

Relatos sobre los estilos de comunicación desde una experiencia profesional enfermera

Montserrat Puig Llobet y Maria Teresa Lluch Canut

(Coordinadoras)

Mayo 2016

Presentación

Este documento es una recopilación de situaciones vividas en el ámbito clínico-asistencial, narradas en muchos casos en primera persona, que hacen referencia a alguno de los principales estilos de comunicación interpersonal: asertivo, pasivo y / o agresivo.

El material que se presenta está sujeto a diferentes tipos de análisis. Se puede dar el caso de que algunas situaciones expuestas puedan ser interpretadas en un sentido diferente al objetivo inicial del autor. En cualquier caso, el valor central es disponer de ejemplos aplicados para generar debate y análisis de estilos de comunicación / relación interpersonal.

Explicar situaciones personales no es fácil. Hay que entender este trabajo como una aportación "generosa" de los autores. Por tanto, todos aquellos que utilicen algún material de esta publicación deben partir de la base de que es un ejercicio docente para utilizar en el contexto y con finalidad formativa. Las situaciones han sido elaboradas por los estudiantes de primer curso del Máster de Liderazgo y Gestión de Enfermería del año académico en curso.

Las coordinadoras hemos hecho una labor de conducción y canalización de las situaciones aportadas por los estudiantes pero en ningún caso se ha hecho ningún tipo de corrección. Por lo tanto, la responsabilidad de cada capítulo es del propio autor / a. Y, en todos los casos, los nombres y las personas a que se hace referencia en las situaciones narradas son ficticios.

La iniciativa de publicar este material producido por los estudiantes en el contexto de la asignatura troncal de *Comunicación y Motivación*, impartida en el primer curso del Máster de Liderazgo y Gestión de Enfermería, se inició el año académico 2015/16 y, por tanto, este es el segundo "volumen" del mismo

Deseamos que sea provechoso para la reflexión y el debate.

Montserrat Puig Llobet y Maria Teresa Lluch Canut

Coordinadoras

Mayo, 2016

Índice

| | |
|--|----|
| Capítulo 1. El jefe, es el jefe | 6 |
| Maria Jaume Lliteras | |
| Capítulo 2. Una tarde caótica | 10 |
| Laia Cruells Francisco | |
| Capítulo 3. La presión no ayuda | 13 |
| Sonia Fernández Molero | |
| Capítulo 4. La sábana Santa | 17 |
| Adriana Carbó García | |
| Capítulo 5. ! Descontrol en urgencias! | 23 |
| Rosa María Carmona Jiménez | |
| Capítulo 6. Indignación en urgencias | 26 |
| Omar Rodríguez Forner | |
| Capítulo 7. La espera desespera | 29 |
| Núria Clemente Juan | |
| Capítulo 8. De la agresividad a la asertividad | 32 |
| Miquel Àngel Fernández Caballero | |
| Capítulo 9. El que espera desespera | 36 |
| Lucía Cao López | |
| Capítulo 10. Ser asertivo con estrés | 39 |
| M^a Dolores García Campos | |
| Capítulo 11. El arte de los cuidados en la adolescencia | 42 |
| Silvia Aguilar Manchado | |
| Capítulo 12. Una situación injusta | 45 |
| Rosa María Carrasco Rodríguez | |
| Capítulo 13. Una mañana de sábado en la UCI | 48 |
| David Córdoba Sánchez | |

| | |
|--|----|
| Capítulo 14. Tres en uno | 50 |
| Gerard Freire Gutiérrez | |
| Capítulo 15. A dar la cara | 53 |
| Rafael Luque Ruiz | |
| Capítulo 16. Cuando se roza el ego | 57 |
| Josefa Marrón Flores | |
| Capítulo 17. Aún hoy me arrepiento | 60 |
| Santiago Gallego Cabezas | |
| Capítulo 18. Lucha entre los estilos de comunicación en la relación terapéutica | 63 |
| Diana Tolosa Merlos | |
| Capítulo 19. Y el teléfono suena otra vez | 68 |
| Rosa M^a Oms Oller | |
| Capítulo 20. ¡¡¡A montar una escena para que todos me atiendan!!! | 72 |
| Verónica Mimbreno Gutiérrez | |
| Capítulo 21. La esencia del respeto | 77 |
| Pilar Girón Espot | |
| Capítulo 22. ¿Una más iría bien! | 81 |
| Cristina Torcal Arguis | |

| | |
|--|-----|
| Capítulo 23. Ébola, superando el miedo | 83 |
| Núria Moragas Bayés | |
| Capítulo 24. Cada año es lo mismo | 86 |
| Julián Serrano Carmona | |
| Capítulo 25. El miedo: ser o no ser motivo de comunicación agresiva | 89 |
| Mireia Martín Montagut | |
| Capítulo 26. Errar es de humanos | 94 |
| Isabel Martínez Sánchez | |
| Capítulo 27. Valores frente a intereses | 97 |
| Jordi Planes Rovira | |
| Capítulo 28. La complejidad de los alumnos en las unidades hospitalarias | 102 |
| Virginia Provencio Herranz | |
| Capítulo 29. Acusación | 105 |
| Jordi Puig Pla | |
| Capítulo 30. La primera quincena de agosto | 108 |
| María Nieves Vilas Varela | |
| Capítulo 31. Asertividad ante un conflicto .112 | |
| M^a Angeles Barberà Pla | |
| Capítulo 32. La buena comunicación; garantía para la seguridad del paciente | 115 |
| Marta Villanueva Cendán | |

Capítulo 1. El jefe, es el jefe

Autor: Maria Jaume Lliteras

Estilo de comunicación: agresivo y pasivo

Descripción de la situación:

Mi trabajo se desarrolla en un hospital de tercer nivel, en una nueva unidad creada hace unos dos años. Desde el principio, algunos profesionales de enfermería cuestionaban nuestro trabajo, afirmando que se habían creado duplicidad de cargos a beneficios personales. Estos profesionales, que eran todos de la misma unidad, denunciaron al comité de dirección la existencia de la nuestra, terminando todo en falta de conocimientos sobre nuestras competencias por parte de los denunciantes. Desde entonces ha habido un tira y afloja con algunos de estos profesionales, terminando en nada debido a que hemos sabido parar la bola de nieve a tiempo y además tenemos una gran carga de trabajo de la que ocuparnos durante todo el día.

Durante los últimos meses, parece que el conflicto va desapareciendo por si solo y aumenta la confianza entre los dos equipos de enfermería. Es por eso que se van perfilando procedimientos de colaboración entre las dos unidades y van haciendo propuestas para mejorar el trabajo entre las dos unidades. Para intentar suavizar el intercambio de información, ésta sólo se realiza a través de los responsables de las dos unidades, que son dos médicos, los cuales transmiten los mensajes que las enfermeras les han comunicado anteriormente.

A mi parecer, este intercambio de información de procedimientos de enfermería a través de reuniones médicas lo encuentro poco útil además de denigrante para nuestra profesión, aunque sé que se ha llegado a este límite porque algún compañero de la otra unidad sigue pensando que no deberíamos existir y aprovecha la mínima oportunidad para generar conflictos.

Desde nuestra unidad quisimos recordar uno de los procedimientos en concreto, que estaba establecido desde el primer día y que desde entonces no se seguía. El incumplimiento del procedimiento implicaba que la enfermera de nuestra unidad tuviera

más carga de trabajo durante su turno y ese problema sólo pasaba en el suyo. Nuestro responsable nos afirmó que estaba arreglado, que había quedado claro y que no volvería a pasar.

A la semana, la compañera que salía perjudicada me comunicó que todo continuaba igual y que nada había cambiado. Esta vez, antes de hablar con el responsable de la unidad –el jefe- para una nueva queja decidí hablar con mi homólogo de la otra unidad, con quién tengo confianza y un respeto mutuo. Le comenté que todo seguía igual y le pregunté qué creía conveniente que yo hiciera, si se lo volvía a decir al jefe o lo intentábamos arreglar entre nosotros, enfermeras y enfermeros, puesto que todos estábamos avisados. Él me contestó que no entendía el comportamiento de su propia compañera y que se lo comunicaría vía informal a su jefe y que yo hiciera lo mismo. Era martes, el final de mi turno y esa semana ya no volvía a trabajar. No le dije nada al jefe, pensé esperar una semana más a ver si se arreglaba desde el otro lado.

Ese día tenía reunión con mi equipo de investigación, en el hospital pero fuera de la unidad, estábamos en la fase final de publicación de un trabajo importante para nosotros. A la media hora de reunión me sonó el móvil: “el jefe”. Llamaba a mi número personal y fuera de mi horario laboral. Me preguntó en tono impulsivo:

- ¿Tienes un minuto?
- Ahora estoy reunida, si no es muy importante te llamaré después. – Contesté con prisa.
- ¿Qué pasa, ni siquiera tienes un minuto? – Me gritó.

Le dije que sí y en ese momento explotó una bomba con represalias de porqué yo me creía con el derecho de ir a quejarme al enfermero de la otra unidad, si no le podía decir las cosas a él, porqué le había escondido que no se había resuelto el problema, que le ponía en evidencia si no le comentaba las cosas y un largo etcétera de gritos de cinco minutos de duración.

Los compañeros con quienes estaba reunida pudieron escucharlo todo por el auricular gracias a que su tono de voz estaba elevadísimo, estaban con la boca abierta y me hacían señas de calma con las manos. En estos momentos lo primero que sentí fue vergüenza ya que sin estar presente me dejaba en evidencia delante de mis compañeros,

luego pensé que era él mismo que se estaba poniendo en evidencia y opté por dejarle gritar. Un momento de su pausa le contesté:

- Vale. Supongo que me he equivocado. Lo siento. – Sin sentirlo realmente, sólo para que se callara y me dejara en paz. Tuve que repetir unos cuantos “vale” y me dejó con una amenaza de “ya hablaremos”. Yo me sentía indiferente por los comentarios, sabía que no había hecho nada mal y además no tiene porqué inmiscuirse el intercambio de información de las enfermeras. Lo que no iba a perdonarle era el tono de voz y los derechos que se había otorgado gritándome a través de una llamada telefónica y fuera de mi horario laboral. En ese momento esa persona me decepcionó completamente.

Resolución de la situación:

Durante esa semana no me tocaba ir más a trabajar, con lo que no le iba a ver. Era mi semana de vacaciones y estaba contenta por ello, el viernes salía hacia París de fin de semana. Antes de partir, la compañera perjudicada por su homóloga en la otra unidad me mandó un mensaje por el móvil: *¿Es un secreto tu viaje a París? ¿El jefe no lo sabe por algún motivo?*” y yo le contesté que no era ningún secreto y que pensaba que sí que lo había comentado en algún momento. El viernes, en París, recibo otro mensaje, éste del jefe: *“¿Reunión: hoy o el lunes?”*. Contesto: *“El lunes mejor, hoy tengo libre”*. Pensaba que ya quería quedar para hablar del conflicto.

El lunes por la mañana la compañera que me había escrito me dice que el jefe se molestó porque no le había avisado de mi viaje a París y que delante de todos dijo que me mandaría un mensaje para quedar para una reunión mientras estaba en París, a ver qué le contestaba. Me quedé fría y traicionada. No tengo la obligación de compartir con mis compañeros de trabajo qué hago en mi tiempo libre, ni siquiera con el jefe. Aunque, de manera general, no me importa comentar algún acontecimiento divertido, soy una persona abierta y sin misterios.

Si el jefe me había ofendido con los gritos de la semana anterior por teléfono ahora aún más disgustada estaba. Entró por la puerta a los cinco minutos. Opté por no decirle nada, no me sentía preparada y me notaba a punto de gritar. Decidí que esperaré a su

amenaza de “ya hablaremos” con indiferencia hacia él, trabajando, sin favores y sin comentarios sobre mi vida personal.

Hace ya un tiempo que sucedió esta situación, el “ya hablaremos” no ha llegado, no se ha arreglado, nos tratamos con respeto en el trabajo y yo intento marcar mis límites de acercamiento personal, él hace como si nada hubiera pasado. Me ha decepcionado como jefe y como persona. Lo único que me demuestra su comportamiento es que hizo uso de su poder y se quedó tan tranquilo, sin remordimientos, ni siquiera con ganas de hablar. El jefe, es el jefe.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

En el texto se puede identificar el estilo de comunicación agresivo del jefe, sus componentes no verbales son el elevado y agresivo tono de voz utilizado por teléfono, la invasión de espacio llamando fuera del horario laboral y no dejar hablar. Los componentes verbales se encuentran desde el grito de “¿Qué pasa, ni siquiera tienes un minuto?” a los cinco minutos de discurso afirmando argumentos sin opción a discusión.

Identificamos mi estilo pasivo con los componente no verbales del silencio y la espera a que me dejen hablar, pareciendo conformista utilizando un hilo de voz. En los componentes verbales destaca una disculpa no sentida “Vale Supongo que me he equivocado. Lo siento”.

Capítulo 2. Una tarde caótica.

Autor: Laia Cruells Francisco

El estilo de comunicación utilizado en esta experiencia fue asertivo.

Descripción de la situación

Domingo tarde. Urgencias con un volumen de trabajo espantoso, sin pasillos vacíos, sin espacio para visitar y yo de supervisora general de todo el Hospital. Continuamente recibo llamadas de las diferentes especialidades de urgencias para atender a reclamaciones de demoras, quejas sobre la priorización de los pacientes, entre otras. Ya son 4 las familias que tras atender a la reclamación han quedado tranquilas pero aun así, dos de ellas han preferido manifestar su indignación mediante escrito. Cosa que respeto e incluso puede ser favorable para la institución tener por escrito todo aquello que supervisión resolvemos con palabras.

Al momento empiezo a escuchar gritos en el pasillo de urgencias. ¿Qué debe estar pasando? No son gritos de socorro y ni mucho menos de agradecimiento. En verdad solo se escucha una voz gritando fuerte y otras más suaves.

Llego en el pasillo y me encuentro a la enfermera de triaje intentando calmar al señor que está gritando y dando vueltas en sí mismo.

Resolución de la situación

Primero de todo me dirijo directamente y con rostro serio al señor que está gritando y le comunico que no se puede gritar de esta forma. Que le entenderemos igual si lo dice más flojo y que en el hospital hay mucha gente, pacientes entre otros, que no tienen por qué saber qué le pasa a él.

Posteriormente, aunque no le gustara mucho (por su expresión facial) mi petición, cede y se calma.

Me presento y le pregunto para saber qué es lo que estaba pasando.

El señor, acompañante de su madre, estaba desesperado porque su madre, que era diabética, hacía tres horas que estaba esperando visita en la sala de espera. No deja de mover los brazos arriba y abajo, señalizando la sala de espera. El motivo de consulta de la paciente es de traumatismo en mano derecha. El servicio de traumatología de urgencias está completamente colapsado por un accidente múltiple de primera hora de la mañana que llevamos acarreado todo el día. Le explico la situación y el funcionamiento del servicio de urgencias, el orden de llegada no influencia en la hora de entrar sino la gravedad del motivo de consulta. Estas palabras no le gustan mucho puesto que replica sobre la edad de la paciente y su enfermedad de diabetes. Evidentemente, le traslado mi disconformidad sobre lo de la edad puesto que no es un criterio de urgencia y sobre la diabetes, no es el motivo de consulta. Le digo que se espere un momento. Intento averiguar cómo van las demoras. Voy a preguntar al servicio y la paciente todavía tenía unas cinco personas delante. Esto en un servicio en tal situación, pueden ser un par de horas más de espera.

Vuelvo a traje, dónde me espera el señor impaciente de mis noticias, sentado, moviendo la pierna cien veces por minuto. Le comento la situación. Al momento vuelve a empezar a gritar.

-¿Qué? ¿Cuántas horas dices? ¡Esto es una vergüenza!

Le recuerdo el trato que teníamos y aunque sigue nervioso no me dice más. Para tranquilizarlo un poco le ofrezco valorar de nuevo a su madre, mirar-le el azúcar, si es necesario darle algo de comer y si está con mucho dolor administrarle algo de analgesia. Esto no acelerará la visita traumatológica, se lo dejo claro, pero puede ayudar a pasar mejor la espera.

Efectivamente, al oír estas palabras, de un simple modo le parecía que ya la estábamos atendiendo, se relaja, se levanta y me da las gracias. Me muestra su agradecimiento y a la vez se disculpa sobre sus maneras. Dice que los nervios le hacen perder la compostura y que solo le falta tener a su madre todo el rato quejándose de que no quiere esperar más.

Acepto las disculpas y le explico que otro día, intente hacer las cosas más tranquilamente, hablando la gente se entiende.

Elementos que identifican el estilo de comunicación (verbales y no verbales) Ej.: CV:
llamar / CNV: cerrar la puerta con fuerza

CV: atender, comunico, me presento, le pregunto, recuerdo, comento, preguntar,
explico, replica, traslado mi disconformidad, digo, ofrezco.

CNV: dando vueltas en sí mismo (muestra de nerviosismo), con rostro serio, por su
expresión facial, mover los brazos arriba y abajo, señalizando, sentado moviendo la
pierna cien veces por minuto, se relaja, se levanta.

Capítulo 3. La presión no ayuda

Autor: Sonia Fernández Molero

Estilo de comunicación

Durante el conflicto: Agresivo / Agresiva

Durante la resolución: Asertivo /Asertiva

Descripción de la situación

Es lunes y me toca doblar. He comido a la velocidad de la luz y ahora debo de entrar en servicio. Hoy voy a estar en box: es el servicio de urgencias del centro de atención primaria en el que trabajo. Donde la enfermera hace gestión de la demanda aguda.

Alicia, mi compañera, deberá cubrir mí puesto la primera hora de box, pues justamente hoy debo atender un domicilio crónico, al que visito dos veces por semana. Ella está al corriente, por lo que sin necesidad de que se lo recuerde, se ha instalado en el box y así puedo ir directamente al domicilio del paciente.

Una hora después vuelvo al centro y de camino al box, me encuentro con lo que me temía: una sala de espera con aproximadamente unas diez personas. No puedo evitar que una exclamación salga de mi interior: ¡Uf!, va a ser una tarde de lo más movidita, pienso para mí.

Al entrar veo a Alicia desbordada. Nos miramos y al coincidir nuestras miradas, puedo percibir cómo le cambia la cara al verme. Me pasa el parte de forma rápida y sintetizada. Tengo a una chica en la zona de observación que ha venido por migrañas, lleva una vía puesta y la medicación se le está administrando.

En la consulta de al lado, un hombre que ha venido muy mareado y con la tensión totalmente descompensada. Le ha suministrado un captopril y un diazepam y quedo a la espera para controlar que su tensión arterial se estabilice.

Por último, me queda visitar una por una a todas las personas que esperan fuera, un total de siete pacientes, según confirmo en la lista. Una lista que va creciendo por minutos.

Decido sentarme un instante, respirar hondo, y prepararme anímicamente para iniciar el periplo asistencial. Una vez lista, llamo a la primera: una chica joven que viene por molestias al orinar. Mientras realizo la anamnesis, le pido que vaya al baño para recoger una muestra de orina. En ese justo momento suena el teléfono. Es Alberto, el médico que hoy está de guardia. Es a él a quien derivo aquellos casos que presentan criterios suficientes para ser valorados y tratados por un médico, siempre y cuando el médico referente del paciente no se encuentre trabajando.

Alberto responde a mi llamada con un tono autoritario. Sin más, me empieza a hablar sobre un paciente que está en su consulta y del cual no tengo ninguna referencia. Le interrumpo para decirle que no sé de qué me está hablando. Le explico que acabo de regresar de atender un domicilio. Casi sin escuchar mis explicaciones, me interrumpe para indicarme que necesita hablar con Alicia. Está muy enfadado, ya que según él, Alicia le ha programado dos visitas, que son dos pacientes que tienen a otro médico de referencia, el cual está visitando y tiene huecos para poder atender este tipo de urgencias. Le vuelvo a repetir que yo acabo de llegar, que Alicia me estaba cubriendo para yo poder hacer un domicilio y que ella ya se ha marchado, que no le puedo ayudar. Me vuelve a repetir con un tono más elevado que a él no le toca visitar a esos pacientes porque tienen a su médico disponible en consulta y me exige que localice a Alicia para arreglar el problema. Por tercera vez le repito que no le puedo ayudar. Siento que me estoy enfadando. Le digo que tengo mucho trabajo, que estoy sola de urgencias y que no le puedo ayudar porque no he sido yo quien los ha programado erróneamente. ¿Qué hace él? Sigue diciéndome que no son sus pacientes. Al percatarme de que no ha comprendido nada de lo que le he dicho, decido responderle con provocadores monosílabos: ¿y? Quinta vez que me lo repite y obtiene la misma respuesta ¿y? Sexta vez, le cuelgo.

Sigo visitando. La lista ha aumentado, ahora tengo once pacientes en la sala. A algunos les escucho quejarse por la espera. Vuelve a sonar el teléfono. Me va a dar algo. Vuelve a ser Alberto. No me repite la cantinela de antes, menos mal. Esta vez me llama para avisarme de que no los va a visitar, que los ha mandado al mostrador para que se

reprogramen adecuadamente. Le digo que haga lo que le dé la gana, pero que me deje visitar de una vez. Le vuelvo a colgar.

Resolución de la situación

El tiempo solucionó el conflicto, como casi siempre. Esta vez, necesito una semana. Necesitábamos ese tiempo para deshacernos del enfado que llevábamos. Ambos somos conscientes que, los lunes por la tarde, el volumen de personas que acuden a urgencias acostumbra a ser desmesurado, y eso conlleva un nivel de presión y estrés muy elevados.

Casualmente nos encontramos por el pasillo de enfermería, él venía a hablar con una compañera, y los dos nos dirigíamos al mismo sitio. No evitamos el encuentro. Él tomó la iniciativa, me pasó su brazo por el hombro y me preguntó cómo estaba. Le dije que dentro de lo malo, estaba bien y le devolví la pregunta. Me explicó que el lunes se enfadó mucho, pero no conmigo, si no con la mala programación de los dos pacientes. Le entendí pero le recordé que yo no era la responsable y que las cosas se pueden decir de otro modo. Se justificaba diciendo que tenía mucho trabajo y estaba agobiado, y que cuando, además, vio que tenía dos pacientes más que no le tocaban ardió en cólera. Él mismo me reconoció que entendió mi enfado y que le colgara en dos ocasiones el teléfono. Me pidió disculpas, le miré asintiendo su petición. Mi mirada buscó restar gravedad a lo sucedido y con unos gestos también me disculpé.

El lunes siguiente, cuando llegue me encontré un capuchino de mi cafetería preferida al lado del ordenador del box con una nota que ponía: ¡A tope! Firmado Alberto.

Elementos que identifican el estilo de comunicación (verbal y no verbal)

Estilo agresivo durante el conflicto:

CV: Comunicación a base de exigencias e imposición de los intereses propios.

CV: Responder con arrogancia, de forma cortante y provocativa.

CV: Repetir la misma demanda sin escuchar a la otra persona.

CNV: Dirigirse con una voz fuerte y autoritaria.

CNV: Colgar el teléfono.

Estilo asertivo durante la resolución del conflicto:

CV: Expresión de los pensamientos y sentimientos respetando la opinión de la otra persona.

CV: Pedir disculpas y clarificar nuestras posturas.

CNV: Volumen de la voz adecuado.

CNV: Cercanía y gestos de afecto.

Capítulo 4. La sábana Santa

Autor: Adriana Carbó García

Estilo de comunicación: pasivo-assertivo-agresivo.

Trabajo como enfermera de anestesia en una clínica privada. La situación que os quiero exponer trata sobre un incidente ocurrido con un cirujano en el área quirúrgica.

Se trata de un cirujano muy meticuloso, estricto con la esterilidad y asepsia del material, cosa en la que estoy totalmente de acuerdo. Hay otros cirujanos que no le dan tanta importancia y tienen mayor número de complicaciones infecciosas.

