

Estilos de comunicación desde una experiencia profesional enfermera

Montserrat Puig Llobet y Maria Teresa Lluch Canut

(Coordinadoras)

Junio 2017

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 tercero "volumen" del mismo. Los anteriores volúmenes se pueden consultar en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/100280> y <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/66247>.

Deseamos que sea provechoso para la reflexión y el debate.

Montserrat Puig Llobet y Maria Teresa Lluch Canut

Coordinadoras

Junio, 2017

Índice

Capítulo 1. Desafiant la normativa	6
<i>Sara Palou Camps</i>	
Capítulo 2. Algo pasa con Manuela	10
<i>José M^a Mata Márquez</i>	
Capítulo 3. No hay más dinero. ¡Hay que pasar con lo que tenemos!.	14
<i>Roger Llobet Sánchez</i>	
Capítulo 4. Martes Tormentoso	20
<i>Gemma Marcos Anton</i>	
Capítulo 5. Un día en San Cosme	22
<i>Inmaculada Bonilla Aguilar</i>	
Capítulo 6. La taula maleïda	26
<i>Brugués Calaf Batet</i>	
Capítulo 7. “Adrenalina en el quirófano”	30
<i>Sara Batlle Sitges</i>	
Capítulo 8. Una tarde de invierno	34
<i>Maria Pilar Meler Amella</i>	
Capítulo 9. ¡Una petición!!	38
<i>Anna Lecha Ochoa</i>	
Capítulo 10. Mi marido empeora el fin de semana	40
<i>Pilar Muñoz Rey</i>	

Capítulo 11. Cuando el jefe pierde el control.	45
<i>Damián Carneiro Teijeiro</i>	
Capítulo 12. Es el último, limpiamos y merendamos	47
<i>Patricia Méndez García</i>	
Capítulo 13. Que no cunda el pánico	51
<i>Eva Pérez Gálvez</i>	
Capítulo 14. . Sin mención a la familia. ¡Por favor!	54
<i>M^a del Carmen García Reyes</i>	
Capítulo 15. Los años de experiencia	58
<i>Laura Pereyra Silvera</i>	
Capítulo 16. Ponte en mi lugar	61
<i>Sònia Parcet Serra</i>	
Capítulo 17. Ah! bueno	65
<i>Gemina Santana Aparici</i>	
Capítulo 18. En todos los servicios se cuecen habas	68
<i>Francisco Javier Sánchez Moreno</i>	
Capítulo 19. Todo por una analítica.	72
<i>Jordi Tello Barquilla</i>	
Capítulo 20. Siempre es no. Todo por escrito	75
<i>Rocío Taberner Gallego</i>	
Capítulo 21. Reclamando al <i>Cap</i> de Guardia	79
<i>Carmen Obejo Almillos</i>	
Capítulo 22. Apetito de serenidad en la salud <i>mental</i> : La planta de observación	82
<i>Delby Antonio Cano Serna</i>	

Capítulo 23. Una llamada exigente.	88
<i>José M Tinoco Camarena</i>	
Capítulo 24. Asertividad para llegar a una solución	92
<i>Elena Negre Chiva</i>	
Capítulo 25. Somos dos, bucle agresividad y pasividad	94
<i>Elisabet Palacios Holgado</i>	
Capítulo 26. Las comparaciones no suelen ser buenas	97
<i>Carme Pastor Asperó</i>	
Capítulo 27. ¡Mi primer día en quirófano!	100
<i>Adriana Puentes Jurado</i>	

Capítol 1. Desafiant la normativa

Autor: Sara Palou Camps

Identificació dels estils de comunicació:

Els estils de comunicació d'aquest relat són agressiu per part del pare, assertiu per part de la infermera i el metge i passiu per part de la supervisora de guàrdia.

Descripció de la situació:

Treballo en una Unitat de Cures Intensives Pediàtriques (UCIP) des de fa anys. Antigament la unitat no estava oberta als pares les 24h, però gaudien d'uns horaris de visita molt amplis. Des de fa 3 anys, es van obrir les portes i els infants ingressats poden estar acompanyats d'un dels dos pares durant tot el dia, apart de les hores de visita que es permet dos acompanyants per pacient. La situació que relato va succeir fa uns 5 anys, quan la UCIP encara tenia horaris establerts.

Va arribar un ingrés procedent del servei d'urgències, era un nen d'uns 4 mesos amb sospita de broncospasme. Ja havia tingut un episodi de bronquiolitis prèvia que no havia precisat d'ingrés a UCIP però havia estat a la sala d'hospitalització ingressat. El nen va ingressar sobre les 19h, i quan les meves companyes del tron van acabar les cures a l'ingrés van passar els pares. El pare ja és va mostrar molest per haver hagut d'esperar a la sala d'espera, però sent que el torn acabava a les 20h ja no van tenir temps de explicar-li les normes de la unitat. Vaig iniciar el meu torn de treball, em van passar el canvi, vaig rebre el pacient i aprofitant que estaven els dos pares em vaig presentar i els hi vaig explicar les normes de la unitat, incidint en que no feia falta que sortissin perquè tot just s'iniciava a les 20h l'horari de visita i que podien continuar els dos a dins del box fins les 21h. Els hi vaig remarcar si tenien algun dubte referent al que els hi havia explicat, em van comentar que no i vaig sortir del box. Aparentment tot estava correcte fins que a les 21.30h, veient que no sortien, vaig anar a recorda'ls-hi que l'hora de visita s'havia acabat i ells portaven des de les 19.30h dins del box. Va ser en aquest moment que el pare em va dir cridant i amb to amenaçador que ell no sortia, que ell es quedava tota la nit allà, que era el seu fill i que ell tenia el dret d'estar amb el seu fill dins la

unitat. Jo vaig mostrar-me tranquil·la en tot moment, primer perquè sóc extremadament empàtica i jo entenia com aquell pare m'estava exposant el seu malestar, però jo li anava repetint les explicacions que li podia donar: que eren les normes de la unitat, que apart d'ell hi havia 13 pacients més ingressats i que no era just pels altres que si complien les normes, que valorava la situació i que el més indicat és que anessin a casa a descansar i que podien tornar l'endemà les 7h del matí, que els hi esperaven uns dies molt durs i havien de descansar, que jo al box no els hi podia proporcionar una butaca, que com a molt una cadira de les plegables... i el que es va iniciar sent una rebel·lió de la norma, va acabar incidint amb mi com a professional. Les queixen en veu agressives ja no anaven dirigides a les seves intencions de quedar-se sinó a que jo no era bona persona, que no entenia als pares, que em poses a la seva situació, que jo no podia treballar en aquell servei perquè segons ells "no tenia fills" (no sé d'on van treure aquesta informació), i que no els deixava quedar perquè no m'havien caigut bé des de bon principi. Jo intentava justificar-me dient que jo era la primera professional que valorava individualment cada situació i que en cas que l'estat del pacient o requerís seria la primera en demanar que no abandonessin el box, però que en aquest moment el seu fill estava estable, que estava ingressat per control, que no portava suport ventilatori i que al tractar-se d'un nen de 4 mesos la seva permanència no estava indicada. El pare es va posar violent donant cops al llit per lo que vaig abandonar el box dient que tornaria en 10 minuts. Vaig tornar per demanar de nou que havien d'abandonar la unitat i ell pare, més tranquil i amb to irònic i burleta em va dir que d'acord, que ell marxava si jo li prometia que al seu fill no li passaria res durant la nit. Jo s'havia que a priori, no tenia que passar-li res i que l'endemà podria passar a la unitat de semicrítics però vaig considerar que jo no sóc ningú per prometre el que no se a un desconegut que s'està comportant de manera des adequada amb mi, motiu pel qual vaig avisar al metge. El pare és va mostrar satisfet davant la meva decisió però el metge, li va repetir exactament el mateix discurs que li havia exposat i tampoc li va prometre que al nen no li passaria res durant la nit, tot i que també estava convençut que així seria. Tot i això, li va aclarir que ell, dins la UCIP no es quedaria i menys mostrant aquesta actitud. Va ser en aquest moment quan el pare, fora de control va demanar parlar amb un superior nostre. Li vam dir que l'avisaríem però que possiblement no podria venir al moment, que es calmes i que si necessitava una til·la o qualsevol cosa li podíem proporcionar.

Resolució del cas:

Va arribar la supervisora de guàrdia i se li va explicar la situació. Ella va anar a mediar amb el pare aparentment més tranquil però que quan va començar a parlar va mostrar-se agressiu i irònic-burleta a la vegada. Va amenaçar de posar reclamacions a la infermera, al metge i a l'hospital. La supervisora es va mostrar passiva, escoltant el discurs sense casi parlar i quan el pare va acabar el discurs que ja no tenia ni estructura ni concepte, va donar el permís perquè es quedés durant tota la nit al box i es va disculpar repetidament. Un cop vam solucionar aquest tema, li va demanar un canvi d'infermera perquè creia que a la que tenien, els hi havia caigut malament ella a ells i ells a ella. Jo, que vaig estar present durant tota la conversa, vaig interferir per comentar que la infermera no es canviava, que el repartiment es feia en base la carrega assistencial i que durant tota la nit em tindrien a mi. El pare va fer una mirada desafiant, va agafar la jaqueta i va marxar. La mare es va quedar dormint tota la nit en una cadira plegable.

Finalment, es va quedar ingressat durant 4 dies, amb unes ulleres nassals d'alt flux i la relació va ser cordial. L'última nit em vaig anar a acomiadar perquè marxava de vacances i tant el pare com la mare es van disculpar. Dos anys després va reingressar pel mateix motiu i ells vaig trobar a la porta de la UCIP, esperant que els hi donessin permís per entrar, i el primer que em van dir va ser: "aquí tornem a estar, si us plau, siguis la seva infermera".

Elements que identifiquen els estils de comunicació (verbal i no verbal)

Pare: Agressiu

Comunicació verbal: To de veu agressiu i burlesc, crits, amenaces, discurs repetitiu que perd l'estructura i objectiu.

Comunicació no verbal: cops al llit, mantenir la posició corporal agressiva amb un pas endavant, gesticulació de braços abundant amb moviments exagerats, expressió facial d'enfadat, mirada desafiant.

Infermera/metge: Assertius

Comunicació verbal: Comunicació abundant donant tota la informació disponible, expressar desacord, esmentar els motius de la decisió, llenguatge clar i directe, demostrar verbalment la empatia, deixar espais per la comunicació, posposar la conversa en determinats moments, congruència del discurs de la infermera i del metge.

Comunicació no verbal: Actitud d'escolta activa, mirar als ulls càlidament, expressió facial de tranquil·litat, mirada de comprensió

Supervisora: Passiu

Comunicació verbal: llenguatge molt correcte, evita l'enfrontament amb els pares, disculpar-se contínuament

Comunicació no verbal: expressió facial conciliadora

Capítulo 2. Algo pasa con Manuela

Autor: José M^a Mata Márquez

Descripción del problema/situación:

Trabajo en la unidad de cuidados intensivos. Una noche, en la que se preveía que podía ser tranquila, me tocaron dos pacientes, una señora de 84 años operada de una colecistectomía, y otro chico de 26 diagnosticado de una hemorragia subaracnoidea. Me presento muy amablemente a los dos pacientes y aparentemente todo parecía muy normal, nada fuera de su cauce habitual. Conscientes, orientados, estables.

Manuela, la señora operada de 84 años, nos llama al timbre. Tiene sed. Yo, entendiendo sus necesidades, le comento de una manera clara, pausada y tranquila:

- “Entiendo que tengas sed, te acaban de operar y si te diera agua podrías tener nauseas. Por lo que hasta que no pasen unas 6 horas desde que te operaron no te puedo dar agua.”
- “Pero es que tengo sed y quiero que me des agua, ya estoy bien.”
- “De momento no te puedo dar agua, si quieres te puedo dar unos palos con glicerina para que se te pase la sensación de sed que tienes.”
- “Vale”

A los 10 minutos, la señora vuelve a llamarnos por el timbre:

- “Tengo sed, quiero agua”

Ante tal situación, decido tomármelo con humor, intentádoselo aclarar de nuevo de una manera más explícita:

- “Manuela, no te puedo dar agua, te podría sentar mal ya que con la anestesia todo el cuerpo tiene que acabarse de despertar”
- “Ya, pero yo tengo sed y quiero agua. No seas antipático”
- “Pues entonces se va a tener que esperar 6 horas”

A los 20 minutos paso por la cama de la paciente para comprobar su estado general, administrarle medicación y anotar las constantes. Ella aprovecha y me comenta:

- “Me das agua? Tengo sed”

En ese instante, noto como se me hincha la vena de la cabeza, ya cansado de preguntarme siempre lo mismo una y otra vez. En un tono más serio y la voz ligeramente con más volumen, le contesto:

- “Ya le he dicho que no le puedo dar agua, duérmase un poquito, guapa.”
- “Oye, pero es que quiero agua. No seas malo y dame un poco”
- “No es que no quiera darle, pero es que por su bien no puedo darle agua. Es lo que hay”

Sigue sin estar muy convencida la señora. Mientras tanto, el paciente de al lado, que no es mi paciente, enterándose de todo, me comenta:

- “Vaya noche te va a dar la señora. Hasta que no le des agua no va a parar”.

Le sonrío con humor y le digo:

- “Pues sí, que le vamos a hacer”

En otra ocasión, la señora Manuela me dice:

- “¿Tus padres son guapos, a que si? “
- “¿Por qué lo dice señora?”
- “¿Porque tú también lo eres.”
- “Manuela, no le voy a dar agua por mucho que me piropee (en tono de humor)”

Ella se ríe.

Pasadas unas 2 horas, durante las cuáles Manuela me pide una y otra vez agua, decido cambiar el “chip” y no hacerle caso. En una de estas, cuando me pide agua, le digo:

- “Sí si, ahora de aquí nada tendrá el agua. No se preocupe”

Mientras le decía estas palabras, yo estaba preparando medicación de otro paciente. Ella mi iba hablando y yo iba asintiendo diciendo “sí, sí” como si le estuviera haciendo caso

de lo que me está diciendo. Realizaba mi faena, asentía, ella seguía pidiendo pero yo me iba. No quería saber nada de ella.

Resolución de la situación

Tras pasarse 4 horas pidiéndome agua, finalmente se durmió y dejó de pedir agua. Fue justamente pasada las 6 horas postoperatorias que se despertó y me volvió a pedir agua, y en este momento acepté y le di agua. Poco, porque para iniciar hay que dar poca agua, pero algo era algo. Cuando ya le había dado un trago, y ya me estaba marchando, me dijo:

- “¿Me darás un poco más?”

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

El estilo comunicativo del paciente en todo momento es manipulador.

CV:

- Comunicación verbal oral.
- Utiliza palabras de des/calificación hacia el receptor

CNV:

- Tono de voz agudo, con tono “de pena”.
- Volumen oscilante.
- Muestra el ceño fruncido y expresión con cara de pena
- Expresión facial denota estado emocional de tristeza.
- Muestra inquietud.

El estilo comunicativo del enfermero es asertivo al principio, posteriormente un toque agresivo, y finalmente pasivo.

CV:

- Comunicación verbal oral.
- Contenido verbal dirigido a informar y dar seguridad y confort al paciente
- Expresiones “<<Ya>> le he dicho”, guapa

CNV:

- Tono de voz suave pero firme y seguro.
- Tono de voz sarcástico
- Volumen medio, posteriormente algo alto.
- Expresión facial de enfado, ceño fruncido
- Ritmo intermedio.
- Mirada atenta dirigida en todo momento al enfermo.
- Expresión de la cara denota interés, posteriormente mucha seriedad, y finalmente pasotismo.
- Movimientos de la cabeza de asentimiento para indicar que está de acuerdo en algunos momentos. Posteriormente, muestra su conformidad a la paciente siempre

Capítulo 3. No hay más dinero. ¡Hay que pasar con lo que tenemos!.

Autor: Roger Llobet Sánchez

Estilo de comunicación:

Durante el conflicto: Agresivo/ Agresiva

Durante la resolución: Asertivo/ Asertiva

Descripción de la situación:

Por fin, estamos a media semana, y solo nos quedan tres días para tener fiesta y descansar un poco. Hoy, tengo que ir a trabajar al Centro de Atención Primaria.

Últimamente estoy cubriendo varios puestos a la vez y la demanda de los pacientes cada vez es mayor.

En la sanidad actual, no hay suficientes recursos económicos para cubrir todos los puestos, pero los profesionales que estamos trabajando y el resto de la sociedad ya parece estar informados de la situación tanto por medios informativos como la televisión o la prensa.

Con eso, no debo de decir que ya lo tenemos tan integrado que no hace falta hacer un cambio. Pero sí, ¡que a veces los pacientes no acaban de entender las situaciones! No creo que sepan de la impotencia que te crea el estar cubriendo a varios profesionales a la vez, y ser el único suplente en activo en ese centro de atención primaria.

Es verdad, que tanto mis compañeros, como yo pero en menos grado nos hemos quejado tanto a dirección como cuando la ocasión lo permite a nuestros referentes directos.

¿Cuál es la respuesta? No hay más dinero. ¡Hay que pasar con lo que tenemos!

Entiendo que la crisis económica haya afectado a la sanidad, pero ¿es necesario que sobrecarguen de trabajo y provoquen que las relaciones entre compañeros o las relaciones con los pacientes se vean alteradas por estar sometidos a tanta presión?

¿No piensan que con estos actos provocan la disminución de la calidad de la atención?
A mi entender, el tener que atender más pacientes en poco tiempo, significa que mal atendidos están.

Muchos pacientes son muy complejos y precisan de más tiempo. Es verdad, que todos mis compañeros hacen de más y de menos, con esto me refiero a algo positivo. Si el paciente precisa de más tiempo para poder valorar su estado se cita con más visitas o se cita en varias ocasiones en poco tiempo.

Esto, provoca en ellos de alguna manera una insatisfacción, muchos de ellos están acostumbrados a venir y ser atendidos en un día. ¿Para qué más días? Piensan ellos.

Pues la realidad de la sanidad es esa, es la gestión de tu tiempo para atender íntegramente al paciente, en varias ocasiones o haciendo un seguimiento más abierto.

Dicho esto, el día a día no es fácil, todos sabemos que en el trabajo hay diferentes conductas que no nos gustan del resto, aunque seguro que el resto tampoco debe encontrar correcto nuestras conductas.

Con eso quiero decir que cada profesional que trabaja en el Centro de atención primaria tiene un carácter y una forma de hacer.

Pero debemos de trabajar de una manera conjunta, como equipo y en muchas de esas ocasiones no podemos trabajar como equipo.

Es verdad que las categorías profesionales a veces nos hacen ver las cosas de maneras disparejas, pero al final somos compañeros y debemos trabajar colectivamente.

Hoy me toca la consulta 3 de la segunda planta, al llegar puedo ver en el “planing” que finalmente mi adjunto a decidido ese día ponerme en urgencias.

Urgencias ¡bueno esto no es el problema de hoy! Es que estoy con una compañera que nadie entiende. No es por tener prejuicios pero al llegar ya no hemos empezado muy bien.

Yo me he dirigido a ella, y le he dado los buenos días... ella sin mirarme y con voz baja me ha dicho hola.

Bueno, así pues hay que empezar la consulta y afuera empiezan a ver pacientes acumulándose uno tras otro, preguntándose qué hora tienen de visita.

Esta parte si no la has vivido, no sabes qué es esto... Es como ir a la pescadería e intentar colarse. Tras imprimir las visitas del día y ver las que ya tenía programadas por mí para controles, salgo a la sala y empiezo a identificar a los pacientes por el nombre, así pues me será más fácil poder llamarlos posteriormente.

