ya que se estudiaron una serie de factores por igual, sin énfasis en la relación matrona-paciente (Matamala et al., 1995).

¿Qué rol cumple la matrona? ¿Cuál es su condición en la actualidad? La matrona ha sido considerada desde todos los tiempos como el profesional más cercano a la mujer. Sus servicios la han acompañado durante todas las etapas de su vida, requiriendo una entrega completa, fluida, veraz y empática por parte de este profesional, y una relación que se adapte a los cambios y desafíos que le impone la sociedad. Sin embargo, básicamente se ignora cómo se encuentra la relación matrona-usuaria en la actualidad. Este hecho hace difícil poder determinar cuáles son las falencias de esta y proponer soluciones a la misma.



Este estudio pretende, por lo tanto, evaluar cómo perciben esta relación las usuarias, en específico las mujeres embarazadas, y qué factores influyen en dicha relación. ¿Por qué esta población en especial?, porque la mujer como base de la sociedad cumple diferentes roles. Si consideramos que la maternidad suele ser uno de los más trascendentales de su vida, la relación que establece con el profesional matrona durante este período, adquiere una especial relevancia para lograr que la usuaria adquiera los conocimientos necesarios que le permitan mantener un desarrollo fisiológico de su embarazo, prepararse para el momento del parto y disminuir la ansiedad tan característica de este período.

Finalmente, este estudio pretende abrir una ventana al profesional matrona y a los servicios de salud, específicamente de atención primaria, a través de la cual se pueda conocer la visión, las inquietudes y los requerimientos de las usuarias y así reforzar aquellos aspectos que solidifican dicha relación y modificar aquellos que amenazan con su estabilidad. Fortalecer o cambiar ciertos aspectos en las relaciones interpersonales que se establecen en salud, permitirá más tarde llevar a cabo avances sustanciales en la calidad de atención.

#### **METODOLOGÍA**

Estudio exploratorio, descriptivo, correlacional realizado durante el segundo semestre del año 2002, en un Centros de Salud Familiar [CESFAM] de la Región Metropolitana. Fueron incluidas en el estudio las usuarias en control prenatal en los meses de noviembre y diciembre, que cursaban tercer trimestre de gestación (entre 30 y 40 semanas) y que se atendían desde el inicio de su embarazo en el CESFAM participante (esto debido a que era necesario que tuvieran un adecuado tiempo de familiarización con la matrona a cargo). La muestra, de tipo aleatoria simple fue calculada sobre un universo de 252 mujeres,

con un 95% de confianza, aplicando la fórmula  $N$  (tamaño de la muestra) =  $N/1 + N*(0.05)^2$ , obteniéndose una muestra necesaria de 155 usuarias.

Para la recolección de los datos se construyó una encuesta semiestructurada de 17 preguntas sobre distintos aspectos sobre la construcción de la relación profesional-usuario, tales como el uso de apelativos por parte de la matrona, el trato otorgado por parte del profesional, el lenguaje utilizado, entre otros. La encuesta fue validada por un panel de expertos conformado por un psicólogo especialista en metodología, dos matronas con experiencia en investigación y las matronas jefas de los CESFAM participantes. Además, fue realizada una prueba piloto a un total de 10 usuarias, realizándose posteriormente la corrección de los términos o preguntas que presentaron conflicto en su comprensión.

Los datos sociodemográficos y características del control prenatal fueron extraídos del carnet y ficha de control prenatal de las usuarias participantes, manteniéndose el anonimato de las usuarias y la confidencialidad de la información.

La encuesta fue aplicada por la autora del estudio, utilizando la técnica de entrevista, previa identificación ante la usuaria y firma del consentimiento informado. El estudio previo a su realización fue aprobado por el comité directivo del CESFAM. Para mantener la confidencialidad, solo tuvo acceso a los datos la investigadora, resguardando la información en una plataforma computacional confiable con acceso restringido.

Los datos fueron analizados de la siguiente forma: en primer lugar, se analizaron las características de la población en estudio utilizando el programa computacional Microsoft Excel.

En segundo lugar, se procedió al análisis de las preguntas, para lo cual se categorizó esta relación en cuatro grupos: muy buena, buena, regular y mala. Para el análisis de las preguntas se otorgó a cada una de ellas un puntaje previamente



establecido y que es empleado en la realización de test psicológicos que miden percepción. De esta forma, a aquellas respuestas afirmativas (SÍ) se les dio un puntaje de 1. Este puntaje significa que la respuesta es correcta, según la dirección de la pregunta, y por lo tanto, la persona encuestada percibe de una forma positiva lo consultado. A las respuestas negativas (NO) se les dio un puntaje de 0. Este puntaje significa que la respuesta es incorrecta, según la dirección de la pregunta, y por lo tanto indica que la persona encuestada percibe en forma negativa lo consultado. A todas las preguntas se les aplicó el mismo puntaje, exceptuando una de ellas, cuya dirección correcta apuntaba a una respuesta negativa, para lo cual se invirtió el puntaje original, dándole un valor de 1 a la respuesta negativa y de 0 a la respuesta afirmativa.