El hecho es que este cirujano está acostumbrado a dejar sus pertenencias: móvil, cartera e historias clínicas de sus pacientes encima de una repisa que hay en el quirófano, protegidas con una sábana blanca, de las que se utilizan para vestir la mesa quirúrgica, tapar a los pacientes o proteger los accesorios quirúrgicos que estén en contacto con él. Todo el personal del área quirúrgica sabe que esa sábana no se puede tocar bajo ninguna circunstancia si no quieren enfurecer al cirujano.

Nuestro servicio colabora como docente en dos masters de anestesia que se imparten, uno en el Hospital de Bellvitge, y otro en el Hospital del Mar. Durante un periodo de 12 semanas tenemos enfermeros en prácticas asignados a las enfermeras más antiguas y si no fuese posible, se asignan a otras enfermeras siendo un requisito la posesión del máster de anestesia.

Para hacer la repartición de los quirófanos tenemos una rueda/planificación rotatoria donde cada semana se tienen asignados unos quirófanos diferentes a los de la semana anterior, de esta manera todo el personal hace todo tipo de cirugías.

Coincidiendo con la época de prácticas del máster de enfermería de anestesia, entramos en el quirófano de ese doctor para colaborar en el acto anestésico. El paciente se

operaba de una prótesis de rodilla, cuya anestesia a realizar era del tipo regional (de cintura para abajo) combinada con una sedación ya que el paciente no quería enterarse de nada. Una vez realizada la anestesia del paciente, procedimos a acomodarlo según la posición que se requería para realizar la intervención quirúrgica.

Una de las cosas que más valoro en los estudiantes es el trato al paciente, el tener empatía con él. Se ha de dar mucha importancia a la posición del paciente, el taparlo y proteger los puntos de presión. Tendría que ser una práctica habitual, pero muchas de las veces no se realizan adecuadamente por la presión asistencial y falta de tiempo o de medios.

El alumno, aplicando las nociones aprendidas, cogió una sábana para proceder a tapar al paciente. Vio que había una encima de la repisa de dentro del quirófano y la cogió.

Esa sábana es la que nosotros llamamos la “sábana santa”, la que el doctor utiliza para proteger sus pertenencias y no dejarlas tocando la mesa.

Normalmente suele haber un pack de sábanas y mantas que la circulante introduce en el quirófano a primera hora de la tarde o de la mañana cuando lo prepara y que están destinadas, principalmente a tapar al paciente y proteger los brazos y piernas durante las diferentes intervenciones que se van a realizar en su turno; pero no siempre lo hacen. Las sábanas son un bien que algunos días escasea, por lo que hemos de escoger bien para que las usamos o usar otro tipo de protecciones, por ejemplo almohadillas, como alternativa.

En el momento en que la alumna cogió la sábana, ni el anestesiólogo ni yo nos dimos cuenta de donde la había sacado, ya que nos centramos en acomodar al paciente, acabar de monitorizarlo y preparar la medicación necesaria antes de la incisión quirúrgica.

En cuanto el doctor, que estaba fuera de quirófano, entró y se dio cuenta de que sus pertenencias no estaban encima de la sábana, si no que estaban en contacto con la superficie de la repisa. Empezó a gritar y despotricar sobre quién había tocado sus cosas y la sábana que las protegía.

Lo primero que hicimos, sobre todo el anestesiólogo que lo conoce de hace muchos años y siempre le realiza sus anestésias, fue calmarlo.

Entre medio de los gritos, la alumna me dijo:

- Alumna: ¿Qué pasa?

- Yo: No te preocupes. Ha visto que sus pertenencias no estaban encima de una sábana que deja a propósito y se ha puesto como un energúmeno.

- Alumna: He sido yo la que ha cogido la sábana para tapar al paciente. Pensaba que se podía coger...

- Yo: No te preocupes, se nos ha olvidado comentártelo con las prisas. No es la primera vez que pasa esto.

Mientras tanto el doctor seguía gritando y hablando de malas maneras, dando vueltas sin rumbo por el quirófano. Le comenté que habíamos sido nosotras las que cogimos la sábana para tapar al paciente. Con las prisas se me olvidó comentarle a la alumna que evitara coger su sábana. La alumna quiso tapar al paciente y cogió una sábana sin saber que esa no se podía usar.

Al doctor no parecía importarle lo que le estábamos diciendo y siguió gritando y elevando cada vez el tono de voz y los insultos, acompañándose de gesticulaciones agresivas. Para nosotros se trataba de una confusión sin más trascendencia y no entendíamos su monumental cabreo. Empezó a aparecer gente que se asomaba a la ventana de quirófano para averiguar de dónde venían los gritos y que es lo que pasaba.

No servía de nada dialogar con él porque estaba fuera de sí. A pesar de nuestros intentos por calmarle y nuestras disculpas se puso más furioso y empezó a quejarse de los alumnos, no quería que ningún alumno de prácticas entrara en su quirófano a partir de ese momento. Entonces fue cuando intervino el anestesiólogo.

- Anestesiólogo: Doctor X no es para tanto, simplemente la alumna quería proteger el brazal de su paciente para que no estuviera en contacto directo con este y sujetar los brazos correctamente.

- Doctor X: ¡Me da igual lo que digáis!, no quiero que ningún estudiante o residente entre más en mi quirófano (golpeando con papeles encima de una mesa metálica al tiempo que gritaba).

- Anestesiólogo: Doctor X, creo que se está alterando mucho por algo sin importancia y que no tiene ninguna trascendencia, además el paciente no tiene porque oír ni soportar esta situación.

- Doctor X: Este es mi quirófano y hago lo que me da la gana.

- Anestesiólogo: Perfecto, pues entonces a partir de ahora se buscará otro anestesista porque yo me niego a que trate así a la gente, y más a una pobre estudiante que estaba haciendo bien su trabajo. Si es lo que quiere...

- Doctor X: ...

Pasados unos minutos de la furia del cirujano, se inició el acto quirúrgico. Durante la cirugía hubo un silencio sepulcral, nadie decía nada, se respiraba un ambiente tenso. Tras acabar la última cirugía de la tarde, se marchó sin despedirse.

Hablando con el anestesiólogo no entendíamos como había podido reaccionar de esa manera por un simple hecho como ese.

La semana siguiente, tenía quirófano programado pero el anestesiólogo asignado era otro. Al cruzarnos con él por el pasillo la situación era tensa y no estábamos a gusto, es por ello que decidimos hablar con el Doctor X.

- Yo: Doctor, nos sabe mal la situación que vivimos el otro día y seguimos sin entender el porqué de su comportamiento. El paciente no tenía por qué sufrir esa situación, ni la alumna ni nosotros tampoco, ya que estábamos haciendo nuestro trabajo y procurando tratar al paciente lo mejor posible dentro de nuestras posibilidades, como nos gustaría que nos trataran a nosotros si estuviéramos en esa situación. Normalmente se suele avisar a los trabajadores de nueva incorporación y a los alumnos de prácticas él no tocar su sábana, pero prioricé el realizar la anestesia y monitorizar al paciente.

- Anestesiólogo: Doctor X creo que hablando se entiende la gente. Estamos hablando de un pequeño incidente con una sábana y unas pertenencias que no les ha pasado nada,

simplemente estaban rozando la superficie de la repisa. No puede comportarse de esa manera, y muchísimo menos con el paciente y alumnas que vienen a aprender.

- Yo: se me ocurre una idea: Podríamos encontrar una alternativa para dejar sus pertenencias que no fuera una sábana, ya que están muy solicitadas, y así evitamos que puedan suceder incidentes como este. ¿Qué le parece la idea?

- Doctor X: Mis cosas no las toca nadie. Aunque tengo que daros la razón, que quizás el comportamiento del otro día fue excesivo, pero sigo diciendo que la gente no tendría que tocar lo que no es suyo. Me sabe mal el comportamiento del otro día. Lo estuve pensando y no tendría que haber dicho las cosas que dije y menos delante del paciente, pero ya sabéis lo maniático que soy. Os agradezco que hayáis venido a hablarlo. También me disculparé con el paciente cuando venga a la visita.

- Anestesiólogo y yo: De nada. Nos alegramos de haber solucionado la situación.

- Yo: si le parece bien podemos probar de colocar sus cosas en un cajetín encima de la repisa, y de esta manera nadie se las tocará. Ya me dirá.

Doctor X (agresivo)

CV:

- Gritos.
- Desprecios
- Insultos.

CNV:

- Gesticulación agresiva y amenazadora.
- Golpear con papeles la mesa metálica.
- Invasión del espacio físico dando vueltas por el quirófano.
- Posición de amenaza.
- Tono de voz elevado.

Anestesiólogo y yo (pasivo/asertivo)

CV:

- Dialogar, argumentar.
- Pedir disculpas.
- Buscar alternativas.
- Hacer las paces.

CNV:

- Tono de voz suave.
- Escucha activa.
- Gestos de comprensión/incomprensión durante el diálogo.
- Contacto visual.
- Posición correcta.

Capítulo 5. ! Descontrol en urgencias!

Autor: Rosa María Carmona Jiménez

Estilo de comunicación: agresivo- asertivo

Descripción/Resolución de la situación: Una tarde de invierno, en hora punta (19h), cuando los niños salen del colegio, los padres llegan de trabajar, ven al niño que tiene pitidos, sibilancias, no respira bien. Esa tarde estaba supliendo a la supervisora de guardia tarde-noche. Como la mayoría de tardes, 60 pacientes en espera, dos salas de triar abiertas. Todos los boxes de urgencias en pleno funcionamiento. Ambulancias que no paraban de llegar. Era de esperar la enfermera coordinadora de urgencias llama exigiendo refuerzo.

- Esto no puede ser, cada tarde lo mismo, es un no parar, no tenemos tiempo de nada. Quiero un refuerzo ya. Mañana voy hablar con mi supervisor. No se puede trabajar así (gritando, con tono amenazador).

Analizo la situación del hospital. A esas horas había pasado por todas las unidades. En planta tenían trabajo; los pacientes ingresados, más los ingresos de urgencias, en todas las plantas recibían pacientes aunque no fueran de su especialidad. En esa época se tienen pacientes de pediatría en todas las plantas. La unidad de cuidados intensivos y de neonatología están completas. Incluso tenemos problemas en cuidados intensivos, la unidad está llena, hay pacientes en planta que son candidatos a ingresar en la unidad si empeoran un poco más. En ese caso debemos colocar alguna cama entre las que existen y tendríamos falta de personal.

Le comunico a la coordinadora que voy a mirar que puedo hacer, pero que en general en todas las unidades tienen gran carga asistencial. Como conozco la situación general, y en esos momentos no tengo ninguna tarea que realizar, decido bajar a urgencias. De esta manera puedo hablar con la coordinadora personalmente, observo la situación que existe y les comunico que como no tengo trabajo en ese momento puedo ayudarles.

Le explico que es imposible sacar a alguien de otra unidad porque todas están con gran carga asistencial. Le pregunto qué es lo que ha hecho que vea que la situación está desbordada. Y me ofrezco ayudar en técnicas mientras no tenga nada que hacer. Según la enfermera han coincidido 3 ambulancias: paciente convulsionando, paciente psiquiátrico, paciente con dificultad respiratoria. Al asistir estos pacientes el resto quedan desatendidos, además, de todo lo que hay fuera que está esperando (sigue hablando con tono alto, no tiene una escucha activa, sigue amenazando con hablar con el súper de urgencias).

Analizo la situación juntamente con ella. El paciente psiquiátrico está reducido, con la psiquiatra. El paciente con convulsiones está una enfermera dentro. El paciente con dificultad respiratoria con otra. Por lo tanto, hace falta personal para atender el resto de pacientes de los boxes para poder dar altas, de esta manera puedan ir entrando los que están en sala de espera. Me pongo junto a un auxiliar atender las indicaciones médicas de los pacientes de boxes: colocación de nebulizaciones, colocación de vías periféricas, preparación de traslados hacia planta... Dos horas más tarde, la situación estaba más tranquila. Seguía habiendo unos 60 pacientes en espera debido al retraso que se había producido por la atención urgente de nivel 1, pero lo que había en sala de espera era de nivel 4 y 5. A nivel de triaje había funcionado perfectamente en todo momento porque se había mantenido 2 enfermeras siempre en las salas respectivas.

Una vez la situación está más tranquila, decido comunicar a la enfermera coordinadora que me voy de la unidad y aprovecho el momento para hablar con ella. Creo que es el momento idóneo, la situación está más tranquila, veo a ella más relajada y está en el despacho.

- Veo que la situación está más tranquila. Aunque existe trabajo, pero creo que ya se puede asumir, ¿cómo lo ves?
- Si, está todo más controlado.
- Quería comentarte que al llamarme te he notado algo alterada. Entiendo que la situación sea crítica pero las cosas se pueden decir de diferente manera.
Debemos trabajar en equipo e intentar no perder los nervios. Estamos para ayudarnos, no quiero que pienses que el no traer refuerzo es como un castigo.
Entiendo vuestra situación, haré llegar a vuestro súper el momento que se ha

vivido y se está viviendo, como os sentís, pero pienso que no se deben perder las formas.

- Tienes razón, quería pedirte disculpas, ha sido un momento de crispación. Gracias por venir ayudarnos.
- Intento hacer mi trabajo lo mejor que puedo y sé, pero en ocasiones tampoco se dispone de los medios. Como creo que la situación en urgencias va a seguir con bastante carga, hablaré con la enfermera de la tarde si puede alargar su jornada hasta las 3h que suele disminuir la carga asistencial. Espero que esto os ayude.
- Si en otro momento se vuelve a desbordar la situación no dudes en volver a llamarme y si es preciso vuelvo ayudar. Iré pasando para ver cómo va la situación.

Hablo con la enfermera de tarde si puede alargar su jornada, dice que ningún problema. Le agradezco su esfuerzo.

Elementos que identifican el estilo de comunicación (verbal y no verbal):

Los elementos que identifican el estilo agresivo: tono de voz alto, actitud amenazante, sin escucha activa, lenguaje brusco, contacto visual de enfado.

Los elementos que identifican el estilo asertivo: lenguaje claro, directo, mantengo escucha activa, con contacto visual, con gestos y expresión facial acorde a la expresión verbal.

Capítulo 6. Indignación en urgencias

Autor: Omar Rodríguez Forner

Estilo:

Familia-usuario: agresivo-assertivo

Profesionales sanitarios: assertivo

Descripción de la situación:

Esta situación se dió un sábado sobre las doce del mediodía. Yo estaba de guardia, como jefe enfermero del hospital. El servicio de urgencias estaba empezando a colapsarse, el fin de semana suele haber un gran número de visitas y suele ser al mediodía cuando hay uno de los picos más elevados. Uno de los administrativos de admisión de urgencias me localiza llamandome al busca para explicar que hay una familia que quiere hablar con el responsable de la guardia. Le pedí que me explicara cuál era la razón por la que querían hablar conmigo, y me explicó que la queja era porque habían visto colar a una paciente delante de ellos y habían llegado en el mismo momento al servicio. Alguien con uniforme del hospital les había saludado en la sala y parece que les pasó delante de los demás. En ese momento yo estaba en el despacho y pude dejar lo que estaba haciendo para ir a ocuparme de esta situación.

Antes de ir a hablar con ellos, pasé por la parte asistencial del servicio de urgencias. Estaban muy ocupados, pero pude localizar a alguien para ver si me podían explicar su versión. Después de varios intercambios, una de las enfermeras me dijo que había una paciente que era nieta de una trabajadora de la limpieza. Pude relacionar que, seguramente, esta trabajadora había salido a la sala a buscar a su nieta y habían entrado antes que otros pacientes sin tener en cuenta que había mucha demora y alguno de ellos podía enfadarse.

Resolución de la situación:

Pensé que no debía salir solo a hablar con esta familia, localicé a la jefa médica de la guardia, le expliqué lo que había logrado saber de la situación y le pedí que me acompañara a hablar con esta familia.

Así hicimos. Salimos a la sala de espera, había una gran cantidad de pacientes y comenzaba a haber una demora de más de dos horas para entrar a consultas. A través del administrativo localizamos a la familia que había reclamado nuestra presencia para pedir explicaciones. Les hicimos pasar a uno de los boxes que en ese momento estaba vacío para poder hablar más tranquilamente.

Se trataba de un matrimonio de mediana edad con una niña de unos 4 años. Nos presentamos como jefes de la guardia y les dimos la mano. Ellos se presentaron y también nos dieron la mano. Su tono era de enfado, pero manteniendo la educación nos explicaron que habían llegado al servicio junto con otra familia con una niña de la edad de su hija. Habían hecho la cola para dar los datos en admisión. Se habían sentado en la sala pre-triaje juntas y mientras esperaban, una mujer con uniforme había venido a saludarlas y le explicaron la causa y síntomas por los cuales habían venido a urgencias.

En pocos minutos, estos vieron como ya entraban en triaje y seguidamente a las consultas. Mientras que ellos después de triaje los mandaron a una sala donde había un cartel informando de que en ese momento había una demora de 2 horas para visitarse.

Se sentían indignados y estafados, porque delante suyo habían tenido la poca delicadeza de mantener una conversación sobre el motivo por el que habían venido a urgencias, que casualmente coincidía con la de ellos y además vieron como enseguida, por conocer a alguien del hospital, pasaban sin demoras a visitarse.

Tanto la jefa médica como yo mostramos una actitud de escucha, les pedimos que nos explicaran lo que había ocurrido y no nos mostramos en ningún momento a la defensiva. Cuando terminaron la explicación, les dije que sentía lo que había ocurrido, que no me parecía correcto pero que en ese momento ya no podíamos volver atrás. Ellos verbalizaron que saben que estas cosas pasan en todas partes, pero que el descaro con el que se había llevado no estaba justificado. Dijeron que iban a poner una queja por

escrito por lo sucedido. Y nosotros le dijimos que nos parecía coherente que se mostraran disgustados y que durante la semana trataríamos este tema con los responsables del servicio para que no vuelva a ocurrir.

Terminamos la conversación de forma asertiva, con una actitud de conformidad por su parte respecto a lo que habíamos hablado y personalmente disgustado por lo que había sucedido. La doctora localizó a la trabajadora de la limpieza con su nieta en las consultas, le explicó lo que había pasado para que no se repitiera y le pidió que al salir del servicio no pasaran por la sala de espera.

Elementos que identifican el estilo de comunicación (verbal y no verbal):

CV: piden hablar con el jefe de la guardia, ponen una reclamación por escrito, explican los hechos, se presentan con nombre.

CNV: saludo cordialmente con la mano, se muestran con actitud de enfado al inicio, actitud de conforme al final, lugar discreto para reunirnos, por nuestra parte actitud de escucha, sin juzgar.

Capítulo 7. La espera desespera

Autor: Núria Clemente Juan

Identificación del estilo de comunicación

Los estilos de comunicación que se identifican son:

- Paciente: agresivo y al final de la situación pasivo-assertivo.
- Gestora de pacientes: asertivo.

Descripción de la situación

Hace tres años que realizo suplencias en el puesto de Gestora de pacientes de un hospital de tercer nivel de Barcelona.

La Gestora de pacientes es una profesional enfermera con amplios conocimientos de las prácticas asistenciales y de los circuitos administrativos de su hospital. Recibe apoyo médico, administrativo y de las coordinadoras asistenciales de cada unidad. La misión de la gestora de pacientes es la gestión de la lista de espera administrativa-asistencial y su análisis, con el fin de llevar a cabo la organización de los recursos quirúrgicos y de los recursos de hospitalización con una visión global de las necesidades para garantizar la sostenibilidad de la actividad asistencial.

La situación tuvo lugar este verano pasado, yo estaba en el despacho de gestión de pacientes, estaba sola, ya que mi compañera estaba de vacaciones. De repente alguien entro en mi despacho sin picar a la puerta. Me sobresalte, en el despacho entro un hombre de unos 50 años con cara de enfadado, lo recibí con unos buenos días y lo invité a sentarse, el paciente me respondió “ni buenos días ni nada, llevo toda la mañana dando vueltas de un sitio para otro y nadie me aclara nada, ¡¡¡estoy harto ya!!!! ¡¡Son todos unos impresentables!!”, yo le insistí en que se sentara y le pregunté en que podía ayudarlo, el paciente continuaba muy alterado, apenas me escuchaba, solo gritaba y se quejaba de la situación. Al final se acabó calmando y accedió a sentarse y explicarme el

problema, me lo explico con un tono de voz elevado, haciendo aspavientos con los brazos, en varias ocasiones dijo que nos iba a demandar.

El paciente, venia derivado de otro centro, por una biopsia de próstata realizada en su centro de referencia y su médico había decidido traspasarlo a nuestro hospital. Hasta que lo visitaron en mi hospital y le comunicaron que había que repetir la biopsia, transcurrió más de un mes y no entendía porque había tardado todo tanto y tenía todavía que esperar más hasta que le tuvieran que realizar otra vez la biopsia. El paciente estaba muy preocupado por su salud, comentaba que no le habían dado explicaciones de su situación, desde que lo derivaron hasta que tuvo la visita con el médico paso mucho tiempo y más con la incertidumbre de no saber que pasaba y porque le habían derivado a nuestro centro.

Se quejaba de la falta de información, decía sentirse como una marioneta porque lo mandaban de un lado a otro y nadie le explicaba nada.

Resolución de la situación

Deje que el paciente se desahogara, le escuche atentamente durante toda su explicación, cuando acabó le pedí que por favor ahora me escuchara a mí, que quería ayudarlo, pero que para eso necesitaba que me escuchara, le ofrecí un vaso de agua. El paciente aparentemente se calmó. Le expliqué cuáles eran mis funciones como gestora de pacientes, le comenté que había cosas que él me pedía que no eran competencia ni responsabilidad mía. El paciente, cambió su actitud, empezó a escucharme atentamente, bajo la cabeza y me pidió disculpas.

Le dije que no se preocupara, que entendía que estuviese enfadado. Le explique en un lenguaje sencillo todo el procedimiento administrativo de derivación de un paciente, la gestión de las listas de espera y que su diagnóstico se lo tenía que explicar un médico, que yo como enfermera no podía darle esa explicación.

Le comente que si le parecía bien, podía volver a citarlo con un urólogo para que le explicara bien toda la situación, le aclarara su diagnóstico y le pudiera hacer todas las preguntas que necesitara. También le dije que como paciente tenía derecho a poner una

queja. El paciente me agradeció todas mis explicaciones, me pidió disculpas y dijo estar avergonzado por las maneras y el lenguaje que había utilizado al principio.

Elementos que identifican el estilo de comunicación (verbal y no verbal)

Estilo comunicación del paciente:

Agresivo:

- CV:

No deja hablar, solo habla él, interrumpe y no escucha, no ve el punto de vista de su interlocutor, utiliza palabrotas y lenguaje brusco, verbaliza amenazas, tono de voz elevado, tono seco y poco agradable.

- CNV:

Contacto visual de hostilidad y enfado, invade el espacio físico del interlocutor inclinándose hacía él, movimientos y gestos amenazadores, señala con el dedo.

Pasivo:

- CV:

Se disculpa constantemente.

- CNV.

Evita el contacto visual, se muestra cabizbajo, tono de voz suave. Estilo comunicación de la gestora de pacientes:

Asertivo:

- CV: Al principio cuando veo de que forma entra en mi despacho, le dejo hablar y que me explique, sin interrumpirle y sin hacer ningún comentario. Mi actitud es de escucha, prestando atención a lo que me está diciendo. Utilizo un lenguaje claro y directo, el mensaje es claro, siempre el mismo sin expresar contradicciones y sin intención de crear falsas expectativas por mi parte, no evaluo ni juzgo al interlocutor, actitud abierta y flexible en el diálogo.

- CNV:

Contacto visual continuo, postura relajada, tono de voz enérgico y firme.

Utilizo una actitud conciliadora sin mostrar enfado en ningún momento.

Capítulo 8. De la agresividad a la asertividad

Autor: Miquel Àngel Fernández Caballero

Estilo de comunicación

Uno de los dos implicados en la situación comunicativa utiliza, en un primer momento un estilo de comunicación claramente agresivo y en un segundo lugar, se produce una rectificación de la situación que conlleva a la utilización de un estilo asertivo.

El estilo de comunicación de la segunda implicada, en el caso que nos ocupa, la receptora, es pasivo.