Visita tras visita el día va pasando, un corte, una crisis hipertensiva, un dolor de cuello, unas grapas que están puestas desde hace 3 semanas... o unos vómitos que no ceden.

Todo está en la normalidad, suena el teléfono y es la médico de familia de la puerta nº7, y me pide un electrocardiograma para unos dolores mecánicos de hace 2 meses.

No siempre es así, pero hoy la consulta promete... los médicos que están hoy conforme vaya pasando el día se van encontrando más nerviosos y creo que voy a salir tarde.

Ya he visto que la sala de espera está llena y no creo que algunos de los médicos me dejen que los ayude.

Bueno, la situación se desarrolla cuando a media consulta y tras tener una visita en la consulta y una llamada urgente para atender un electrocardiograma, debo de dejar la consulta unos instantes.

Después de informar al paciente de dentro de la consulta, le pido que espere a que pueda atender la urgencia, antes de atenderlo a él.

En eso no hay problema, el paciente conocedor de la situación y el tipo de visita que ha pedido entiende que debo de marcharme. Así pues procedo a hacerlo.

En el momento de marchar de la consulta, la médico de familia de la puerta 4 abre la puerta y entra y me dice:

Médico de familia: Te voy apuntar a un paciente, para que le enseñes como debe de recoger las muestras de deposición para traerlas al centro.

Yo: Si... no hay problema, ahora cuando pueda lo hago pasar.

Médico de Familia: Vale.

Debidamente, me dirijo a la consulta de electros y le realizo el electrocardiograma al paciente, después vuelvo a la consulta y sigo con el mismo paciente que tenía.

Pasan los minutos, y llamo al siguiente de la lista ya que en la nota de seguimiento de la visita se visualiza “Dolor cólico nefrítico”.

Cuando estoy atendiendo la visita la médico entra de nuevo en un tono agresivo: y con voz alta:

Médico de familia: Hola!

El señor que te he comentado está esperando fuera! y si te digo que hay que

Pasarlo para explicarle pues lo pasas ¡en tono despreciativo e impositor!

¡El señor está esperando y si no se va a ir!

Yo: Bueno ¡estoy de urgencias! ... y vengo de hacer un electro, y tenía este señor que se encontraba esperando también.

Médico de familia: Bueno, pues te apunto otro porque hay que mirarle una glicemia. Con conducta petulante...

Yo: ¿Y como se llama?

Médico de familia: María....

Yo: ¡Perfecto! ¡Ya lo llamaré! ¡Que se espere también! Con voz seca y seria y con la mirada enfadada. Por cierto este señor viene por un cólico nefrítico, le hago la tira.... Y....

La médico de familia, abandona la consulta y se vuelve a la suya sin mirarme ni contestarme... , así que sigo pasando visita con el señor con el dolor , tras hacer la anamnesis completa y hacer la tira reactiva de orina. El señor refiere dolor al comprobar el puño percusión.

Ahora sí. Dejo el señor en la sala de espera y llamo a la médico de nuevo.

Yo: El señor que te he comentado está en la sala de espera... Cuando puedas te lo miras. ! Esta con mucho dolor!

Médico de familia: ¡Vale.

Tras esto, atiendo al Señor que se muestra enfadado por tener que esperar tanto tiempo; le explico las medidas y como debe de actuar para recoger la muestra de deposición, y donde conservarse.

Le entrego los recipientes vacíos y me despido tras explicarle al señor que estoy de urgencias y que no podía atenderle.

Resolución de la situación:

El resto de tarde seguimos haciendo consulta, cada uno con sus pacientes.

La tarde esta movidita, y a mí me llaman varias veces para atender diferentes necesidades de pacientes.

Casi no piso la consulta, estoy más por el resto de consultas.

Al finalizar la consulta, la puerta esta medio abierta y la médico de familia decide entrar a buscar el recipiente y las tiras reactivas para realizar la muestra y me habla de su hijo y si me puede preguntar una cuestión sobre el faringo test.

Al ver, que no me llama, para hacer la muestra de faringo -test entiendo que de alguna manera está intentando llegar a un acuerdo.

Entonces después de finalizar la consulta, me dirijo de nuevo, y le digo que quería antes. Ella asertiva me indica que quería comentarme algo de su hijo.

Posteriormente le comento que más tarde me puede enseñar la foto.

En ese momento, le comento que en la situación anterior, no me ha parecido correcto y que últimamente teníamos mucho trabajo, que la tarde justamente había sido muy movidita.

No podía estar por el paciente que me había comentado, y que en otra ocasión no tendría problemas en atenderlo.

Finalmente la médico de familia, con un tono más amigable se dirige hacia mí, me ofrece un bombón, y me explica que también tiene mucho volumen de trabajo.

En un cruce de miradas nos pedimos disculpas, asintiendo y mostrando una sonrisa más adecuada a la situación.

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

Estilo agresivo durante el conflicto:

CV: Me comunica con arrogancia y prepotencia que debía hacer lo que me había mandado.

CV: Responder de forma cortante y seca.

CV: Intentar provocarme haciendo una nueva demanda autoritaria.

CNV: Dirigirse con una voz alta, fuerte y autoritaria.

CNV: Movimientos con las manos.

CNV: la mirada y los gestos faciales.

Estilo asertivo durante la resolución del conflicto:

CV: Respeto de las dos opiniones.

CV: Escucha activa.

CNV: Volumen adecuado.

CNV: Gestos faciales relajados.

CNV: Miradas relajadas.

Capítulo 4. Martes Tormentoso

Autor: Gemma Marcos Anton

Estilo de comunicación: Agresiva/ Asertiva.

Descripción de la situación

Estoy en mi sitio de trabajo (Coordinadora del servicio Farmacia), en el que tengo la mesa el ordenador i el teléfono. No existe ningún tipo de intimidación ni de aislamiento acústico, he de tener un nivel de concentración entre los decibelios que se generan de la actividad diaria, básicamente conversaciones de otros compañeros, sonidos de teléfonos y la atención de usuarios que tiene lugar detrás de mí. Es martes después de un puente y la actividad es un poco superior a la de un martes normal.

De repente empiezo a oír la conversación de un paciente que está explicando que hace mucho rato que se espera y tiene prisa, este viene a recoger la medicación HIV continuación de tratamiento cada 3 meses.

-La técnico que lo está atendiendo le responde con tono amable y suave: “esta no es la primera vez que viene a recoger medicación y ya sabe o debería conocer el funcionamiento, aprovecha para recordarle el horario de atención”.

-Paciente: empieza a alterarse, levanta la voz y lo acompaña de “no tienen ni idea de lo que supone venir aquí, esto no es un trato digno de un hospital de tercer nivel a una persona enferma, llevo 35 min esperando y encima la salita de espera está a reventar y no podemos ni sentarnos hace un calor infernal”.

-La técnico: “tranquilícese, cuando más rápido lo atendamos antes se podrá ir y podremos seguir atendiendo al resto de los pacientes que iban detrás de él”.

-Paciente no escucha y se pone a gritar y amenaza en poner una reclamación. Tiene las manos en el mostrador y el cuerpo echado hacia delante.

Resolución de la situación

Ya no puedo más y he de actuar: Me presento como responsable del servicio, con un tono de voz serio. Le comento a la técnico que me deje hablar con él. Le dejo hablar y escucho su discurso, efectivamente tiene toda la razón. Una vez se va relajando le reafirmo que tiene razón y que si lo cree conveniente para poder mejorar el servicio, todo y ser yo una de los responsables puede poner una reclamación por escrito y así la dirección pondrá medidas en los puntos que usted crea que son deficientes.

Momentos después el paciente estaba más relajado tenía los brazos bajados y su tono de voz era más suave pero el alboroto estaba creado entre el resto de los pacientes. El usuario acabo pidiendo perdón por el comportamiento, se excusó que tenía un problema familiar entre manos y solo le había faltado esta situación, pero aun así cree que tenía razón y pondrá la reclamación para que se tomen medidas.

La técnico de farmacia estaba agobiada y afectada. A raíz de este conflicto hemos decidido crear un taller para afrontar estas situaciones y tener el teléfono de seguridad más visible.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

CV: amenazas/ me presento/ empatizar con el paciente/ explicarle las cosas.

CNV: hacer silencio cediendo la palabra / brazos encima de la mesa /posición corporal hacia delante / tono de voz suave /gritos.

Capítulo 5. Un día en San Cosme

Autor: Inmaculada Bonilla Aguilar

Identificación del estilo de comunicación: agresivo-manipulador-assertivo

Descripción de la situación:

Desde que finalicé mis estudios de enfermería en la Universidad de Barcelona en el año 2003, empecé a trabajar en el Hospital de Bellvitge. Estuve tres años por diferentes servicios del hospital hasta que me salió la oportunidad de empezar mi aventura profesional como enfermera de Hospitalización a Domicilio. Así que a finales de septiembre del 2016, empecé mi primer día como enfermera de Hospitalización a Domicilio. Estaba nerviosa ya que sólo conocía a una de mis compañeras de equipo, Mireia, que fue mi enfermera de referencia en el 2003 cuando cursé mis prácticas en el servicio de Vascular del hospital.

Mis compañeras me habían hablado mucho del barrio de San Cosme del Prat de Llobregat. Me habían advertido que era un barrio con gran cantidad de adictos a drogas por vía parenteral, ex toxicómanos y gitanos. También me dijeron que había alguna que otra zona donde era mejor no acercarse. A una compañera antes de yo llegar al servicio, la habían atracado a punta de cuchillo para robarle el bolso mientras hablaba por teléfono con uno de los médicos del servicio. El hecho de ir a los domicilios implicaba alguna desventaja, no lo teníamos todo a mano y había que salir a los domicilios hiciera calor, lloviera o nevase y además teníamos añadidos los peligros que podía traer la calle o incluso algún domicilio.

Pronto conocí el barrio; era un barrio tranquilo y por lo que me habían explicado aparentemente había mejorado mucho comparándolo con años atrás dónde por las calles había gran cantidad de personas consumiendo droga y las consecuencias que aquello podía traer. Mis compañeras ya me advirtieron que llevara siempre ampollas de naloxona (antagonista opioide). En una ocasión, una de las compañeras, se encontró con un individuo que sufría una sobredosis de heroína y la naloxona le salvó la vida. A mí eso no me asustaba, llevaba ya tres meses haciendo domicilios por esa zona y no había tenido problemas.

Siempre intentaba hacer los domicilios de San Cosme por la mañana, sobre todo en invierno que anochecía tan pronto. Todos los bloques son muy semejantes y tenían doble numeración así que, aunque intentáramos aparcar cerca, a veces teníamos que ir caminando por los pasillos internos dónde estaba la entrada hasta hallar el bloque

Una mañana de invierno fui a casa de un paciente que vivía en San Cosme a realizar una extracción de sangre y a hacerle la exploración respiratoria porque presentaba una descompensación de su EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica). José era un paciente ya conocido por nosotros con tetraplejia y traqueotomía. Le visitábamos a menudo, una vez al mes más o menos, con él y su familia teníamos una relación cordial y cercana. Vivía con su mujer, una cuidadora excelente. Aquel día hice el servicio a las 8h de la mañana. Toqué al timbre de su bajo pero él estaba solo, nadie me abrió. Decidí esperarme a pesar del frío que hacía en aquel callejón, pensando que quizá su mujer había salido por pan. A esas horas las calles no eran muy transitadas, no existía movimiento hasta una hora después cuando los niños salían para ir al colegio.

Y de repente...me asusté cuando escuché que alguien, con un tono elevado, me llamaba:

- “¡Tú niñaaaa!”

Me giré con cautela para ver si aquello iba conmigo. Y sí, tenía al lado a un chico, a menos de veinte centímetros de mí. En una encrucijada, me vi obligada a contestarle:

- ¡Hola! ¿Necesitas algo?, con voz tranquila. (me alejé unos centímetros).

- ¡Necesito dinero pa’ la dosis de hoy! ¡Dámelo! (gritándome y moviéndose inquieto).

Sentí mucho miedo. No tenía escapatoria y tenía que afrontar aquella situación, no iba a arriesgarme a salir corriendo y que me agrediera. Con voz ya más pausada le dije:

-Voy a mirarlo.

Y mientras yo buscaba nerviosa en mi bolso, él insistía:

- ¡No quiero verme obligado a robarte, pero yo necesito el dinero!

Asentí por inercia con la cabeza y, inocente, le dije:

-¿Sabes qué pasa? Yo soy enfermera de Bellvitge, ¿ve?

Y le enseñé la mochila azul con la cruz plateada del hospital.

-Vengo a hacer un domicilio aquí mismo, pero voy a ver qué puedo hacer por ti. Es que no solemos salir con mucho dinero del hospital. ¿Me podrías decir cuánto necesitas?

-Tienes suerte, me dijo. Sólo dos euros necesito hoy.

Ahora lo pienso y confirmo que tuve suerte. De haber necesitado más dinero, habríamos tenido un serio problema. Bueno, más bien yo. Él no tenía nada que perder.

Resolución de la situación

Saqué mi monedero, aun sabiendo que en cualquier momento podía quitármelo y echar a correr. Él, casi sin pestañear y con la mirada desafiante, no se despegaba de mi bolso. Y yo por suerte tenía los dos euros que él necesitaba. Se los di, sin resistencia alguna y me volví a dirigir a él:

-Toma, aquí tienes los dos euros.

Él bajó el tono y me dio las gracias. Debió verme enrollada o cagada de miedo, no lo sé, pero entonces con un tono burlesco y aprovechándose de mi vulnerabilidad me dijo:

-¿Ahora me darías para un cortao?

-Pues no sé si llevo más, pero lo miro ¿Cuánto vale un cortado?, le pregunté.

Se echó a reír y me dijo:

-¿Que estás como el Zapatero en su entrevista que tampoco sabe lo que vale un cortao'?"

Fue el único momento en el que aquel hombre consiguió esbozarme una sonrisa. Me eché a reír, aliviada, y le expliqué que nunca tomaba café (¡desde ese día lo tomo!). Le di un euro más que tenía suelto y le expliqué con voz ya más tranquila y pausada que ya no tenía más, que lo sentía. El aceptó y se despidió de mí cordialmente diciéndome que era muy buena enfermera como si yo le hubiera tratado. En esos momentos, no sabía si yo era buena o mala enfermera pero pensé en coger mi coche y no volver nunca jamás a ese barrio, pero fue justo entonces cuando llegó la cuidadora de José y entramos al domicilio. Ya podría haber llegado 5 minutos antes...

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

- Elementos de Comunicación verbal: presentarse, argumentar, hacer preguntas, expresarse con claridad y sencillez, no entrar en discusión improductiva, el tono de voz, velocidad y la entonación.
- Elementos de Comunicación no verbal: la mirada, los gestos, la proximidad corporal y el movimiento corporal.

Capítol 6. La taula maleïda

Autor: Brugués Calaf Batet

Estils de comunicació: Agressiu-Manipulador (Flora), Assertiu-Passiu (Íngrid) i Passiu-Passiu (equip multidisciplinar)

Descripció de la situació:

L'Íngrid era una de les infermeres més antigues del torn de tarda tant dins com fora del quiròfan i després de voltar durant molts anys pels quiròfans de l'hospital i per l'hospital s'incorporava com a infermera perioperatòria al servei de cirurgia cardíaca. L'Íngrid mentre es reciclava al quiròfan de cirurgia cardíaca es va fixar en una de les infermeres que estava a punt de deixar el servei per una baixa maternal. Aquella infermera la fascinava i volia ser com ella, així que va prendre algunes costums que li van semblar assenyades i pràctiques. Mentre van treballar la Flora, la Martina i l'Íngrid no va haver cap problema en la dinàmica de treball del dia a dia. Quan la Martina va agafar la baixa maternal la dinàmica i la comunicació entre la Flora i l'Íngrid van canviar.

La Flora, en el fons, odiava tot el que feia la Martina. Aquest va ser l'error de l'Íngrid, adorar tot el que feia la Martina. La Martina li havia explicat tots els perquè del que feia, totes les seves accions estaven justificades, basades en certa evidència científica i si hi pensaves una mica tot era molt coherent i meditat. El primer dia que la Mireia va estar "sola" i va instrumentar, la Flora ja li va dir:

- No facis com la Martina, que això no m'agrada- li va dir amb un to suau però que advertia certa amenaça.

Va passar una setmana i durant tota la primera setmana els comentaris van ser d'aquest tipus, però sense arribar a concretar. La setmana següent, l'Íngrid en acabar la cirurgia de la tarda de dilluns i en un moment tranquil va voler parlar sobre els comentaris que havia fet durant la setmana anterior. Va voler aclarir què havia volgut dir amb els comentaris i que tenia la sensació que la Flora no suportava a la Martina. L'Íngrid va comentar que a ella la manera de treballar de la Martina li semblava molt encertada i més venint de l'escola que venia, que calia aprendre d'ella i que estaria bé millorar a l'hora de treballar. La Flora es va encendre i va començar a cridar a l'office argumentant que en aquell servei sempre s'havia treballat així, que portaven molts anys treballant així i que sempre havia funcionat tot bé; no tenien perquè canviar la manera de treballar perquè havia vingut aquesta nova a dir el que feien malament. Aquella nit, l'Íngrid va sortir de la feina amb cert espant de pensar on s'havia posat. Ella pensava que

dient bé les coses i seguir en certa mesura l'estela de la Martina potser podria treballar ella bé i que els altres treballessin a la seva manera sense fer-los sentir malament.

El dia següent de la xerrada va començar una escalada d'agressivitat. Tant la Martina com l'Íngrid feien servir una tauleta on es deixaven una cistella per a deixar bates i guants i algun material que no calia que estigués a la taula durant tota la cirurgia i que els treia lloc de la taula d'instrumental. Aquella tauleta els era d'ajuda per a treballar amb comoditat i sense risc de contaminar material. Doncs durant dues setmanes l'Íngrid va haver de sentir cada tarda que es rentava i varies vegades davant tot l'equip multidisciplinar:

- Pfff... Aquesta taula ja em diràs de què et serveix? Només fa nosa i nosaltres mai la fem servir.

L'Íngrid al principi argumentava de manera clara que era un suport a l'hora de treballar còmoda i que podia entendre que a ella li molestés però li demanava que respectés la seva opció perquè no creia que influís en la dinàmica de treball ni en la seguretat del pacient.

A la tercera setmana, la Flora va iniciar l'atac contra la taula. Era una tarda en què operaven dos adjunts joves i amb cert vincle d'amistat amb la Flora. L'Íngrid estava rentada i mentre canulaven per a la CEC, la Flora va fer un crit dient:

- Prou això no serveix de res! Te la trec! Estic farta!- a la vegada que apartava la tauleta.

L'Íngrid en aquell moment no podia atendre a la rebequeria de la Flora, perquè era un moment inadequat per a atendre aquella desafortunada acció, però molt ben triat per part de la Flora perquè sabia que ningú de l'equip s'adonaria i li provocaria un estrès afegit a l'Íngrid pel moment de la cirurgia en què es trobaven.

En acabar la cirurgia l'Íngrid li va expressar a la Flora la incomprensió de la seva acció, i que li proposava un pacte: la Flora provaria de treballar amb la taula i l'Íngrid sense. Però la Flora no va complir el pacte, i l'Íngrid sí.

En la quarta setmana de treballar juntes i d'haver complert la seva promesa de la setmana anterior, el dilluns només arribar al quiròfan l'Íngrid ja va informar la Flora que faria servir la taula que havia comprovat que realment li era útil i que si us plau respectés com a mínim això. La Flora va deixar que l'Íngrid es preparés tot a la seva manera i un cop muntat el camp i amb la taula addicional al seu costat, la Flora va decidir contaminar la taula davant de tothom. L'Íngrid li va demanar un altre llençol per a cobrir la taula i la Flora es va negar, al que l'Íngrid va respondre amb un to de veu controlat, suau i dolç:

- Et sembla que en parlem un cop acabada la cirurgia?