Habiendo realizado este paso, se obtuvo un puntaje máximo posible por encuesta de 17 puntos y un mínimo posible de 0. Se utilizó como indicador la agrupación de los puntajes en intervalos correlacionándolos con cada una de las categorías del tipo de relación (Tabla 1).

Finalmente y a fin de facilitar el análisis estadístico, el indicador (puntajes agrupados en intervalos) fue extrapolado a una escala de calificación de 1 a 7 (escala de calificación que se utiliza en las instituciones educativas) (Tabla 1) y luego procesados en el programa Microsoft Excel.

El análisis correlacional de las variables

se llevó a cabo con el programa estadístico SSPS, aplicando el estadístico Gamma para establecer la relación entre variables ordinales, y el estadístico Cramer'v para establecer la relación entre variable nominales (Hernández, Fernández, & Baptista, 2002).

## RESULTADOS

**Características sociodemográficas:** El 67.7% de la población se encuentra en el rango de edad entre 20 y 35 años; un 19.4% son mayores de 35 años; y un 12.9% están entre los 15 y 19 años. El 51.6% completó los estudios de enseñanza media, mientras que un 13% tiene estudios superiores completos. En relación a su ocupación, el 61% de las mujeres son dueñas de casa, un 30% trabajan fuera del hogar y un 9% son estudiantes. Según la paridad, el 67.1% son multíparas y el 32.9% primigestas.

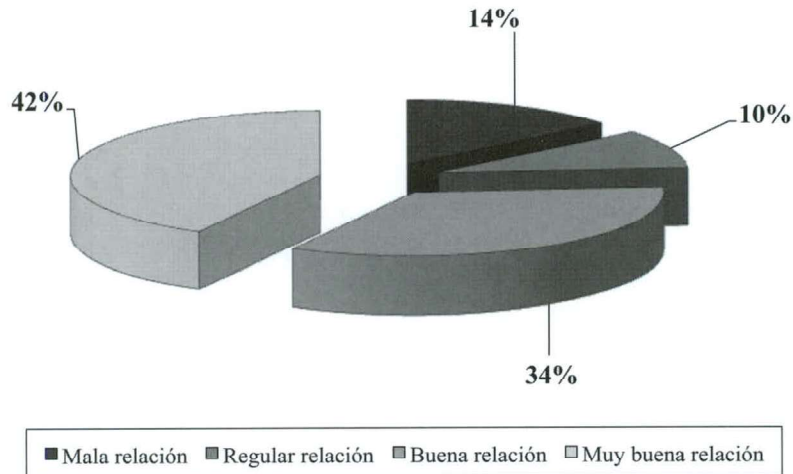
Con respecto a los controles prenatales, el promedio de asistencia fue de seis controles; el número de matronas diferentes por usuaria fue de dos (67.7%), con un mínimo de uno por usuaria (36.1%), y un máximo de cinco por usuaria (3.9%).

**Características de la relación matrona-paciente:** El 76.1% de la población califica la relación matrona-paciente como muy buena y buena, mientras que el 23.9% como regular o mala (Figura 1). El puntaje promedio de la encuesta fue de 12.3 puntos, con un máximo de 17 y un mínimo de cinco puntos.

**Tabla 1.** Categorización del tipo de relación matrona-usuaria

Tipo de relación	Indicador (puntaje total de la encuesta en intervalos)	Equivalente en la escala de calificación de 1 a 7
Mala relación	Menor a 9 puntos	Nota 4, insuficiente
Regular relación	Entre 9 y 11 puntos	Nota entre 4 y 5, regular
Buena relación	Entre 11 y 14 puntos	Nota entre 5 y 6, buena
Muy buena relación	Mayor a 14 puntos	Nota entre 6 y 7, excelente.

**Figura 1.** Distribución porcentual de la relación matrona-usuaria según la percepción de la usuaria



Al indagar en los aspectos involucrados en la construcción de la relación profesional-usuario, los resultados fueron los siguientes:

El 91.6% de las usuarias refirió que la matrona que la atiende la llama por su nombre, aunque también suelen utilizar apelativos para dirigirse a ellas como mamita, chiquilla o gordita (38.7%). Cabe señalar que el 100% de las usuarias que refirieron el uso de apelativos, señalaron que “no les molestaba el uso de estas palabras por parte de la matrona” y que consideraban que esta forma de dirigirse hacia ellas facilitaba la comunicación y el entendimiento, permitiendo establecer una relación más cercana (información recopilada de los comentarios entregados por las usuarias en forma espontánea). Además, refirieron sentir que eran escuchadas con atención (81.3%), ya que la matrona las miraba a los ojos cuando les hablaba.