Descripción de la situación

La noche en el box de paros se avecinaba dura; me habían pasado el parte las compañeras de la tarde ya con tres pacientes instalados, sin posibilidad de drenaje y los tres con alta complejidad en sus patologías, lo que ya suponía empezar con mucha tensión. Pero lo peor estaba por llegar. El estrés de cada noche: ¿quiénes serían las compañeras que integrarían el equipo de paros de esa noche?

La enfermera de la cuarta, es decir de nivell II, era una buena profesional, acostumbrada a trabajar bajo presión y que generaba siempre un buen ambiente de trabajo, pero la compañera de la segunda, es decir de nivel III, tenía dificultades para desenvolverse en el box (a pesar de ser una enfermera supuestamente experimentada por el tiempo que llevaba trabajando en el hospital y en el servicio de urgencias), que siempre bajaba insegura, cosa que achacaba a lo poco que le tocaba venir al box por culpa de la rotación que hacía en su nivel. Pese a reconocer sus inseguridades, nunca pedía ayuda, ni demostraba ningún tipo de interés por aprender, ni por mejorar. Estas situaciones me estresan, tal vez demasiado, debido a la sobrecarga de trabajo que eso supone para el resto del equipo, que también se da cuenta de este problema, pero nunca manifiestan nada (en muchas ocasiones la disculpan), dejándome toda la responsabilidad a mí por ser el responsable del box de paros.

Para evitarme enfrentamientos innecesarios y malas caras (sabía que ella no estaba cómoda conmigo; ya me habían llegado comentarios al respecto, por cómo yo decía las cosas, aunque en general es mi forma de hablar) le dije que ayudara al médico, que tenía que colocarle una vía central al paciente del box 3, intentando ser lo más correcto y empático posible.

Los problemas empezaron cuando el médico le empezó a pedir cosas y ella no sabía qué eran o cómo actuar, y en vez de pedir ayuda, empezó a retirarse ante el asombro del médico, que no entendía nada. Entonces el compañero que ese día estaba triando, entró y asistió al médico, lo cual provocó que yo me enfrentara a ella, espetándole un: ¿no sabes pedir ayuda?, ¿nunca?. Perdí los papeles y utilicé un tono no demasiado adecuado, elevado, con expresión facial de enfado y gesticulando en exceso, lo que provocó que ella se colapsara aún más ante mi actitud agresiva. Ante esta situación, que caracteriza claramente el estilo de comunicación agresiva, la compañera manifestó una total pasividad. Su cara de indiferencia no manifestaba ni indignación, ni enfado, ni vergüenza; se podría decir que no manifestaba ninguna emoción. Solo respondió que no era por su culpa, que nunca hacía esas tareas, que lo que estaba sucediendo era consecuencia de una mala organización.

Resolución de la situación

Pasados unos instantes, en los que me di cuenta que me había dirigido a ella con aires de superioridad y utilizando un estilo que no facilitaba ni la comunicación ni la escucha activa, rectifiqué y reconduje mi actitud: en primer lugar, me dirigí de nuevo a ella nombrándola por su nombre, adecué el tono a la situación comunicativa y, seguidamente, le comenté que si no sabía alguna cosa nos tenía que preguntar a nosotros, al resto del equipo, que para eso estábamos, para ayudarnos los unos a los otros y donde no llegaba uno llegaban los demás y que el hecho de que preguntase y verbalizase sus dudas facilitaba, no solo su trabajo, sino el trabajo de todo el equipo. El hecho de darme cuenta de mi error, de entender su situación (podía tratarse de una persona tímida, incapaz de dirigirse a los demás para pedir ayuda o simplemente estaba angustiada porque era consciente de sus limitaciones, que se ponían de manifiesto en ese momento) me facilitó poder expresarle de forma correcta mis pensamientos. En

definitiva, traté de ser empático. La empatía facilita la comunicación y que las actitudes hacia el otro sean las adecuadas a la situación comunicativa.

La forma de actuar ahora rebajó la tensión del momento y desde ese día esa compañera empezó a preguntar algo más, aunque la mayoría de veces sea a los otros miembros del equipo.

Elementos que identifican los estilos de comunicación

Comunicación verbal:

Emisor

Primeramente, utiliza un estilo agresivo:

Se muestra autoritario.

Utiliza un tono de voz inadecuado a la situación, elevado, seco y poco amigable.

Utiliza un lenguaje brusco.

Realiza preguntas de las cuales no espera respuesta, las realiza de forma desafiante.

Después utiliza un estilo asertivo:

Ahora utiliza un lenguaje claro y directo.

El tono de voz ha cambiado totalmente, se ha suavizado y permite que el receptor esté más tranquilo y receptivo. Facilita la comunicación.

No hace una crítica de la situación que se ha producido, sino que intenta facilitarle instrumentos de actuación para otra vez.

Se dirige a ella por su nombre.

Receptora

Estilo pasivo.

No expresó claramente en ningún momento lo que pensaba en ese instante, solo manifestó que la situación no era culpa suya. No dio las explicaciones necesarias

para entender su manera de actuar, probablemente por no tener confianza en ella misma.

Comunicación no verbal:

Emisor

Estilo de comunicación agresivo:

Contacto visual que manifiesta enfado.

Expresión facial que evidencia el enfado y la irritación.

Gesticulación excesiva, movimientos que denotan amenaza.

Tono elevado de voz.

Estilo de comunicación asertivo:

Contacto visual cálido con el interlocutor.

Escasa gesticulación.

Tono firme y adecuado a la situación.

Receptora: estilo pasivo.

Evita contacto visual.

Expresión corporal: se muestra encogida.

Capítulo 9. El que espera desespera

Autor: Lucía Cao López

Estilo de comunicación: Asertivo-agresivo

Descripción de la situación:

Era lunes. Y como cada lunes me tocaba rotar por el servicio de endoscopia digestiva. Parecía que iba a ser una tarde tranquila. Eran las 15h y comenzaba el turno.

Las compañeras de la mañana, antes de marcharse, me informan del paciente del box 4: paciente pendiente de realizarle una colonoscopia, a la espera de que cumpla el ayuno estipulado por el anestesiólogo. (Había bebido un zumo a las 12h)

Como esa tarde solo funcionaban dos salas, la coordinadora del servicio me comunica que se realizaría en la sala 3. ¡Qué suerte la mía!

Informo al endoscopista sobre la prueba añadida en nuestra sala:

- Doc, tengo una gran noticia (en modo irónico). Nos han añadido una prueba en nuestra sala. Se trata de una colonoscopia de un paciente que estaba programado para las 13h, pero ha bebido un zumo a las 12h. Nos hemos de esperar hasta las 16h para poder realizarla.

En ese momento dejó todo lo que estaba haciendo, se giró hacia mí y su semblante cambió por completo.

- Ese paciente se hará de último. Esta tarde tengo 12 pacientes en lista, y no les voy a retrasar la hora por culpa de otro que ha bebido cuando no tenía que hacerlo.
- Pero alguien debería informarle de que no se le podrá realizar la prueba hasta última hora de la tarde.
- No es mi problema. Que se espere.

Visto que nadie quería enfrentarse a la situación de informar a ese paciente, me dirigí al box 4 para hacerlo. Al abrir la cortina me encontré con un señor con cara poco amistosa y un acompañante intranquilo.

- Buenas tardes señor Juan, ¿qué tal?, ¿cómo se encuentra?

- Pues como quiere que me encuentre si llevo aquí esperando a que me hagan la prueba tres horas y media.
- Entiendo su malestar, pero nos hemos de esperar a que se cumpla el tiempo de ayuno correspondiente.
- ¿Qué tiempo de ayuno, si llevo sin comer desde ayer por la noche?
- Mi compañera de la mañana me ha informado de que usted a las 12h de este mediodía se bebió un zumo. ¿Es verdad?
- ¡No podía aguantar mi sed!
- Para poder realizarle la prueba bajo sedación debería de estar en ayunas de sólidos y líquidos. ¿Nadie le ha informado sobre ello?

En ese momento se incorporó de la camilla y golpeó las barandillas con el puño.

- Yo no aguanto tantas horas sin beber, ¡a ver si me voy a deshidratar!
- Tranquilo, no le hubiese pasado nada por estar 6 horas sin tomar líquidos.
- ¡Usted que sabrá! ¿Cómo no me voy a deshidratar si no dejo de ir al lavabo?
- No se preocupe por eso. Forma parte de la preparación del colón para poder realizarle la prueba. Sólo quería informarle de que se tendrá que esperar un poco más, ya que el doctor tiene la tarde completa y no podrá atenderle hasta última hora.
- ¿Qué me está diciendo? ¿Qué me tengo que esperar toda la maldita tarde para que me hagan la prueba? ¡Esto es increíble! ¡Qué mal funciona este hospital! ¡Quiero ponerles una reclamación!
- Está usted en todo su derecho de hacerla si lo cree conveniente. Pero creo que, en este caso, no se trata de un problema de mal funcionamiento del hospital.

En ese momento de la conversación, entró el endoscopista al box. Al ver el matiz de la situación fue taxativo y se limitó a decirle que se tenía que esperar hasta que tuviese un hueco para poder realizarle la prueba. El paciente se enfureció todavía más y continuó amenazando con el tema de la reclamación a todo el servicio. El endoscopista le cortó rápidamente diciendo que hiciese lo que quisiera, pero si quería hacerse la prueba tendría que esperarse.

Resolución de la situación:

En cuanto el paciente se tranquilizó, se le explicaron los motivos por los cuales era muy importante que estuviese en ayunas para la sedación. También se le explicó que se intentaría hacer todo lo posible para atenderlo entre medio de dos pacientes programados. Al final se le pudo realizar la prueba a las 17h, y se le pidió disculpas por los malos entendidos que se pudieron generar durante la conversación y la espera.

Elementos que identifican el estilo de comunicación (verbal y no verbal):

El estilo comunicativo del paciente en todo momento es agresivo.

CV:

- Comunicación verbal oral.
- Expresión verbal de amenaza.

CNV:

- Tono de voz agudo.
- Volumen elevado.
- Ritmo rápido.
- Mirada fija y hostil hacia la enfermera.
- Expresión facial denota estado emocional de enfado/rabia.
- Golpes intencionados a la barandilla de la camilla.

El estilo comunicativo de la enfermera es asertivo.

CV:

- Comunicación verbal oral.
- Contenido verbal dirigido a informar y dar seguridad y confort al paciente.

CNV:

- Tono de voz suave pero firme y seguro.
- Volumen medio.
- Ritmo intermedio.
- Mirada atenta dirigida en todo momento al enfermo y al acompañante.
- Expresión de la cara denota interés.
- Movimientos de la cabeza de asentimiento para indicar que está de acuerdo en algunos momentos.

Capítulo 10. Ser asertivo con estrés...

Autor: M^a Dolores García Campos

Estilos de comunicación:

Enfermera: agresivo

Supervisora: pasivo

Loli: asertivo

Descripción de la situación:

El relato que voy a explicar ocurrió una mañana en la Uci del hospital donde yo trabajo... se trata de una uci de tercer nivel y con mucha tecnología como podéis imaginar... Todo el relato que os voy a explicar empezó debido a una terapia nueva que implantaron en nuestra unidad llamada “ECMO” que trata de una circulación extracorpórea.

El ratio enfermera paciente es 1:2 y la división de los pacientes se hace de manera equitativa según las cargas de trabajo de los mismos. En la mayoría de hospitales el paciente que necesita esta terapia “ECMO” suele tener una enfermera responsable sólo de ese paciente, en nuestro hospital a pesar de ser una novedad la máquina para todas nosotras, debemos llevarla con otro paciente más...entenderéis la gran exaltación y ambiente caldeado que tenemos todo el personal de enfermería...

Una mañana de trabajo al llegar a nuestra unidad nos explican que hay un paciente con esta terapia en un box, y que el resto de pacientes estaba en estado muy crítico debido a varios ingresos del día anterior de pacientes con “gripe A”. A la hora de hacer la repartición de pacientes decidimos entre todas las compañeras que trabajábamos ese turno que una única enfermera se responsabilizara de ese paciente con “Ecmo” y que otra de nosotras asumiría llevar tres pacientes... al menos hasta que nos dieran otra alternativa. Nuestra gran sorpresa fue cuando una compañera del turno de noche vino a entregarnos el teléfono de “paros”, es un servicio que tiene nuestro hospital, como muchos otros, que en el momento que hay cualquier paciente en parada

cardiorespiratoria en el recinto hospitalario nos avisan a ese móvil y debemos acudir...dejando a nuestros pacientes de la unidad...

Al ver como estaba toda la unidad decidimos avisar a nuestra supervisora para comentarle la situación y la imposibilidad de asumir tanta responsabilidad. Mi gran sorpresa fue la actitud pasiva que tuvo ésta a la hora de aclarar la situación. Mis compañeras montaron en cólera cuando la vieron intentando argumentarle todas las quejas, mostrándole toda la presión a la que estábamos sometidas. La situación fue violenta para todo el equipo, tono de voz elevado, amenazas y malas caras. La respuesta por parte de nuestra supervisora fue pasiva, diciendo que ella no podía hacer nada, que el teléfono lo entregáramos a otra compañera de otra unidad. Que la carga asistencial que teníamos ya lo tenía en cuenta pero que por el momento no se podía hacer nada ni reforzar la unidad.

Reflexioné unos segundos antes de ponerme yo también a pegar gritos como mis compañeras al ver la situación de estrés que teníamos y la respuesta tan pasiva que nos encontrábamos por parte de nuestra responsable. Yo intenté mediar de forma asertiva entre la situación tan crítica que nos encontramos al ver que compañeras amenazaban con irse del trabajo si seguíamos así... Le argumenté de forma tranquila todas nuestras quejas a la supervisora intentando conseguir alguna mejora, mostrando mis argumentos pero dejando que nos explicara. Manteniendo la mirada y con un tono de voz firme pero sin ser elevado.

El resultado fue favorable, se replanteo al menos la situación al ver que nuestra presión era muy elevada y hablarle de forma tranquila.

Resolución de la situación:

Es día el teléfono de “paros” fue entregado a la supervisora de la unidad que se encargó de entregárselo a otra compañera responsable y a media mañana vino a ayudarnos una de las enfermeras coordinadoras que tenemos en el servicio.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

CV:

Agresivo: gritar, tono desafiante y exigente, hablar rápido, amenazas, acusaciones y exigencias

Asertivo: tono de voz calmado, firme y seguro, escucha activa, control del silencio

CNV:

Agresivo: tono de voz elevado, postura rígida, mirada desafiante y altiva, invasión del espacio físico del otro

Asertivo: contacto visual cálido y continuo, postura relajada, tono de voz firme, enérgico y en concordancia con la comunicación

Capítulo 11. El arte de los cuidados enfermeros en la adolescencia.

Autor: Silvia Aguilar Manchado

-Estilo de comunicación:

Pasivo-assertivo.

-Descripción de la situación:

Un día vino a la consulta de un hospital pediátrico, donde yo trabajaba como enfermera, una paciente adolescente con un diagnóstico grave. Le acompañaba su mamá con un aspecto descuidado. Los médicos ya nos habían advertido de sus inusuales conductas, ya que hacía dos semanas había acudido a urgencias por una fiebre recurrente y permaneció ingresada en la planta durante unos días.

Al entrar en la sala de extracciones de la Unidad, mi compañera auxiliar y yo nos presentamos y le explicamos cómo era el funcionamiento del servicio. Les dijimos que estábamos ahí para lo que necesitasen y que les iríamos informando y ayudando sobre todos los cuidados necesarios para que el proceso fuera lo mejor posible.

El siguiente paso fue proceder a una extracción de sangre y así realizar un análisis para valorar si se podía administrar el tratamiento según los resultados obtenidos. Seguidamente, le expliqué a la paciente el proceso a realizar. Utilicé la mirada y le cogí la mano con el fin de tranquilizarla. Al instante, la adolescente se puso a gritar “¡Socorro, me quieren matar!” con un tono de voz extremadamente elevado y repetitivo. Se arrinconó contra una esquina de la sala y cada vez que alguien se acercaba para intentar calmar su angustia, ella se defendía con sus manos y sus pies. Fue imposible acceder a ella sin ayuda de los celadores que tuvieron que cogerla a la fuerza y sacarla de allí, puesto que era el lugar que le estaba provocando ese rechazo. Yo hablé con todo el equipo para ver cómo podíamos solucionar dicha situación, ya que el comportamiento de esta niña era, además de muy perjudicial para ella, también para los demás niños, que al oírla desde la sala de espera, sentían pánico. Pensé que era un caso especial y que por ello, había que tratarla de forma diferente que a los demás pacientes. Tras esta reunión, su médico solicitó una interconsulta a Psiquiatría sin prioridad. Yo me sentí

impotente, y aunque creo que se me notaba en la cara, no dije con toda claridad lo que pensaba: notaba rabia porque para mí era una urgencia calmar la ansiedad de esta niña adolescente. ¿Acaso le ocurría algo más?, ¿qué había vivido antes esta niña para que se comportara así?, ¿sería únicamente miedo escénico? Tras esta reflexión, y sin abandonar mentalmente esta situación, continué trabajando, ya que el resto de pacientes esperaban para recibir los cuidados requeridos.

La adolescencia, transición entre la infancia y la edad adulta es en sí una etapa difícil, unido a la historia personal de esta paciente, que intuíamos no había sido fácil, más la enfermedad actual, quizás era más lógica su reacción de lo que parecía. En estos momentos, es cuando más se necesita nuestro “arte de cuidar”, y somos las enfermeras las que observamos, además de otros profesionales, a través de nuestra mirada profesional si la persona que tenemos delante necesita una ayuda especial.

-Resolución de la situación:

Tras varias semanas acudiendo a la consulta, y con grandes dificultades de afrontamiento de la situación por parte de esta adolescente, hablé junto con mis compañeras con los médicos del servicio, comentándoles de nuevo la situación y explicando con tono claro y armónico que bajo nuestro punto de vista no se estaba tratando de manera adecuada a esta paciente. Yo tenía la sensación de que algo no estábamos haciendo bien. Se puso en marcha una reunión multidisciplinar, donde entre varios especialistas, se intentó ir paliando los síntomas que le provocaba el entrar en nuestra Unidad y fuimos entendiendo el porqué de su reacción; lo cual era fundamental para poder mantener una mejor relación de ayuda. Cada vez que la paciente venía, tenía previa una consulta con la psiquiatra. Al principio recibía también medicación ansiolítica y poco a poco fue cogiendo confianza y sintiéndose más segura en este lugar desconocido para ella. Me esforcé por descubrir cuáles eran sus temas de conversación preferidos y cada vez que la veía entrar con más seguridad en nuestra consulta, sentía una gran alegría que se me notaba en la sonrisa que desprendía porque “comprender es aliviar”, y nosotras como enfermeras debemos ponernos en el lugar de nuestros pacientes y decir claramente lo que nos parece que puede ser susceptible de mejora.

Gracias a la asertividad, podemos expresar nuestra mejor manera de cuidar, desde la sinceridad y el afecto, desde el amor, teniendo en cuenta la importancia de los cuidados enfermeros individualizados y atendiendo a nuestros pacientes, en este caso adolescentes, desde una única mirada: la mirada enfermera.

-Elementos que identifican el estilo de comunicaciones (verbal y no verbal)

En cuanto a los elementos de comunicación verbal (CV) se encuentran:

- Transmitir calma a la paciente a través de la explicación de lo que le vamos a realizar y hacerle saber que estás ahí para lo que necesite.
- Hablar en un tono claro y armónico a mis compañeros.

En cuando a los elementos de la comunicación no verbal (CNV) se encuentran:

- Los gestos de la cara: en el estilo de comunicación pasiva pondría cara rígida y angustiada y al resolver el problema de manera asertiva y observar mejoría en la paciente, destacaría la sonrisa.
- La mirada.
- El tacto.

Capítulo 12. Una situación injusta.

Autor: Rosa María Carrasco Rodríguez

Estilo de comunicación: Agresivo.

Descripción de la situación: Desde hace seis meses trabajo en el pabellón de demencias de una residencia geriátrica de la Ciudad de Quito. Cuando llegué a la residencia estuve encargada de otro pabellón con una complejidad menor en el estado de los residentes. Si bien se puede mejorar la práctica de los cuidados que ofrecen, en general, me parecen tan adecuados como los cuidados de cualquier residencia de España. Pero ahora que estoy en este pabellón me doy cuenta que les falta conocimientos para abordar las necesidades especiales de los pacientes con demencia.

En esta residencia nos enfrentamos a dos factores que suponen un reto en el cuidado, primero la altitud de 2.800 m y por otro lado la hipercinesia de algunos de los residentes que producen un gasto calórico muy importante, lo que hace que la alimentación adecuada se convierta en un tema especialmente relevante. Se ha detectado también en los análisis de sangre periódicos que, casi todos los internos, presentan una elevada anemia ferropénica.

En mi análisis de la situación me doy cuenta que la preparación de los menús se centra en mantener la satisfacción de los residentes autónomos y no se tiene en cuenta las necesidades de los residentes con demencias que, mayoritariamente, además, tienen problemas para masticar. La solución que adoptó la dirección fue dotar de una licuadora al pabellón de demencias para que las cuidadoras mezclen el primero y el segundo plato y formen uno que pasan por el proceso de trituración. Esta maniobra no resuelve para nada la situación porque a veces las combinaciones que resultan del primero y segundo plato son imposibles de comer. Para mayor desesperación, las raciones a veces están mal calculadas y mi pabellón, que es el último en ser servido, se queda con raciones menores. A las claras se ve que algunos días los residentes se quedan con hambre y esto contribuye a aumentar los episodios de agitación y delirio. La situación se ha paliado dando suplementos a media mañana y a media tarde de alimentos que traen algunos familiares como fruta o galletes, pero aunque conseguimos paliar el hambre, el déficit

proteico no se arregla. Periódicamente se reúne el equipo multidisciplinar para hablar de todos los problemas que se detectan. Llevo semanas incidiendo con este asunto y se han ido tomando medidas para ir resolviendo la situación pero nos enfrentamos con una dificultad añadida: la poca colaboración del equipo de cocina.

El equipo de cocina está formado por una cocinera y tres ayudantes de cocina carentes de formación específica hostelera. La cocinera lo es por tradición y algunos de los ayudantes son reciclados entre el personal de limpieza.

Tanto la doctora del centro como yo nos hemos ofrecido para planificar los menús basándonos en nuestros conocimientos sobre nutrición pero existe oposición a realizarlos porque no se adaptan a los conocimientos tradicionales de elaboración de alimentos. Las continuas conversaciones y quejas por la falta de seguimiento de las instrucciones ofrecidas, hace que a cada rato sea llamado a dirección al equipo de cocina. Aunque he tratado de llevar este asunto asertivamente, en cocina interpretan que soy la única enfermera que no está de acuerdo con la forma que tienen de hacer las cosas y aunque he tratado de explicarles que existe una necesidad especial entre la población que cuido y que son mi único interés, parece que no quieren comprender.

Este fin de semana la situación ha llegado al colmo. Aprovechando que el pabellón se queda sin liderazgo enfermero, durante el fin de semana han servido raciones especialmente escasas y cuando las cuidadoras han ido a reclamar han tergiversado la situación; dicen que han servido las raciones que figuran en la lista que yo les actualicé. Mis compañeras dudan y no verifican el número de raciones, entonces las cuidadoras tratan de excusar cualquier posible error del cual yo pueda ser la responsable pero, en cocina, se niegan a buscar una solución. Mis compañeras han contado las raciones servidas: 33 en lugar de las 37 necesarias. Al no haber comida suficiente para todos han cedido sus raciones para completar los menús de los residentes y han salido a la calle a comprar comida para ellas.