- A mi no m'has de dir el que haig de fer!- Va respondre la Flora amb un to de veu agressiu- Estic farta que facis el que fa la Martina! Ni els del matí ni jo canviarem la manera de treballar perquè vosaltres dues decidiu que és millor això.
- Flora, ara mateix estem tots una mica incòmodes. De veritat en parlem després, ara el que és important és el pacient.

Resolució de la situació:

I des d'aquell moment el conflicte de la taula va seguir escalant, fins a arribar a una situació d'assetjament laboral que ningú de l'equip que podia resoldre (supervisors, adjunts, metges, cap de servei, etc.) va resoldre. La Flora parla amb el supervisor i es posa a plorar al seu despatx dient que no pot més, que l'Íngrid la fa sentir malament perquè no s'adapta a la manera de treballar del servei i que li parla malament i li falta al respecte. El supervisor va cridar a l'Íngrid al despatx per a cridar-li l'atenció sobre el mal tracte que li donava a la Flora, i que intentés millorar la seva actitud amb la seva companya. L'Íngrid va fer cara de total sorpresa, perquè ella estava vivint la situació al revés i així li va expressar al seu supervisor.

El silenci institucional va ser absolut i va portar a l'Íngrid a una situació d'estrès, angoixa i depressió que la va obligar a agafar la baixa laboral. Finalment, l'Íngrid va deixar el servei i l'hospital. Ara treballa en un altre hospital i ha comprovat que és treballar amb gent competent i professional.

Elements CV i CNV

Íngrid-CV:

- Dóna informació sobre el que fa
- Argumenta el que fa
- Expressa de manera clara les seves idees sobre la manera de treballar
- Evita discussions improductives
- Proposa alternatives

Íngrid-CNV:

- Fa servir un to de veu suau i tranquil
- Gesticula amb les mans de manera harmònica
- Té una expressió facial relaxada
- Quan parla amb la Flora inclina lleugerament el cos i el cap cap a ella

Flora-CV:

- Imposa el seu criteri sense importar-li l'opinió de la seva companya
- S'enfada amb la seva companya i davant tot l'equip
- Amenança i intimida
- Acusa a l'Íngrid de treballar malament
- Crea conflicte i inventa que l'Íngrid la maltracta, exagerant les situacions en que ha parlat amb l'Íngrid i en les que es presenta com a víctima de tot plegat

Flora-CNV:

- Crida quan tot l'equip està present
- Gesticula de manera brusca
- Intenta desafiar a l'Íngrid amb la mirada
- Alça la barbata i treu pit, i quan s'enfronta amb l'Íngrid està amb els peus separats i les cames en tensió

Equip multidisciplinar-CV:

- No opinen

Equip multidisciplinar-CNV:

- Eviten la mirada de la Flora i l'Íngrid
- Acoten el cap

Capítulo 7. “Adrenalina en el quirófano”

Autor: Sara Batlle Sitges

Estilos de comunicación: agresivo- asertivo

Descripción de la situación.

Ubicación temporal: fin de semana de guardia para cubrir cualquier emergencia quirúrgica “On-call” (localizable). Área quirúrgica del Hospital The Royal Marsden, London, Reino Unido.

Recibo llamado de la supervisora de guardia a las 15:00 pm un sábado de abril mientras estaba en mi casa. Me dice de manera muy seria que la cirugía es muy urgente y debo llegar al hospital lo más rápido posible. Salgo de mi casa y consigo llegar en 30 minutos al hospital, esperando que todo el equipo quirúrgico también consiga llegar lo antes posible. El equipo médico de guardia localizable se compone de un médico anestesista y el residente más el cirujano con sus ayudantes correspondientes. En el equipo de enfermería están dos enfermeros, instrumentista y circulante, para asistir la cirugía y un enfermero para anestesia.

Cuando llegué a hospital y al área quirúrgica ya se encontraba el cirujano, el equipo de anestesia de guardia, médicos de la uci con el paciente ya trasladado en quirófano debido a la situación de emergencia. Me cambié e hice las gestiones previas para situarme en el quirófano como dar a conocer a la supervisora de guardia que estaba en el área quirúrgica, localizar llaves para disponer de acceso a zonas restringidas, montar y ordenar el quirófano y preparar el material e instrumental necesario. Mientras hacía esto yo sola iba pensando dentro de mí que el resto del equipo no tardará mucho en llegar, pero considerando los transportes y el tráfico de la ciudad de Londres mínimo cabía esperar 30 minutos más. Entonces, el cirujano muy inquieto por la urgencia quirúrgica empezó a insistirme diciéndome:

- “¡No podemos esperar y debemos empezar la cirugía para detener la hemorragia interna! La paciente presenta una complicación postquirúrgica tras 24 horas de la cirugía oncológica hepática realizada. Los signos de sangrado se han agravado y realmente la situación clínica de la paciente es grave”.

Mi primera contestación rotunda y con tono elevado fue:

- “No podemos empezar la cirugía solos sin el resto del equipo. Esta opción no es posible. Necesitamos a la enfermera circulante para preparar a la paciente y el quirófano de manera adecuada, seguir los procedimientos establecidos y darme soporte en cualquier momento de urgencia”.

Me respondió, de manera contundente y brusca:

- “No podemos esperar y mi decisión es empezar ya”.

Nerviosa, llamé a la supervisora de guardia y rápidamente le expliqué la situación y le pedí apoyo. Una cirugía nunca se debe empezar en estas situaciones, el equipo ha de estar completo, se ha de realizar una valoración del paciente, la check list, un recuento del material fungible, gasas e instrumental quirúrgico exhaustivo, etc.

Las enfermeras del servicio de la uci que estaban cuidando al paciente ya trasladado en quirófano se ofrecieron a ayudarme a pesar de su desconocimiento de quirófano, lo cual era favorable, aunque no de gran utilidad. Los nervios predominaban al cirujano que no podía parar de repetir que quería empezar ya. Me lavé en menos de un minuto de reloj y preparé gasas, aspirador quirúrgico, alguna sutura, instrumental hemostático y un bisturí. No podía ir más rápido atendiendo las necesidades de urgencia del momento. Además, con toda esta situación de estrés y presión, cabe destacar que sólo llevaba un año trabajando en este servicio y que todo el personal es de habla inglesa. La comunicación fue efectiva a pesar de que en algunos momentos se vio afectada al no entendernos los unos a los otros en según qué órdenes. La cirugía empezó a pesar de las condiciones del equipo médico y de enfermería. El sangrado era abundante y se consiguió parar la hemorragia y estabilizar a la paciente.

Resolución de la situación.

Pasaron 20-25 minutos del comienzo de la cirugía cuando empezaron a llegar mis compañeros y el anestésico. Todos se quedaron sorprendidos de que se hubiera empezado la cirugía sin la mitad de componentes del equipo. Se fueron situando en su lugar de trabajo y la cirugía prosiguió su curso. El objetivo principal se consiguió y la paciente se estabilizó del sangrado con éxito. Requiere múltiples transfusiones de sangre

y hemoderivados. A nivel de enfermería, pasado el momento más crítico de la cirugía, conseguimos contar el instrumental y especialmente las gasas, ya que al ser un abdomen abierto y con sangrado había mucho riesgo de permanecer una gasa por error dentro de la cavidad abdominal. Una vez estabilizada la situación el cirujano también disminuyó el ritmo y nos dejó trabajar a todos en condiciones normales para poder proporcionar unos cuidados asistenciales de calidad. La cirugía finalizó sin más incidencias y la paciente se trasladó a la UCI para sus cuidados posteriores.

El cirujano, con un aspecto más relajado y próximo, se aproximó al equipo y nos dijo:

- “Os agradezco a todos vuestra actuación y trabajo en equipo. Sin este esfuerzo no hubiéramos conseguido salvar la vida de la paciente.”

El lunes siguiente la supervisora del área quirúrgica fue informada de la situación. Un rato después me hizo pasar a su despacho para comentar la experiencia y para que le diera mi feedback, y especialmente para que le explicara los motivos por los que había actuado de esa manera, es decir, empezar una cirugía sin un equipo habitual, sin establecer las condiciones y procedimientos habituales y necesarios previos. Justifique mi actuación priorizando las necesidades del paciente, argumentando que la necesidad de empezar la cirugía era superior a la necesidad de que el equipo completo estuviera y se hubieran realizado todos los procedimientos correctos y habituales. Los procedimientos existen para ejercer una práctica estandarizada en condiciones de normalidad, pero en determinadas situaciones la presión asistencial o la urgencia del momento provocan que se tomen decisiones para solucionar un problema que demanda ser abordado en ese momento. Le expliqué que una vez la situación estaba controlada hicimos lo máximo para seguir los procedimientos establecidos y ejercer una práctica enfermera rigurosa y segura. Además, le recordé que había llamado a la supervisora de guardia justo antes de la situación para explicarle la decisión.

Tras escuchar mi discurso sin interrupción, la supervisora, con un tono agradable me dijo:

- “El sábado actuaste de manera correcta. Tu decisión y actuación fueron las adecuadas, en situaciones así es como se debe proceder, priorizando el objetivo que tenemos todo el personal sanitario en común: el paciente. Además, decirte que el

cirujano ha mostrado su agradecimiento ante la profesionalidad y eficacia del equipo de enfermería y te lo quería transmitir.”

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

CV del estilo agresivo del cirujano y enfermera: tono de voz alto, lenguaje brusco y contundente, imposición de órdenes.

CNV del estilo agresivo del cirujano: imposición de una orden manifestando jerarquía y autoridad, expresión facial y corporal manifestando nerviosismo e inquietud.

CV del estilo asertivo del cirujano: agradecimiento, reconocimiento del trabajo realizado.

CNV del estilo asertivo del cirujano: actitud próxima y relajada.

CV del estilo asertivo de la supervisora: lenguaje claro y directo, escucha activa y feedback, reconocimiento del trabajo realizado y de la práctica enfermera seguida.

CNV del estilo asertivo de la supervisora: contacto visual, ambiente tranquilo y de confianza, postura relajada de escucha,

Capítulo 8. Una tarde de invierno

Autor: Maria Pilar Meler Amella

Estilo de comunicación: agresivo- pasivo- asertivo

La situación se desarrolla en urgencias de en un Hospital de tercer nivel del área metropolitana de Barcelona, donde trabajo como supervisora de urgencias en el turno de tarde.

Las tardes en el hospital tienen un trabajo terrible, ya que por la mañana los pacientes van llegando de forma escalonada, pero a partir de las doce del mediodía, empiezan a llegar pacientes y ambulancias una tras otra. Cuando me pasan la guardia de la tarde, suele haber en temporada de invierno, dieciséis pacientes pendientes de visitar, y una afluencia en urgencias de 55 pacientes, por lo que los pasillos empiezan a llenarse y empezamos a tener un problema de espacio. Los pacientes suelen esperar a ser atendidos una media de tres, cuatro horas por lo que normalmente el ambiente es tenso, los familiares se desesperan, los pacientes se encuentran mal y cada momento preguntan cuánto les queda para ser atendidos. Así es como empieza una tarde en el caos de urgencias.

Una tarde de invierno, cuando la gripe domina la mayoría de las urgencias del hospital, llega una paciente de 84 años que es derivada en ambulancia de su centro de atención primaria a nuestro centro hospitalario, por taquicardia. La paciente es pluripatológica, y como antecedentes de interés tiene un infarto de miocardio. Por lo que la hija, que es quien la acompaña, tiene miedo que a su madre le puede volver a repetir.

En el *triaatge*, la enfermera, le toma la tensión, la temperatura, le mide la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria, le pregunta por los antecedentes de interés y le pregunta cuáles son los síntomas que tiene ahora. Después de una breve anamnesis, la enfermera decide que la paciente tiene un nivel de *triaatge* IV, lo que quiere decir, que la paciente no necesita ser atendida inmediatamente con urgencia, y que puede esperar a que le visite el médico sentada en una silla de madera en la sala de espera. Al tratarse de periodo con gran afluencia de pacientes en urgencias, hace que la paciente espere más de una hora sin que nadie haya ido a visitarla y sin que nadie se haya dirigido a ella. En ese momento es cuando la hija muy enfadada, con un tono elevado y muy arrogante, se dirige a la auxiliar para preguntarle:

- Perdona, ¿mi madre puede comer algo? Ya que lleva desde las 8:00am sin comer nada y son más de las 14:00h.

La auxiliar responde:

- ¿Quién es su madre?

La hija responde:

- Es esa señora de ahí.

La auxiliar responde:

- Pues cómo no la han visitado, no lo sé, si puede comer o no, así que busque a un médico y se lo pregunta.

La familiar responde, en voz alta:

- Esa no es mi misión, yo no debo buscar a un médico. Además llevamos más de dos horas y no sé qué le van a hacer a mi madre, ya que nadie nos ha informado.

La auxiliar se da la vuelta y se pone en el mostrador frente a un ordenador.

Después de dos horas, les visita un médico y le dice que posiblemente tenga en la pierna una trombosis venosa profunda, pero que eso se lo confirmaría otro médico, que es el cirujano vascular. Pero que de momento le harían una analítica y un electrocardiograma y tienen que esperar a que venga el otro médico para hacerle un ecodoppler.

La enfermera rápidamente le hace las pruebas que le han pedido, y la paciente pide estar en un lugar más cómodo porque dice que tiene mucho dolor en las piernas y explica que se le están hinchando.

La enfermera le busca un sillón donde las piernas se pueden elevar. Parece que la familia y la paciente en este momento quedan contentas y esperan el resultado de la analítica y al cirujano vascular.

Después de dos horas más, el médico sigue sin bajar, la paciente sigue sin comer, cada vez hay más gente en urgencias, el agobio de la paciente y de la familiar cada vez va a más.

Y es en ese momento cuando la hija, da un golpe en el mostrador y pide hablar con la responsable de urgencias por todo lo que está ocurriendo con su madre.

Resolución del caso:

Me avisa la enfermera por teléfono, para ver si puedo ir un momento al control de esa área de urgencias, ya que hay una familia muy enfadada.

Cuando llego, la familiar me estaba esperando en el mostrador, desafiando con la mirada a la enfermera y a la auxiliar. Yo con un tono calmado y firme digo:

- Buenas tardes, soy la supervisora de urgencias, me habéis avisado porque había un problema con una paciente ¿verdad?

Sin dejarles responder al personal, la familiar, contesta en un tono elevado y furioso:

- Esto es un desastre, esto no puede ser. Mi madre lleva desde las 13:00h esperando y todavía no le han hecho la prueba que ella necesita, además no ha comido nada desde está aquí y además las dos señoritas esas sólo hacen que mirar el ordenador.

Me dirijo a mi personal, y les pregunto, si me pueden detallar lo que está pasando, para yo aclararme, y en cuanto ellas me lo explican, me dirijo al despacho médico para hablar con su médico responsable y que me exponga la situación real de la paciente.

Una vez con toda la información, me dirijo a la hija y le digo que me acompañe a una salita, para que no estén todas las urgencias pendientes de nuestra conversación.

Le dejo que me explique todas sus percepciones y cuando termina le digo, que es un día muy complicado en urgencias, pero no por ello se está desatendiendo a su familiar. Por parte de enfermería le han hecho todas las pruebas exploratorias, y le explico que su familiar no ha comido porque el médico no lo considera en estos momentos oportuno, por si se tuviera que intervenir quirúrgicamente o por si necesitara alguna prueba complementaria que exigiera estar en ayunas.

Le advierto a la familiar que el cirujano vascular que están esperando, está en quirófano, y que aún tardará un par de horas en salir, ante esto no podemos hacer nada, pero si podemos ofrecerle un mayor confort, y si el médico lo considera oportuno, le podemos poner un calmante para que la paciente no tenga dolor y se volverá a valorar la opción de que la paciente pueda cenar.

Aviso a la enfermera y a la auxiliar para explicarles cómo queda la situación y para aclarar a la familiar que el personal no está mirando el ordenador, si no que ellas están trabajando, puesto que está todo informatizado, las historias clínicas, la medicación, y que eso es parte de su trabajo.

La familiar se queda más tranquila, y se va al lado de su madre a explicarle toda la situación.

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

Estilo asertivo:

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

CNV: actitud tranquila, acercamiento físico prudente.

Estilo agresivo:

CV: Tono de voz elevado y arrogante.

CNV: Mirada desafiante, rostro de enfadada, da un golpe contra el mostrador.

Estilo pasivo:

CV: inseguridad.

CNV: se da la vuelta, se pone detrás del ordenador, no busca soluciones.

Capítulo 9. ¡Una petición!!

Autor: Anna Lecha Ochoa

Estilos de comunicación:

Enfermera: Asertivo

Coordinadora: Agresivo/manipulador

Descripción de la situación: Trabajo en el área quirúrgica de un hospital de tercer nivel, (desde hace 10 años y soy de plantilla fija desde hace cuatro) que cuenta con un elevado número de quirófanos y por tanto con mucho personal, ya que hay tres enfermeras/os por quirófano.

Están divididos por especialidades y en algunos casos hay gente fija en muchos de ellos porque hace años que trabajan allí.

A mí me gusta la Cirugía en general, concretamente la cirugía gastro-intestinal y hepática, aunque debido a que no tengo un puesto fijo, normalmente voy de un quirófano a otro cubriendo huecos. Hace ya algún tiempo manifesté a mi superior el deseo de estar de una manera más frecuente en un quirófano de cirugía gastro-intestinal y con perspectiva de presentarse una baja en dichos quirófanos pensé en volver a pedir el puesto hasta que la plaza saliera a convocatoria, la cubría un suplente.

Así pues, le solicité día y hora para poder mantener una conversación y hablar del tema.

La conversación se desarrolló así:

Enfermera (yo): Hola Montse

Coordinadora: Hola Anna, pasa y siéntate por favor, déjame acabar de enviar este mail que es importante

Enfermera: Si claro, ningún problema.

Enviado el mail la conversación siguió así:

Coordinadora: Bueno tú dirás...

Enfermera: Como ya te he hecho saber en varias ocasiones, estoy interesada en ir al quirófano de CGI (cirugía gastro-intestinal) ya que ahora habrá una suplente que cogerá la baja, y como yo voy rotando pues me gustaría, aunque fuera por un periodo corto de tiempo, hasta que convoque la plaza, ocupar ese lugar.

Coordinadora: Mirando con cara de poco sorprendida responde: Ya hemos hablado anteriormente de ello y no puedo ponerte allí porque tus compañeras no te quieren.

Enfermera: ¿Cómo?? ¿Que mis compañeras no me quieren, quien ha dicho eso?

Coordinadora: Si, dicen que cuando vas allí es como si hiciera años que estas en ese quirófano y eso no les gusta, es como si lo supieras todo.

Enfermera: Eso no es verdad, yo hace 10 años que trabajo aquí y lo que se es porque me lo han enseñado ellas, no me parece justo.

La verdad no me importa lo que digan, yo vengo aquí a trabajar no hacer amigos.

Coordinadora: Bueno, con cara austera contesta “esto es lo que me han dicho y no entiendo cómo quieres ir a un sitio donde te estoy diciendo que no te quieren, además tienes que pensar que tu plaza es de tarde, y con los cambios que hay ahora podría ponerte de tarde, aunque no lo voy hacer, no lo haré no te preocupes.

Enfermera: Bueno pues entonces nada, solo decir que no estoy conforme con tus informaciones y no me parece justa la situación.