Opinan que se les explica con un lenguaje claro que les es fácil de comprender (89.7%) y que se sienten cómodas para realizar preguntas (78.7%), ya que la ma-

trona les entrega “la confianza necesaria” (31.5%) y les responde de una forma “amable, amorosa y abierta” (18.3%). Por otra parte, un 75.5% refirió que lograban establecer un diálogo con la matrona. Como fundamento manifestaron que: “hay comunicación, las dos podemos hablar” (31.8%) y “que pueden hablar de todo, sintiendo que la matrona es como una amiga” (23.3%). En relación a aquellas que consideraron que NO se producía un diálogo (17.5%), dieron como argumentos: “como siempre está apurada no me escucha, y así no se puede conversar” (3.4%), “la matrona solo habla si yo le hago preguntas” (2.9%) y “depende del humor de la matrona” (2.6%).

Con respecto a la entrega de indicaciones, el 71% de las usuarias contestó que se les explicaba paso a paso los procedimientos que se realizan durante el control, además de ser reconocidos sus logros con respecto al cumplimiento de dichas indicaciones (73.5%). El 77.4% de las usuarias contestaron que las respuestas e indicaciones que le entrega la matrona satisficieron sus necesidades. Sin embargo,



un 72.9% de las usuarias manifestó que a la hora de indicar la fecha de próximo control, no les era consultada su disponibilidad de horario.

Finalmente, cabe destacar que el 56.8% de las usuarias entrevistadas desconocía el nombre de la matrona que las atendía.

Al realizar el análisis de correlación, las variables que influyen en la relación matrona-paciente son: edad ( $p$  0.045), escolaridad ( $p$  0.04), paridad (0.01) y ocupación (0.02) de la usuaria. También es un factor influyente el número de controles prenatales ( $p$  0.03). No existe asociación con la variable número de matronas por usuaria ( $p$  0.06). Si bien se reconoce la asociación entre estas variables, no fue posible establecer la fuerza y dirección de dicha relación, debido al número de participantes.

## **DISCUSIÓN**

La comunicación es un factor esencial en las relaciones interpersonales, formando parte del quehacer médico diario y de los distintos profesionales de la salud (Baeza & Bueno, 1997). A lo largo del tiempo se ha podido observar un deterioro en la comunicación médico-paciente, ya sea por la introducción de nuevas tecnologías o por los cambios sociales que han modificado el modo de pensar y la visión de los involucrados (Baeza & Bueno, 1997). En la relación matrona-usuaria, y según lo expuesto por las participantes de este estudio, no se ha perdido una característica esencial de la comunicación, el diálogo. Las mujeres participantes consideran que existe una comunicación efectiva y fluida con la matrona que las atiende, representado por la posibilidad de tratar diversos temas y el logro de una conversación, no de un monólogo. Valoran el hecho de que se les permita opinar, reafirmando la importancia de respetar la autonomía de la persona. No obstante, se hace necesario señalar que aquellas mujeres que consideraron que no existía co-

municación, manifestaron el rol negativo que cumplía al respecto el ánimo o humor de la matrona.

El lenguaje empleado por los profesionales de la salud puede favorecer o empeorar la relación (Baeza & Weil, 1998). Según las participantes del estudio, la matrona se expresa con un lenguaje claro y fácil de comprender, lo que no sucede con los médicos, que suelen emplear un lenguaje cargado de tecnicismos, que dificulta el entendimiento (Baeza & Weil, 1998). Asimismo, el que las usuarias consideren que sus dudas e inquietudes son aclaradas, reafirma el hecho de que la matrona no solo emplea un lenguaje claro y accesible, sino que también, logra entender correctamente el lenguaje propio de las usuarias, facilitando el entendimiento mutuo y favoreciendo la relación.

El paternalismo, característica bastante común en los profesionales de la salud, puede deteriorar una relación. También está presente, aunque en menor medida en la relación matrona-usuaria. El sentir que la usuaria es un ser indefenso, lo relega a un plano inferior, y transgrede de paso el principio de autonomía. Este aspecto se ve reflejado en aquellos casos en que no es consultada la disponibilidad de tiempo para citar a los controles, imponiendo el profesional su voluntad por sobre la de la usuaria, olvidándose de que ella es capaz de tomar sus propias decisiones.

Los(as) usuarios(as) deben sentir que son un ser importante, que se le toma en cuenta. En el caso de la matrona, las usuarias valoran el hecho de que se les escuche con atención. Para ellas es importante que la matrona deje de escribir, las mire a los ojos y les ponga atención cuando se dirige a ellas. Así sienten que el profesional está pendiente, atento, en todos los aspectos, especialmente en el plano de las emociones ("se preocupa de lo que siento").