El lunes mis compañeras me comentan lo que ha sucedido. ¡Esto ya es el colmo! En la lista de cocina figuran las 37 raciones solicitadas porque, debido a la mala colaboración, soy especialmente rigurosa en la confección del listado, mi pabellón es el único que lo actualiza periódicamente. Lo interpreto como un ataque frontal y me dirijo al despacho de la directora cargada de artillería mental. Trato de usar un tono calmado delante de la

directora, aun así mi tono de voz es más elevado del habitual, mi gesto está congestionado, aprieto la boca y muevo profusamente las manos. Acuso al personal de tener una especial aversión con mi equipo que, por otro lado, está muy concienciado con el cuidado de las personas que tenemos a nuestro cargo. Le comento a la directora que veo animadversión en lo sucedido y que es inadmisibles. Se llama al equipo de cocina al despacho que argumenta que se equivocaron al mirar la lista. Acepto el error pero no puedo admitir que no se busque una solución para atender a las personas que están a nuestro cargo. La directora decide apoyarme e impone una sanción a la jefa de cocina y da instrucciones explícitas de que debe atenderse cualquier petición que proceda de mi pabellón, catalogando a los residentes de personas con necesidades especiales que deben ser atendidas sin excusas.

Resolución de la situación:

A partir de ese momento el equipo de cocina se vio obligado a no poner más objeciones a las peticiones procedentes del pabellón de demencias. La directora se personó en varias ocasiones para verificar que se seguían sus instrucciones. La relación a partir de ese momento fue fría y unidireccional, yo transmitía mis órdenes y ellas obedecían. Entre semana me encargaba personalmente de comunicar cualquier incidencia a cocina, que después de ese episodio eran casi inexistentes. Los fines de semana encomendaban a la cuidadora más capacitada para supervisar que la entrega de alimentos era correcta y como portavoz en caso que algo no estuviera bien.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

Enfermera: Comunicación no verbal: Expresión de enfado en la cara.

Gestos efusivos con las manos.

Comunicación verbal: Tono de voz más elevado.

Timbre estridente.

Aumento en el ritmo del discurso.

Jefa de cocinas: Comunicación no verbal: Postura plegada, con los brazos recogidos.

Mirada baja.

Dientes apretados.

Comunicación verbal: Tono bajo de voz.

Ritmo lento en el habla y entrecortado.

Capítulo 13. Una mañana de sábado en la UCI

Autor: David Córdoba Sánchez

Estilo de comunicación: Agresivo – Asertivo – Pasivo

Descripción de la situación:

Era un sábado por la mañana en la UCI, dónde trabajamos cinco enfermeras y dos auxiliares de enfermería. Después de recoger el cambio a las compañeras de la noche nos pusimos como siempre, alrededor de la mesa del control de enfermería para explicar las eventualidades más relevantes de los pacientes en las últimas horas y como seguían su evolución. Ya durante el cambio hubo algún comentario de una compañera hacia otra, algo despectivo dentro de una conversación paralela que no fue más allá. Aunque todos notamos que venía con un “mal día”.

Acabando el cambio, se reparten los pacientes de forma que si alguien ha venido los días anteriores se coge esos enfermos y el resto se reparten por cargas de trabajo. Hasta ahí todo bien, las mañanas de los fines de semanas acostumbran a ser tranquilas sin haber tanta presión asistencial.

Empezamos a constantear a los pacientes, revisar perfusiones, administrarles medicación y comenzar con las higienes. Nos vamos dividiendo para bañar a los enfermos. Yo estaba con dos compañeros en un box y ya acabando de acomodar al paciente cuando de repente escuchamos gritar a alguien fuera (era la misma enfermera que antes había hecho ese comentario desafortunado al que no se le dio más trascendencia):

- Enfermera - con actitud agresiva, en medio de la unidad con los brazos en jarra - : ¡Ya está bien! ¡Me vais a decir que nadie ha escuchado la bomba que sonaba! Era la noradrenalina de mi paciente y ahora está hipotensa.

- Yo - saliendo rápidamente del box y acercándome a ella con un tono de voz tranquilo, intentando no exaltarme y respondiendo de la forma más asertiva -: Si nadie ha ido a la

bomba es porque no la hemos escuchado, estamos todos metidos en los boxes y no ha quedado nadie fuera...

- Enfermera - manteniendo un tono de voz elevado -: Si estuvierais pendientes de lo que tenéis que estar y dejáros de tanta risa... - sin contestar al comentario cogí y me di media vuelta y seguí con mi trabajo.

El resto de compañeros se quedaron sin decir nada y también continuaron con lo suyo. Acabamos la mañana, sin más incidencias.

Resolución de la situación

Yo comenté con una compañera de otra unidad lo que había pasado.

Al día siguiente, que parecía estar más calmada, esta compañera habló con ella preguntándole que qué le pasaba el día anterior, que parecía que estaba con un mal día. Ella se lo reconoció, pero no fue capaz de venir a pedirnos disculpas por su actitud. Días más tarde me enteré que le dijo a la supervisora que a ver con quien gente le ponía a trabajar, que no quería trabajar más con el equipo de ese fin de semana.

Elementos que identifican el estilo de la comunicación (verbal y no verbal):

Comunicación verbal:

- Agresivo: tono de voz elevado y con descalificaciones.
- Asertivo: escucha hacia el otro sin interrumpir, tono de voz calmado, mensaje claro y congruente.
- Pasivo: no expresan lo que sienten pese que piensan igual.

Comunicación no verbal:

- Agresivo: postura en brazos en jarra, mirada de enfado.
- Asertivo: acercamiento hacia la otra persona, postura relajada, mirada continúa con la otra persona.
- Pasivo: se muestran en un segundo plano, sin intervenir.

Capítulo 14. Tres en uno

Autor: Gerard Freire Gutiérrez

Estilo de comunicación: Asertivo (enfermero) – agresivo (paciente) y
Agresivo (paciente) – pasivo (enfermero).

Descripción de la situación:

No recuerdo con exactitud la fecha, pero seguro que era fin de semana. En los fines de semana es cuando en urgencias pasan las cosas más raras. Eran las tres de la tarde, eso sí lo recuerdo, porque aún no me había sentado a revisar a los pacientes que me habían asignado y siempre suelo hacerlo, después de que me pasen el parte y dejar las cosas personales en la taquilla de la unidad.

Ese fin de semana me tocaba en el área de cirugía, cuatro pacientes en el pasillo, dos en los boxes y dos más en el área compartida con traumatología, además de siete en lista de espera. Resumiendo tarde caótica en cuanto a espacios disponibles para la asistencia con las mínimas medidas de confort para pacientes, familiares y trabajadores lo que provoca un estado de ansiedad generalizada.

El paciente siguiente era un hombre de 40 y pocos, grande, robusto, rapado. Lo acompañé al box 7. Venía por un dolor intenso en cinturón, malestar generalizado y vómitos de cuatro horas de evolución. En primer momento impresionaba de pancreatitis aguda. Su aspecto exterior, forma de vestir y manera de expresarse me hizo pensar en una pancreatitis provocada por excesos alcohólicos habituales.

Me presento al paciente y le digo amablemente que se desvista de cintura para arriba, que le voy a poner una vía para administrarle analgesia y hacerle una analítica de sangre. Le digo que me indique cómo es el dolor y que me marque la zona exacta. ¿Ha tenido usted antes un dolor parecido?, le pregunto. Su respuesta fue que lo único que quería era que no tener dolor, porque si lo tuvieras tú seguro que ya te habrías muerto, dijo, poniéndose en posición fetal de golpe. No te preocupes, le tuteo, en cuanto te saque la sangre te pongo un calmante y verás que bien. Espabila, me espeta, haciendo una mueca de dolor.

Puig, M. y Lluch, M.T. (2016).. Relatos sobre los estilos de comunicación desde una experiencia profesional enfermera
Barcelona: Diposit Digital Universitat de Barcelona, Colecció Omado, document de treball.

Mientras hago la técnica, le pregunto por sus antecedentes patológicos y si es consumidor habitual de alcohol. Me dice con cara de sorpresa que no, que él solo bebe un vaso de vino para comer. Le insisto y le digo que es necesario que diga la verdad ya que es muy importante para su evolución y diagnóstico. Vuelve a decirme que no y que en todo caso, ya hablará con el médico, que yo sólo soy un simple enfermero. Vuelvo a preguntarle ¿de verdad que no bebes? Y fue ahí donde acabé con su paciencia y gritándome e incorporándose en la camilla me dice que ya está bien, que si vuelvo a preguntarle eso otra vez, “te meto un ostia que te tragas las gafas”.

En ese momento me sentí muy mal. No me vi la cara, pero seguro que era un poema. Mi sonrisa desapareció por completo y me di cuenta de que había sido demasiado insistente y sin argumentar demasiado mis cuestiones. Me vas a poner ya un calmante o ¿qué?, me dijo el paciente. Si, por supuesto, espere un segundito que ya acabo con la analítica. Y dile al médico que venga a la voz de ya. Sí, claro, no se preocupe. Dile a mi mujer que está en la sala de espera que estoy aquí. Por supuesto, perdone, ahora mismo la llamo. Me sentía tan mal, que todo lo que me pedía era sí. No me atrevía a contradecirle. Me sentía amenazado, y por ello mi pasividad.

Resolución de la situación:

Al final, resultó ser una colecistitis, el paciente en cuestión un reputado abogado y nada ni nadie demostró que fuera bebedor. Durante la estancia en la unidad, hasta que fue a quirófano, ya con el dolor controlado y aun sabiendo que su agresividad era fruto del dolor, intenté mantener la distancia y me mostré en todo momento complaciente y servil. La mujer se disculpó, con una sonrisa de oreja a oreja argumentando que su marido no era así. Pero él, cada vez que tenía que atenderle, me giraba la cara haciendo una mueca de desprecio y desaprobación.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

Asertivo (verbal): congruencia en el mensaje: el tipo de dolor hace pensar en una patología concreta. **Escucha activa:** espero la respuesta del paciente para formarme una opinión. **(No verbal):** mi expresión de gestos y de la cara, así como el tono de voz, era acorde con la situación.

Agresivo (verbal): Hay una amenaza firme, no me dejaba argumentar mis opiniones o puntos de vista y utilizaba palabrotas constantemente. **(No verbal):** movimientos bruscos en la camilla. Muy alto tono de voz. Sin contacto visual al final de la situación.

Pasivo (verbal): actuación ciega según sus peticiones, disculpas infundadas, asentimiento a discreción. **(No verbal):** sin contacto visual (no me atrevía) y con la cabeza gacha. Postura de sumisión.

Capítulo 15. A dar la cara

Autor: Rafael Luque Ruiz

Estilos de comunicación

Directora de enfermería: Pasivo

Supervisor (yo): Asertivo

Paciente y familiar: De agresivo a asertivo

Descripción de la situación

Siempre he pensado que ser supervisor de un servicio especial (área quirúrgica en mi caso) comporta un plus de complejidad con respecto a las salas. Les pido disculpas a mis colegas supervisores de salas. Pero es que en un quirófano intervienen muchas disciplinas. Creo que mi compromiso es elevado. Cuando estoy de lo más involucrado me siento igual que el director de orquesta. Éste, que debe hacer cumplir con el cometido de hacer sonar perfecto para la audiencia, dando paso a los diferentes componentes del grupo según el orden en que deben de aparecer; el supervisor coordina en un quirófano hasta ocho disciplinas distintas para hacer posible una intervención quirúrgica. El celador que acompaña al enfermo al bloque quirúrgico, la enfermera que le acoge en el quirófano y le cuida durante su estancia ofreciendo confort y seguridad hasta que es dado de alta de reanimación, el anesestesiólogo que anestesia al paciente y evita el dolor innecesario; el técnico de rayos que proporciona imágenes perfectas para una cirugía perfecta en manos de un artista (el cirujano); la auxiliar dando soporte en los cuidados de enfermería; el servicio de limpieza que procura los protocolos de desinfección para poder continuar con otro paciente a continuación y el servicio de mantenimiento que actúa desde fuera verificando y validando los ciclos de renovación del aire. Todos los profesionales se van dando paso sobre un guion que conocen a pie de la letra hi hacen que la sinfonía sea un éxito. Pasan las tres de la tarde de un miércoles 17 de Febrero. Hoy además de ser el director de orquesta, me toca dar la cara con un paciente y su familia por un error que podía haberse evitado y que asumo parte de responsabilidad como a continuación explicaré.

Suena el busca interno de la institución; -Sí dime- contesto en tono amigable al administrativo de admisiones. -Rafa tengo aquí delante a un señor que dice que viene a ingresar porque mañana lo operan del hombro- ¿Y cuál es el problema Sergio? -Pues

que no me consta en la lista de ingresos, ahora he mirado en la programación quirúrgica de mañana y no aparece, la cirugía está anulada.-

-Vaya, ¿dime, no se llamará Sr. MGJ?-

-Sí. Y dice que quiere poner una reclamación.-

En ese momento recordé que el día anterior había sacado de la lista a ese mismo paciente. El motivo por el cual es que el material para implantarle al señor no lo teníamos contemplado en contrato. Al presentarse esta situación debemos de esperar a que exista el contrato con el proveedor para que a la hora de la facturación tener los permisos correspondientes por parte de la Dirección Asistencia Sanitaria (DAS). Por lo tanto, en el comité de programación se comentó el caso y el paciente se pospuso para la próxima sesión de programación a la espera de la resolución del problema. En el mismo comité el paciente quedó fuera de la agenda de quirófano para el día 18. Pero se nos olvidó por completo de avisar al señor para que no viniera al hospital a ingresar. Ahora eran las tres de la tarde pasadas. Los pacientes que ingresan programados para ser intervenidos quirúrgicamente el día siguiente se encuentran en admisiones. El Sr. MGJ está también esperando a que alguien le aclare lo sucedido.

Me encuentro en el despacho de dirección de enfermería. El parte de supervisión ha durado algo más de lo habitual. Comento el caso con la directora y la respuesta que obtengo por su parte no es de un “<<tranquilo, ahora vamos los dos y hablamos con el señor>>” no. No fue así. Sinceramente pensaba que me acompañaría. Total ella también forma parte del comité de programación. -Tendrás que ir a hablar con el paciente.- Soltó. En vista de la falta de aliados por la hora que eran, y que la única posible se había puesto a una banda, decidí llamar a admisiones para comunicar al administrativo de ingresos que avisara al paciente y le informara que en un momento me presento para hablar con el señor de lo ocurrido.

Resolución de la situación

Llego a la centralita de admisiones, allí los pacientes con sus familiares o acompañantes esperan a que les llamen para ingresar. Me aproximo al administrativo y le pregunto por el paciente en cuestión. Me señala con la mirada el grupo de personas de la esquina, al lado de una pared con un póster informativo de la Mutua. Me dirijo hacia ellos y pregunto: -¿El señor MGJ?-

-Sí, ¿se puede saber que está pasando?- Contesta con el ceño fruncido.

-¿Serían tan amables de acompañarme un momento por favor? se lo explicaré.- Nos dirigimos al despacho contiguo al mostrador que en ese momento estaba libre.

-Soy Rafa, el supervisor de área quirúrgica del hospital. Verá MGJ, hemos tenido un percance con el proveedor que nos tiene que facilitar el material de implante para su intervención. -¿Eso qué significa?- Responde la familiar en tono seco. -Bueno eso significa que la falta de un contrato para que después de la intervención no tener problemas de facturación con el proveedor, nos ha obligado a posponer la cirugía hasta que esto se resuelva. -¿Y no quieres decir que el material que se le tiene que implantar a mi padre lo habéis utilizado con otro paciente, y por eso ahora no tenéis el material?- la hija estaba molesta. -Pues vaya gracia hacernos venir hasta aquí para nada, ¿y ahora qué? ¿hoy he pedido fiesta en el trabajo para nada? ¿me puedes decir que tengo que hacer?- La mirada era de enfado.

-Bueno verán, admito parte de responsabilidad en esto, la verdad es que hemos sido optimistas pensando que no habría ningún problema con el contrato del proveedor, pero ayer mismo me comunicaron de que la cirugía debía de posponerse una semana más. Al no ser una intervención urgente es preferible tenerlo todo en regla para evitar así algún conflicto entre mutua y proveedor-. Proseguí intentando ser lo más asertivo posible sin considerar negativo el acoso verbal de la familiar y el paciente. -Entiendo que estén molestos por haber venido hasta aquí para no ingresar. Les pido disculpas por no haberles avisado con tiempo para evitar esto. Lamento lo ocurrido y entiendo que ahora estén enojados. Quiero que entiendan que la situación nos obliga a posponer la cirugía.

En cuanto a los justificantes para la empresa les puedo facilitar uno igualmente. Ahora lo pedimos al administrativo del mostrador. El ingreso estaba programado y el motivo del justificante queda justificado por la anulación. No tienen que tener problemas con su empresa. -Bueno yo no necesito, soy autónomo-. Contesta el paciente con una faz más relajada. -A mí si puede facilitarme un justificante se lo agradezco, mi jefa me lo va a pedir- Dice la familiar.

-Claro ningún problema-. Sus expresiones fueron quedando más relajadas.

-Sr GJ le daremos la máxima celeridad posible para evitar más molestias y pueda ser intervenido cuanto antes. Muchas gracias por su comprensión.- Les dije entregando el justificante impreso.

-A ti por la amabilidad-. Contestó.

El lunes de la siguiente semana me comunicaron la realización del contrato. No tardé de transmitirlo en el comité y el paciente quedó programado para mediados de la misma semana.

El paciente se operó sin más y en cuanto a la amenaza de poner una reclamación quedó en eso, en una amenaza.

La verdad es que me alegro de haber pasado por esto, puesto que me siento satisfecho de cómo actué y ello ha proporcionado un aumento de mi satisfacción personal.

Elementos identificativos de la comunicación

Componentes Verbales

Directora de enfermería.

Verbaliza que vaya yo en persona hablar con el paciente.

Paciente y familiar.

Preguntas y amenazas de poner una reclamación al hospital.

Supervisor (yo).

Respuestas sencillas mostrando interés por su situación. No culpo a nadie más.

Componentes No Verbales

Directora de enfermería.

Se queda sentada en el despacho.

Paciente y familiar.

Frunce el ceño. Eleva ligeramente el tono. Preguntas muy seguidas sin dejar que pueda responder.

Al avanzar la conversación se muestran más relajados acabamos estrechando la mano en símbolo de amistad.

Supervisor (yo).

Les acompaño a un despacho apartado de la multitud para que estén más tranquilos.

Les miro a la cara cuando hablo, no evito la mirada de los interlocutores.

Ofrezco estrechar mi mano al final de la conversación.

Capítulo 16. Cuando se roza el ego.

Autor: Josefa Marrón Flores

Estilo de comunicación: asertivo (yo) /agresivo (Marta)

Descripción de la situación:

Soy supervisora del servicio de urgencias desde hace tres meses. Hace unos días una de las personas de mi equipo me comentó que necesitaba solicitar un día porque tenía que acudir a un entierro. Me dispuse inmediatamente a comunicárselo a la persona del Núcleo de planificación, para gestionar la cobertura. Llamé a Marta por teléfono, le explique el caso, e inmediatamente me contesto de una manera brusca, alzando la voz. Me dijo que en este caso, el enfermero se hiciera un cambio con algún compañero, me recordó que ya debería saber que en estas fechas no podíamos conceder el día solicitado, porque sería un agravio comparativo, ya que había tenido que denegar días de convenio, y que no debería estar perdiendo el tiempo buscándole cobertura. A medida que iba hablando subía el tono de voz y denotaba nerviosismo en sus palabras, empezó a decir que ella no podía con todo, y que teníamos que aprender a decir que no. Yo le comenté con una actitud conciliadora, sin alzar la voz, que me parecía que no era tan complicado que los días de libre disposición, justamente están para esos días que surge algún imprevisto, y más un entierro, insistía porque estaba convencida que era lo correcto, que yo me encargaba de buscar cobertura. Seguía insistiendo que no, sin darme una razón más contundente, me dijo que se hiciera un cambio y punto. Y colgó el teléfono. Volví a hablar con él, le comenté que sería muy complicado encontrar a alguien disponible ya que estábamos en semana santa y que mejor que se hiciera un cambio no obstante le ayudaría a buscar a algún compañero, conseguimos que se cubriera el día. Él me dijo que no entendía porque no podía darle el día solicitado teniendo tantos días asignados, no estaba de acuerdo en tener que devolverlo. Sin saber muy bien porque, quizás por no discutir o porque en realidad pensaba que tenía razón, le dije si, que ya lo arreglaría yo de alguna manera.

Llame a otra supervisora compañera mí, para decirle que ya tenía a la persona que realizaría la cobertura y que si se lo podía pasar como libre, más adelante. Con tan mala suerte que la Marta estaba a su lado, cogió ella el teléfono y me pregunto qué porque insistía, con tono autoritario y gritando, ya no podía esconderme de sus gritos, me dijo que subiera al despacho, casualmente estaba con la directora de enfermería.

Resolución de la situación

Marta le explicó a la directora lo que había pasado, ella dijo que no le parecía mal que se lo concediéramos, si ya había encontrado cobertura. Al oír esto, puso el grito en el cielo y con mirada desafiante dijo que eso era desautorizarla, no estaba de acuerdo. Por momentos su cara cambio de color, rojo intenso, se levantó de la silla, dando un golpe, y dirigiéndose hacia la puerta y sin mirarme, luego se giró me dijo que hiciera lo que yo quisiera y que a partir de ahora no le preguntara nada.

Yo, intente suavizar la situación, y calmarla diciendo que no creía haberla desautorizado, ya que Paco no sabía lo que yo había hablado con ella .Le dije que creía que era un poco cabezonería de ella, ya que todo estaba cubierto y habíamos concedido todos los días de semana santa. Que teníamos que ser algo más flexible y facilitadores, que era mi servicio y creía que tenía derecho a gestionarlo de la manera más equilibrada parada todos, que entendía el estrés que estaba pasando, pero que no era justo que lo pagara conmigo.

Después de un largo silencio, bajo el tono de voz, dijo que ya pasaría ella la ampliación pero que seguía pensando que la había desautorizado. Conseguí mi objetivo pero me llevó algunos días que se le pasara el enfado, aunque creo que fue más su ego herido.

Elementos que identifican el estilo de comunicación (verbal y no verbal). Asertivo(yo):

C.V.:

Puig, M. y Lluch, M.T. (2016).. Relatos sobre los estilos de comunicación desde una experiencia profesional enfermera
Barcelona: Diposit Digital Universitat de Barcelona, Colecció Omado, document de treball.

Tono de voz tranquilo y conciliador

Lenguaje directo, claro

Control del silencio

C.N.V:

Contacto visual continuo.

Gestos y expresiones faciales acordes a la expresión verbal, postura relajada.

Tono firme y pausado.

Actitud de escucha activa.

Agresivo(Marta):

C.V:

Tono de voz desafiante y elevado.

Realiza imposiciones.

Reclama y exige.

C.N.V:

Golpe con la silla.

Expresión de rabia.

Rubor facial intensificado a medida que habla.

La mirada desafiante.

Levantarse bruscamente.

Contacto visual de hostilidad y enfado.

Capítulo 17. Aún hoy me arrepiento

Autor: Santiago Gallego Cabezas

Estilo de comunicación:

En la situación fui agresivo en un primer momento. Después cuando lo entendí fui asertivo y realice reconocimiento. Tan solo no tenía toda la información.

Descripción de la situación

Hace unos cuantos años trabajaba en el servicio de Reanimación de Urgencias de un hospital de tercer nivel. Era un servicio que disponía de 10 camas de pacientes críticos y que pertenecía al servicio de urgencias. Mi contratación, en aquel entonces, era precaria. Empalmaba contratos de tres meses con otros de 6 meses y así llevaba 10 años. El último que me dieron también fue otro contrato de 6 meses. Este tuvo una diferencia con los anteriores y es que cuando me llamaron para ofrecérmelo la supervisora del departamento de contratación de Recursos Humanos me estuvo explicando lo satisfechos que estaban con mi labor en el servicio de Reanimación de Urgencias y lo bien que trabajaba en equipo con mis compañeros. Lógicamente me alegré mucho de haber tenido aquella conversación y por supuesto me fui con una sobredosis de autoestima.