Resolución de la situación:

El estilo de comunicación corresponde principalmente a un estilo pasivo por parte de la enfermera, aunque puede denotarse algo agresiva en algún momento, y un estilo totalmente agresivo y manipulador por parte del superior.

La coordinadora sabe que en ese momento manda ella, y recuerda de manera manipuladora el que realmente su plaza es de tarde. Por otro lado no muestra ningún indicio de haber corroborado sus informaciones y ante presentarse una situación de conflicto, decide hacer caso a “alguien” antes de averiguar la verdad, y excluye a la enfermera de esa área llevándola a un área externa.

Elementos identificativos del estilo de comunicación:

Verbales: Tono de voz que denota autoridad al dar la información.

La coordinadora muestra respeto, pero es autoritaria durante la conversación.

No verbales: La posición de la coordinadora, sentada, de frente, con las manos juntas y con expresión facial de no querer dar a torcer la situación. Con cara desagradable escucha sin moverse los argumentos de la enfermera.

Capítulo 10. Mi marido empeora el fin de semana.

Autor: Pilar Muñoz Rey

Estilos de comunicación:

Familiar: Agresivo (inicio) y Pasivo-Asertivo (final).

Enfermera: Asertivo.

Descripción de la situación:

Actualmente soy enfermera correturnos de la UCI general en un hospital terciario catalán en el turno de mañana. Cada día se me asigna un box diferente dependiendo de las necesidades del servicio. Hace un mes estuve ubicada en el box 3 durante 15 días cubriendo la baja de una compañera. Durante este tiempo realicé el ingreso de un señor, Antonio, que todavía sigue ingresado en la unidad ya que su estado es muy grave y la evolución ha sido un tanto tórpida.

El pasado sábado me asignaron nuevamente el box 3, donde sigue Antonio ubicado. Cuando la compañera de la noche me explicó el enfermo, me avisó de problemas con la pareja del enfermo. Me extrañó este apunte, ya que mi relación, con Isabel, la mujer de Antonio, durante mi estada en el box, fue muy correcta. Isabel había tenido un problema de salud que le impedía visitar a su marido a la unidad y me llamaba todas las mañanas por teléfono para que yo le informara del estado de su marido (Así lo acordé con su hija el día del ingreso, ya que su madre estaba en silla de ruedas y no le era posible desplazarse al centro). Yo la información telefónica que le daba, no era relevante. Ella tenía la información del parte médico que recibía su hija a diario, y yo reforzaba los conceptos o le aclaraba dudas que tuviera. Le decía como había pasado la noche y le animaba en el proceso. No nos conocíamos en persona, pero sí vía telefónica. Y me resultaba una persona cordial en el trato. Ella estaba muy agradecida de mi labor, ya que le tranquilizaba mi conversación diaria.

A las 10.30 estaba yo cargando medicación fuera del box y vino mi compañera para avisarme que un familiar de Antonio, estaba exigiendo hablar conmigo y que estaba muy enfadado discutiendo con mi compañera del box contiguo.

Resolución de la situación:

Yo me dirigí al box y me encontré con una señora de unos 50 años muy angustiada y nerviosa, moviéndose rápidamente por el box, observando el ordenador y el respirador del paciente, discutiendo con mi compañera, realizando aspavientos con los brazos, de forma acalorada, manifestando su descontento. El tono de voz era muy alto, y sus gesticulaciones muy exageradas. Realmente parecía muy molesta por su forma de expresarse tanto verbal como no verbal. Verbalizaba que ya estaba harta de la gente inexperta, nueva y poco profesional del fin de semana. Continuamente repetía que iba a poner una queja que ya no iba a consentir más lo que estaba ocurriendo. Mi compañera estaba sin palabras y nerviosa, aguantando las quejas de la mujer de Antonio.

Yo observé la escena desde la puerta, le pedí a mi compañera que se retirara y me presente al familiar.

-Buenas tardes, soy Pilar, la enfermera responsable de su marido. ¿En qué puedo ayudarla?

-¿Pilar? ¿Eres Pilar?, ¿Eres la enfermera que llevaba a mi marido hace unos días y hablábamos por teléfono? dijo ella bajando el tono de voz y modificando su actitud. Las expresiones faciales le cambiaron de repente, se suavizaron.

Yo asentí con la cabeza. Y entonces comenzó a decirme que estaba muy descontenta con el personal de los fines de semana. Que percibía una diferencia muy grande en el seguimiento y el control que se realizaba entre semana y los fines de semana. Que ella estaba muy contenta con las enfermeras y el equipo médico asignado durante la semana, pero que el fin de semana era todo muy diferente. Que el personal de enfermería era muy joven e inexperto y el equipo de guardia no conocía a su marido, y esto hacía que

los lunes le dijeran que su marido había empeorado, desde que estaba ingresado allí. Que nadie le informaba y que iba a poner una queja porque su marido empeoraba cada fin de semana por culpa de los profesionales que había de guardia.

Yo me acerqué a ella, la cogí la mano, la llamé por su nombre, le dije que estaba muy contenta de ponerle cara, ya que la relación que habíamos mantenido siempre había sido por teléfono, y que tenía ganas de conocerla personalmente. Le expliqué cómo funcionaba la rotación del personal de la unidad. Le expliqué que los profesionales enfermeros de la UCI estamos todos igualmente cualificados para desempeñar nuestro trabajo, que es condición imprescindible para estar en una unidad de críticos. El hecho de ser fin de semana, no era motivo para no seguir trabajando en la misma línea terapéutica marcada por el equipo responsable de su marido. La diferencia era que algunos de los profesionales que ella veía a diario, tenían descanso, y se cubrían con el equipo de fin de semana, pero que era un equipo que llevaba trabajando años en la unidad y estaba altamente cualificado para ello.

Ella comenzó a llorar y me dijo que su marido había empeorado en los dos últimos fines de semana, y que ella creía que era por los profesionales, que no estaban tan pendientes de él. Que no los conocía, que siempre eran caras nuevas y muy jóvenes, y que no le daban muchas explicaciones de lo que le ocurría a su marido, que siempre le decían que ya le informaría su médico de la evolución ya que ellos no conocían el caso en profundidad, que solo eran los de guardia. Esto a ella, le generaba mucha ansiedad y que tenía mucho miedo a que llegara el viernes por la tarde.

Yo la escuché atentamente, le dije que ya estaba al corriente de las complicaciones que había realizado su marido en estas dos últimas semanas, que lo había leído en el curso clínico, y que dichas complicaciones habían sido debidas a la inestabilidad en la que se encontraba su marido desde su ingreso en la unidad, y que también era consciente que casualmente se habían producido en fin de semana. Le expliqué que la dinámica de trabajo de la UCI era no dar información a los familiares durante el fin de semana, a no

ser que hubiera una situación que lo requiriera. Por este motivo, no le informaban los médicos de guardia.

Ella lloraba desconsoladamente por la situación que estaba viviendo. Manifestaba su angustia. Avisé al médico de guardia de la unidad para que hablara con ella ya que consideré que así ella se sentiría mejor. Él lo hizo y ella se tranquilizó después de corroborar mi versión sobre los hechos. Ella me miró con una mirada cálida y denotando agradecimiento. Me agradeció mis palabras, y mi dedicación. Se disculpó repetidas veces de la actitud que había tenido, y manifestó que se avergonzaba de la situación. Antes de finalizar el horario de visitas establecido en la unidad se despidió de mí con un abrazo afectivo.

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

Isabel (mujer de Antonio (Box 3))

Agresivo (inicio)

CV: Exige hablar con la enfermera responsable de su marido. Lenguaje brusco. Agresividad verbal hacia la enfermera del box contiguo. Tono elevado de voz y agresivo. Ritmo rápido del habla. Verbaliza amenazas.

CNV: Gesticulación excesiva. Movimientos y gestos que denotan nerviosismo y resultan amenazadores. Muestra contacto visual de hostilidad y de enfado. Expresión facial que denota enfado y nerviosismo.

Pasivo-assertivo (final)

CV: Lloro desconsoladamente. Se disculpa constantemente de lo ocurrido. Agradecimiento a la enfermera y al médico de guardia.

CNV: Actitud más receptiva durante la conversación y de agradecimiento al finalizarla. Tono de voz suave. Abrazo a la enfermera. Contacto visual cálido con la enfermera.

Pilar (enfermera responsable de Antonio)

Asertivo

CV: Saludo y presentación al inicio de la conversación. Dirigirse utilizando el nombre propio. Explicaciones de la dinámica de trabajo de la unidad y del sistema rotatorio de los profesionales. Facilitar posibilidad de hablar con médico de guardia. Contenido verbal de la conversación encaminado a informar al familiar. Tono de voz suave pero firme y seguro. Lenguaje directo y claro. Escucha activa.

CNV: Actitud de escucha. Acercamiento físico al familiar. Permitir abrazo al final de la conversación. Gesticulación controlada. Postura abierta y relajada. Tono de voz enérgico y firme.

Capítulo 11. Cuando el jefe pierde el control.

Autor: Damián Carneiro Teijeiro

El estilo de comunicación utilizado en esta experiencia fue el agresivo-assertivo.

Descripción de la situación

Trabajaba en la Unidad de Hemodiálisis de un hospital italiano por aquel entonces. Realizábamos turnos de 12 horas más guardias localizadas distribuidas a lo largo del mes.

Es evidente que después de 12 horas de trabajo consecutivas, cuando llega el momento de finalizar el turno, el personal está ansioso por abandonar el puesto de trabajo y a veces, no se es consciente del ruido y malestar que se puede ocasionar en un ambiente como es el hospitalario.

Pues bien, una de esas tardes, en la que nos disponemos mis colegas y yo a cerrar la unidad después de haber finalizado el turno entre risas y bromas, se abre la puerta del director de la unidad , al cual se le puede ver la cara de enojado. No duda ni un segundo en elevar el tono de voz, superando incluso el tono con el que nosotros nos decidíamos a irnos, para gritar “Oye, ¿qué pasa aquí? ¿Acaso esto es un gallinero? A ver si os vais a ir a vuestra casita con una patada en el culo.”

Ante esta respuesta inesperada por nuestra parte, comienzo a ver las reacciones de mis compañeros indignados por tal falta de respeto por parte de nuestro director. No era la primera vez que reaccionaba de ese modo cuando había algo con lo que no estaba de acuerdo.

Resolución de la situación

En un primer momento, intento explicarle al director que las formas en las que se ha explicado no son las correctas, y que en ningún momento se le ha faltado al respeto para que él lo haga con nosotros, independientemente del cargo que ocupe.

En un principio, éste se muestra reacio a mi respuesta y contraataca alegando que él es quién de poder hablar a los demás como considere oportuno.

Tras insistir por mi parte intentando hacerle entender que asumimos la responsabilidad por haber hecho ruido a nuestra salida de la unidad, pero que podría haberse dicho con más tacto y evitando levantar la voz, éste acepta la explicación.

Ha sido el tiempo el que ha ido apaciguando la situación. Aunque no hemos recibido disculpas por su parte, tampoco ha vuelto a acontecer un episodio similar.

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

El director ha mostrado una comunicación agresiva por medio de la CV al elevar el tono de voz y usar términos poco adecuados al ámbito laboral además de abrir la puerta de su despacho de forma brusca.

Yo he utilizado una comunicación asertiva, al expresar mi punto de vista, sin haber faltado al respeto a nadie, y favoreciendo la resolución de la situación por medio de terminología adecuada al contexto.

Capítulo 12. Es el último, limpiamos y merendamos.

Autor: Patricia Méndez García

Estilo de comunicación: Paciente agresivo, administrativo pasivo, médico agresivo, enfermera asertiva-agresiva.

Descripción de la situación.

Era una tarde cualquiera en el servicio de urgencias de traumatología del centro de atención primaria donde trabajaba. Había muy buen ambiente de trabajo porque el médico que realizaba la guardia y yo nos entendíamos muy bien y nos gustaba trabajar juntos, todo iba sobre ruedas la administrativa que teníamos de filtro en la puerta era una máquina trabajando y nunca dejaba su puesto de trabajo, recogía muy bien la información de los pacientes y tenía claro lo que era de medicina general y lo que era de traumatología.

Era una tarde atípica en cuanto a trabajo porque se aproximaba la hora de merendar y ya habíamos dejado los boxes libres sólo teníamos un paciente haciéndose una radiografía y otro que acababa de llegar a la sala de espera. La administrativa aprovechó para hacer su cambio con un compañero e irse a merendar, íbamos a salir a la granja de al lado los tres: el médico, ella y yo. Le dijimos que fuera tirando que haríamos limpio e iríamos para allá a merendar.

El administrativo que vino era más inexperto, tomó nota al paciente que llegaba y automáticamente yo recibí el formulario y le llamé por el interfono, mientras el médico estaba en el box de al lado acabando la documentación de alta del paciente que había vuelto de rayos. Al llamar al paciente entra con la mirada perdida a toda prisa en el box invadiendo mi espacio y prácticamente respirándonos el aliento mutuamente, no podía retroceder porque estaba tocando el fregadero con mi espalda, le digo en un tono amable y relajado mirándole a los ojos y sin perder la compostura que haga el favor de retroceder y sentarse que necesito saber el motivo por el cual viene al servicio. Me grita que ya se lo ha explicado al compañero de fuera y que no tiene porqué volver a contarlo, persisto con tono bajo de voz y firme argumentando que la información que le solicitan

fuera es para ver a qué servicio le han de destinar y que yo como enfermera de traumatología necesito saber lo que le ha sucedido para iniciar actividades relacionadas a la mejora de su salud. En esos momentos no me deja ni hablar aumenta a niveles extremados su tono de voz, insultando, diciendo incoherencias y apuntándome en la cara incluso con los dedos de forma amenazante, decido dejarle hablar y escucharle.

El médico que está en el box de al lado al escuchar los chillidos entra corriendo por una puerta lateral que comunica los boxes, y con semblante muy serio y actitud autoritaria le dice directamente que haga el favor de sentarse en la silla y de explicar la información que se le ha solicitado tal y como le acaba de indicar la enfermera. El paciente ahora se enfrenta al médico diciéndole que quien se cree para darle órdenes, los chillidos aumentan, las amenazas, el espacio personal invadido. Veo que esto va a acabar mal, por lo poco que habíamos hablado era muy probable que tuviera una fractura del 5º metacarpiano de la mano izquierda (típica de los boxeadores), sólo escuché entre los insultos y los gritos que había tenido una pelea con su mujer y que se había golpeado la mano, suficiente para activar a los *mossos de esquadra* (posible agresión de violencia de género) y más con la situación que estábamos viviendo que no bajaba la intensidad de agresividad.

No quería dejar al médico sólo en el box por la necesidad de ser testigo y que no acabara descontrolándose la situación, entonces salí como pude, pero sin irme del todo y le hice un gesto de llamada con la mano al administrativo que estaba de pie mirando para nuestro box y sin pestañear ni moverse, blanco del susto que llevaba. Con mi gesto pretendía que entendiera que tenía que llamar a la policía, pero seguía inmóvil y la situación dentro aún se estaba caldeando más entonces dije en voz alta, llama a los *mossos* de... no acabé la frase que de repente me encontraba en el suelo. El paciente había salido al escucharme y me cogió por un brazo y me zarandó golpeándome contra la pared y tirándome al suelo, fue todo muy rápido porque detrás de él salía el médico que no le dio tiempo a evitar lo que acababa de ocurrir, entonces ya se descontroló del todo la situación. El médico se enfrentó a él rozándose las frentes y diciéndole que si era tan hombre para enfrentarse a las mujeres que lo hiciera con él, el paciente le dijo que perfecto que salieran fuera, el administrativo seguía sin moverse atónito y en shock y a mí me superó lo que acababa de vivir y me puse en medio de los dos separándolos cual

patio de colegio con los niños y chillando como una energúmena para que me escucharan por encima de sus chillidos aún a riesgo de volver a recibir otro ataque.

Resolución de la situación

Entonces empezaron a llegar al servicio los compañeros de medicina general que estaban merendando y por eso nadie nos había auxiliado porque hasta entonces estábamos los cuatro solos. Uno de ellos mide casi dos metros y es enorme fue el que los separó, otro compañero se llevó al médico, a mí me asistieron enfermeros que empezaron a venir de apoyo, me costaba caminar y se me habían inflamado las rodillas. El paciente pensó que vendrían los *mossos de esquadra* y se fue sin visitarse.

Al rato llegaron los *mossos* que no sé quién los llamó al final y empezaron a tomarnos declaraciones de los hechos, yo estaba asustada y fría y rompí a llorar de todo el estrés que acababa de pasar, no sabía cómo la situación se nos podía haber ido tanto de las manos. Simplemente íbamos a hacer limpio, a merendar, a pasar las tres últimas horas que me quedaban para el cambio de turno y de repente estaba estirada en la camilla, yo era la paciente, mis compañeros me estaban atendiendo y me tenían que inmovilizar una pierna por una posible fisura en rótula. Todo el mundo me hablaba y yo los escuchaba muy lejos le dije a mi prima que es enfermera y me estaba atendiendo que llamara a mi marido que es *mosso* y estaba de servicio porque necesitaba una mano amiga que me ayudara a superar la situación, acababa de ser víctima de una agresión física por hacer mi trabajo y yo misma también estaba en shock.

Lo denunciemos y acabamos en juicio el médico y yo, contra el paciente. En ningún momento se escucharon disculpas por ninguna parte, su abogado alegó que había bebido mucho aquella tarde su cliente y le pusieron una multa irrisoria por atentado contra la autoridad (esa era yo), se declaró insolvente y aún a día de hoy me la va pagando y hace de esto ya casi cinco años. Denunciamos y nos sumergimos en un mundo burocrático de espera, papeles y más papeles porque alguien tiene que decir basta y no por el resultado o el dinero de multa que pudiéramos obtener, sino por el dolor de estar haciendo bien tu trabajo y ser tan vulnerable al sistema.

Elementos que identifican los estilos de comunicación.

CV paciente: Gritos, insultos, incoherencias verbales, niveles extremados tono de voz, invitación a salir fuera del centro al médico para resolver conflicto chillando.

CNV paciente: Mirada perdida, entra corriendo, invade espacio interpersonal, respirándonos el aliento mutuamente, amenaza apuntando con los dedos, apoya frente con frente, agresión física a la enfermera zarandeándola por un brazo contra la pared y contra el suelo, empujones con el médico.

CV administrativo: no aporta datos ni antes del conflicto, ni durante, después del conflicto se limita a decir que era muy fuerte lo que había pasado.

CNV administrativo: De pie, mirando para el box, sin pestañear ni moverse, blanco del susto que llevaba, atónito y en shock.

CV enfermera: Llamo al paciente por el interfono, tono amable y relajado que haga el favor de retroceder y sentarse en la silla e indique los motivos por los que ha venido al servicio. Persisto con tono bajo de voz y firme, chillando como una energúmena.

CNV enfermera: Mirándole a los ojos y sin perder la compostura, decido dejarle hablar y escucharle, gesto de llamada telefónica, en medio de los dos separándolos cual patio de colegio con los niños.

CV médico: Le dice que se siente y explique lo que ha pasado tal y como le ha indicado la enfermera, si eres tan hombre para enfrentarte con las mujeres hazlo conmigo, invitación al paciente a salir fuera del centro y resolver conflicto, chillando.

CNV médico: Entra corriendo con semblante muy serio y actitud autoritaria, rozándose frente con frente con el paciente, empujones.

Capítulo 13. Que no cunda el pánico

Autor: Eva Pérez Gálvez

Estilos de comunicación:

Agresiva y asertiva-agresiva durante el conflicto.

Asertiva en la resolución.

Descripción de la situación

Trabajo en quirófano y en ocasiones me toca enseñar a estudiantes o compañeros que empiezan en este servicio. No es fácil al comienzo puesto que hay muchas cosas que aprender y no siempre se cuenta con el tiempo necesario.