El uso de apelativos generalizadores y/o infantilizadores por parte de los pro-



fesionales de la salud es considerado un trato vejatorio hacia los usuarios. Significa empujar a la persona mermando su condición de seres autónomos e individuales, interfiriendo así con la comunicación, factor esencial en establecimiento de relaciones interpersonales, ya que implica cambiar la visión de ser único e individual a ser genérico o general (Matamala et al., 1995). El profesional matrona suele utilizar estos apelativos para dirigirse a las usuarias, empleando conjuntamente el nombre. Sin embargo, al contrario de lo esperado, las pacientes no ven negativamente esta forma de dirigirse hacia ellas, sino más bien consideran que el uso de palabras como mamita, gordita o chiquilla, facilita la comunicación, ya que las hace sentir más cercana al profesional que las atiende, relevándolas a un rol de amigas o compañeras. Es importante señalar que si bien el uso de apelativos es aprobado por las usuarias, no se debe caer en un empleo exagerado del mismo, poniendo especial énfasis en la entonación que se coloca a los mismos.

Un aspecto preocupante es el hecho que los usuarios en muchos casos desconocen el nombre del profesional tratante. En el caso de la matrona, más del 50% de las mujeres encuestadas desconocían el nombre y apellido de su matrona tratante, y algunas utilizaban aspectos como las características físicas o el número de box en el que atienden, para identificarla.

Considerando lo importante que es la individualidad del ser humano, esta debería ser recíproca, incluyendo tanto a los usuarios como a los profesionales de la salud. Se hace necesario, por lo tanto, buscar las formas que permitan lograr dicha individualidad, una de las cuales, sería la identificación con nombre y apellido de los involucrados en esta relación. Cabe señalar que el grado de ignorancia al respecto, aumenta cuando la usuaria ha sido atendida por más de una matrona a lo largo de la gestación, lo que reafirma la necesidad de buscar una forma adecua-

da para identificar a los profesionales, en conjunto con inculcar en las usuarias la importancia de saber quién (con nombre, apellido y cargo) es el profesional a cargo de su atención.

Para lograr una mejor relación, y en general, para el establecimiento de toda relación, es fundamental el tiempo de reconocimiento entre los involucrados. Esto se refleja en el hecho que el número de controles influye en la relación, y que si bien no fue posible establecer la fuerza de dicha asociación, es factible aventurar que entre más tiempo ha pasado la matrona con la usuaria, mejor será la relación entre ambas. Si bien los primeros controles no reflejan necesariamente las características de la relación a futuro, no se debe olvidar que la base de la misma se funda desde el primer contacto. No obstante, llama la atención que el número de matronas que atiende a una misma usuaria, no influya en la relación, ya que sería un elemento que perjudicaría la continuidad en el tiempo.

Escuchar a la mujer con atención, lograr entablar un diálogo, ser capaz de utilizar un lenguaje accesible, hacer partícipe a las usuarias de su condición, para finalmente satisfacer sus necesidades, son características esenciales en la relación matrona-usuaria.

Sería importante ampliar este estudio a otros servicios de salud, no solo a nivel primario, a fin de buscar otros aspectos que influyan en la relación matrona-paciente, o variabilidad de esta según el nivel de atención, a fin de poder modificar aquellos que la influyen negativamente y reafirmar los que la favorecen.

Finalmente, es responsabilidad de los propios profesionales reconocer la importancia de las relaciones interpersonales. Se debe poner énfasis en la enseñanza de las técnicas de comunicación desde la formación de pregrado, a fin de lograr a futuro, profesionales integrales y conscientes de la necesidad de construir relaciones de calidad con los usuarios.



**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Baeza, H., & Weil, K. (1998). Dificultades en la comunicación durante la entrevista médica. *Revista Médica de Chile*, 126, 1255-1260.
- Baeza, H., & Bueno, G. (1997). Características generales de la comunicación médico-paciente. *Revista Médica de Chile*, 125, 346-349.
- Goic, A. (2000). Es hora de pensar en los derechos de los pacientes. Una introducción. *Revista Médica de Chile*, 128, 1372-1373.
- Hernández, R. Fernández, C., & Baptista, P. (2002). *Metodología de la investigación*. México: Mac Graw-Hill.
- Lama, A. (1999). Cartas al editor. *Revista Médica de Chile*, 127, 1141-1142.
- Matamala, M., Berlagoscky, F., Salazar, G., & Núñez, J. (1995). *Calidad de la atención, género ¿salud reproductiva de las mujeres?* Santiago, Chile: Reproducciones América.
- Mundt, E. (2002). ¿Por qué los errores médicos? Cartas al editor. *Revista Médica de Chile*, 130, 826.
- Rossetot, E. (2002). La autonomía del paciente. Cartas al editor. *Revista Médica de Chile*, 139, 825.