Transcurridos unos meses la dirección asistencial del hospital decidió suprimir 3 camas de Reanimación de Urgencias, con lo cual a partir de ese momento sobraba una persona de todo el servicio de urgencias, que en aquel entonces constaba de cuatro departamentos más. Me llamaron para decirme que por motivos de la supresión de las 3 camas de Reanimación debían prescindir de una enfermera en el servicio de urgencias y que esta enfermera era yo puesto que tenía un contrato de 6 meses y que era al primero que tenían que movilizar por el tipo de contrato que tenía.

Tres meses antes habían entrado en el servicio de urgencias dos enfermeras con sendos contratos interinos. Estas enfermeras no habían estado nunca en urgencias. Se les ofreció el contrato de interinas por su puntuación en la bolsa de trabajo y fueron destinadas allí.

No tenían apenas experiencia en urgencias y mucho menos en un servicio de enfermos críticos. Mi enfado fue tal mayúsculo que una mañana a la salida de trabajar de mi turno pedí hablar con la supervisora. Si, con la que me había regalado los oídos hacia tres meses. Cuando entre en el despacho no ahorré palabras de enojo hacia ella, la

institución y la política de contratación del hospital. No entendía como en la entrevista anterior me había dicho lo bien que trabajaba y que ahora se me echara de urgencias porque mi contrato era el peor de todo el servicio de urgencias. Fui muy agresivo con descalificaciones personales como “no se necesita una supervisora enfermera para dar contratos administrativamente sin tener en cuenta las cualidades profesionales del personal y solo teniendo en cuenta la puntuación en una bolsa de trabajo”. “Ese trabajo lo puede realizar un administrativo”. Además le dije que no hacían falta cuatro personas para dar un contrato, que con tan solo mirar la puntuación de una lista era suficiente. Fue tal mi enojo que salí del despacho sin mediar más palabras, no dejando hablar a la supervisora y dando un portazo.

Resolución de la situación

Al cabo de tres meses salí de urgencias, me cambiaron de turno y pase a formar parte de la plantilla de la UCI, esta vez como interino. Al cabo de 5 años me propusieron realizar tareas de supervisión en el servicio de Anatomía Patológica. Esta tarea la realice durante 6 años en los cuales tuve que realizar innumerables contratos a profesionales suplentes. Fue entonces cuando entendí la situación vivida hacia unos años atrás sobre mi contrato y mi salida del servicio de Reanimación de Urgencias. Un día llamé por teléfono a la supervisora con la que fui tan desagradable y le dije que quería hablar con ella. En esa conversación le pedí disculpas por mi agresividad y mi mala educación en aquella conversación que tuvimos hacia unos años. También le afirmé que ahora entendía al departamento de contratación y que veía las dificultades y las limitaciones que sobrepasaban al propio departamento. Reconocí su difícil trabajo y le di las gracias por haber sido profesional conmigo y entender que estaba ofuscado y sin toda la información.

Elementos que identifican los estilos de comunicación (verbal y no verbal)

Estilo agresivo:

(CV) Utilizar un tono de voz elevado, descalificar a las personas, no dejar que el interlocutor manifieste su parecer.

(CNV) Levantarse de la mesa de una manera violenta y salir del despacho sin hablar.

Estilo asertivo:

(CV) Utilizar un tono de voz conciliador, realizar reconocimiento a la otra persona.

(CNV) Mirar a los ojos, tener una postura relajada

Aquí también tenemos reconocimiento por parte de mí hacia la supervisora de contratación, verbalizando la dificultad del trabajo que realiza y entendiendo que a veces es poco o muy poco reconocido.

Capítulo 18. Lucha entre los estilos de comunicación en la relación terapéutica

Autor: Diana Tolosa Merlos

Estilo de comunicación:

Los estilos comunicativos que se describen a continuación son el estilo agresivo por parte de un paciente y el estilo asertivo por parte de la enfermera.

Descripción de la situación:

El caso que se expone corresponde a una experiencia profesional propia y relata en primera persona la intervención realizada en mi lugar de trabajo con un paciente al que he decidido llamar David.

Empecé mi camino por la enfermería de salud mental hace 12 años, pero ejerzo mi profesión desde hace más de 7 en el servicio de Urgencias de Psiquiatría. El hospital donde trabajo es un centro monográfico que atiende unas 300 urgencias al mes y da cobertura a una población con un nivel social, económico y cultural medio/bajo, y con un elevado porcentaje de consumo de sustancias psicoactivas.

David fue traído a nuestro servicio por el 061, el cual fue activado por su madre desde el domicilio ante un episodio de agresividad verbal contra ella y física contra objetos, que se saldó con una mesa y un par de sillas rotas. Estaba intoxicado y le exigía dinero a su madre para salir y volver a consumir. Al llegar los servicios de emergencia i la Policía pareció quedarse confuso y sin poder recordar lo que había sucedido y, teniendo en cuenta sus antecedentes psiquiátricos, fue derivado a urgencias de psiquiatría. A su llegada a nuestro servicio estaba vigil, bien orientado y aparentemente tranquilo, pese a que insistía en que no recordaba muy bien el motivo de su traslado al hospital. David está diagnosticado de Trastorno Antisocial de la Personalidad y de Dependencia al Alcohol y a la Cocaína. El Trastorno Antisocial de la Personalidad se caracteriza, entre otras cosas, por la transgresión de normas, por múltiples conflictos, por la violación de los derechos de los demás, por la ausencia total de miedo y de empatía, por una elevada frialdad, por una necesidad de recompensa y gratificación inmediatas y por una tendencia al consumo de drogas. Todo ello provoca, a menudo, importantes alteraciones

conductuales, motivo por el cual las personas que lo sufren son habituales de nuestro servicio.

Yo ya conocía a David de ocasiones anteriores y soy de la opinión profesional, junto con otros compañeros médicos y enfermeros, que esos episodios de “amnesia” eran demasiado selectivos y siempre coincidían con momentos en los que, por ello, acababa eludiendo posibles causas con la policía y obteniendo una ganancia secundaria. Dudábamos de si estos episodios eran más o menos conscientes y, por lo tanto, de si eran episodios reales o simulados.

Mi intervención inicial, como con todos los pacientes que acuden a nuestro servicio, fue realizar la acogida de enfermería sin necesidad de presentarme de nuevo, pues ambos nos recordábamos perfectamente. Con ella se inicia entre paciente y profesional la relación terapéutica, que es el pilar sobre el que se ha construido nuestra profesión a lo largo de la historia. Especialmente importante es este vínculo terapéutico en enfermería de salud mental, pues la interacción entre ambos debe ser clara y sincera, siendo labor del profesional aceptar y escuchar al paciente de forma incondicional, y mostrarse auténtico y empático. Dicho esto, tengo que decir, que mi relación profesional con David siempre había sido buena. El problema vino al darle el alta; había remitido la intoxicación y había desaparecido la supuesta amnesia. La médico de guardia había hablado telefónicamente con su madre y habían acordado que se iría a casa porque estaba asintomático. Pero él esperaba que una ambulancia lo llevara a su domicilio y se enfureció cuando se le negó esa posibilidad.

Ahí se inició el diálogo que promueve este análisis reflexivo sobre nuestros estilos de comunicación.

Resolución de la situación

La noticia de que no había ambulancia se la dio la médico que lo había atendido, a la vez que le brindó la posibilidad de pedirle un taxi y pagarlo cuando llegara al domicilio. Ante esta propuesta se inició la escalada de agresividad que caracterizaría casi todo su discurso posterior.

David: “¿Cómo que me pedís un taxi y lo pago cuando llegue a casa? ¿De qué vais? ¡Me ponéis una ambulancia porque yo ahí fuera soy un discapacitado!”. Su discurso era en un tono de voz cada vez más elevado, se crecía ante la evidencia de que había captado la atención del resto de personas que estaban en la sala de espera, golpeaba la pared y en alguna ocasión también el mostrador de admisiones. La médico finalizó su intervención diciéndole que tenía el alta y que nosotros no teníamos ninguna obligación más para con él, no sin recordarle que, si persistía en su actitud, avisaríamos a los Mossos de Esquadra. Después de esto David continuó gritando y reiterando su postura de “discapacitado” hasta que solicitó hablar conmigo, supongo porque me conocía y había percibido en mí un medio de ayuda en anteriores ocasiones.

Diana: “David, de entrada no me grites, por favor. Sé que estás enfadado porque tus expectativas eran otras y con esto te da la sensación de que no te estamos ayudando. Pero te hemos atendido y, por ahora, no hay nada más que hacer al respecto. Nosotros no disponemos de servicio de ambulancias, sólo lo solicitamos a una empresa externa cuando se trata de una persona impedida físicamente, o que no tiene medios ni familia, y este no es tu caso”.

David: “Pero yo no puedo permitir que mi madre me pague un taxi”. Seguía expresándose a gritos, pese a que le pedí que no lo hiciera, se lo destacué, lo aceptó y cambió su tono.

Diana: “La idea de coger un taxi y pagarlo al llegar a casa ha sido de tu madre, no nuestra. Además, perdona pero tú no eres ningún discapacitado, porque bien que te apañas para salir por ahí, consumir cocaína y alcohol y luego pedirle a golpes más dinero a tu madre. Que te pague tus vicios sí que se lo permites, es más, se lo exiges. Con el debido respeto David, pero ¿no crees que quizás deberías habértelo pensado antes? Tú eres un hombre con un físico imponente y lo sabes, lo utilizas para infundir miedo y quizás esta actitud amenazadora te funcione en tu día a día y en tu entorno

habitual, pero esto es un hospital y aquí las cosas no funcionan así”. Se calló, desperté en él la duda razonable y se quedó pensativo.

Ahí me percaté de mi lucha interior por no dejar aflorar la agresividad que se estaba generando en mí y por mantener una actitud asertiva. Los sentimientos y reacciones que experimentamos los profesionales hacia los pacientes y que denominamos “contratransferencia” son una de las barreras que pueden entorpecer el desarrollo satisfactorio de la relación terapéutica. Es por ello que nuestro autoconocimiento y la capacidad de neutralidad en la relación son fundamentales. Mantenerme firme en mi discurso, mientras le seguía negando la ambulancia a la vez que confrontaba su actitud con la realidad, fue un arduo trabajo para mí, que sólo pensaba en decirle que me parecía un caradura. Pero creo que el hecho de haber establecido una buena relación terapéutica con él me permitió decirle todo esto, reconduciendo verbalmente sus quejas y sin propiciar una nueva escalada de agresividad.

Mientras hablábamos aparecieron los Mossos de Esquadra que habían sido alertados por los compañeros de seguridad de nuestro hospital, con quienes David, puntualmente, se había enfrentado de forma verbal minutos antes de hablar conmigo. Ahora había recapacitado un poco, había aceptado que no tenía razón y me pidió disculpas. Posteriormente, estando más tranquilo, expusimos conjuntamente el caso a los agentes, quienes tomaron el relevo de las conversaciones con él. Acto seguido me despedí y, finalizado mi turno, fui a cambiarme al vestuario. Al salir al p rquing vi entrar a David en el coche patrulla. Yo hice lo propio en el mío. Ambos nos íbamos. Desconozco cuál era su destino, sólo conocía el mío.

Elementos que identifican el estilo de comunicación agresivo (David):

Verbales: Desde el principio de la conversación reiteraba una y otra vez su postura sin escuchar nada de lo que se le decía, incluso verbalizando amenazas agresivas al personal sanitario y de seguridad.

No verbales: Su expresión de enfado, con la mirada fija y el tono de voz elevado, los golpes que propinó a la pared y al mostrador, la tensión muscular, su progresivo acercamiento físico inclinándose hacia mí y su gestualidad, en general, fueron denotando el tránsito de una hostilidad manifiesta a un enfado más contenido, manteniendo posteriormente un tono de voz y una distancia algo más adecuados.

Elementos que identifican el estilo de comunicación asertivo (Diana):

Verbales: Mi escucha activa a todo su despliegue de argumentos, mi respeto y mis explicaciones claras y directas creo ayudaron a hacerle entender a David que no podíamos satisfacer su demanda, pese a su insistencia y a sus descalificaciones.

No verbales: Mi mirada fija, pero amistosa y no inquisitiva, mi tono de voz y mi postura corporal firmes, pese a sus gritos y amenazas, eran perfectamente congruentes con mi discurso. Luché por no contagiarme de su tensión muscular y por no denotar debilidad.

Capítulo 19. Y el teléfono suena otra vez

Autor: Rosa M^a Oms Oller

Estilo de comunicación

El estilo de comunicación al principio es agresivo por ambas partes y luego pasa a ser asertivo.

Descripción de la situación

La tarde prometía ser movida. ¡Solo llegar, las compañeras de la mañana nos recibieron con un: “vaya mañana hemos tenido! Y la tarde no parece que será mejor...”. Bueno, pues nada, ahí estábamos las cinco enfermeras de la tarde para recoger el cambio de las de la mañana.

En la UCI, cada enfermera es responsable de dos pacientes. Cuando finaliza el turno damos el cambio enfermero a las compañeras del turno siguiente explicándoles la situación del paciente en el momento y lo que ha pasado durante nuestro turno y el anterior. Después cuando el turno anterior se ha marchado hacemos una puesta en común de todos los pacientes de la unidad con las enfermeras de mí mismo turno, de cómo están, de que ha pasado durante el turno anterior y si tienen pruebas pendientes durante nuestro turno o siguientes.

No habíamos terminado el cambio que por la puerta asomó un ingreso de cirugía cardíaca, un señor post operado de sustitución de válvulas cardíacas. Tres de mis compañeras se levantaron y se dirigieron al box donde iba a ser ingresado el señor. Las otras dos nos quedamos para acabar de recibir los cambios por parte del turno de mañana. En ese momento apareció nuestra supervisora y nos informó que el señor del box 28 sería alta durante la tarde y que en ese box iría el quirófano de cirugía cardíaca de la tarde.

Después de que mis compañeras acomodaran al paciente y dejaron entrar a la familia proseguimos con el cambio.

Informé a mis compañeras sobre lo que nos había dicho la supervisora del alta del señor del 28 y nos asignamos los pacientes.

La tarde fue un ir y venir de pacientes a pruebas distintas pero no iba tan mal como nos la habían pintado las de la mañana.

La compañera responsable del paciente del 28, llamémosle Rita; telefoneó a la planta y le dijeron que la habitación donde iba el señor José aún estaba ocupada con el paciente. Mi compañera les pidió que cuando la habitación estuviera lista, que por favor la llamaran. Y así quedaron.

A las cinco y cuarto de la tarde nos llaman de quirófano para informarse de cómo estaba el box donde iba a salir el paciente que estaban operando. Rita se puso al teléfono y les explico que la cama aún estaba ocupada, les pregunto si les faltaba mucho para salir y la quirofanista le respondió que aún quedaba un rato. Rita les dijo entonces que ya les llamaría cuando tuvieran el box listo.

Media hora más tarde llaman otra vez de quirófano, esa vez conteste yo al teléfono, preguntaban otra vez por el box, les pregunté ya enfadada si no habían hablado hacía media hora con mi compañera, me contestaron que si pero que querían saber si el box estaba libre o no. Les informé con tono seco lo que les había dicho mi compañera, que cuando lo tuviéramos preparado les llamaríamos, que no podíamos hacer más de lo que hacíamos, que no podíamos dar el alta porque la habitación a la que iba el señor estaba ocupado, y que si tenían algún problema que llamaran a la supervisora de guardia.

A las seis y cinco de la tarde nos llamó la enfermera de la planta, habló con mi compañera Rita y le dijo que el paciente podía subir a la habitación. Sin dejar el teléfono en su sitio, Rita llamó a los sanitarios para efectuar el traslado. Cuando terminó de hablar, Rita me pasó el teléfono para que yo lo dejara en su sitio. Aún no había llegado a la mesa cuando el teléfono sonó otra vez. Lo descolgué, y cuál fue mi sorpresa que volvían a ser de quirófano, en ese momento yo ya estaba más que enfadada aunque moderé el tono de voz hasta que oí lo que me querían decir. Nos llamaban para decirnos que ya podíamos pedir el traslado del señor del 28 a la planta porque la habitación ya estaba libre. Ahí sí que, al contestar, estuve agresiva e irónica, les dije que ellas no eran nadie para decirnos como teníamos que hacer nuestro trabajo y que gracias por la información pero el traslado ya estaba pedido y que dejaran ya de llamarnos por teléfono que mientras perdíamos el tiempo contestándolas no nos dejaban hacer nuestro trabajo, que nosotras, al contrario de ellas, teníamos más pacientes a los que atender, y

como les había dicho mi compañera a las cinco de la tarde, les llamaríamos cuando el box estuviera preparado, y colgué.

Los sanitarios vinieron a buscar al paciente y el servicio de limpieza empezó a limpiar el box con esmero.

Al poco rato apareció en la unidad el anestesista de guardia y como quien no quiere la cosa pasó por delante del box 28, mirando dentro como las señoras de la limpieza estaban limpiando el box. Le pregunté si quería alguna cosa. Y me contestó “nada, nada, solo estaba mirando”. Y le contesté: “diles a tus compañeros del quirófano que no hace falta que envíen un espía para informarlos si estamos haciendo nuestro trabajo y que si no tienen nada más que hacer que vengan a coger el mocho i así el box estará más rápido”. Además le añadí que me parecía una falta de respeto y una señal grave de desconfianza hacia nosotras si tenían que enviar a alguien para ver como realizábamos nuestro trabajo. Él se ruborizó y se fue por donde había venido.

Cuando tuvimos el box preparado mi compañera Rita llamó al quirófano y les dijo que ya podían pedir el traslado.

El servicio de traslados vino a buscar la cama y a los veinte minutos llegó el paciente operado con los anestesistas y una enfermera quirofanista responsables del paciente. Entramos tres compañeras en el box y lo acomodamos. La quirofanista nos informó sobre los últimos detalles de la intervención y cuando estaba dispuesta a irse la llamé para que no se fuera porque quería hablar con ella.

Resolución de la situación

Salí del box y le pedí que me acompañara a un lado de la unidad y antes de que pudiera empezar a hablar con ella me empezó a hablar de modo agresivo diciéndome que ella no tenía ninguna culpa de que le hicieran llamar tantas veces para saber cómo estaba el box, que si quería alguna cosa que hablara con su supervisora, todo esto acompañado con muchas gesticulaciones y ruborizada. Cuando hubo terminado de hablar con voz fuerte le dije yo con voz calmada: “comprendo que tengáis mucha presión por parte de los cirujanos y anestesistas porque quieren salir del quirófano cuando está la intervención porque el sitio más adecuado para el paciente después de ser operado es

una cama en el box de la UCI. Pero entiende también por nuestra parte que hacemos todo lo que podemos y si tardamos mas no es por querer fastidiaros a vosotros porque el más perjudicado es el paciente. Nosotros somos lo más diligentes posibles pero entiende que estas llamadas constantes y esta desconfianza hacia nuestro trabajo también nos molesta”. Después de estas palabras descruzó los brazos, me miro son cierta vergüenza y me dijo: “siento lo de esta tarde, tienes razón en decir que los más importante es el bienestar y la seguridad de los pacientes. Estate tranquila que no se volverá a repetir este sinfín de llamadas por parte nuestra. Ya me encargaré yo de hacerles entender a los médicos nuestro trabajo, y perdona por mis formas en las llamadas.

Después de esto, se fue hacia el quirófano.

Elementos que identifican el estilo de comunicación (verbal y no verbal)

Estilo agresivo:

Comunicación verbal: Tono de voz seco. Volumen elevado. Ritmo rápido. Tono irónico.

Comunicación no verbal: Colgar el teléfono. Gesticulaciones exageradas. Brazos cruzados. Mirada desafiante.

Estilo asertivo:

Comunicación verbal: Tono de voz suave. Volumen medio. Ritmo medio. Lenguaje directo.

Comunicación no verbal: No gesticular demasiado. Contacto visual continuo.

Capítulo 20. ¡¡¡A montar una escena para que todos me atiendan!!!

Autor: Verónica Mimblero Gutiérrez

Identificación del estilo de comunicación

Profesional médico anestesista: Desde un inicio y durante toda la situación mantiene una actitud agresiva.

Yo como enfermera coordinadora / asistencial: Mi actitud siempre fue asertiva. A medida que iban aumentando el número y la magnitud de altercados, me encaminé hacia una comunicación agresiva dado el tono que iba tomando la situación pero pude reconducirla para volver a adoptar la actitud asertiva que precisaba para llevar a buen término el conflicto.

Descripción de la situación

Para entender las connotaciones que envolvieron esta situación es necesario que ponga al lector en la ubicación espacio-temporal adecuado.

La situación que a continuación describiré aconteció un viernes 5 de junio del 2015 en el turno de tarde del área quirúrgica del hospital donde trabajo. En ese tiempo yo ejercía como enfermera coordinadora/asistencial del turno de tarde del área. En realidad hacía poco tiempo que lo ejercía, exactamente 5 meses. Me ha parecido adecuado comentar mi limitada experiencia en el puesto ya que, la resolución de la situación puede estar condicionada.

El área quirúrgica del hospital consta de 6 quirófanos, una zona de pre operatorio con 5 boxes y 2 enfermeras a su cargo, y otra zona dedicada a la unidad de reanimación post anestésica, también con 5 boxes e igualmente con 2 enfermeras.

En el turno de tarde, cada vez en mayor medida, se acumula mucha presión asistencial debido al gran número de intervenciones programadas (sobre todo de cirugías sin ingreso), mayor complejidad de algunas de las intervenciones y a los retrasos de las intervenciones del turno de mañana (por complicaciones, demoras...).

Todo el personal que trabaja en el área quirúrgica como enfermeros, camilleros, cirujanos, anestesistas, auxiliares, higienistas, están cada vez más crispados, irritables,

desencantados con lo que, continuamente se manifiesta el malestar por la situación y la dificultad de ofrecer una asistencia de calidad.

A todo esto, el hecho de ser viernes y por la tarde, no ayuda a calmar los ánimos.

El conflicto fue...

Los 5 boxes de la zona de preoperatorio estaban ocupados. Todos eran pacientes pendientes de realizar actuaciones para iniciar las intervenciones programadas (pendientes de entrada a quirófano, de realizar la técnica anestésica adecuada, de administrar la antibioticoterapia...).

En un momento puntual, nos encontramos que todos los camilleros (los 2 con los que cuenta el turno de tarde) estaban ocupados entrando un paciente a quirófano y asistiendo a anestesia para posicionar a un paciente para realizar anestesia raquídea.

Como había muchas tareas por realizar, yo me ubiqué en la zona del preoperatorio para ayudar a mis compañeras a drenar las entradas a los quirófanos. Yo estaba centrada en mi paciente y no podía realizar mi función de coordinadora.

De golpe escuché una voz que gritaba. Me giré porque no entendía que pasaba y vi al médico anestesista agitando las manos y balbuceando algo que no lograba entender. Mi primera reacción, fue finalizar la actuación que estaba realizando con mi paciente para seguidamente interesarme por el motivo de aquella situación.

En seguida que finalicé el preoperatorio del paciente me fui hacia el médico anestesista y le pregunté:

-Yo: ¿Qué pasa? ¿Qué necesitas?

Él me contestó con tono de voz elevado y agitando las manos:

-Médico anestesista: Pues que llevo cinco minutos esperando para que un camillero posicione al paciente para pincharle. Esto no puede ser.

-Yo: ¿Y por qué te has lavado si no tenías camillero?

-Médico anestesista: Porque yo lo tenía pero se lo han llevado. ¡Necesito un camillero ya!

Toda esta situación estaba teniendo lugar delante del paciente al cual tenía que realizar la técnica anestésica.

-Yo: ¿Y quién se lo ha llevado?

-Médico anestesista: Pues (nombre de otro médico anestesista). Así no se puede trabajar.

El médico anestesista empezó a quitarse los guantes.

-Médico anestesista: Y que sepas que este equipo se tiene que tirar porque lleva ya 20 minutos abierto.

-Yo: Por el equipo no hay ningún problema se abre otro y ya está.