Somos dos enfermeras por quirófano, generalmente una instrumenta y la otra circula y vamos alternando durante el turno. Todo empezó durante una intervención quirúrgica para la que se le necesitaba un aparataje electrónico concreto. La compañera que tenía ese día de pareja, llamémosla X, llevaba muy poco tiempo trabajando en quirófano y no dominaba del todo dicho aparataje, pero aun así quiso instrumentar ella para adquirir práctica y me aseguró que cualquier duda me consultaría, por lo que yo me quedé circulando. Mientras ella se preparaba el material necesario yo me dediqué a colocar al paciente en la posición adecuada y a colaborar con el anestesiólogo en la inducción anestésica. Cuando finalicé le pregunté si tenía alguna duda y me dijo que no, que todo estaba bien.

La intervención comenzó con normalidad y yo aproveché para salir un momento de quirófano para guardar un material. No pasó ni un minuto cuando escuché mi nombre por el pasillo, era la auxiliar que me pedía que entrase corriendo a quirófano. Al entrar vi a mi compañera muy nerviosa intentando hacer que funcionara el aparataje. Le

pregunté si había seguido todos los pasos necesarios para la conexión, en ese momento empezó a gritarme:

X: ¡Pues claro que he seguido los pasos, pero está estropeado! ¡No funciona!

Yo: A ver, ¿Has conectado bien todos los cables?

X: ¡Pues claro! ¡Hasta ahí llego!

Yo: Bueno, tranquila, que no cunda el pánico, lo desconectamos y lo volvemos a hacer, seguro que hay alguna cosa mal.

X: ¡Que te digo que no! ¡Que eso ya lo he hecho y está bien! ¡El problema es otro, está estropeada!

Mantuve la calma y fui revisando todo para intentar resolver el problema. Los cirujanos, de brazos cruzados y observando la escena, empezaban a ponerse nerviosos. Pero mientras buscaba la causa del fallo, mi compañera seguía gritándome nerviosa que el aparato estaba estropeado y que ella lo había conectado todo bien. Finalmente encontré la causa del problema, que era una pieza que mi compañera no había montado bien, pero para entonces yo ya estaba bastante enfadada.

Esperé a que finalizara la intervención para hablar con ella puesto que no me había gustado nada la forma en que me había tratado, me había gritado delante de todos en y me había tratado como si no supiera nada, cuando en realidad la estaba ayudando a resolver un problema, esperé a que estuviésemos solas y le dije cómo me había sentido. Intenté ser asertiva, pero entonces empezó a decirme que no me había gritado y mucho menos me había hecho quedar mal. Entonces comenzamos a discutir las dos cada vez subiendo más el tono, ella insistiendo que no me había gritado y yo indignada porque me negara lo evidente, hasta que al final le dije amenazante que cuando se está aprendiendo hay que ser más humilde y aceptar ayuda de los demás, que era demasiado soberbia y que no pensaba ayudarla más si no cambiaba sus formas.

Resolución de la situación:

La conversación subió tanto de tono que dejamos de estar solas y se acercaron otros compañeros de quirófano que habían estado presentes durante la intervención. Ellos intermediaron en el conflicto y entonces les pedí que dieran su visión de lo sucedido. Finalmente X reconoció que se había puesto muy nerviosa al ver que la intervención no avanzaba y que posiblemente ella tuviese algo que ver. Me dijo que no había sido consciente de haberme tratado mal ni de haberme gritado y me pidió disculpas.

Yo también le pedí disculpas por haberle gritado, reconocí que no era la mejor manera de arreglar la situación y también me disculpé con el resto del equipo ya que, al pedirles su opinión, los hice partícipes del conflicto sin que quisieran serlo.

Finalmente todo se pudo resolver, nos dimos un abrazo y tras ese incidente hemos seguido trabajando juntas sin problemas.

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

Durante el conflicto:

Estilo agresivo: CV- gritos y malos modos, interrumpir la conversación del otro, no dejar hablar. CNV-actitud soberbia, gestos bruscos con las manos y con la mirada.

Estilo asertivo: CV-mantener la calma, palabras correctas, no entrar en el conflicto. CNV-gestos suaves, voz calmada y tono moderado.

En la resolución:

Estilo asertivo: CV- conversación tranquila, palabras de disculpa, gestos controlados y suaves. Tono de voz moderado. CNV-Gestos faciales y corporales relajados, alguna sonrisa. El abrazo final.

Capítulo 14. Sin mención a la familia. ¡Por favor!

Autor: M^a del Carmen García Reyes

Identificación de los estilos de comunicación.

Madre: Agresivo- asertivo

Enfermera: Asertivo- agresivo.

Descripción de la situación

En el ámbito laboral se producen a menudo, muchas veces más de las que una mismo deseara, situaciones controvertidas que cuanto menos deberíamos tener capacidades para saber afrontarlas.

Urgencias es habitualmente el lugar donde desarrollo mi actividad profesional diaria. Como todos sabemos o presuponemos, es un lugar donde se viven muchas situaciones de tensión. Muchas situaciones en las que la comunicación interpersonal y las habilidades sociales adquieren un papel primordial para evitar enfrentamientos y roces que se producen a diario, y que a la larga pueden ir minando las relaciones personales dentro del ámbito laboral.

Debido a la situación actual producida por los recortes en el ámbito de sanidad, el personal de urgencias se siente cada vez más presionado. Se exige el mismo trabajo o incluso más y más complejo, con menos personal. De esta situación inicial, y de la adjudicación de trabajos polivalentes a determinadas enfermeras del servicio, asignando la cobertura de dos puestos de trabajo al mismo tiempo, surgen a diario tensiones o malos entendidos. Esta situación está justificada por la empresa porque, según su criterio, a ciertas horas del horario de mañana hay una disminución de la carga asistencial en urgencias. Esto provoca que, en determinadas ubicaciones, el personal de enfermería deba cumplir una tarea doble, o como digo yo, encubierta para no reconocer que están provocando un descubierto de personal, provocando tensiones con las personas atendidas.

Puig, M. y Lluch, M.T. (2017). Estilos de comunicación desde una experiencia profesional enfermera
Barcelona: Diposit Digital Universitat de Barcelona, Colecció Omado, document de treball.

Estando en *triaje* es fácil suponer la presión a la que nos vemos sometidos, presión que en determinados momentos se hace insostenible y nos conduce a situaciones de tensión diarias. Recientemente me encontré en una de esas situaciones provocadas por la presión que detallaré a continuación.

Uno de esos días en los que estamos desbordados, tenía en la pantalla del ordenador más de 10 personas pendientes de triar y una demora de más de 30 minutos. *Triaje* era un sin parar, por no decir una locura. Golpeó a la puerta del despacho una señora, que justificó sus golpes con violencia porque traía a su hijo con un fuerte dolor de cabeza. Esta no es una situación inusual ya que el desconocimiento de la enfermedad en muchos casos crea una angustia incontrolable.

Pues bien, como en otras situaciones anteriores ya vividas, eché un visón rápido y somera al paciente para valorar si se correspondía con una situación vital y guie a la madre por un lado y al celador por otro para reconducir la situación y poder evaluar al hijo de esta señora que solicitaba ayuda. A la madre con una actitud empática le recomendé que se tranquilizara. Le comenté que en cuanto acabara de valorar al usuario que tenía dentro del despacho estaría por ella, que en esos momentos no podía dejar de atenderlo porque también necesitaba atención sanitaria igual que ella. Por otro lado, indiqué al celador que fuera tumbando al chico en una camilla hasta que yo pudiera acudir. Que le fuera tomando constantes para ver su situación real. Le intenté explicar que estábamos saturados, que no podíamos dar más de sí y que de seguida estaría con ellos.

En ningún momento tuve o desde mi punto de vista utilicé un tono de voz elevado. Tampoco gestos que pudieran denotar nerviosismo a pesar de la presión y el estrés a la que estaba sometida en esos instantes.

Cuando acabé de triar al paciente anterior me dirigí al pasillo para valorar al chico. No habían pasado más de cinco minutos. A pesar de todo lo que había hecho ya por ellos, la madre se abalanzó hacia mí gritando. Que no había derecho y que atendieran inmediatamente a su hijo. Intenté volver a dialogar con ella para pacificar la situación. Ella con los brazos en alto, gesticulando en exceso no atendía a razón. Hasta que esgrimió la frase resorte que me abocó a entrar en una discusión directa. Me soltó a modo de maldición la frase maldita de ¡le tendría que pasar a tu hijo, si es que eres

madre! A lo largo de toda mi carrera profesional, he podido comprobar que no hay frase que tenga más efecto rebote en mí, que el hecho de desearle a toda mi familia los dolores, los males, o toda la patología que traen a urgencias los pacientes.

Metida ya en el acaloramiento de la discusión, le contesté en voz alta que no tenía que invocar a mi familia para que le atendiera, que de hecho ya lo estaba haciendo, que ella era incapaz de verlo y que ellos tenían el mismo derecho que el resto de clientes, que habían venido antes que ella, y todavía no habían sido valorados. Le recomendé que se quedara a un lado y que me dejara valorar a su hijo en condiciones.

Resolución de la situación.

Al hacer la valoración en *triaje* pude comprobar que el chico tenía una cefalea intensa, que el dolor era importante y que debía ser atendido con rapidez. Le asigné el nivel de urgencia. No me conformé, hasta aquí llegaba mi función. Sino que continué enfocando la visita, la atención del chico y la resolución de la situación. Todo se fue tranquilizando y de nuevo intenté volver al tema para comprobar el estado y la impresión de esa madre angustiada. Pude reconducir la situación comentándole que no era necesario desear males ajenos para que le atendiéramos. Que somos profesionales que sabemos hacer nuestro trabajo. Que, independientemente de la presión a la que estamos sometidos a diario, hacemos nuestro trabajo lo mejor que podemos. Y lo mejor que nos deja la situación política actual debido a los recortes. Que no debemos ser víctimas de los males ajenos. La madre, una vez liberada de la tensión que había pasado con su hijo, entró en razones y me dijo que entendía la situación. Me comentó que se había descontrolado. Me pidió disculpas justificando su actitud por los nervios del momento. Disculpas que acepté en actitud empática, pero me vi obligada a reprocharle de nuevo, que no hubiera sido justa con la actitud que yo había demostrado con ellos. Asumiendo ésta de nuevo el “*mea culpa*” en actitud pasiva.

Por mi parte no queda otra cosa que asumir que son hechos que suceden a diario en urgencias que, si bien no tienen justificación ninguna tampoco se pueden llegar a

resolver ya que estas actuaciones son inherentes al egoísmo y el egocentrismo del ser humano. Destacar la satisfacción que te proporciona el trabajo bien hecho.

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

Ejemplo:

CNV: Golpear la puerta, gritar, movimiento de las manos, gesticulación excesiva por parte de la madre. Visión directa y desafiante por mi parte cuando menciona a mi hijo y mi familia.

CV: ASERTIVO: cuando intento explicarle la situación de inicio y le explico que les atenderé los más rápido posible.

AGRESIVO: Cuando la madre exige atención gritando y con gestos con las manos.

Por mi parte cuando discuto con ella por el hecho de haber nombrado a mi familia.

ASERTIVO: Las disculpas de la madre y la referencia a que entendía mi enfado.

Capítulo 15. Los años de experiencia...

Autor: Laura Pereyra Silvera.

-Estilo de comunicación: agresivo -agresivo/ agresivo- pasivo.

-Descripción de la situación: agresivo -agresivo.

Turno de noche, pase del paciente a quirófano para una intervención de urgencias; dos enfermeras y un enfermero conformábamos el equipo donde se generó un conflicto por temas de fútbol entre el enfermero y uno de los camilleros que realizaba el traslado de la paciente.

A medida que pasaban los minutos la discusión iba en aumento, una situación muy desagradable para la paciente como para el resto del equipo, dado que les solicitábamos que se calmaran ya que no era el lugar ni el momento para tal discusión, pero hasta que no entró el médico anestesista no hicieron caso de nuestras peticiones. Éste logró poner fin a la discusión.

Una vez colocada la paciente sobre la mesa quirúrgica procedemos a llamar al cirujano; posteriormente ésta debía de colocarse en posición ginecológica.

Realizamos la anestesia de la paciente y el enfermero coloca las perneras para posicionarla.

Me retiro del quirófano para ir a buscar un material, a petición del cirujano, que faltaba para la intervención. Cuando regreso, el compañero estaba terminando de sujetar las piernas de la paciente sobre la pernera. Al acercarme a ella nuevamente y preguntarle cómo se encuentra me dice que una pierna le molesta dado que lleva una prótesis de rodilla; le comento al compañero para cambiar la posición de la pernera y me contesta que así está bien, que el cirujano le había dado el OK; su tono de voz seguía alterado.

Agresivo-pasivo.

Me acerco a él y le insisto en rectificar la posición de la pernera ya que anteriormente no le había aclarado el motivo de mi petición; le comento que la paciente tiene una prótesis de rodilla y le molesta. Entonces, comenzó a gritarme que si quería cambiar la p...a pernera la cambiara yo, que siempre estaba criticando su trabajo, que nada me servía, y que estaba harto que todo el mundo le mandara, etc., etc.

No le contesté; me dirigí al cirujano, le expliqué el motivo por el cual quería mover de posición la pernera y que si le parecía bien intentaríamos que tanto la paciente como él mismo estuvieran cómodos.

Transcurrió la cirugía sin más incidentes, al pasar la paciente al servicio de reanimación le hago llegar las disculpas del equipo por lo pasado anteriormente, la paciente responde que comprende la situación, acepta nuestras disculpas y agradece que le hayamos solucionado el problema y aliviado el intenso dolor que traía.

4-Resolución de la situación:

Mientras recogíamos el quirófano no crucé palabra con el enfermero, él aún estaba de mal humor, mi compañera con más años de experiencia en el servicio le dice; ¿está noche te has pasado un poco, no crees?

Él se gira bruscamente con gesto amenazante, sobrepasa en altura a mi compañera, pero ésta, con la mirada firme le advierte: ¡a mí no se te ocurra levantarme la voz; ¡además, tanto Laura como la paciente no se merecen el trato que tú le has dado!

Él se queda pensativo un momento, su postura se relaja, mira a mi compañera y le dice que tiene toda la razón; se dirige hacia ella, le pide disculpas, la abraza y le dice que lo siente, que la situación con el camillero le había alterado mucho.

Se acerca a mí, que estaba cerrando el ordenador, me pide disculpas y me da un abrazo que acepto porque creo que todo su enfado provenía de la situación anterior.

Le digo que esta situación ha sido algo excepcional ya que llevamos mucho tiempo trabajado juntos y nunca había sucedido algo así, pero esta noche me había dicho algo que me preocupaba más: que yo critico su trabajo, que nada de lo que hace me parece bien y que está harto de que le mandemos; por eso yo también le pido disculpas por haber provocado que se sintiera así. Somos un equipo y creo que para trabajar bien debemos respetarnos los unos a los otros.

Procuraré de aquí en más que no vuelva a ocurrir y de tu hacérmelo saber cuándo así sea, -agregué-, realmente yo no considero que hagas mal tu trabajo, todo lo contrario; soy yo que cometo el error de estar muy encima de lo que haces, por ser el más nuevo.

Otra cosa: ¿te importaría ir a saludar a la paciente a reanimación? Yo le he pedido ya las disculpas por lo sucedido, pero creo que tanto ella como tu están en la misma situación, dolidos porque el Barça ha perdido la Champions contra el Madrid.

Los tres nos ponemos a reír.

Cuando él se marcha a ver a la paciente le doy las gracias a mi compañera. No hubiera encontrado las palabras tan exactas, el momento y forma que ella se las dijo para solventar la situación. Ella me contesta: -tu tampoco lo has hecho mal, has sabido callarte cuando te han agredido, has reconocido tus errores, has estado sobre todo por la paciente y has aceptado verdaderamente las disculpas.

Al final, con su grata y cálida sonrisa expresa: -son los años. Vamos a por un café que nos lo hemos ganado.

5-Elementos que identifican el estilo de comunicación (verbales y no verbales)

Durante el conflicto con el camillero estilo agresivo

CV: gritar, voz autoritaria, insultos despectivos.

CNV: actitud violenta, invadir el espacio del otro.

Luego nuevamente estilo agresivo

CV: gritos, si quería cambiar la p...a pernera, criticando su trabajo, nada me servía, hartó que todo el mundo le mandara.

CNV: actitud corporal desafiante, altiva., gesto amenazante, intimidante.

Final en la resolución del conflicto

CV : disculpas, reconocer errores.

CNV: abrazo, sonrisa.

Capítulo 16. Ponte en mi lugar

Autor: Sònia Parcet Serra

Estilo de comunicación:

Durante el conflicto: Agresivo /Asertiva

Durante la resolución: Asertivo /Asertiva

Descripción de la situación:

Trabajo como Enfermera de Anestesia en un Servicio de Anestesiología de una clínica privada. Somos un equipo interdisciplinar compuesto por anesestiólogos, enfermeras, administrativos e ingenieros biomédicos en el que trabajamos unidos para conseguir una mejora continua en la calidad de nuestro trabajo diario intentando dar abastecimiento a todos los quirófanos a pesar de la sobrecarga de trabajo que nos encontramos en ciertas ocasiones.

Somos 4-5 enfermeras de anestesia para 12 quirófanos, esto supone un ratio de 1 enfermera para cada 2-3 quirófanos ya que no siempre están todos en funcionamiento.

Una de las mañanas de las que yo llevaba dos quirófanos, surgió el conflicto con un anesestiólogo. Los dos quirófanos que debía prepara, eran dos quirófanos en los que se realizaban cirugías pediátricas. En nuestro planning, consta el diagnóstico de la intervención y la edad del paciente, pero no las patologías que pueda tener asociadas el paciente.

A primera hora de la mañana cuando llegué, en los dos quirófanos que llevaba, había dejado preparado el respirador y la medicación para la realización de la inducción anestésica y seguidamente me dirigí a la sala de inducción esperando a que llegaran los pacientes para realizar les la correspondiente acogida y check-list.

Vi que el paciente de un quirófano tenía 4 años y el del otro quirófano 13. Y las cirugías de tanto uno como otro, eran cirugías de bajo riesgo.

El primero que llegó fue el niño de 4 años, así que lo atendí, corroboré los datos que tenía con la historia clínica informatizada y procedimos a pasarlo al quirófano, donde se le puso una vía endovenosa, y se le durmió. Le comenté al anesestiólogo del otro quirófano que yo estaba con él también aquella mañana, que empezaba a hacer una inducción y después entraría con él para realizar la otra inducción. Su paciente todavía no había llegado y pensé que me daría tiempo de

hacer las dos inducciones, si no, le comenté que avisara a alguna de mis compañeras a ver si ellas le podían ayudar si estaban libres. El Dr. aceptó sin poner muy buena cara, pero no dijo nada más.

Cuál fue mi sorpresa, cuando al entrar en su quirófano, la niña de 13 años ya estaba dormida y le dije:

- Hombre Dr., ¿por qué no me has avisado que entrabas ya a quirófano? Si te hubieras esperado cinco minutos podríamos haber entrado juntos.

A lo que él respondió elevando la voz, moviendo los brazos, tirando las cosas a la papelera fuertemente y casi sin mirarme:

- ¡A buenas horas!! Gracias por dejarme sólo con una niña de 13 años con pluripatología asociada, menos mal que me han ayudado las enfermeras circulantes

Yo le miré sorprendida y le dije que sentía mucho no haber podido entrar a tiempo de realizar la inducción anestésica con él, pero que ya le había avisado que iba a estar en otro quirófano y que podría haber avisado a mis compañeras, a lo que él me respondió:

- El otro quirófano no era tan importante como el mío, mi paciente tenía patología asociada que el otro niño no tenía. He llamado a otras compañeras tuyas, y no ha venido nadie.

A esto, yo me disculpé de nuevo y le comenté que yo no sabía la patología asociada de la niña y que si ninguna de mis compañeras había asistido a ayudarlo, era porque estábamos todas ocupadas en otros quirófanos.

Le comenté que también se podría haber esperado diez minutos para hacer la inducción o haberme venido a buscar para explicarme la situación que había y yo podría haber priorizado su quirófano al otro que había entrado.

Le dije que se intentara poner en mi lugar, no me podía clonar, así que no podía hacer otra cosa ante las soluciones que le había propuesto. ¿Qué hubiera hecho él en mi lugar?

Entonces empezó a elevar el tono de voz y a hablar a gran velocidad diciendo que no teníamos suficiente información del tipo de pacientes que venían a quirófano, que el circuito que se seguía no era bueno, que faltaba personal para trabajar, que se les autorizaba a algunos anestesiólogos a hacer vacaciones aunque hubiera mucho trabajo y que algunos compañeros suyos tampoco ayudaban con el trabajo y así una lista de incidencias en los que entendí que no estaba conforme con muchas cosas de la organización en general.

Yo le escuchaba con cara de asombro, ya que pensaba que se estaba desahogando de un sinfín de causas que le habían estado enojando, pero que la mayoría ya no iba conmigo.

Yo iba asintiendo, estaba de acuerdo con él en la mayoría de cosas, pero cuando terminó le dije que no pensaba que fuera a mí a quien me tenía que comentar esta problemática, que yo también sufría a mi manera los problemas organizativos y que pensaba que tampoco aquel era el lugar para hablarme de esta manera. Des de la intranet, incluso, se puede tener acceso a la descripción de incidencias que se tienen durante el día, por tanto creo que en general hay un buen canal de comunicación en la empresa para que las cosas no se tengan que hablar de esta manera en el pasillo.

Resolución del conflicto

Asintió, sonrió y acabó diciéndome:

- ¿Cómo está tú perro? Él y yo tenemos la misma raza de perro con la misma edad y solemos hablar de los destrozos que nos provocan los cachorros en la casa.

Entonces yo relajé mi cara de asombro, le sonreí también y le dije que tuviera paciencia, que se estaba trabajando para mejorar el circuito de información del paciente, nos dimos un abrazo y ánimos para continuar el día.

Hablando con él, entendí que estaba cansado de ciertos quehaceres de la organización. Explotó conmigo por la incidencia que había ocurrido en aquel momento, pero al ver que yo argumentaba perfectamente la situación, se desahogó conmigo por la confianza que nos tenemos.

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

Estilo agresivo/asertivo durante el conflicto:

CNV: El Dr. se queja con un tono de voz elevado, moviendo los brazos, empleando la fuerza para tirar los papeles a la papelera, aumenta la velocidad del habla, tiene cara de enojado y evita la mirada.

Yo realizo escucha activa con cara de asombro, intento buscar la mirada y postura relajada.

CV: El Dr. expresa su queja por no haberle ayudado en la inducción anestésica y sigue con su inconformidad con la organización.

Yo, le informo antes de entrar a quirófano, le argumento la situación, pido disculpas y le explico lo que ha sucedido, las alternativas que tenía y le pregunto qué hubiera hecho él en mi lugar. No entro en discusión

Estilo asertivo durante la resolución del conflicto:

CNV: El Dr. baja el tono de voz y sonrío

Yo también sonrío y nos damos un abrazo

CV: El Dr. pregunta por mi perro para cambiar de tema y relajar el ambiente.

Yo le animo a seguir y tener más paciencia

Capítulo 17. Ah! bueno

Autor: Gemina Santana Aparici

Estilos de comunicación que se identifican:

- Agresivo
- Asertivo
- Pasivo

Descripción de la situación:

La situación que se describe ocurre en julio del 2016 en el contexto de un brote por un microorganismo multirresistente, en una unidad de hospitalización. La particularidad de este tipo de microorganismos es que persisten largo tiempo en las superficies inanimadas, con lo cual estas pueden convertirse en un reservorio y fuente de contaminación para otros pacientes. Por todo ello es fundamental tomar medidas lo más pronto posible para identificar a los pacientes colonizados y controlar la diseminación y transmisión.

Me avisa la medico de enfermedades infecciosa que desde el servicio de microbiologia se han detectado tres casos de pacientes colonizados o infectados por un microorganismo multirresistente en una unidad del hospital. Quedamos en dicha unidad y hablamos con el personal para informales de la situación y comunicarles que hay que aplicar medidas de aislamiento de contacto, a los tres pacientes, para evitar la transmisión. También contactamos con las servicio de limpieza para incrementar la limpieza y desinfección de las habitaciones donde se encuentran estos pacientes.

Finalmente vamos al laboratorio para concretar con el microbiólogo que muestras hay que recoger. Se comenta que es conveniente hacer frotis rectales a todos los pacientes de la unidad y de alguna superficies concretas.

Hasta aquí ningún problema, hay que decir que el microbiólogo habitualmente es una persona distante, de pocas palabras, cuando le hablas parece que resta importancia a lo que le dices. Utiliza frases cortas en sus respuesta. Es de esas personas a las que sólo te diriges cuando no hay más remedio.

Se aplican todas las medidas necesarias y se controla el brote, pero seguimos manteniendo las medias de vigilancia por si aparecen casos nuevos. Al cabo de unos cuantos días, aparece otro paciente, en una unidad próxima, aparentemente sin ninguna relación con los casos anteriores. Se aplican las medidas necesarias, se le hace un frotis rectal él y también al paciente con el que compartía habitación. Este último se quedará en la misma habitación con la cama de al lado bloqueada hasta conocer el resultado del frotis.

Llaman de la unidad para saber si pueden retirar el aislamiento al paciente y desbloquear la cama. Con la presión asistencial que hay no se puede tener una cama bloqueada si no es estrictamente necesario. A primera el Frotis estaba pendiente. Así que decido pasarme por el laboratorio para hablar con el microbiólogo:

- Hola, venia por si ya tenias el resultado del frotis. Han llamado de la unidad por si podian retirar el aislamiento y desbloquear la cama.

- Mira... tengo mucho trabajo y no pienso hacerlo! Contesta con un tono de voz alto y con cara de enfado.

Se gira y vuela a lo suyo.

Resolución de la situación:

Me quedé perpleja. Como podía decirme eso? Ni que le estuviera pidiendo un favor personal!

Estaba a punto de darme media vuelta, cuando me dije que esta respuesta no procedía, era una falta de respeto y no podía quedar así. Me dirijí a él, con voz tranquila:

- Perdona..creo que te he hablado con educación, siento que tengas mucho trabajo, pero yo estoy haciendo el mio y considero que tu respuesta no es adecuada.
- Ah! bueno...vuelve a lo suyo

Me sorprendió la pasividad de su respuesta, después de lo que le había dicho no fue capaz de articular ningún tipo de disculpa.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

Estilo agresivo:

CV: Tono de voz elevado y agresivo.

CNV: Cara de enfado, desvio de la mirada.

Estilo asertivo:

CV: Tono de voz calmado, argumentación razonada.

CNV: Postura firme.

Estilo pasivo:

CV: Tono de voz muestra desinterés

CNV: Falta de responsabilización por una conducta inadecuada.

Capítulo 18. En todos los servicios se cuecen habas

Autor: Francisco Javier Sánchez Moreno

Estilos de comunicación: *Cirujano principal*: agresivo-assertivo

Cirujano secundario: assertivo

Enfermero: assertivo-agresivo-assertivo

Descripción de la situación

Un día más, como el de ayer y con toda probabilidad, muy parecido al de mañana.

Pongámonos en situación. Quirófano de Cirugía Traumatológica y Ortopedia en turno mañana. Como ya sabéis, en dicho turno podemos encontrar a lo mejorcito de cada ramo, ¿o no? Enfermeras y médicos trabajando codo con codo, salvando vidas a mansalva e integrantes de un equipo enfocado a trabajar de forma conjunta y al unísono. Idílico, ¿verdad? Pura ironía. Por las mañanas, como en cualquier otro turno, también se cuecen habas. Todos tenemos nuestras tiranteces con compañeros, que intentamos solventar de la mejor manera posible. Muchas horas trabajando juntos, nos consideramos (casi) familia. Y por supuesto, en este servicio, nadie salva vidas. Mejoramos su calidad, eso sí, ¡y de qué forma! Pseudoestrés en el que cada uno sabe cómo actuar. Son muchos años ya y sabemos de qué pie cojeamos. Compañeros que aún creen en la jerarquía, pero que la desmontan cuando más les interesa y acorralados se ven. Falta de liderazgo, en mi opinión, es lo que más necesitamos hoy en día. Alguien en quien confiar, con experiencia, que nos guíe en aquellos momentos en los que necesitamos ese consejo, ese empujón para seguir adelante. Pero no creáis que todo esto sólo suceda aquí. Que el lector tire la primera piedra si en su servicio no sucede algo parecido. Pero nos queremos, a nuestra manera, pero nos queremos.

En los últimos años ha habido algunas bajas en el equipo por culpa de esa maldita enfermedad que tantos tabúes sigue teniendo, aunque queramos negarlo. En nuestro servicio usamos de manera asidua escopia de rayos X, asumiendo los riesgos a la exposición que ello conlleva (Khan, 2012), e intentando disminuirlos gracias a los recursos de los que disponemos. Debido a las bajas laborales mencionadas, todos estamos bastante sensibilizados con este tema, aunque existan estudios que nieguen la relación entre rayos X y cáncer (Brenner, 2003).

Éste fue el punto de conflicto que les quiero presentar y que dio pie a una serie de despropósitos.

Mientras operábamos una prótesis total de cadera, llegó el momento de realizar la escopia de comprobación para saber si todo estaba en orden. Yo no hacía mucho que había llegado al equipo, por lo que no conocía bien a los cirujanos. Entiéndase el carácter, formas de trabajar, preferencias, etc. Ese mismo día nos habían comunicado que una compañera que había trabajado durante decenas de años en este servicio, había manifestado una neoplasia, por lo que nos sentíamos angustiados y preocupados.

Estaba instrumentando la prótesis y en ese momento decidí que esperaría en la puerta de la preanestesia los diez segundos que tarda el radiólogo en realizar dicha comprobación.

La cosa fue así:

- *Yo*: si os parece, voy a esperar en la puerta hasta que la escopia haya acabado. – Les dije pausadamente, aparentando normalidad.
- *Cirujano Principal*: ¡ni hablar!, ¡te esperas aquí dentro con nosotros! – Me respondió bastante alterado.
- *Yo*: pero doctor, son sólo unos segundos y dada la situación, estaría más tranquilo.
- *CP*: soy yo el máximo responsable del paciente y si sales aunque sean unos segundos, ¡la prótesis se va a infectar! – Me gritó.
- *Yo*: ¡yo también soy responsable de la seguridad del paciente! Y si es eso lo que le preocupa, volveré a realizarme el lavado quirúrgico, me cambiaré la bata y los guantes y será como si empezase de nuevo a instrumentar. – Le dije en todo alterado.
- *CP*: ¡He dicho que no!
- *Yo*: ¿Pero ha escuchado mi alternativa? Voy a ir con todo el cuidado del mundo mientras espero, pero aun así le ofrezco lavarme quirúrgicamente de nuevo. ¿Qué problema hay?
- *Cirujano Ayudante*: ¡Vale ya! Esto se habla en otro momento. Ahora lo único que hacemos es retrasar la cirugía y el paciente no tiene la culpa de nada de esto. Así que sigamos con la operación, por favor.
- *CP*: Está bien Fran, mientras esperas puedes ir lavándote de nuevo. Luego lo comentaremos. – Finalizó mientras me miraba a los ojos.
- *Yo*: Gracias y tranquilos, no se va a infectar nada, ¡ya lo veréis!

Quizás sobre el papel parece una conversación nada trascendental, pero más allá del escrito, el tono que adquirió fue de más agresivo a más asertivo, hasta que impuso la calma y cordura el cirujano ayudante.

Resolución de la situación

Como es normal, al acabar la intervención hablamos sobre lo sucedido. Le volví a exponer mis miedos y dudas, como la enfermedad que habían manifestado las compañeras, o si existía evidencia de que el salir no más de diez segundos a la puerta de la pre-anestesia, aumentase el riesgo de infección y si era así, volver a ofrecerle la opción de lavarnos y vestirnos de nuevo. Algo muy lógico y siempre valorando la óptima seguridad y beneficio para el paciente, pero sin olvidar la nuestra propia.

De mutuo acuerdo, consensuamos que si la escopia se alargase en tiempo, podríamos tener la opción de esperar en la puerta. En cambio, para este tipo de prótesis primarias, que son las más comunes y la gran mayoría, utilizaré todos aquellos medios de los que dispongo para protegerme de los rayos X (traje plomado, collar plomado tiroideo y gafas plomadas). Mi intención era llegar a un acuerdo más favorable para mi/nuestra salud física, ya que ellos no utilizan medio protector ninguno, sobretodo me hubiese gustado no tener que cargar con el traje plomado, cuyo peso es bastante elevado, durante más de tres horas para una simple escopia de no más de diez segundos.

Este hecho es algo que no está protocolarizado, por lo que si el cirujano principal no tiene inconveniente, el personal puede esperar en la puerta sin reproche alguno.

A lo que ellos llaman detalles técnicos, yo les llamo manías, puesto que los resultados de infección quirúrgica no son relevantes comparado con el resto de cirujanos que sí permiten la salida del personal durante la escopia.

Quizás estos temas relevantes y dispares, debieran ser consensuados con todo el equipo antes de que se conviertan en conflicto.

Años después mantenemos una relación laboral muy cordial. Ambos nos hemos conocido mucho mejor. Él sabe perfectamente que me desvivo por la seguridad del paciente, que hago todo lo posible por su bienestar y confort y que, profesionalmente, no puede haber queja sobre mi actitud e implicación con el servicio. Tras la conversación posterior al conflicto, la tensión fue rebajando hasta desaparecer en pocos días. “Hablando se entiende la gente”, diría más de uno. Y cuánta razón tiene esos refranes de nuestro nutrido lenguaje.

De este tipo de situaciones podemos destacar la importancia de no adelantarnos a las intenciones del resto, a escuchar distintos razonamientos igual de válidos que los nuestros, utilizar la empatía que a veces tan escondida queda y comprender las inquietudes de los compañeros, y,

por encima de todo, fomentar la buena relación de ese equipo con el que pasamos tantas horas con el fin de mejorar día a día la calidad asistencial que ofrecemos al paciente, que es por quien verdaderamente debemos luchar e implicarnos cada día.

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

Agresivo:

· CNV:

- Gesticulación rápida, amenazadora y excesiva.
- Contacto visual mostrando enfado.
- Volumen elevado de voz.

· CV:

- Lenguaje que expresa autoridad y brusquedad.
- Formula preguntas provocadoras sin esperar respuesta alguna.
- Tono de voz exigente y amenazadora.

Asertivo:

· CNV:

- Gesticulación más pausada y relajada.
- Contacto visual cálido.
- Volumen de voz acorde con la situación

· CV:

- Respeto por el turno de palabra y control del silencio.
- Tono de voz calmado.
- Escucha activa.
- Ofrecer alternativa si permiten esperar en la puerta de quirófano, y se transmite el mensaje de forma positiva.
- Se decide posponer la conversación.
- Los argumentos son claros y concretos y se realizan preguntas reflexivas al cirujano principal.

Capítulo 19. Todo por una analítica.

Autor: Jordi Tello Barquilla

Estilo de comunicación:

Durante el conflicto: Agresiva / Asertivo.

Durante la resolución: Asertiva /Asertivo.

Descripción de la situación:

Es jueves por la mañana en la planta de medicina interna. Estoy en una habitación junto a una compañera realizando la cura de una úlcera del paciente que tenemos ingresado desde hace un par de días. Hemos pedido consentimiento escrito al paciente para realizarle unas fotografías de la úlcera y así poder hacer un caso clínico y presentarlo en un congreso. Mientras realizamos la cura, viene otra compañera a decirme que la supervisora de enfermería ha llamado preguntando por mí y que, por favor, la llame cuando pueda.

Al terminar de hacer la cura, mi compañera y yo recogemos todo el material y nos dirigimos al control de enfermería. Tras lavarme las manos, llamo a la supervisora. Mi supervisora, Teresa, me dice que mañana una de las compañeras que viene por la mañana a realizar las analíticas de los pacientes hospitalizados no podrá venir y me pide si puedo entrar yo media hora antes, a las siete de la mañana, para hacer las analíticas que haya y luego a las siete y media coger el parte y comenzar con mi jornada laboral normal. Le digo que sí, que vendré a hacer las analíticas.

Al día siguiente, a las siete de la mañana estoy ya en planta dispuesto a hacer las analíticas.

Al llegar al control de enfermería, las compañeras del turno de noche me dicen que Maite, la enfermera que tenía que venir a hacer las analíticas conmigo ha llamado diciendo que se encontraba mal y que no podría venir. Sobre el mostrador del control de enfermería, veo como más de ocho bolsas preparadas con los tubos y las peticiones de análisis. “Va a ser imposible que yo solo hago tantas analíticas en media hora”, me digo y armando me valor preparo un carro, coloco las analíticas en orden por número de habitación y comienzo.

El primer paciente es un señor que ya conozco que otros ingresos. Le saludo, le digo mi nombre y explico que vengo a hacerle una análisis de sangre. Al explorar su brazo veo que tiene unas venas muy marcadas y de fácil acceso y enseguida le realizo la extracción de sangre y le pongo una tiritita. Me despido de él, le apago la luz y salgo de la habitación. El siguiente paciente es un chico joven de la habitación 226. Al ir a hacerle la analítica veo que le piden una prueba más precisa que consiste en que, cuando se le extraiga la muestra, uno de los tubos tiene que colarse en una cubeta con frío para que la temperatura ambiente no haga variar el resultado. Le pido disculpas y le explico que tengo que ir al control de enfermería a buscar una cubeta con una placa de hielo. Al ir al control, veo que no tenemos ninguna placa de hielo, así que bajo al laboratorio para que lo den.

Con el material preparado vuelvo a la habitación 226 y le hago la analítica al paciente. En la habitación de al lado, la 225, dos pacientes me esperan para hacerle sus análisis. Poco a poco, voy haciendo las analíticas hasta que, en la penúltima analítica, la paciente tiene unas venas de muy difícil acceso y me cuesta mucho hacerle la extracción. Al final, después de pinchar en tres ocasiones a la paciente consigo extraerle la sangre y voy al control a que me pasen el parte. En la media hora que tenía para hacer las analíticas, las he podido hacer todas a excepción de la del paciente del 215.

La compañera del turno de noche me pasa el parte y marcha. María es la compañera que está esa mañana conmigo, lleva años trabajando en el hospital, pero que no tiene una plaza fija y que la ubican cubriendo las fiestas y días personales del resto. Le digo que no me ha dado tiempo a hacerle la analítica a la paciente de la 215 y que, por favor, se la haga ella. Al comentarle eso me comienza a gritar diciendo, sin mirarme a la cara, que ya está bien, que siempre tiene que venir a hacer ella lo que no quieren hacer los demás, que qué me he creído y que no piensa hacerle la analítica a la paciente. En un ataque de furia, coge la analítica y la tira a mi carro administración de medicación diciéndome que la haga yo.