Mientras se dirigía hacia la sala de relax, pasando por delante de todos los pacientes, se iba quitando los guantes y balbuceando palabras en tono alto. Fui detrás de él para intentar solventar la situación. Delante de un paciente situado en el pasillo (porque no había ningún box libre en el preoperatorio para ubicarlo) el médico anestesista tiró sus guantes cayendo al lado del paciente. Yo me disculpé en nombre del servicio por esta escena y le dije al médico anestesista:

-Yo: ¿Puedes venir aquí dentro para hablar de lo que está pasando? Aquí no es el mejor sitio.

Nos dirigimos a la sala de relax y le dije:

-Yo: Te puedes calmar un momento. Tienes que entender que todos queremos entrar en el mismo momento y eso no puede ser. Ya sabes que solo hay 2 camilleros. Uno está ayudando a hacer otra raqui y el otro está en un quirófano.

-Médico anestesista: Pero no puede ser que yo se lo haya dicho a los 2 camilleros y que no tenga a ninguno. ¡Tienen que saber lo que tienen que hacer! Y sino haz tú tu trabajo!

-Yo: Primero de todo, ¿puedes no chillarme? yo no te estoy chillando y te estoy hablando bien. Los camilleros hacen lo que les piden. Si un compañero tuyo les ha dicho que entre a su paciente mientras tú te estás lavando y tú no has dicho nada ellos no pueden decir que no. Y sabes que contamos con los recursos que tenemos. No te preocupes que el primer camillero que quede libre estará contigo.

-Médico anestesista: Yo me voy a sentar al relax, cuando crea conveniente me avisas

-Yo: No es cuando crea conveniente es cuando se pueda.

Seguía hablando mientras se alejaba hacia el relax.

Fui a mirar donde estaban los camilleros para ver con cuál de ellos podía contar antes para intentar calmar el estrés del momento.

A los 3 minutos fui a buscar al médico anestesista al relax diciéndole que ya tenía un camillero para hacer la raqui.

Sin mediar palabra se levantó y fuimos al box a realizar la técnica. Yo me quedé con él para ayudarle.

Resolución de la situación

La situación se resolvió cuando el médico anestesista se salió con la suya, al tener casi de inmediato el camillero que necesitaba.

Después de éste conflicto, durante toda la tarde el médico anestesista estuvo muy tranquilo y con buen trato hacia todo el personal. Estaba muy “suave”.

Creo que se dio cuenta que la situación que había generado no tenía razón de ser aunque nunca llegó a verbalizarlo.

En ese momento, no me di cuenta, pero creo que mi contención y priorización ante la situación dio pie a que todo se agravara aún más, ya que el médico anestesista lo vivió como pasotismo y dejadez de mis funciones (pero en aquel momento mi prioridad era el paciente con el que estaba).

Al día siguiente decidí redactar un informe de mala conducta contra el médico anestesista para enviar a mis superiores ya que consideré que esa actitud es una falta de respeto hacia el trabajo de los demás y hacia los pacientes que en ese momento estaban presentes.

En los meses posteriores mi relación con el médico anestesista era de respeto y de trabajo cordial, pero sin mantener relación personal.

Hoy en día nuestra relación ha mejorado e incluso he podido evidenciar un acercamiento por su parte y mayor respeto hacia mis funciones dentro del área quirúrgica.

Elementos que identifican el estilo de comunicación (verbal y no verbal)

Comunicación verbal:

Yo:

- Intento de establecer una comunicación efectiva y asertiva: ¿Podemos hablar?
- Intenté hablar despacio y con claridad.
- No interrumpir la comunicación cuando el médico anestesista relata su postura.
- La comunicación en el momento del conflicto se efectuó de forma verbal pero a posteriori, como ya he comentado, realicé una comunicación escrita para explicar la situación vivida ese día a mis superiores.

Médico anestesista:

-No dejar de hablar (a veces divagando) sin permitirme exponer mi punto de vista. Es decir, adoptar un estilo invasivo y centrado en su propio discurso.

Comunicación no verbal:

Médico anestesista:

-Expresión facial con mirada firme y penetrante que transmitía enfado, ira y desaprobación de la situación.

-Gestos de las manos que expresaban estado de ánimo de enfado, enojo (forma exacerbada de movimiento de manos, manera de quitarse los guantes y de tirarlos).

-Orientación del cuerpo siempre dirigido directamente hacia mi persona con posición agresiva (tanto en la comunicación directa como en la comunicación a distancia).

-Tono de voz elevado y grave.

Yo:

-Establecimiento de la conversación en un espacio privado

-Actitud de escucha activa.

-Mantener la mirada de forma receptiva y comprensiva alejada de cualquier actitud desafiante.

Capítulo 21. La esencia del respeto.

Autor: Pilar Girón Espot

Estilo de comunicación.

Agresiva- Asertiva

Agresiva: El enfermero y el paciente se muestran autoritarios y exigentes el uno con el otro, su comunicación verbal pone de manifiesto que no se escuchan. Su comunicación no verbal a través del contacto visual es hostil y de enfado. Utilizan un tono de voz elevado.

Asertiva: La supervisora de la Unidad ante el conflicto es capaz de negociar, mostrándose abierta y flexible al diálogo. Utiliza un lenguaje directo y claro, con un gesto y expresión facial acorde a la expresión verbal. Creando un espacio de reflexión sobre el valor de la reafirmación y de las capacidades del profesional.

Descripción de la situación.

El enfermero responsable del paciente ubicado en la habitación 124-1 entra en el despacho sin llamar, nervioso y me dice que su paciente es un maleducado y no está dispuesto a aguantarlo. También me comenta que el enfermo ha solicitado hablar con el responsable de enfermería.

Le solicito que me aclare porque piensa que el paciente es maleducado. Explica que al entrar en la habitación le pide que recoja su mesita y ordene sus pertenencias porque no puede acceder a él y tomarle las constantes. Sigue comentando que el paciente lo ha mirado de forma agresiva y ha retirado la mesita con un ademán brusco. El enfermero le ha dicho que no fuera maleducado y el paciente le ha comentado si tenía algún problema con él, porque notaba que lo trataba en un tono impositivo y distante. El enfermero le contesta que él está allí, para ayudar a los médicos en su tratamiento, administrar la medicación, tomar constantes y nada más. En ese momento el paciente levanta la voz y pide que venga el responsable de enfermería de la Unidad.

Después de su relato le he preguntado si conocía bien al paciente, es decir, si se había leído su historia clínica y sus antecedentes. El profesional me contesta que sí de forma activa y desafiante, diciendo: "Por supuesto, ¿por qué lo dudas?" y añade "No tengo porque aguantar sus modales, es más, he delegado en el estudiante los cuidados de este paciente". Su reacción y manera de interrelacionarse con el paciente me preocupa, pero le contesto de forma tranquila y con cara relajada, necesito que me escuche porque ahora tenemos dos temas a tratar, el primero su relación con el paciente y el segundo haber delegado en el estudiante, consecuencia de una mala gestión en sus habilidades de comunicación.

Le invito a sentarse y le explico que no he dudado de su profesionalidad; sé que lee el curso clínico de sus pacientes pero estamos ante un paciente de 40 años, con trastorno bipolar, este antecedente puede dificultar la calidad de las relaciones interpersonales y él como profesional lo debe tener en cuenta para planificar los cuidados y la comunicación; añadiendo esta valoración a los planes de cuidados propios del motivo de su ingreso: sobreinfección respiratoria. Reflexionamos sobre si los antecedentes de un paciente pueden predisponernos a unas determinadas reacciones. El segundo tema que hemos de abordar es el hecho que haya delegado en un estudiante de enfermería la relación y cuidados del paciente. "He de decirte que te has equivocado, no puedes hacerlo, mañana o cuando tú lo creas oportuno podríamos hablar del tema, ¿qué opinas? Solo comentarte que en esta acción de delegar has perdido el respeto por el paciente, te has desautorizado y como tutor de un alumno no has sido responsable".

Él con un gesto más relajado y un tono más tranquilo contesta: "Necesitaba hablar... llevo dos días fatal con este tema, la relación con él es cada vez peor y no sé cómo actuar ni cómo afrontarlo". Le comento que en ocasiones la ansiedad o el desconcierto hacen que nuestras palabras o gestos no nos ayuden en las relaciones.

Resolución del conflicto.

Le sugiero que vayamos los dos a hablar con el paciente, se queda sorprendido y me comenta que el paciente solo quiere hablar conmigo. Le afirmo que los tres somos elemento básicos en esta comunicación y relación terapéutica. Por primera vez sonrío y se distiende, nos dirigimos a la habitación y entramos. Me presento, le estrecho la mano

al paciente y le digo que acudo a su requerimiento acompañada de su enfermero. El enfermo coge la palabra y explica que está molesto porque no se siente bien tratado por su enfermero. El enfermero con tono tranquilo dice que él tiene la misma sensación pero pide disculpas por si sus gestos y tono no han sido los adecuados. Intervengo para decirles que en las relaciones terapéuticas que es la que nos ocupa, es bueno observar, no enjuiciar, cuidarse y cuidar, no dejarse llevar por el nerviosismo o el estrés que nos producen ciertas situaciones.

Como responsable de la Unidad le pido disculpas por si nuestra desatención le ha causado discomfort. El enfermero le ofrece la mano diciéndole que a las 15:00h volverá a administrarle el antibiótico. Los dos se miran con cara amable, observo en ellos satisfacción y tranquilidad: están cómodos. Me despido del paciente y salimos de la habitación. Al salir le comento al enfermero que esté atento y no desaproveche las oportunidades que cada día aparecerán en su campo asistencial, para autoafirmarse profesional y personalmente. Las relaciones se fundamentan en el respeto hacia uno mismo y hacia los demás.

Elementos que identifican el estilo de comunicación (verbales CV y no verbales CNV)

CV Agresiva:

- ... no está dispuesto a aguantarlo.
- ... que recogiera su mesita y ordenara sus pertenencias ...
- En ese momento el paciente levanta la voz.
- "Por supuesto, ¿por qué lo dudas?"

CV Asertiva:

- ... le explico que no he dudado de su profesionalidad...
- "He de decirte que te has equivocado, no puedes hacerlo, mañana o cuando tú lo creas oportuno podríamos hablar del tema, ¿qué opinas?"
- Le comento que los tres somos elemento básicos en esta comunicación y relación terapéutica
- Como responsable de la Unidad le pido disculpas.

CNV Agresiva:

- Entra en el despacho sin llamar.
- ... ha retirado la mesita con un ademán brusco...

CNV Asertiva:

- Le invito a sentarse.
- ... le contesto de forma tranquila y con cara relajada.
- ... con un gesto más relajado
- Por primera vez sonrío y se distiende.
- ...observo en ellos satisfacción y tranquilidad. Están cómodos.
- Los dos se miran con cara amable.

Capítulo 22. ¡Una más... iría bien!

Autor: Cristina Torcal Arguis

Estilo de comunicación: coordinadora: asertivo Enfermera responsable:
agresivo/pasivo

Descripción de la situación:

En la unidad, por motivos de programación, la carga de trabajo en estos últimos meses ha aumentado, sobretodo en horario de tarde. Las intervenciones a realizar pueden ir desde una cadera compleja, hasta una artrodesis de muñeca más sencilla. En la primera el volumen de material utilizado es numeroso, a diferencia de la segunda que suelen utilizar menos instrumental. Pero en los últimos días las intervenciones eran más complejas por lo que el volumen de material utilizado era más elevado. Todo esto conllevó que el personal auxiliar de enfermería de la unidad de esterilización estuviera más irritable y más cansado física y psicológicamente por las discusiones que se generaban en los picos de trabajo y en el trabajo que quedaba sin realizar por el turno anterior por falta de tiempo.

La distribución en la unidad siempre ha sido cinco auxiliares por la mañana con un auxiliar en la zona de los quirófanos y dos auxiliares por la tarde.

Dada esta situación, como enfermera responsable de la unidad, le comenté a la coordinadora si existía la posibilidad de tener a una tercera auxiliar por la tarde o redistribuir el horario de las existentes de forma temporal para paliar este aumento.

La conversación se desarrolló así:

Enfermera responsable: Creo que deberíamos hablar...

Coordinadora: De qué se trata...

E.R: Sería conveniente que a lo largo de la tarde se pudiera tener otra Auxiliar en la unidad, ya que la carga de trabajo ha aumentado notablemente y el turno de la mañana se encuentra mucho material sin procesar.

Coordinadora: De cuánto tiempo hablamos

E.R: Un par de horas.

Coordinadora: Creo que eso puede ser una buena idea pero sabes que debemos preguntarlo en recursos humanos y nos van a pedir que demos que necesitamos esta tercera auxiliar, si tú lo consideras oportuno lo preguntaremos. Quizás deberíamos empezar por replantearnos el funcionamiento de las auxiliares por la mañana para que no quedara tanto instrumental para procesar en horario de tarde.

E.R: Sería conveniente que se hablara con las personas implicadas.

C: Puedes hacerlo tú misma

E.R: Esta bien... (Baja la mirada para que no vea que no vea mi malestar porque creo que esta situación no se va solucionar así)

Resolución de la situación

La actitud corresponde a un estilo de comunicación pasivo por parte de la enfermera responsable, aunque su actitud en principio combinaba mejor con una comunicación agresiva, la coordinadora sabe que no va a ser posible y se comunica asertivamente aunque no está de acuerdo con su planteamiento, pues ella considera que no es que se necesite una tercera auxiliar sino que se debe mejorar el funcionamiento del turno de la mañana. Para no entrar en conflicto, decide que lo mejor es ceder a sus peticiones. Una vez más, las consecuencias de ese planteamiento no van a gustar al equipo, pero prefiere hacer fácil la relación y no cuestionar sus decisiones.

Elementos que identifican el estilo de comunicación

Verbales: El tono de voz elevado, aunque cuando avanza la comunicación, baja.

La coordinadora utiliza palabras educadas y siempre respetando la opinión.

No verbales: Posición de pie, en frente de ella, firme.

La coordinadora permanece sentada y mira fijamente sin increpar.

Capítulo 23. Ébola, superando el miedo

Autor: Núria Moragas Bayés

Estilo de comunicación:

- Enfermera, agresivo, falta de autocontrol por estrés
- Coordinadora, pasivo

Descripción de la situación.

En agosto del 2014 ante la pandemia del Ébola, cuando el personal de enfermería mayoritariamente se encontraba de vacaciones fui destinada a otro servicio para atender a un paciente con sospecha de virus Ébola, el equipo de guardia determinó que sería mejor atender a este paciente en un servicio donde no hubieran más pacientes ya que se trataba de una enfermedad altamente contagiosa, además el hospital disponía de salas libres, el personal de la unidad de infecciones que supuestamente habían recibido la formación sería el personal responsable del cuidado del paciente. A los pocos segundos de la notificación el corazón me empezó a latir rápido, poco a poco se va acelerando cada vez más rápido, la temperatura del cuerpo aumenta, percibes calor, aparece el rubor facial, debilidad en las piernas y finalmente una respiración profunda, rápidamente te preguntas, ¿qué me está pasando? la respuesta es miedo de afrontar una situación nueva de la que no te sientes segura y rabia porque todo el mundo está de vacaciones menos tú.

Cuando llegas a la unidad te sorprende lo tecnificada que está, las puertas se abren cuando los lectores reconocen la huella dactilar, no hay grifos, el agua y el jabón caen cuando los sensores detectan movimiento, los cristales de la habitación cambian de tono, de transparentes a opacos en función de las necesidades, dentro de las habitaciones hay un ordenador para poder trabajar sin necesidad de salir fuera al control en un momento dado puede convertirse en quirófano, la unidad aún en obras no te ofrece seguridad puesto que el funcionamiento de la unidad es totalmente desconocido.

Dado que tenemos un paciente potencialmente peligroso con riesgo de fuga y con sospecha de una enfermedad altamente contagiosa, la compañera y yo decidimos rotar y entrar una vez cada una. Me tocó realizar la extracción de sangre, una vez vestida con

todos los EPIS, entré en la habitación , fallé el primer pinchazo, se sumaron muchos factores que dificultaron la técnica: paciente de origen africano, piel negra y dura, miedo al contagio, utilización de material nuevo (palomita con dispositivo para retraer la aguja),doble guante de protección que produjo pérdida de sensibilidad en los dedos, visión borrosa, las gafas enteladas por el vapor de la respiración, , tensión en todo el cuerpo, sudor, sentirse observado desde los ventanales , personal y transportista esperaba para llevar la muestra a Madrid ,en fin toda una proeza!! Pinchar casi a ciegas. Salí de la habitación pensando ! nunca más! conmigo que no cuenten, decidí no volver a entrar, recuerdo que cuando llegué a casa le pregunté a mi marido ¿dónde prefieres visitarme en el cementerio o en la prisión?

De los dos avisos, ninguno fue positivo del virus, se pudo evaluar el procedimiento, analizar la actuación del personal, el funcionamiento del material, equipos de protección, establecer los puntos a mejorar, corregir errores, etc.

En septiembre cuando la mayoría del personas ya había vuelto de vacaciones nos anuncian que hay otro caso, estalló la histeria colectiva casi todo el mundo se excusaba para no atender al paciente, hubo bajas laborables, renunciias de plazas, crisis de ansiedad, discusiones entre compañeras y mandos.

Ante esta histeria colectiva ¿Quién iba a cuidar de estos pacientes?, ¿a quién le tocaba?, las enfermeras del turno mañana no nos poníamos de acuerdo, mis compañeras decían que debía entrar la persona con más experiencia, ya que era la persona que sabía colocarse los EPIS, es decir, yo!, sin embargo yo proponía que fuera rotatorio, la jefa del instituto me colocó el nombre de enfermera experta , la coordinadora no se definía , nos comunicó que la dirección tenía una lista de personal formado para llamarlo en cualquier momento, y que la supervisora de guardia decidiría quien debería entrar a cámaras, ante esta incertidumbre la histeria aumentó y se creó un conflicto entre nosotros, no había manera de determinar quién sería la próxima en entrar.

Ante esta situación aparece el estilo agresivo, cuando te diriges al mando lo haces en un tono de voz alto, con actitud vacilante, exiges soluciones sin importarte nada, negativa a todo lo que se te pide con las compañeras estuvimos días sin hablar, con la jefa del instituto en una reunión y en público le dije que hiciera el favor de no decir nunca más que era experta, para mí era una ofensa, nadie se hace experto cuando experimenta por primera vez una situación nueva, además le comuniqué que le había perdido la

confianza porque la formación que recibimos fue pésima y que había puesto nuestra vidas en peligro.

Resolución de la situación

Solicitamos más formación, se crearon sesiones informativas donde pudimos hacer llegar nuestras propuestas, preguntar las dudas al equipo médico responsable, solicitamos que los formadores fueran profesionales expertos con experiencia.

Actualmente disponemos de un grupo de profesionales voluntarios muy bien formados, bien organizados, que realizan guardia localizables con busca que reciben una retribución complementaria por el riesgo a que se exponen ,deben pasar pruebas físicas , psicológicas y realizar prácticas para actualizar conocimientos.

Elementos que identifican los estilos de comunicación

-Comunicación verbal: ante el enfado aumentas el tono de voz, no dejas hablar al otro, tampoco lo escuchas, sueles amenazar para defenderte, me dirigía a la coordinadora con ganas de utilizar palabras poco adecuadas, de culpabilizar, no la dejaba hablar, a las compañeras le dije que se pusieran en mi lugar, para que entendieron mi actitud, cada miembro defendía su punto de vista sin escuchar al otro ni reflexionar.

-Comunicación no verbal: expresión facial de enfado, rabia, postura cerrada, no mantener cierta distancia con el equipo durante la discusión, marchar de la conversación, tensión muscular en todo el cuerpo.

Capítulo 24. Cada año es lo mismo...

Autor: Julián Serrano Carmona

Identificación del estilo de comunicación

Agresivo: Personal de enfermería

Asertivo: Responsable de la unidad

Descripción de la situación

Soy responsable de una unidad de enfermería que consta de 4 enfermeras y 3 auxiliares en cada turno, dos diurnos y dos nocturnos.

En abril del 2015, convoque una reunión para cada equipo, con la finalidad de explicar y empezar la organización de las vacaciones de verano desde junio a septiembre.

En la reunión se les entregaron las planillas donde se deben anotar los días que quieren disfrutar de sus vacaciones. También se les recuerda las normativas que suelen ser como cada año. Una de las más importantes, es que no pueden coincidir más del 50% del equipo en el mismo periodo vacacional, es decir, en el caso de las enfermeras, tiene derecho a coincidir dos profesionales en el mismo periodo.

Cada equipo tienen la libertad para crear su propio sistema de planificar la vacaciones, unos tienen un orden de elección denominado rueda, así garantizan que sea equitativo, otros, suelen llegar a un acuerdo entre ellos, todo depende de sus relaciones interpersonales.

Pasada una semana de la reunión, al pasar por la sala de enfermería, oigo unos tonos de voz altos y en especial a una enfermera que acusa al resto con la frase “cada año es lo mismo...”. Yo ante el asombro de lo que estoy escuchado, abro la puerta de la sala y entro, con actitud tranquila y voz baja, pregunto a la enfermera ¿qué era lo que pasaba?, que se le escucha desde el pasillo. Ella que la encuentro de pie mientras el resto del equipo estaba sentado, con una mirada desafiante hacia sus compañeras, me contesto, “yo necesito unos días concretos de vacaciones y estas con tono despectivo no

quieren cedérmelos, siempre soy yo la que salgo perdiendo”, y abandona la sala con una cara desenchajada y de rabia, cerrando la puerta de forma enérgica. Sus compañeras me explican que hay 5 días en agosto que coinciden tres profesionales. Yo con tono tranquilo les recuerdo que ya saben que no será posible, y que intente llegar a algún acuerdo en esos días. El resto del personal me dice que intentara mirar como lo hacen. Pero que la compañera no es dialogante con el resto del equipo.

Al día siguiente, la profesional me interrumpe en el pasillo de la unidad, con tono desafiante y elevado, diciéndome que ella va hacer las vacaciones tal como las solicita que ella debe coincidir con su pareja y me recuerda que es la más antigua del equipo y que yo debo poner solución a esta situación. Yo me posiciono con una actitud de escucha activa y gestos de comprensión, le recuerdo que las normativas no son nuevas de este año, que son la misma de cada año, pero creo que ahora no es el momento y el lugar para hablar del tema, durante la mañana nos sentaremos e intentaremos buscar una solución justa. No fue posible sentarnos debido a la carga asistencial.

Pasado dos días, yo estaba en el despacho, y se presenta la profesional con las planillas de las vacaciones, las deposita en la mesa con actitud enfadada, recordándome que no han llegado a ninguna solución, refiriéndose a sus compañeras con calificativos negativos. Me levanto de la silla y le recuerdo con un tono calmado y bajo que debe tranquilizarse, esa actitud no favorece al equipo, estudiare las planillas y en un par de días les comunicare una posible solución. Ella sale del despacho sin despedirse y cerrando la puerta enérgicamente.

Resolución de la situación

Reviso las planillas, convoco una reunión con el equipo. En la sala de enfermería nos sentamos las cinco personas, y empiezo hablando en tono bajo pero firme, les digo que una vez revisada las planillas veo que los días conflictivos están sin resolver, y propongo una solución en la que debemos comprometernos todos. Les explico, que dos días de los cinco, los podre cubrir con personal suplente, pero los tres restantes deben buscar compañeros que les realicen un cambio. El equipo expresa su conformidad con esta decisión.

Aprovechando que el clima está más distendido, les recuerdo que deben crear algún sistema, por ejemplo una rueda, para evitar conflictos futuros y aproximarnos a situaciones más justas

Una vez finalizada la reunión al levantamos me acerco a la profesional que estos días estaba más disconforme y la invito a pasar al despacho, una vez acomodados, con tono más calmado y firme, le pregunto, si está más tranquila con la solución que les he ofrecido, contestándome afirmativamente y me pide disculpas por la actitud de estos días.

Le recuerdo que debería hablar con sus compañeras, porque ellas también han sufrido su comportamiento y creo que un equipo debe estar fortalecido por la relación interpersonal, me asegura que hablara con ellas, se despide dándome las gracias.

Elementos que identifican el estilo de comunicación (verbal y no verbal)

Estilo asertivo:

CV: Tono calmado, firme, amigable y seguro, ofrecer alternativas, argumentar.