Intentó explicarle, con tono calmado, que estaba yo solo para hacer las analíticas y que he tenido algunos problemas como tener que bajar al laboratorio a por la placa de hielo para el tubo frío o el acceso venoso difícil de una de las pacientes. Le pido que intente ponerse en mí lugar para que me entienda.

Mi compañera dice que no quiere hablar más del tema y da por zanjada la conversación yéndose al office a tomarse un café. Yo preparo para ir a la habitación a hacer la analítica que queda y pienso que ya hablaré con ella otro día.

Resolución de la situación:

Unos diez días después del incidente de la analítica, coincido con María otra mañana. Nada más llegar a planta, nos pasan el parte y le pido a María si podemos ir juntos un momento a tomar un café. Encantada se viene conmigo y mientras preparamos el café le digo que me gustaría hablar de lo que nos pasó el último día que estuvimos juntos.

Nada más comenzar a hablar, María me dice que está muy avergonzada por lo que pasó y me dice que lo siente mucho. Me pide perdón en reiteradas ocasiones y me explica que se puso tan enfadada porque está cansada de no tener un sitio fijo en la empresa e ir dando vueltas de un lado para otro. María, mirándome a los ojos, me dice que tiene la sensación de que no pertenece a ningún sitio y que siempre ha tapando los huecos que quedan,

teniendo la sensación de que siempre le dejan a ella el trabajo sucio.

Le digo a María que comprendo su situación y que sé que tiene que ser muy casando estar sin un lugar fijo. Le digo que podría hablarlo con la supervisora para ver que posibilidad tiene de que, durante un tiempo, le cambien de plaza y pueda tener algo más estable.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

Estilo agresivo durante el conflicto:

CV: Gritar. Responder de forma tajante diciendo que no va a hacer la analítica.

CNV: Tono de voz elevado. Lanzar la analítica.

Estilo asertivo durante el conflicto:

CV: Expresión de los pensamientos. Tono de voz adecuado. Pedir a los otros que se pongan en nuestro lugar.

Estilo asertivo durante la resolución del conflicto:

CV: Expresión de los pensamientos y sentimientos respetando la opinión de la otra persona. Pedir perdón. Tono de voz adecuado.

CNV: Escucha activa. Contacto visual.

Capítulo 20. Siempre es no. Todo por escrito

Autor: Rocío Taberero Gallego

Estilo de comunicación: Agresiva- Asertiva

Agresiva: El enfermero se muestra autoritario y exigente, su comunicación verbal pone de manifiesto que la supervisora le ha hecho una encerrona. Su comunicación no verbal a través del contacto visual es hostil y de enfado.

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.

Asertiva: Durante la reunión creamos un espacio de escucha activa, de explicación clara de los objetivos, reflexión sobre el hecho de no realizar la formación y la reafirmación de las capacidades del profesional.

Descripción de la situación.

Recibo una llamada de la supervisora responsable de la UCI del turno de noche. Está desesperada con un enfermero al que cualquier propuesta de trabajo o actividad que le hace, su respuesta es siempre no

Le solicito que me explique el comportamiento de este profesional. Me explica que es muy buen profesional pero con unas actitudes muy especiales, y me pone un ejemplo. A principios de año, se ha instaurado en el hospital un nuevo sistema de gestión del tiempo para todos los profesionales. Consiste en que cada persona ha de entrar con su pastor y contraseña al aplicativo y solicitar sus libranzas. Montse me dice que todos estaban encantados con el nuevo sistema de solicitud de fiestas excepto él, que le comunicó que nadie le había informado del cambio y que por lo tanto él no iba a darse por enterado hasta que no se lo notificaran por escrito.

La desesperación de Montse en estos momentos, es porque el 15 de mayo se pone en marcha un aplicativo de registro enfermero para las unidades de críticos. Ella se ha encargado, con tiempo, de informar a todos los profesionales de todo el proyecto y de que será necesario hacer una formación específica en un aula de informática. Les ha

explicado que se han organizado hasta seis grupos de formación para que puedan elegir. Y él ha vuelto a decir que no. Ella con mucha paciencia ha intentado hacerle ver que era imposible hacerla en la misma unidad, y él vuelve a insistir en que se lo dé por escrito.

Por lo que decido, para darle apoyo, convocar una reunión los tres: el enfermero, la supervisora y yo.

Entra sin llamar al despacho, tiene una actitud altiva y desafiante. Me presento, me dirijo a Montse, y le invito a sentarse, le explico el porqué de la reunión. “Venimos a explicarte y aclararte todas las dudas que tengas en referencia al nuevo proyecto de registro de críticos.

Comienza a hablar en un tono bajo y con un discurso calmado: “No me voy a apuntar a los cursos de formación por varias razones” Le animo a que nos las explique. “En primer lugar, porque si es un curso obligatorio quiero que me lo deis por escrito, además, es obligatorio que el curso se realice dentro del horario laboral de los trabajadores. ¿Me vais a dar una compensación en el caso que lo haga, desplazamientos, pago de dietas? ¿También me quiero quejar por qué todos los cursos son por la mañana? A mí me va mejor por la tarde antes de entrar a trabajar.”

Transmite una actitud exigente y una postura desafiante. Le digo que la información sobre la formación, Montse se la ha transmitido a todos los del equipo entre los que estaba incluido él. Le explico que los cursos de formación estratégicos, como es el caso de este por ser un cambio en el sistema de registro, es imprescindible y necesario que los haga todo el mundo. Le digo que no existe normativa al respecto de tener que darlo por escrito. Tengo la sensación que no me escucha. Sigue insistiendo en que no está dispuesto a hacerlo.

“El curso deberíais hacerlo dentro del horario laboral”. Le contesto “entiendo lo que dices aunque no es posible porque para poder aprender el sistema de registro, se ha de hacer en un entorno seguro y adecuado. Ese espacio es el aula de informática. Con respecto a la compensación que solicita, le recuerdo que el hospital ya contempla la devolución de las horas de formación y que en este caso se hará lo mismo.

Le digo de forma tranquila y con cara relajada, que me han informado que es muy buen profesional, que este cambio, en el sistema de registro enfermero, les va a facilitar el trabajo y va a ser beneficioso para los profesionales y para el paciente.

Si he entendido bien, dices que tú por las mañanas no podrías. Te agradezco la sugerencia, porque no habíamos pensado en esa posibilidad. Por lo que lo tendremos en cuenta y organizaremos algún curso por la tarde y te informaremos. Se remueve en su asiento, sigue con el ceño fruncido y está tenso. Contesta: “quiero saber cuándo sería, siempre por escrito y ya veremos si puedo adaptarme o no “

Intento explicarle de la importancia de que haga la formación. “Es una gran oportunidad de evolucionar en nuestra profesión enfermera, de tener registros que nos permitan extracción de datos para poder publicar e investigar “. Le invito a la reflexión sobre la decisión de no realizar el curso.

Se levanta, nos agradece la información recibida y se marcha cerrando la puerta. Su cara ha cambiado desde que entró hasta ahora.

Nos quedamos Montse y yo. No tenemos claro que hará finalmente, sí creemos que al final de la reunión estaba menos tenso.

Resolución de la situación

Nos solicita una nueva reunión, acepta hacer la formación si se organiza el curso por la tarde. El insiste que no se le ha informado con el tiempo suficiente.

Creo que en ambas reuniones hemos mantenido en todo momento una relación interpersonal de asertividad. El mantenía un actitud muy tensa y agresiva, más hacia la supervisora porque se sentía traicionado al convocarle a la reunión conmigo como Adjunta. Le hemos escuchado activamente y le hemos dejado expresarse. Él ha mantenido durante casi toda la reunión, sobre todo en la primera, su negativa a hacer la formación a pesar de las explicaciones. Como positivo el agradecimiento al final. 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:

- tono bajo y con un discurso calmado
- “El curso deberíais hacerlo...”

CV Asertiva:

- Supervisora ha tenido paciencia con él
- Le animo
- “entiendo lo que dices
- es muy buen profesional
- Si he entendido bien
- Le invito a la reflexión
- nos agradece la información recibida

CNV Agresiva:

- Entra en el despacho sin llamar.
- actitud altiva y desafiante
- no me escucha
- actitud exigente y una postura desafiante
- ceño fruncido y está tenso

CNV Asertiva:

- Le invito a sentarse.
- Le digo de forma tranquila y con cara relajada...
- final de la reunión estaba menos tenso

Capítulo 21. Reclamando al *Cap* de Guardia

Autor: Carmen Obejo Almillos

Estilos de comunicación:

Paciente: agresivo

Coordinadora enfermería: pasivo

Descripción de la situación:

Noche movida en urgencias del Clínic. Varias horas de demora y pacientes acumulándose por los pasillos.

Yo estoy acabando la ronda por las diferentes plantas del edificio, cuando me suena el teléfono. Es una busca que no tengo memorizado, así que me apresuro a cogerlo y a contestar.

Al otro lado del teléfono se identifica un médico de urgencias que me explica que acaba de hacer una interconsulta a un paciente que había venido a visitarse por otorrino. Me cuenta que el paciente no tiene criterios de patología aguda ni necesita tratamiento, pero que le insiste en que lo visite otro médico porque refiere que se ahoga.

Me comenta además que es muy maleducado y que le ha estado insultando.

Le digo que enseguida me dirigiré al box de otorrino e intentaré hablar con el paciente.

Mientras voy de camino vuelve a sonarme la busca. En este caso es el teléfono de la tercera planta donde se visita a este tipo de pacientes.

Cojo el teléfono y noto la voz de la enfermera muy angustiada. Me dice que hay un paciente que está gritando (lo puedo oír de fondo) e insultando al personal sanitario.

En unos segundos llego a la planta y veo a un paciente en el pasillo, dirigiéndose a una enfermera de manera muy airada, y a la madre del éste que también está gritando.

Rápidamente los identifico. Son dos usuarios habituales del servicio de urgencias del Clínic, que suelen tener disputas con el personal sanitario en todas sus visitas.

Me dirijo a ellos en tono tranquilo, me identifico como Coordinadora de enfermería y les pregunto por la situación.

El paciente baja su tono de voz y me explica que ha venido a visitarse porque tiene sensación de ahogo y que los médicos que lo han visto, no le han solucionado el problema.

Le explico que le han visitado dos especialidades diferentes, y que ninguno de los médicos ha apreciado ninguna alteración de la respiración.

El paciente vuelve a levantar el tono de voz y a insultar a la enfermera y a la médico de otorrino, que están detrás del control de enfermería.

Le pido que por favor deje de insultar y amenazar al personal, vuelvo a bajar el tono y a explicarle que ya se le ha visitado, que se le ha firmado el alta, y que si no está de acuerdo con la atención siempre puede hacer una reclamación en la primera planta.

En ese momento interviene la madre del paciente que gritando me exige que llame al Cap de Guardia. El paciente sigue gritando y reclamando que lo atienda otro médico.

En ese momento, me doy cuenta de que adoptar una postura asertiva no me va a ayudar a resolver la situación, así que en una posición neutra, me vuelvo a presentar como la Coordinadora de urgencias y les indico que no voy a avisar al Cap de guardia, porque yo soy la máxima responsable del servicio.

Mi negativa, hace que tanto el paciente como la madre adopten una postura aún más agresiva, descalificándome e insultando de nuevo al personal.

Aprovecho el momento que el paciente vuelve a cruzar unas palabras con la médico de otorrino y llamo a los compañeros de seguridad para que vengan a la planta.

Tanto el paciente como la madre de éste siguen gritando y pidiéndome explicaciones sobre mi negativa a avisar al responsable médico del hospital como ellos están demandando.

Les indico que no pueden continuar con esa actitud dentro del servicio de urgencias y que me he visto obligada a llamar a seguridad

Yo sigo con mi tono de voz neutro, repitiéndoles que si no están de acuerdo pueden poner una reclamación, pero que yo soy la máxima responsable del servicio y que no voy a llamar a nadie.

Resolución de la situación:

El paciente me pide mi nombre para poder poner la reclamación, que yo le doy sin ningún inconveniente, y cuando llega seguridad les acompaña a la planta primera donde se rellenan los formularios de reclamación y posteriormente a la salida.

Al día siguiente explico a mis superiores la situación y la causa de la reclamación, con la aprobación de mi actuación por parte de éstos.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

CV:

Agresivo: Insultos, descalificaciones, tono de voz alto.

Pasivo: Tono de voz neutro, pocas palabras, silencios.

CNV:

Agresivo: postura desafiante, gesticulación exagerada, invasión del espacio físico.

Pasivo: brazos cruzados, distancia física, mirada esquiva.

Capítulo 22. Relato- apetito de serenidad en la salud *mental*: La planta de observación

Autor: Delby Antonio Cano Serna

El viento va fuerte, las hojas de las impresoras caen, los cuadros de la pared se mueven a punto de quebrarse. Es el pasillo un llanto que brota del alma como ríos desbocados, difíciles de apaciguar. Corre Ana María, encargada de limpieza a prisa por coger aquella traperera y los recipientes necesarios para evitar una caída de los pacientes y colaboradores en sala de espera.

Relampaguea muy fuerte, la lluvia cesa un poco. Ana María arriba el puesto de enfermería *“hola David, que tal el turno” “un poco apresurado”* respondo. Termino mi turno asistencial en la planta de observación, son las 10:00 am, converso por el teléfono, me encuentro afanoso, me paseo por los pasillos, recojo algunos expedientes, organizo el carro de curas, observo el reloj; son las 10:10 am. Suena el teléfono a la par del tic-tac del reloj *“va a iniciar otra reunión, te espera el gerente”* la enfermera asistencial que se espera reciba el turno no ha llegado, *“quiero morir, quiero morir” “por favor suélteme no me amarres, no estoy loco”* dice el paciente de la habitación 101.

David se traslada hacia la habitación, José, Medico de turno intenta abordar al paciente, inicia a tomar las constantes vitales: toma la presión arterial *“enfermero 5 y 5”*¹ me desplazo al puesto de enfermería miro el reloj; son las 10:40 am, suena el teléfono *“el gerente está irascible te está esperando”* llega la enfermera de turno de las 11:00 am a quien le corresponde estar en la planta de mujeres, le verbalizo aceleradamente *“por favor quédate en esta planta, administra 5 y 5 al paciente inmovilizado de la habitación 101”*. Temor, rabia, furor, irritabilidad, cólera, angustia cada vez más se apoderan de mí. *“hola David, demoro un poco, tengo un incidente”* verbaliza la enfermera que se espera llegase al turno en la planta de observación.

Pienso ligeramente, todo indica que será un día atosigado como de costumbre en psiquiatría. Observo a la Psiquiatría de consulta externa quien confirma con sus miradas lo que pienso. Pues se observa una multitud en la sala; algunos se tocan la cabeza, otros bostezan, otros dormidos y de pies cruzados, en especial pacientes esperando para

¹ Preparar y administrar dos medicamentos juntos: 5 mg de midazolam más 5 mg de Haloperidol vía intramuscular. Con el fin de evitar la agitación psicomotora en pacientes.

Puig, M. y Lluch, M.T. (2017). *Estilos de comunicación desde una experiencia profesional enfermera*
Barcelona: Diposit Digital Universitat de Barcelona, Colecció Omado, document de treball.

valoración y quizás hospitalización. Se notan con excesiva obsesión trasladándose de un lugar a otro con riesgo de agitación.

Al ver la sala de consulta externa tan llena, priorizo el paciente con riesgo de agitación y le verbalizo a la psiquiatra para que lo valore de manera inmediata. Llamo a la enfermera de piso de hombres para que ingrese al paciente lo más rápido posible. Y a los acompañantes de los demás pacientes les informo que serán atendidos según hora de la cita para que se sientan tranquilos y cómodos.

Ideologías diferentes

Agarro mis expedientes y carpetas de prisa al despacho de gerencia, me tropiezo con él, caen los expedientes al piso, trato de hablar pero observo sus cejas juntas y hacia abajo, ojeadas feroces, labios apretados y más estrechos. “*que no se vuelva a presentar esta situación*” “*acaso piensa que te debo esperar todo el día*” tartamudeo, trato de explicar la demora a la reunión pero no es posible hablar. Se aprecia tajante.

Todos en el despacho de gerencia: directora médica, director de enfermería, superiora, regente de farmacia, directora del departamento de calidad, director administrativo. Estimo un silencio latente, solo se escucha un susurro de abeja que sonaba, se ojean los unos a los otros y no hay murmullo alguno. Son las 11:00 am inicia la reunión, tema central: definir la situación compleja del equipo de enfermería.

La reunión del grupo de enfermeras del Servicio de Hospitalización de la planta de hombres del servicio de psiquiatría se llevó a cabo bajo la coordinación de David, a fin de tratar el manejo y control de la ropa de cama. Fue muy clara la confrontación de dos grupos y un tercero muy pequeño que no tomó partido. En uno de los grupos, dos enfermeras opinaron con mayor frecuencia, Astrid y Yudi, la primera como Jefe de Piso y la segunda como Enfermera General que apoyó en todo a Astrid.

El otro grupo considerablemente mayor, apoyó a una Enfermera general y a la otra Auxiliar de Enfermería, María y Judith quienes de una manera sostenida intervinieron para exponer su punto de vista.

El director de enfermería concluyó que la posición de Astrid y Yudi fue de acoplarse al cumplimiento del nuevo procedimiento, sin tomar mucho en cuenta las facilidades que pudieran tener en su aplicación las enfermeras y auxiliares del Servicio. Y por su parte

María y Judith pero sobre todo esta última, que tenía sólo un mes de haber llegado, sin replicar mucho sobre el cumplimiento del nuevo procedimiento, su mirada se daba para tratar de facilitar los tiempos y movimientos del personal y recordó que en innumerables ocasiones en que participó, siempre volteaba a ver a sus compañeras buscando confirmar en su respuesta lo que decía con sus palabras; por lo que el grupo varias veces apoyó en coro lo que Judith afirmaba.

De hecho, no percibió un clima de franco conflicto pero notó claramente que Astrid actuaba indignada y harta porque sus opiniones no tenían la repercusión que deseaba y en cambio María y Judith obtenían una aprobación mayoritaria de sus opiniones.

David reflexionó sobre el liderazgo de Astrid, evidentemente reducido con su grupo a expensas de la influencia notoria de Judith y María y decidió realizar algunas actividades grupales con el fin de integrar más el grupo, sobre todo porque Judith a pesar de llegar recientemente ya tenía una influencia importante en el grupo.

Llamó a una de las enfermeras que permanecieron neutrales en la reunión y la información que obtuvo confirmó sus reflexiones por lo siguiente: Se enteró que Judith a los pocos días de haber llegado ya se llevaba con la mayoría como si hubiera laborado en el Hospital, desde hacía meses, por lo cual, entendió que una semana después de su llegada, ante una llamada de atención por parte de Astrid, una parte del grupo de enfermeras intercedió por Judith, justificando que no hubiera terminado su trabajo por participar en la atención de un paciente agónico, que por otra parte no le correspondía, pero dada la falta de personal, ella de modo propio intervino en esa atención. Además que en otro momento, Judith se implicó en una discusión de unas compañeras con personal de mantenimiento, opinando en su defensa con la amenaza de llevar el asunto ante la dirección de enfermería.

Dos días más tarde, el coordinador recibió una llamada de la Jefe de Piso, Astrid, requiriendo que de inmediato se presentara en el servicio ya que en ese momento había sostenido una fuerte discusión con las enfermeras Judith y María, que además una parte del grupo del servicio les estaba dando apoyo.

Resolución de la situación

Formas alternativas de resolución

En su despacho, todo el equipo directivo reunido. Interviene Carlos el gerente un poco irritado, en voz alta manifiesta *“para dar solución a esta situación de enfermería, al realizarse las reuniones como de costumbre todos los segundos miércoles de cada mes, se confronte a la jefe de piso, enfermera general y demás, con el director de enfermería”*.