CNV: actitud tranquila, acercamiento físico prudente,

Estilo agresivo:

CV: Tono de voz elevado y despectivo.

CNV: Postura elevada al resto del equipo, mirada desafiante, rostro agresivo, cierre de puerta enérgico.

Capítulo 25. El miedo: ser o no ser motivo de comunicación agresiva

Autor: Mireia Martin Montagut

Identificación del estilo de comunicación.

Familiar del paciente: Estilo agresivo en un primer momento y después pasivo

Supervisora: Estilo asertivo

Descripción de la situación.

La situación que describiré a continuación ocurre en una unidad de convalecencia geriátrica. Primero de todo y antes de empezar la descripción me gustaría manifestar que los nombres de las personas no son reales para mantener la confidencialidad absoluta de cada uno de ellos.

Una tarde de un viernes, la supervisora del turno de tarde recibe una llamada de una de las enfermeras de la unidad para comunicarle que, el nieto de la Sra. Carmen pide hablar con un superior por un tema de mala climatización en la habitación. La enfermera le explica que, principalmente la queja es que hace mucho frío y que su abuela se ha resfriado a causa de la temperatura ambiental. También le explica que está enfadado y que ha usado un tono de voz elevado. Comenta que lo ha dicho con muy malas formas y que incluso se ha sentido ofendida por la falta de respeto que ha verbalizado hacia el personal. Uno de los comentarios que ha dicho el nieto es que “si no sabéis trabajar con personas dedicaros a la veterinaria, parece que trabajáis con animales”. La enfermera quería hablar con él pero no le escuchaba y cuando al final le ha llevado dos mantas para abrirla, aún le ha dicho ¡qué mierda de mantas, esto no lo tienen ni en los campos de refugiados!

La supervisora, antes de acudir para hablar con él, procede a leer su historia clínica informatizada para conocer el motivo de ingreso, sus antecedentes patológicos, el estado actual de la paciente y el tratamiento que toma para tener más información. Una vez tiene todos los datos que cree oportunos se dirige hacia la habitación.

Resolución de la situación.

Cuando llega a la habitación le da la mano para saludarlo y al mismo tiempo se presenta.

Supervisora: buenas tardes, soy María, la supervisora de la tarde.

Nieto: hola, yo José, el nieto de Carmen.

Supervisora: usted me contará, ¿En qué puedo ayudarle?

Nieto: ya hace varios días que mi abuela está pasando mucho frío en la habitación y por culpa de esto se ha resfriado, ella y nosotros. ¡Llevo un catarro encima! Lo comenté a las enfermeras hace días pero no han hecho caso. Aquí sigue haciendo frío y esto no se puede aguantar. Parece mentida que en un hospital donde hay enfermos haga tanto frío.

Supervisora: veré, déjeme que le explique cómo funciona lo de la climatización de nuestro centro. El tema es.....

Nieto: es que encima mi madre viene a ver a mi abuela y ella está acabada de operar de un cáncer, le están haciendo quimioterapia e incluso lleva unos redones. No sé si os habéis fijado, como sanitarios que sois, que lleva una bolsa de plástico colgada y es donde los lleva. Ella aquí también tiene frío y tiene que venir a cuidar de mi abuela y a darle la comida cada día.

Supervisora: entiendo su enfado y su preocupación por su abuela y su madre.

Nieto: ¿cómo no voy a estar enfadado? ¡Pues claro que lo estoy! Encima el médico esta mañana la ha visitado y no le ha dado ni antibiótico para el resfriado.

Supervisora: necesito que me escuche un momento, por favor. Sobre el tema de la climatización del hospital le debo decir que está centralizado, que normalmente está entre 24 y 25 grados y que no se puede graduar la temperatura de las habitaciones de manera individual. Las enfermeras hicieron un parte a mantenimiento y estaba todo correcto. Ahora son las 20h y mantenimiento ya no está en el centro, hay uno de guardia para cosas urgentes, pero no se preocupe que haré una nota para que mañana lo revisen de nuevo. De momento le puedo ofrecer alguna manta.

Nieto: ya me han traído un par de ellas pero no hacen nada.

La paciente, que entre su motivo de ingreso y sus antecedentes patológicos, presenta un síndrome confusional agudo, en ese momento está tapada y durmiendo tranquila. La supervisora le toca la cara y las manos.

Supervisora: verá, las mantas que tenemos son de algodón porque se lavan a temperaturas elevadas y aquí deben ser de tejido natural, no pueden ser acrílicas. Es por ello que, después de muchas lavadas están más feas de aspecto y no son muy gruesas pero abrigan también. Ahora yo veo a su abuela tranquila y no parece tener frío, tiene las manos y la cara calientes. Si quiere puede traerle una manta de su casa que esté marcada con su nombre para que no se pierda, e incluso puede ponerle un pijama suyo más grueso, los camisones del hospital son muy finos. Ella también es una persona mayor y se mueve poco y es normal que tenga más frío que las personas activas y más jóvenes.

El nieto parece empezar estar más tranquilo. Muestra cara de conformidad y asiente con la cabeza cuando se le dice que puede traerla de casa. Está más abierto a escuchar.

Supervisora: he leído que su doctora la ha visitado esta mañana y ha anotado que presenta un simple resfriado. No tiene fiebre y la auscultación respiratoria es correcta, no presenta mucosidad en los pulmones. En estos casos, no es necesario tomar antibiótico, simplemente necesita algún Paracetamol para controlar los síntomas y el malestar. Lo tiene pautado si precisa y si la enfermera valora que su abuela no se encuentra bien se lo dará. En caso que empeorase hay un médico de guardia en el centro que podría revalorarla.

Nieto: pensaba que no le habían dado nada.

Viendo el cambio de actitud que tiene el sr. José, la supervisora procede a darle más información y a hacer un poco de educación sanitaria.

Supervisora: estos días está haciendo más frío, el invierno ha llegado más tarde y hay una epidemia de gripe pero tampoco es el caso de su abuela. Desde nuestro conocimiento científico sabemos que los resfriados se transmiten vía aérea y por contacto. Podemos coger virus en cualquier sitio pero en el hospital es un lugar donde existe mayor riesgo porque hay muchos de ellos. Los pacientes están más inmunodeprimidos así que, es aconsejable que cuando una persona está resfriada es

preferible que no vaya de visita al hospital por riesgo de transmitir la enfermedad a los usuarios. También es importante hacer un buen lavado de manos con el gel alcohólico cuando llega a la habitación y cuando se va. Y sobre el tema de su madre, permítame que le aconseje que no venga a ver a la abuela. Pienso que no es el mejor sitio para ir en sus condiciones.

Nieto: pero es que mi abuela no puede comer sola y tiene que venir a ayudarla al mediodía, no tenemos a nadie más y yo trabajo.

Supervisora: no se preocupe por el tema de la comida, nosotros le daremos. Es una de nuestras funciones.

El sr. José de repente se pone a llorar, explica a María la situación por la que están pasando actualmente la familia.

Nieto: es que hace un mes que mi abuelo murió. Es verdad que tenía un linfoma pero su último ingreso fue debido a un resfriado. Todo empezó con algo leve y acabó con fiebre e ingresado. Ya no salió del hospital, murió. También mira cómo está mi madre...y... y tengo miedo que a mi abuela le pase lo mismo que a su marido (rompe a llorar de nuevo).

Supervisora: entiendo por lo que estáis pasando, son momentos difíciles (poniéndole la mano en el hombro y respetando un silencio). Pero sobretodo es importante ahora que su madre se cuide mucho para poder recuperarse, aquí su abuela ya está atendida.

Nieto: gracias, estoy muy nervioso y me altero.

Supervisora: quedamos en que hablaré con mantenimiento para a ver si se puede hacer alguna cosa más con la temperatura y usted traiga alguna manta o pijama de abrigo si cree que su abuela lo necesita.

Elementos que identifican el estilo de comunicación.

Nieto:

- CV: al principio de la conversación hace interrupciones y no escucha nada, habla de manera brusca y grosera y utiliza palabras feas, sobre todo cuando habla con la enfermera.

- CNV: Habla con un tono de voz elevado, gesticula mucho con las manos mientras habla y presenta ceño fruncido por el enfado.

Supervisora:

- CV: se presenta al entrar en la habitación y la pregunta que le hace, muestra una actitud de escucha activa. Mantiene un discurso ordenado, claro y conciso. En ningún momento juzga la actitud del nieto. Da opciones y propuestas para mejorar/arreglar la situación y explica las medidas que tomará al respecto. Con la información que le ofrece muestra interés por el estado de salud de su madre y la paciente, generando un clima de confianza y respeto.
- CNV: mantiene una mirada sincera hacia el rostro del familiar. El tono de voz es correcto. Respeta los silencios. Los gestos, como tocar a la paciente para comprobar la temperatura de la piel o poner la mano encima del hombro del familiar cuando éste empieza a llorar.

Me gustaría reflexionar sobre la conducta del sr. José. En este caso concreto pienso que la actitud agresiva de primer momento, es una manera de manifestar su preocupación y miedo por lo que pueda ocurrir a su abuela. Está desbordado por la situación familiar que está viviendo. Su actitud y su forma de comunicarse son muy agresivas pero no deja de ser causada por un problema de fondo que tiene. En ese momento da sensación de ser muy autoritario y exigente pero, detrás de ello esconde mucha inseguridad y miedo. En el momento que se siente escuchado y empieza a asentir con la cabeza y a escuchar a María, es cuando comienza a relajarse y a abrirse para verbalizar como se siente. Pasa de un estilo de comunicación agresivo a uno de pasivo.

Capítulo 26. Errar es de humanos

Autor: Isabel Martínez Sánchez

Estilo de comunicación:

Situación: Agresiva: (compañero que me cubre)/ asertivo (yo)

Resolución: Agresivo que pasa a ser asertivo: (compañero)/ asertivo (yo)

Descripción de la situación:

Esta noche estoy de refuerzo en urgencias, hay mucho trabajo y poco espacio donde visitar. Hay un aumento del número de ingresos en urgencias que no tienen cama en hospitalización. Mañana subirán todos los ingresos de golpe, por lo que han decidido que se hagan los registros de hospitalización desde urgencias. Se ha habilitado una sala para que los pacientes puedan pasar la noche y esperar a tener cama. La supervisora me dice que en lugar de reforzar urgencias enseñe a hacer los registros de hospitalización a la enfermera responsable de los pacientes ingresados en urgencias. Así que me dirijo a esta sala y le explico cómo debe hacerlo. Mientras ella hace un ingreso yo voy haciendo otro, y me va preguntando las dudas que tiene. He terminado de preparar a un paciente para que pueda ingresar, pero debo esperar a que la enfermera de planta pueda asumirlo, ahora está cenando. En urgencias también debemos ir a cenar, nos dividimos en dos grupos. Ya son las dos de la madrugada y entra el primer grupo, el otro irá después. Le indico al compañero, que me cubrirá mientras ceno, que no le dejo trabajo pendiente. Cuando vuelva de cenar terminaré el ingreso y daré la orden para que el paciente pueda subir a planta, él me manifiesta que no está de acuerdo en que hagamos los registros de hospitalización desde urgencias, le comento que es una decisión de supervisión para que al día siguiente los ingresos sean más fluidos y se pueda descongestionar el servicio de urgencias más rápido. Termina de cenar y voy a tomarme un café, atravieso el servicio para poder hacerlo al aire libre. Se nota que en este rato han dejado de venir pacientes. Al volver me dirijo directamente a la sala habilitada para poder subir el ingreso, así tendremos un hueco más para poder visitar en urgencias. Hablo con la enfermera de planta y con el camillero, el paciente ingresa en ese momento. Me he pasado de mi hora de cena cinco minutos.

El compañero que me tiene que dar el relevo viene hacia mí y me empieza a gritar, me dice que deje de hacer ingresos y que le coja el parte, que él también quiere irse y que urgencias está fatal. No deja de gritarme y de decir que no tengo criterio profesional, que primero son las urgencias y después los ingresos. Por lo visto han bajado al servicio a un paciente que estaba ingresado en planta porque se ha desestabilizado, el señor está hipotenso y en anuria. En lugar de explicarme la situación del paciente para poder irse a cenar, no deja de chillarme en medio del pasillo. Levanta las manos y se acerca cada vez más a mi posición. Intento disculparme por llegar tarde, pero no me deja hablar. Le escucho y con voz calmada pero firme le digo que no estoy de acuerdo con lo que me está diciendo y que después hablaremos sobre el tema. Le pido que me explique el parte.

Resolución de la situación:

Al volver de la cena y cuando el paciente está más estable, le digo a mi compañero que quiero hablar con él. Vamos a un sitio donde poder hablar los dos solos. Lo que primero hago es mirarle y pedirle que me explique lo que me tiene que decir. Habla acelerado pero cada vez va moderando más su forma de expresarse. Me expone su situación: “no estoy de acuerdo en que se hagan los registros desde urgencias, estamos perdiendo el oremus, esto es urgencias no planta. Dejamos de atender urgencias por atender a pacientes que deberían estar hospitalizados. Debemos priorizar. Y además, has cogido tarde el parte por hacer un ingreso.” Después de escucharle le pido disculpas por llegar cinco minutos tarde, pero le insisto en que no le voy a pedir disculpas por nada más. Le digo que no me ha gustado lo que me ha dicho ni como lo ha hecho y, que estoy haciendo un trabajo asignado por la supervisora, con la previsión de que urgencias pueda ser más fluida ya que nos faltan espacios para poder visitar. Quieren que los ingresos puedan hacerse más rápido y así que urgencias pueda descongestionarse. Le pido que no cuestione mi criterio profesional, he llegado tarde y me disculpo por el retraso. Por supuesto que es más prioritario atender a ese paciente y así lo he hecho. Si no está de acuerdo con la organización del servicio no debe pagarlo conmigo y menos gritando en medio del pasillo. Le digo que entiendo su postura, ya que yo tampoco estoy de acuerdo en que haya pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias durante tantas horas, pero que esa es la realidad con la que tenemos que trabajar. Él se disculpa

por el tono y las maneras en las que me ha hablado. Finalmente, aclaramos nuestras posiciones de la manera más asertiva posible, defendiendo cada uno su postura y respetando la del otro.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

CV: monopolización de la conversación/ saber escuchar/ uso de lenguaje directo y claro.

CNV: levantar las manos/ invadir el espacio físico/ tono de voz firme/ tono elevado de voz/ hablar con un tono más calmado/ postura relajada

Capítulo 27. Valores frente a intereses

Autor: Jordi Planes Rovira

Identificación del estilo de comunicación: Asertivo

Descripción de la situación:

Describiré una situación que se trató en una junta del Comité Ejecutivo de una multinacional de la biomedicina. El tema del día era el determinar la eficacia comercial de una de las marcas de la empresa, ya que en el último trimestre había sufrido una caída en las ventas y reflejaba unos resultados peores de los que se habían presupuestado y sobre todo, con respecto a la otra marca de la empresa, se apreciaba una peor evolución comercial, a pesar de haber sido desde hacía tiempo, la marca de referencia y la que aportaba más beneficios al grupo. Desde que Antonio había asumido el cargo de director general y había colocado al frente de G., -una de las marcas, a uno de sus colaboradores preferidos, el trato y las condiciones que había recibido la citada marca eran sustancialmente ventajosas respecto a las que se habían permitido a la otra marca (H.)

Esta realidad tuvo sus consecuencias comerciales y dichas consecuencias, sus reacciones.

Desarrollo de la junta:

Antonio, el director general inicia la reunión dando una visión general de los resultados de las ventas del primer trimestre. Enfatiza en los malos resultados de una de las marcas e inicia una batería de descalificaciones dirigidas a los comerciales de la marca en cuestión. Ante una pregunta que lanza al aire sobre las acciones que debe de emprender con el equipo comercial de la marca, y en concreto sobre si debe de echarlos a todos, y en el que nos inquiera a dar nuestra visión, yo me presto a participar.

Mis compañeros del comité están en sepulcral silencio, acongojados por el tono amenazador y agresivo empleado. Yo los observo en silencio y giro mi cara hacia Antonio. Busco su mirada y mantengo mis ojos a la altura de los suyos.

Le pregunto si puedo dar mi opinión. Él en tono amable, me indica que adelante. Entonces, con tu permiso, y con el de la junta, me gustaría romper una lanza a favor del equipo comercial de H. y compartiros la visión de que cuando un equipo de ventas no actúa con confianza ni con una clara visión de los objetivos y las prioridades, es como consecuencia de que el equipo directivo no ha sabido transmitir el mensaje o ha generado controversias al hacerlo. Lo que está claro es que nosotros no hemos sabido liderar la estrategia ni comunicar las claves para que realizaran sus gestiones de una forma adecuada.

La estupefacción ante mis palabras dibujo el semblante de mis compañeros, que a pesar de compartir mi opinión, -puesto que conocían la política aplicada y las contradicciones vividas, no podían secundarla por las consecuencias que podría generar. Antonio, lejos de asentir, embistió hacia mí, con descalificaciones y comentarios cínicos y amenazadores.

Cuando finalizó sus amenazas, y ante su mirada desencajada, contesté a sus inoportunas palabras:

Te recuerdo Antonio que me has pedido mi opinión y que te he pedido permiso para compartirla. Además, me estás acusando de tener unas actitudes, que para nada se corresponden con la realidad. Añadiré que tus amenazas son muy parecidas a lo que se tipifica como “mobbing” y debes de saber que está considerado como punible.

Ahora, déjame que te pregunte algo:

¿Podrías indicarme cuáles han sido las indicaciones que hemos dado a los comerciales de H.?

¿Están alineadas con las que has transmitido a los de nuestra otra marca G?

¿Consideras que los comerciales de H. disponen de las mismas herramientas y posibilidades que los de G?

¿Podemos revisar los resultados del año anterior, cuando no existían estas controversias entre las dos marcas y comprobar si obedecen a una mala calidad profesional o son consecuencia de una política y estrategia comercial?

Y para terminar, ¿Consideras que tu tono y tus amenazas contribuyen a generar un ambiente de trabajo que facilite la creatividad, inspire iniciativas y lidere un proyecto?

Antonio dio un golpe sobre la mesa y me acusó de generar un estado de opinión contrario a su gestión. Invitándome a ir a una de las casas de la competencia que yo había defendido en una de mis intervenciones.

Después de eso, dio por finalizada la reunión y nos emplazó a pensar sobre el tema y a darle soluciones para la siguiente reunión, que según él sería inminente.

Cuando salimos de la reunión, tres de mis compañeros (director de diálisis de H.; el director de Servicio Técnico, y el director de finanzas vinieron a reconocer mi coraje y a disculparse por no haber intervenido en mi favor. Según ellos, las consecuencias habrían podido ser devastadoras para su realidad laboral.

Yo les compartí mi desencanto y mi voluntad de acabar con situaciones tan kafkianas como la que habíamos tenido que vivir.

Resolución de la situación:

En la siguiente reunión, -que tuvo lugar al cabo de unos diez días, Antonio anunció una nueva estructura del comité ejecutivo de la empresa. En esa nueva estructura, yo quedaba excluido, al igual que el responsable de recursos humanos. Sus razones fueron las de optimizar el comité y aunar divisiones, con lo que mi división de entonces, podría estar gestionada por la de diálisis de G.

Como se trataba de una orden del director general, no tuvimos más opción que acatarla, aunque no dejé de comunicarla a la dirección internacional. Por aquel entonces, Francisco era el CEO de la empresa y máximo responsable de la zona WE, donde se incluía España.

Francisco atendió mi petición y se interesó por lo que había sucedido. Antonio le dio su opinión y sus razones para actuar como lo hizo, a la vez que me describió como un elemento resistente, contestatario, no comprometido con el trabajo en equipo y con intereses personales.

Francisco me convocó a una reunión personal. Allí durante más de dos horas estuvimos comentando cómo había transcurrido la reunión, el porqué de sus decisiones y cuál era el ambiente de la empresa. Contrastó conmigo unas informaciones que al parecer había tratado con Antonio y con gente externa a la empresa. Imagino que sacó sus conclusiones al comprobar que mis comentarios se ajustaban a la realidad y que los de Antonio distorsionaban los hechos, procurando ajustarlos a sus intereses. Esto le hizo perder mucha credibilidad y a mi entender fue un factor definitivo, porque el tema trascendió a los medios y nadie de la alta dirección estaba puesto en antecedentes, a excepción de Francisco, a quién yo había informado de lo que sucedería.

Al cabo de unas semanas se hizo pública la adquisición de la división que yo dirigía por la empresa líder del mercado, con lo que yo pasé a formar parte de otra compañía, dejando G. y los temas que estaban gestionándose. A pesar de todo, seguí manteniendo contacto con muchos de ellos y a mediados del mes de Enero, -un mes más tarde de mi cambio, me comunicaron la destitución de Antonio y el cambio de rumbo de la empresa. El mismo Francisco me llamó para explicarme cómo había ido todo.

Según me contó, el despido de Antonio había sido agresivo y sin concesiones. Hecho que pude contrastar con antiguos compañeros que estuvieron presentes en el momento que se lo comunicaron.

Según me contaron, Francisco (CEO), Marcos (RRHH) y Antonio (director general) tuvieron una reunión donde trataron temas del personal de la empresa. Después fueron a comer los tres juntos y al regresar, Francisco le dijo que quería comentarles algo en el despacho de Antonio. Entraron los tres juntos y Francisco cerró la puerta, tras de sí, con algo de brusquedad. Antonio y Marcos se giraron a mirarlo y en ese momento, Francisco le comunicó que estaba despedido. Le pidió a Marcos que fuera por el talón del finiquito y por una caja de cartón. A Antonio le pidió que cogiera sus pertenencias, que dejara el móvil, el ordenador personal y las llaves del coche. Antonio se quedó helado. Durante unos minutos le costó reaccionar. Al hacerlo, le pidió disponer del coche durante unos días, pero la respuesta fue negativa y lo que todavía generó más malestar es que fue muy contundente. Fue evidente que las formas dejaron mucho que desear. Antonio probó su medicina y al parecer, no le sentó demasiado bien.

Elementos que identifican el estilo de comunicación (verbales y no verbales) Ej.: CV:
llamar / CNV: cerrar la puerta con fuerza.

CV: hablar

CV: batería de descalificaciones

CV: acusación

CV: llamar

CV: elevar el tono.

CV: preguntas inquisitivas.

CNV: cerrar la puerta con brusquedad.

CNV: entrar en último lugar y cerrar la puerta.

CNV: Le costó reaccionar.

CNV: golpe sobre la mesa.

Capítulo 28. La complejidad de los alumnos en las unidades hospitalarias

Autor: Virginia Provencio Herranz

Estilo de comunicación: el alumno y la coordinadora fueron asertivos (a pesar de que el alumno estaba bastante ansioso). La enfermera fue agresiva y después más asertiva.

Descripción de la situación:

Yo trabajo como coordinadora de alumnos en una unidad de un hospital de referencia de España. La unidad es compleja, con un alto número de alumnos de Enfermería por rotatorio y sin descanso; según acaban unos alumnos llegan los siguientes. Esto genera en el personal malestar y cansancio al tener que enseñar casi siempre a alguien cuando tienen grandes cargas asistenciales. Además es una unidad grande donde se mezclan diferentes tipos de personalidad, caracteres y formas de hacer.

El segundo rotatorio de este último curso académico no fue fácil. La unidad recibió 6 alumnos durante 7 semanas en el turno de tarde; 2 de ellos con problemas de diferente índole que la Escuela de Enfermería no quiso matizar. En un principio esto me pareció adecuado pues así no nos condicionaba negativamente a ningún miembro del equipo. La primera semana de este rotatorio yo estuve controlándolo todo desde el turno de noche que me tocaba. Cada alumno tenía una enfermera asignada para esa semana en el turno de tarde. El tercer día de la semana recibí una llamada de una enfermera, a la que me referiré a partir de ahora como M.M., diciéndome más o menos lo siguiente: “El alumno que me has puesto no me lo pongas más. No le soporto, es un crío que no debería estar en su último año de carrera. Mi sobrino de 3 años tiene más iniciativa que él. Me pide que le acompañe a por apósitos, me pide permiso para ir al servicio, no sabe hacer nada y me ha sacado de quicio. Le vas a tener que suspender, te lo digo yo.” En ese momento traté de tranquilizar a la enfermera por teléfono y le dije que al día siguiente hablaría con ella en persona así como con el alumno y que buscaríamos soluciones al problema.

Resolución del conflicto:

Al día siguiente acudí antes de mi jornada laboral a la unidad y hablé con M.M. más relajadamente. Me explicó bien todo lo sucedido y se reafirmó en su opinión aunque no tanto en sus formas que reconoció que le perdieron. Acto seguido fui a hablar con el alumno y él me dio su versión de los hechos. Me comentó que venía muy ansioso a las prácticas, que cada día con M.M. le suponía un descontrol de su equilibrio emocional porque le ponía muy nervioso y sentía que le malinterpretaba en todo lo que hacía o decía. También me aseguró que le gritó e insultó en público sintiéndose humillado y planteándose si de verdad servía para la Enfermería o tenía que dejarlo. Al ver la gravedad de la situación pedí versión de los hechos a terceras personas y me reiteraron un poco lo que ya sabía. M.M. perdió las formas con el alumno porque ese alumno era un tanto desesperante pero le humilló en público y el muchacho entró en ataque de ansiedad. Así pues decidí reunirles a los dos para hablar con ellos y solucionar el conflicto. Les expuse tranquilamente la versión de los hechos de cada uno al otro desde el respeto y la empatía y más o menos les dije lo siguiente: “Entiendo que tenías trabajo ayer M.M. y que los pacientes estaban malos. Puedo entender también la versión de ambos, pero en cualquier caso creo que lo más importante es no perder las formas. Llegados a este punto tengo que recordarte M.M. que no están permitidas las faltas de respeto bajo ningún concepto y creo que no es positivo que sigáis juntos en el aprendizaje por lo que haré una nueva programación para A.A. (alumno) de forma que no volváis a estar juntos. No obstante me gustaría que ahora, en frío, hablaseis delante de mi e intentaseis normalizar la situación.”. M.M. pidió perdón a A.A. por sus formas pero no por su contenido pues pensaba así sobre él y A.A. aceptó sus disculpas pero la comentó que se sintió humillado y que le hizo mucho daño la situación, que preferiría no estar con ella más para no tener problemas. Yo tuve en cuenta esto y no se volvió a dar ningún problema con ninguno de los dos en el rotatorio.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

La enfermera M.M. en su llamada telefónica fue agresiva y se reflejó en lo siguiente: volumen muy alto de voz hablando muy deprisa sin dejarme participar en la conversación, uso de palabras malsonantes y expresión de su opinión de forma brusca, autoritaria, defensiva y unilateral.

En el caso del alumno, A.A., se identifica un estilo asertivo y se reflejó en lo siguiente: a pesar de su ansiedad por lo ocurrido fue capaz de expresar sus sentimientos y su opinión de manera respetuosa y con la responsabilidad que concernía el asunto. En ningún momento usó palabras malsonantes ni se subió de tono. Estuvo en todo momento abierto al diálogo para negociar la solución y supo escuchar lo que M.M. dijo y lo que yo medié.

En mi caso, como coordinadora, creo que fui asertiva porque de forma responsable no permití las faltas de respeto, defendí los derechos y opiniones de ambos y con un lenguaje verbal y no verbal tranquilo y relajado. Mi tono de voz era firme pero cercano, empaticé con las dos posturas después de escucharlas y tomé decisiones después de dialogar y mediar entre ambos.

Capítulo 29. La acusación

Autor: Jordi Puig Pla

Identificación del estilo de comunicación: Asertivo

Descripción de la situación

En nuestra unidad se lleva 6 años realizando una consulta de proctología que incluye anuscopias y citologías. Esta consulta está formada por 2 cirujanos, un médico internista y 4 enfermeras. Últimamente ha habido varias incidencias relacionadas con el mantenimiento del material que se utiliza. Se estropea más de lo habitual.

Un cirujano me envía un mensaje diciendo que quiere hablar conmigo de estos sucesos.

Quedamos una tarde en su despacho y cuando accedo me lo encuentro sentado y bastante serio, normalmente las veces que coincidimos siempre hay simpatía entre nosotros, me siento en la silla y automáticamente cruza los brazos y se retira apoyando la espalda en la silla. Me comenta que últimamente se ha estropeado el material más a menudo y que cree que la principal causa es la poca implicación, en el proceso de limpieza y mantenimiento, por parte del equipo enfermero. Manteniendo la misma postura continúa describiéndome todas las incidencias, una por una. Yo, todo y que me cuesta creer que realmente piensa esto sobre las enfermeras, son años que llevan trabajando juntos y sabe que son buenas profesionales, decido no juzgarlo y no le interrumpo, mi postura sigue relajada y mi mirada es de atención a lo que dice.

Una vez finaliza su argumentación, le llamo por su nombre y le digo que entiendo que no esté a gusto con esta situación pero que me gustaría hablar con el equipo de enfermeras para conocer que piensan ellas de esta situación, y con lo que me digan me gustaría que quedáramos para comentarlo.

Decido reunir a las enfermeras encargadas de proctología. Nos citamos en el despacho de proctología porque es más grande y queda más aislado. La hora al mediodía es la mejor, estamos más relajados y hay menos posibles interrupciones. Decido poner las sillas en círculo y bastante juntas. Les explico el motivo por el que las he reunido

utilizando un tono afectivo y positivo. Directamente les comento que últimamente ha habido diversas incidencias con el mantenimiento del material y les pido opinión desde su experiencia en años que llevan haciéndolo cuáles pueden ser las causas. Les pido que cada una me diga una posible causa, y que luego las trabajemos. La reunión se convierte en un aporte de ideas sobre las posibles causas.

Una está relacionada con el cambio de líquidos de limpieza y las otras con el aumento de uso del material debido al incremento de pacientes los últimos meses y con el supuesto uso indebido por parte de los cirujanos de uno de los aparatos.

Ante esto les propongo que nos pongamos en contacto con el representante del material para confirmar estos nuevos datos. Y en función de lo que nos digan hacer una reunión conjunta con los cirujanos.

El representante nos confirma que el uso que se está dando por parte de los cirujanos no es el ideal y que el líquido puede ser causante del deterioro.

Resolución de la situación:

Nos reunimos todo el equipo de proctología, consensuamos un horario que nos va mejor a todos mediante un “doodle”. Elijo una sala externa a la unidad donde hay mucho espacio y poco ruido.

La mesa es grande y rectangular, sin decir nada se posicionan en un lado las enfermeras y por otro los cirujanos y el médico internista. Los minutos previos al inicio el silencio invade la sala, hay poco contacto visual entre las partes.

Pese a tener ansiedad por afrontar el inicio de la comunicación decido tomar un tono afectivo y enérgico, con frases cortas. Miraba a todos a los ojos he intentado gesticular lo más relajado posible.

Expongo las ideas que salieron en la reunión con las enfermeras de las posibles causas, Los cirujanos en un primer momento parecían no estar de acuerdo y con tono elevado y gestos bruscos me interrumpen varias veces. Yo con respeto les pido que me dejen continuar y que al final lo discutamos. No parecen estar de acuerdo pero acceden.

Les expongo la información que nos ha dado el representante, esto parece descolocarlos y cambian su actitud, con un tono menos agresivo.

Ponen en duda la información del representante, y consideran que ellos lo están haciendo correctamente.

Les propongo una idea, dividir el material en dos partes y utilizar una parte con lo que nos comenta el representante y otra con la de ellos y ver con cuál nos quedamos.

Parece no convencerles la idea pero acceden.

Han pasado ya tres meses y se demuestra que la parte que comentaba el representante mejora la duración del material por lo que tras una breve reunión se decide optar por el cambio. La relación con el equipo no se ha visto afectada y se ha propuesto una nueva reunión para ver la opinión de todos para mejorar otros aspectos de la consulta.

Elementos que identifican el estilo de comunicación (verbal y no verbal)

CV: decido no juzgarlo

CV: no le interrumpo,

CV: le llamo por su nombre

CV: Frases cortas

CNV: tono afectivo y enérgico

CNV: mi postura sigue relajada

CNV: mi mirada es de atención a lo que dice.

CNV: Gesticulación relajada

Capítulo 30. La primera quincena de agosto

Autor: María Nieves Vilas Varela

Identificación del estilo de comunicación

Asertiva: Supervisora

Agresiva/ asertiva: Enfermeras

Descripción de la situación

Ese día comencé mi jornada laboral a las ocho de la mañana, igual que todos los días, al entrar por la puerta me recibe el dulce aroma del café de máquina, pues el personal está cogiendo su desayuno para comenzar el turno, como todas las mañanas bajo las escaleras para acudir al despacho, aún no había terminado de descender todos los escalones cuando percibo los gritos que provenían del office de enfermería, a medida que avanzaba por el pasillo escuchaba la discusión entre dos enfermeras del turno de la mañana, el tono de voz de ambas iba en aumento :

-Enfermera 1: Llevo nueve años trabajando aquí y tú llevas dos días, todos los años cojo vacaciones la primera quincena de agosto y este año no va a ser menos, no voy a permitir que una novata se quede con mis vacaciones.

-Enfermera 2: Precisamente te coges todos los años las vacaciones en las mismas fechas, pero este año me corresponde a mí elegir los días y me gustaría elegir agosto.

-Enfermera 1: Puedes cogerte la segunda pero desde luego que la primera quincena es mía, te repito que llevo disfrutando varios años de mis vacaciones en agosto y lo continuaré haciendo o me cedes esos días o hablaré con la supervisora.

Por fin entro en el office y le pido a las dos enfermeras que bajen el tono de voz y las cito sobre las once en mi despacho para hablar sobre el tema, con la esperanza de que se calmaran los ánimos a medida que pasaban las horas.

A las once en punto me llaman a la puerta de forma brusca, eran ellas, les indiqué amablemente que pasaran y se sentaran, ambas lo hicieron mientras se miraban de manera desafiante, se percibía la tensión que había entre ellas. Así que decidí comenzar a explicar los criterios existentes sobre el asunto de las vacaciones, utilizando un tono

de voz firme pero próxima al mismo tiempo, para luego poder escuchar atentamente sus opiniones al respecto mientras adopto una posición receptiva.

-Supervisora: Me gustaría comenzar recordando las normas por las que se rigen la elección y aprobación de las vacaciones, como ya sabéis éstas se eligen por antigüedad y de forma rotativa, es decir que un año las elige la más antigua, el siguiente la segunda más antigua y así sucesivamente hasta terminar la rotación.

-Enfermera 1: No hace falta que me expliques cuales son las reglas, ya las sé pero aunque no me toque a mi elegir, el resto de las compañeras nunca solicitan la primera quincena de agosto porque ya saben que la quiero yo y como soy la más antigua me la ceden y ahora la novata se cree que puede cambiar las cosas.

-Enfermera 2: Aunque tengas más antigüedad que el resto no significa que tengas unos derechos adquiridos por encima de las demás, las reglas son las reglas y son para todos igual, no puedes hacer siempre lo que quieras y si te refieres a cambiar las cosas a intentar disfrutar de mis vacaciones cuando me apetezca pues entonces sí que quiero cambiarlas y te recuerdo que ya no soy ninguna novata llevo cuatro años aquí. Quiero aprovechar para decirte que el resto de las enfermeras también les gustaría elegir agosto cuando les toca pero no lo hacen por no discutir contigo, estás muy equivocada si crees que te las ceden porque eres la más antigua, nadie te soporta. Por favor necesito salir un momento del despacho porque si no comenzaré a decir cosas de las que me arrepentiré con toda seguridad.

-Supervisora: Me parece bien, sal del despacho un momento y cuando estés más tranquila puedes volver a entrar.

Salió cerrando la puerta de forma violenta.

-Enfermera 1: Si es que las nuevas cada vez tienen más aires de superioridad y la culpa es tuya porque siempre las estás protegiendo, con decir que me concedes a mí las vacaciones cuando yo quiera ya está ya se arregla el problema.

-Supervisora. Quiero arreglar el problema pero de una forma justa.

Resolución de la situación:

En este momento llaman a la puerta, de nuevo invito a la enfermera a que entre y se siente.

-Supervisora: Creo que discutiendo no vamos a arreglar el problema, por favor ciñámonos a las normas en intentemos buscar soluciones.

-Enfermera 1: Tus soluciones no me gustan, este año le toca a ella elegir vacaciones y yo no estoy de acuerdo con su elección pues me perjudica. Es lo que te acabo de decir las nuevas siempre las proteges y les consientes todo.

De nuevo la enfermera repitió el mismo discurso pero disminuyendo el tono de voz.

-Supervisora: No se trata de proteger a nadie, pero una de mis funciones es hacer que se cumplan las normas y según éstas tu compañera debe de ser la primera en elegir las vacaciones este año.

-Enfermera 2: No trato de competir con nadie, pero este año me gustaría elegir la primera quincena de agosto.

Poco a poco se van tranquilizando y entramos en una fase de negociación.

-Enfermera 1: Me gustaría proponer algo, estaría bien que nos aceptaras a las dos las vacaciones en las mismas fechas.

-Supervisora: Si pudiera lo haría y entiendo tu punto de vista, pero hay más trabajadoras que les gustaría disfrutar de las vacaciones en agosto y sería una responsabilidad por mi parte dejar a los pacientes únicamente al cuidado del personal de suplencias.

Ambas enfermeras comentan que están de acuerdo con mi reflexión.

-Enfermera 1: No quiero tener conflicto con el resto de las enfermeras, vamos a respetar las normas entonces, perdona por llamarte novata. Pero el primer fin de semana de agosto me gustaría tenerlo libre para preparar la fiesta de cumpleaños de mi nieto.

-Supervisora: Por mi parte no hay problema, si necesitas algún día personal o hacer un cambio con alguna de tus compañeras, te lo aceptaré.

-Enfermera 2: Perdona si algo de lo que dije esta mañana te ha molestado, no era mi intención entrar en conflicto contigo. Por mi parte queda todo olvidado, en agosto no puedo pero si en otra ocasión necesitas algún cambio no dudes en pedírmelo.

Dijo la enfermera en tono conciliador.

Las tres salimos del despacho.

Elementos que identifican el estilo de comunicación.

Comunicación verbal.

Agresivo:

No respetar los derechos de los demás.

Comentarios ofensivos y menosprecio del otro, “novata”.

Comentarios amenazantes, “o cedes o hablo con la supervisora”.

Asertivo

Proponer soluciones

Uso de un lenguaje claro hacia los receptores

Pedir disculpas

Comunicación no verbal.

Agresivo:

Llamar a la puerta de forma brusca

Mirada desafiante

Cerrar la puerta de forma violenta

Tono de voz elevado

Asertivo:

Escucha activa

Postura receptiva

Tono de voz firme y próxima

Tono conciliador

Capítulo 31. Asertividad ante un conflicto

Autor: M^a Angeles Barberà Pla

El estilo de comunicación utilizado es agresivo-asertivo

Como supervisor de enfermería de un laboratorio donde trabaja gente que se conoce desde hace muchos años y con pocas posibilidades de movimiento interno, en numerosas ocasiones, me veo envuelto en conflictos.

Los conflictos en el departamento se originan por diversos motivos: por estrés generado debido al aumento de cargas de trabajo, por problemas personales, por roces entre compañeros o también por rivalidades profesionales.

En un laboratorio de anatomía patológica se necesita que los cortes histológicos sean finos y estén situados en la parte central del portaobjetos, en algunas ocasiones es difícil cumplir este requisito y por tanto se genera un conflicto entre técnicos y patólogos o entre los propios técnicos.

En los últimos meses ha aumentado muchísimo la actividad asistencial, el personal ha trabajado a destajo para entregar las biopsias al día con lo que algunas muestras no se han cortado correctamente y se han tenido que repetir los cortes. Estas repeticiones han generado un aumento de las cargas de trabajo, del gasto en reactivos y del tiempo de respuesta del diagnóstico.

Con todo este contexto el personal técnico ha empezado a buscar quien ha sido el técnico que ha cortado mal las muestras. Poco después los patólogos, de una manera agresiva, han pedido explicaciones al técnico o técnicos que han realizado mal el trabajo y no han verificado los resultados antes de entregarlos. Uno de los técnicos más nuevos se ha puesto a llorar debido al malestar que le ha producido esta situación, con las prisas ha agotado el tejido y ya no se pueden realizar pruebas de inmunología para cerrar el diagnóstico.

Los patólogos han venido a pedirme explicaciones sobre cómo ha podido pasar este incidente, están indignados y uno de ellos tiene los ojos fuera de las órbitas de rabia e impotencia.

Los técnicos están enfadados, se sienten maltratados, se les ha etiquetado de poco profesionales y de no tomarse su trabajo en serio. Ante esta situación los técnicos han decidido tomar medidas y tomarse el tiempo necesario para hacer el trabajo, sin prisas y sin pausa pero con un sentimiento de resentimiento, desencanto y apatía.

Se acaba de generar un conflicto difícil de solucionar, se han llevado las cosas al extremo y volver atrás no es fácil.

Como supervisora del departamento he tenido que tomar cartas en el asunto y empezar a realizar acciones para desencallar la situación.

Para resolver la situación decidí convocar una reunión con el personal técnico del laboratorio y analizar cómo se sentían, consensuar con ellos qué medidas podíamos tomar para evitar que se volviera a repetir el incidente. Valoramos juntos el número de muestras que podía cortar un técnico, seleccionamos un referente del equipo para que hiciera la función de consultor en casos de duda, seleccionamos las muestras más complicadas y las separamos para que las cortaran los técnicos con más experiencia y diseñamos un programa de formación para el personal técnico de nueva incorporación. Se han diseñado micro auditorio para hacer un seguimiento del grosor de los cortes y ver si con las nuevas medidas van mejorando.

En la reunión he explicado que no se trata de buscar culpables, cuando se produce un incidente hay que analizar las causas y tomar las medidas necesarias para que no vuelva a suceder.

Respecto a los patólogos, les he convocado a una reunión para comunicarles las medidas adoptadas por parte del personal técnico y consensuar las acciones que pueden adoptar ellos para ayudar a solucionar el conflicto. Hemos acordado con el personal médico que ellos van a revisar 10 laminillas al azar cada semana durante un mes, valoraran con el personal técnico las muestras que presenten mayor grosor y analizaran con las personas que han realizado mal el corte cómo pueden mejorarlo..

Las medidas que se han adoptado por ambas partes cambiarán la manera de trabajar del conjunto del equipo con la idea de hacer crecer al grupo y mejorar el trabajo.

A modo de reflexión quiero decir que para solucionar conflictos lo mejor es utilizar un lenguaje asertivo, con ello conseguiremos ver los problemas con mayor claridad, bajar el nivel de agresividad de una situación y encontrar soluciones.

Elementos que identifican el estilo de comunicación no verbal: caras contracturadas por parte de técnicos y patólogos, ceños fruncidos, rigidez de cuello, estiramiento de la columna, barbilla levantada y algunas lágrimas por parte de algún técnico. Por parte del supervisor cuerpo relajado, mirada abierta al grupo y faz descontracturada. Elementos de comunicación verbal de carácter agresivo utilizados: tono de voz elevado y el intercambio de algunas palabras desagradables por parte de técnicos y patólogos. El mediador ha utilizado un tono de voz relajado, palabras de consenso, preguntas encaminadas a la reflexión y lenguaje asertivo.

Capítulo 32. La buena comunicación; garantía para la seguridad del paciente

Autor: Marta Villanueva Cendán

Estilo de comunicación

Agresivo – pasivo – asertivo

Descripción de la situación

En la actualidad trabajo en un hospital de tercer nivel en una unidad de cuidados intensivos. La comunicación entre el equipo es importante para garantizar los cuidados enfermeros y la seguridad del paciente. Para ello, es imprescindible que el pase de turno se desarrolle en un ambiente tranquilo, de confianza y con garantías. En la unidad consideramos este tema tan importante que incluso varios compañeros han trabajado sobre nuevos formatos para garantizar que la información transmitida en el cambio de turno es la adecuada. El fin siempre es la excelencia para los cuidados enfermeros y la seguridad del paciente en la unidad.

Sin embargo, este pase de información no siempre es posible cuando debemos pasar la guardia a una compañera de la mañana. Su costumbre de no llegar a la hora nos crea una situación de estrés a los compañeros de la noche. Es una situación que perdura en el tiempo durante años. No se ha puesto remedio. Durante mucho tiempo nuestra actitud era la de la queja continua hacia nuestra coordinadora. No estábamos dispuestos a esperar media hora y entonces intentábamos pasar el parte a nuestras compañeras de la mañana. Para ellas también era una situación de estrés ya que se les duplica la carga de trabajo al desatender a los pacientes de los que son responsables.

Sin embargo, esta situación explotó un día que la gravedad de los pacientes requería que yo personalmente le pasase el parte a mi compañera. Sin intermediarios. Para ello tuve que esperar hasta las 8:23 de la mañana. Cuando mi compañera entró por la puerta le dije, en un tono algo distante que tenía que explicarle los cambios que se habían sucedido durante el turno de tarde y la noche. Ella me miró y me dijo sin mucho

entusiasmo: ahora vengo. Yo ya había escuchado que ella comentaba que para el turno de noche era mejor que ella llegara tarde porque así nosotros nos íbamos antes. Esta frase nos enfadaba. Nos irritaba mejor dicho. Sin embargo consideraba que tenía que esperar aquella mañana. Cuando empecé a explicarle los cambios, ella ya conocía a los pacientes, empezó a recriminar mis decisiones sobre los cuidados de los pacientes.

Al final exploté, le dije que consideraba que no tenía respeto ni por los compañeros, ni por los pacientes ni por nuestro trabajo. Se lo dije exaltada, estaba cansada después de diez horas de trabajo, más el tiempo de espera y me irritó mucho tener que escuchar críticas continuas hacia mi trabajo. Ella también empezó a alzar la voz y a gesticular con fuerza. Al final vi que no nos entenderíamos y decidí irme. Ya le había explicado lo que consideraba importante. Mientras yo me iba por la puerta la escuchaba gritar. De todas formas era una actitud que no me sorprendía. Otros compañeros también se han enzarzado con ella. Nadie más entró en el conflicto. No era el primero que aparecía con esta compañera.

Al día siguiente, después de comentar el tema con mis compañeras de la noche tenía la necesidad de pedir disculpas por haberle alzado la voz el día anterior. Al final era una compañera y se merece todo mi respeto independientemente de que siga pensando que ella no tiene la misma consideración hacia el resto del equipo de la unidad. Así pues, al llegar las ocho volví a esperar cerca de veinte minutos. Le pedí disculpas por haber alzado la voz el día anterior y le comenté los cambios de los pacientes. No obtuve más que un “vale, vale” como respuesta. En realidad como si nada. Ella sin embargo hizo un esfuerzo por encontrar puntos en común sobre mi trabajo.

La comunicación es importante para la seguridad del paciente. Al no tener un acceso directo con ella hemos creado vías alternativas de comunicación para que no se pierda el seguimiento de los pacientes. Además somos más meticulosos con el registro de la información. Ella ha aceptado esta situación y nosotros también aunque consideramos que no es la situación óptima ni deseada.

Elementos que identifican la comunicación

En una primera fase del conflicto la actitud por ambas partes era agresiva. En uno de los casos esta comunicación verbal de alzar la voz y contestar de forma cortante se acompañaba de una mayor gesticulación.

Una de las partes decide parar la escalada del conflicto e irse. Esto implicaba en cierta manera un desplante y desafiar a la otra persona. Quizá incluso más que seguir allí hablando.

En una segunda fase de carácter más asertiva una de las partes se disculpa por haber alzado la voz y le explica lo que le incomodó de la situación. Las palabras se acompañaron de una expresión facial relajada, un tono de voz tranquilo y relajado. La parte receptora hizo caso omiso de las disculpas con un “vale, vale”. Sin embargo su actitud fue relajada y serena. Y mostró una actitud conciliadora en el ámbito profesional.