El Director de enfermería exclama al instante, “quiero expresar algo” levanta la mano, pide la palabra. Carlos sigue en su discurso. Interviene el director de enfermería al unisonó que Carlos expresando no parecerle lo más adecuado abordar el tema central a través de prácticas confrontativas.

La directora médica apoya la idea del director de enfermería y expresa *“quienes trabajamos en equipos basados en la producción de conocimiento precisamos una forma no adversarial de resolver Los problemas, procurando no desgarrar la trama social del equipo y que ayude a este a operar en forma creativa y productiva. Esto equipos necesitan una forma alternativa”*. El gerente sigue firme apoyando su idea inicial.

Por decisión unánime de todo el equipo directivo se concluye que en la próxima reunión de enfermería se citaría a todo el equipo y entre todos resolver de forma creativa, colaborativa, acordada la situación en cuestión.

Como lo expresa Schnitman DF, citando a Baker, 1993. “Los métodos confrontativos, como el hecho de que un gerente le diga al equipo como tiene que hacer las cosas (al estilo del gerente), pueden deteriorar la capacidad del equipo para trabajar en común y generar ambientes de trabajo opresivos” 1. Por lo tanto, incluir prácticas y modelos que permitan analizar críticamente la realidad, es lo más adecuado sin llegar a crear enemigos, transformando creativamente las diferentes situaciones institucionales que requieren de estrategias cooperadoras dando respuesta a las necesidades.

Desde esta línea, manifiesto *“se requieren tal vez la ayuda de habilidades actitudinales para guiar en la construcción de actitudes reflexivas, instalarlas como normas, evitando actitudes interpretativas (automatizadas) permitiendo visualizar con mayor*

claridad las situaciones conflictivas más frecuentes de entre los equipos de enfermería y resolverlas de forma creativa y colaborativa estableciendo acuerdos”.

Con formas Lúdicas logramos dar en el blanco

Son las 7:30 de la mañana, inicia la reunión de enfermería, se cita a todo el equipo mientras los pisos son cubiertos por el personal administrativo y algunas enfermeras docentes con sus estudiantes a cargo. Llego en compañía de la directora médica e iniciamos la reunión con una dinámica, la idea es introducir formas lúdicas así como facilitar conversaciones que tengan características que asociamos con el diálogo, alentando a actuar a los participantes a no crearse enemigos a través de prácticas confrontativas.

Así todo el equipo de enfermería entró en confianza, inician intervenciones donde reconocen sus fallas, habilidades. En principio el equipo describe sus situaciones en particular y de forma sencilla acordada por parte de dos grupos evidentes durante la reunión se toman las decisiones concertadas a través de la enseñanza a todo el equipo de un lenguaje apreciativo, no discriminativo como forma de comunicación más productiva para dialogar sobre el tema en disputa.

De esta manera dejamos claro a toda la institución, como a partir de la lúdica se pueden resolver los problemas de un determinado colectivo que llevaba tiempo en esta contienda según nos da la razón el gerente institucional. De esta manera el valor para la enseñanza que tiene la lúdica es el hecho de que se combina la participación, la colectividad, el entretenimiento, la creatividad, la competencia y la obtención de resultados en situaciones problemáticas reales, a través de la concertación de las decisiones y los acuerdos.

Finalmente, mencionar que el gerente de la institución me cita un lunes en la mañana y me verbaliza; *“David discúlpame por la forma no adecuada que utilicé para dirigirme a ti, pero realmente tenía una crisis existencial, además felicitarte por que han dado solución a la dificultad del equipo de enfermería”* en este instante mirándolo fijamente, le manifiesto *“ciertamente lo he pasado muy mal por su actitud y su tono de voz tan elevado, y espero Doctor, no se vuelva a presentar esta situación, además que es propicio mejorar las relaciones laborales para el avance de todos los procesos de la institución”*.

Elementos que identifican el estilo de comunicación

CV:

- Llamar
- Dar información
- Trato de explicar
- querer expresar algo
- transmitir el mensaje de forma positiva.
- No entrar en discusión

CNV:

- Pasearse por los pasillos
- Mirar el reloj
- Cejas juntas y hacia abajo, ojeada feroz, labios apretados y más estrechos
- Ojeada de los unos a los otros en la reunión
- Tono de voz alto
- Levantar la mano
- Mirada fija
- Pies cruzados

Capítulo 23. Una llamada exigente.

Autor: José M Tinoco Camarena

Trabajo como coordinador del turno de noche en un hospital de segundo nivel. Hoy está siendo una noche con bastante actividad en todo el hospital, la ocupación en las unidades de hospitalización es del 100% y el servicio de urgencias sigue recibiendo pacientes que quedan ubicados en el servicio por falta de drenaje. Además no disponemos de personal de refuerzo, a última hora 3 enfermeros han llamado para comunicar que no podían venir a trabajar por diferentes motivos. Con estos 3 absentismos y una plantilla muy ajustada solo se dispone una enfermera y un técnico en curas auxiliares de enfermería para poder reforzar algún servicio o unidad de hospitalización.

Como cualquier otro día inicio la ronda por el hospital, trabajo de coordinador del turno de noche y me gusta iniciar la ronda lo antes posible para conocer el estado del hospital de primera mano.

Son las 23:30 suena el busca, antes de que pueda contestar una enfermera grita solicitando un refuerzo ya que la actividad de la unidad es elevada y con el personal asignado no llegarán a realizar el trabajo.

Le indico que pasaré por la unidad, contesta gritando que no es necesario que pase por la unidad que lo que tengo que hacer es mandar a alguien para que les ayude, acto seguido cuelga el teléfono sin darme opción a contestar.

La situación ha provocado en mi un sentimiento de ira, considero que me ha faltado el respeto tanto con el tono, el contenido de su relato y al colgarme el teléfono.

Decido no acudir rápidamente a la unidad, estoy demasiado enfadado y estoy seguro que en mi estado actual no podré comunicarme de forma efectiva con la enfermera.

Pasados 10 minutos voy a la unidad, me siento más tranquilo y con capacidad de mantener una conversación serena. Veo a la otra enfermera de la unidad, pregunto dónde está la su compañera que ha solicitado el refuerzo, me dice que no lo sabe. No la encuentro en el control de enfermería por lo que intuyo que ha de estar en alguna

habitación, decido esperarla en el control. Pasados 10 minutos sigo sin saber dónde se encuentra por lo que decido acudir a la sala de descanso del personal a tomar un vaso de agua. Al abrir la puerta encuentro a esta enfermera sentada tomando café con una compañera de otra unidad. Al verme se levanta de forma rápida y su cara de asombro revela que mi visita no era esperada pese a que le había indicado que pasaría por la unidad.

Creo que mi cara delato la sorpresa al verla allí, ya que al solicitar refuerzo hace diez minutos entendía que estaría en alguna habitación realizando alguna actividad.

Le indico que he venido a la unidad para preguntar qué tipo de refuerzo necesita, ya que este se proporcionará en función de las necesidades.

No sabe que contestar y de echo no hace ningún comentario, cabizbaja me dice en un tono muy bajo que quizás no necesita refuerzo, que antes cuando ha realizado la llamada estaba un poco agobiada por un aumento puntual de trabajo. No deja de darle vueltas a la taza de café y una de sus extremidades inferiores se mueve con mucha rapidez.

Resolución de la situación.

Aprovecho que la compañera sale de la sala de descanso para comentarle como me he sentido durante y tras la llamada, le explico que su petición me ha resultado una exigencia más que una petición, que no me he sentido respetado como supervisor ni como persona, y que esa situación no puede volver a repetirse ya que de lo contrario me vería obligado a realizar una queja por escrito, ya que independientemente del puesto que ocupemos las personas, todos merecemos un respeto, cuanto menos un respeto deontológico. Intento mantener contacto visual en todo momento de la conversación, aunque en varias ocasiones ella mira al suelo.

Además le explico que un aumento de trabajo puntual no justifica la petición de un refuerzo, ya que ante un aumento de actividad puntual se ha de priorizar y dar respuesta a las necesidades más urgentes. El personal de refuerzo no abunda por lo que he de ser escrupuloso a la hora de otorgar un refuerzo y asegurarme que realmente es necesario.

Comenta que es coherente lo que le estoy explicando, y que es conocedora de la situación general, mientras contesta se dirige a la puerta para salir de la sala de descanso.

Finalmente pide disculpas y se justifica aludiendo a que ha tenido un mal día, y se ha visto desbordada. Recojo sus disculpas, le explico que entiendo que puedan existir situaciones que nos sobrepases, que si le vuelve a ocurrir no actué por impulsos e intente valorar la situación.

Le pregunto si hay alguna cosa más en la que crea que puedo ayudarle, a lo que responde no.

Tipos de comunicación.

Al inicio con la llamada de teléfono el estilo de comunicación utilizado por parte de la enfermera es agresivo, se expresa gritando y exigiendo que su petición sea atendida de inmediato. La comunicación no verbal también refuerza el estilo de comunicación utilizado, el tono con el que se expresa (un tono elevado) y al colgar el teléfono.

En la sala de descanso la comunicación que utiliza es pasiva, al inicio no habla, enseguida justifica por qué ha solicitado el refuerzo y el motivo por el que ya no lo necesita, la comunicación no verbal que acompaña esta conversación es su cara de asombro y la forma rápida de levantarse al verme, el movimiento de sus manos y de su pierna denota que no está tranquila con la situación es intenta marcharse de la sala cuando estamos hablando.

Por mi parte el estilo de comunicación es asertivo, recojo su petición y le doy una respuesta adecuada acorde con la situación. Explico cómo se adjudican los refuerzos y argumento el motivo del porque no lo adjudicaré a esa unidad en esta situación. En un punto concreto mi comunicación es asertiva-agresiva cuando le indico que si se vuelve a repetir tendré que tomar medidas punitivas.

La comunicación no verbal, mi cara de asombro al verla sentada tomando café a pesar de haber llamado 10 minutos antes para solicitar refuerzo.

Capítulo 24. Asertividad para llegar a una solución

Autor: *Elena Negre Chiva*

Identificación del estilo de comunicación

- Paciente-Médico: agresivo
- Enfermera (yo)-Coordinadora: asertivo

Descripción de la situación:

Era lunes por la mañana, me incorporaba a trabajar después de quince días de baja laboral. Después de recoger el cambio de turno, empezamos la preparación de la medicación, como es habitual. Entro en una habitación compartida por dos señoras: una paciente de mediana edad y autónoma; y otra paciente de edad avanzada, dependiente, orientada y acompañada por la familia durante todo el día. Me presento con mi nombre, empiezo a tomar variables clínicas e informo a la paciente que esta tarde tendrá que empezar la preparación con solución evacuante para poder realizarse la fibrocolonoscopia el día siguiente por la mañana. De repente, la paciente me empieza a atacar verbalmente:

- Paciente: ¡yo no pienso hacerme la prueba! no es la primera vez que me la hacen. Yo en estas condiciones no me hago la preparación, ¡quiero el alta!

- Enfermera: ¿a qué condiciones se refiere?

- Paciente: Yo no puedo compartir el baño y menos si hay otras personas mirando, como son los acompañantes de esa señora. Habrá veces que no pueda llegar al lavado y puede que me ensucie la ropa antes de llegar. Eso es humillante para mí.

- Enfermera: yo entiendo que las condiciones no son las más adecuadas pero en esta unidad es muy habitual realizar estas preparaciones y los baños son compartidos, no hay otra posibilidad. No podemos echar de la habitación a los familiares que están en su derecho de acompañar a su madre.

El tono de la paciente va aumentando de volumen y agresividad.

- Paciente: aquí todo el mundo tiene derechos menos yo. Quítame la vía, que me voy.
- Enfermera: Es una lástima ahora que tiene programada la prueba, irse sin realizársela y sin tener un diagnóstico. Es importante saber de dónde proviene ese sangrado para poder aplicar un tratamiento. El personal le ayudará a realizarse la higiene si usted no puede llegar al lavabo.
- Paciente: ¡todavía peor! Que me hagan la higiene, que vergüenza.

Al no atender a razones y amenazarnos verbalmente, decido llamar al médico responsable de la paciente, que utiliza con ella un lenguaje agresivo y sale de la habitación dando un portazo, sin solucionar el problema. Le dice que le firmará el alta. Como la situación va empeorando, decido llamar a la coordinadora responsable ese día de la unidad.

Al llegar la coordinadora intenta tranquilizarla, habla con ella durante un rato y posteriormente la paciente accede a realizarse la preparación.

Resolución del conflicto:

La coordinadora le da una solución a la paciente. Trasladarán a su compañera a otra habitación por la tarde. Cuando se encuentre sola en la habitación empezará la preparación. Intentarán no ocupar la cama que queda libre, pero le deja muy claro que si desde urgencias necesitan la cama tendrán que ocuparla.

A media mañana, cuando la paciente está más calmada, vuelvo a entrar en la habitación y hablo con ella. La conversación es fluida, reconoce que ha actuado de forma violenta. Su comportamiento se vuelve asertivo. Yo le contesto que la entiendo, que la situación no es la más cómoda posible, pero no hay otra alternativa. Al acercarme a ella, me coge la mano y me pide perdón.

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

Estilo Asertivo:

-CV: presentarse (enfermera), explicar la situación (enfermera-coordinadora), ofrecer alternativas (coordinadora), pedir ayuda a otros (enfermera), pedir disculpas (paciente), ponerse en su lugar (enfermera), tono de voz adecuado (coordinadora-enfermera).

-CNV: escucha activa (enfermera-coordinadora), mantener contacto visual, (enfermera), proximidad corporal (enfermera), postura relajada (coordinadora), coger la mano (paciente).

Estilo Agresivo:

-CV: enfado (paciente-médico), amenaza (paciente), tono de voz elevado (paciente-médico)

-CNV: dar un portazo (médico), gesticular de forma amenazadora (paciente), moverse continuamente o nerviosismo (paciente), intento de arrancarse la vía periférica (paciente).

Capítulo 25. Somos dos, bucle agresividad y pasividad

Autor: Elisabet Palacios Holgado

Estilo de comunicación: agresivo – pasivo

Descripción de la situación:

Era una tarde de mucho trabajo en la sala de partos y en los quirófanos. Muchos bebés se habían puesto de acuerdo para nacer y algunos niños necesitan de atención quirúrgica; todo a la vez.

El equipo de anestesia del hospital, formado por dos anestesistas adjuntos y un residente, se encarga simultáneamente de los quirófanos de pediatría y de las mujeres en las salas de partos. Este hecho hace que las tardes como aquella el equipo de anestesia no para, tiene muchos pacientes a la vez y, por lo tanto, tiene que priorizar.

Con la salas de partos llenas, una de las mujeres a las que yo estaba acompañando comenta que la anestesia peridural no le está funcionando en el lado izquierdo de la barriga, eso significa que siente perfectamente las contracciones pero sólo en el lateral izquierdo del útero. Cuando ocurre esto es una experiencia muy dolorosa porque, además del propio dolor de la contracción, la mujer no puede moverse libremente para aliviarlo si no que debe estar sentada porque una de las piernas no soportaría el peso del cuerpo.

Después de administrar la analgesia peridural hay que esperar un tiempo para asegurar que no funciona porque a veces es cuestión de minutos. Pasado ese tiempo las matronas no podemos hacer mucho más que llamar al médico anestesista para que revise el catéter, administre otra analgesia o decida repetir la técnica en caso necesario.

Y así fue. Cuando me lo comentó hice lo que estaba en mi mano: esperar unos minutos, ponerla sobre el lado izquierdo, asegurarme que los aspectos obstétricos estaban correctamente...pero finalmente tenía que llamar a la residente de anestesia porque el dolor iba a peor. La llamé pero no cogió mi llamada, a los diez minutos repetí la llamada de nuevo sin éxito. Después de unos cinco minutos esperando que me

devolviera la llamada, contacté con uno de los adjuntos, le comenté la situación y me dijo que enviaba a la residente. Los minutos fueron pasando y la mujer cada vez tenía más dolor, estaba siendo una experiencia muy dura para ella y su acompañante.

Al cabo de un rato volví a llamar a la residente. Esta vez cogió el teléfono pero yo no estuve acertada en mi discurso, estaba realmente enfadada y le grité por el teléfono. No recuerdo mis palabras pero recuerdo el enfado que tenía y en como descargué toda esa emoción vía telefónica.

La residente de anestesia creo que se quedó totalmente parada que una matrona le gritara así por teléfono, no sé si me contestó pero sí que recuerdo que colgó rápido y no tardó en llegar. Desde la perspectiva actual, creo que el volumen de trabajo y el dolor de la mujer que acompañaba me sobrepasaron y descargue toda la ansiedad y el enfado contra la residente anestesista que, a su vez, debía estar igual de sobrepasada que yo.

Cuando llegó yo estaba en la sala de partos con la mujer con dolor. Entró la residente de anestesia, de una revolada agitando su bata e intentó seguir la discusión telefónica conmigo mientras preparaba la medicación delante de la mujer y su acompañante. En este momento, con ellos delante, tenía que guardar la compostura por lo que mi respuesta tajante “Este no es el lugar” hizo que se parara un momento la discusión.

Mientras la residente de anestesia administraba un nuevo analgésico vía peridural el ambiente se podía cortar con un cuchillo, no había charla, ni preguntas, ni siquiera nos mirábamos. Ella funcionaba en el lateral izquierdo de la mujer y yo estaba en el derecho, infundiendo ánimos y ayudándola a moverse cuando la residente se lo pedía.

Al salir de la sala de partos fue el momento de gritar por parte de la residente de anestesia. Creo que fue su descarga de ansiedad y de enfado. Desde su punto de vista yo había sido la maleducada (con parte de razón, por supuesto) y ella la que había hecho lo que había podido pero desde mi punto de vista ella había sido la maleducada (con parte de razón, por supuesto) y yo había hecho lo que había podido. Es, simplemente, un choque de trenes.

En el enfrentamiento verbal mi actitud fue de pura espectadora. Ni siquiera respondí, sólo me quedé mirándola hasta que acabó el discurso gritando en tono acusador y se fue a paso rápido.

La situación quedó así. No volví a necesitar de sus servicios aquella tarde, por lo que no volvimos a encontrarnos. No recuerdo su nombre ni su cara pero sí que recuerdo la experiencia y creo que ninguna de las dos estuvo acertada en su actitud, en realidad, tendríamos que haber sabido ver que estábamos luchando contra el mismo enemigo y que lo más inteligente era aliarnos.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

Agresivo por mi parte:

Comunicación verbal: tono de voz elevado vía telefónica, exigencias y demandas, respuesta cortante al intento de comunicación delante de la mujer.

Comunicación no verbal: repetición de las llamadas, avisar directamente al adjunto de anestesia, silencio mientras la residente de anestesia atendía a la mujer.

Agresivo por parte de la residente de anestesia:

Comunicación verbal: intento de iniciar una discusión en la sala de partos, tono de voz elevado en el pasillo.

Comunicación no verbal: entrada impetuosa en la sala de partos, silencio mientras atendía a la mujer, salida airada después de la discusión.

Pasivo por mi parte:

Comunicación no verbal: silencio mientras la residente de anestesia me gritaba después de haber atendido a la mujer.

Pasivo por parte de la residente de anestesia:

Comunicación no verbal: silencio mientras yo le gritaba vía telefónica.

Capítulo 26. Las comparaciones no suelen ser buenas

Autor: Carme Pastor Asperó

Título: Estilo de comunicación: Agresivo-assertivo

Descripción de la situación: En el Hospital donde yo trabajo, no utilizamos un sistema de medición de las cargas de trabajo enfermero. Las unidades de hospitalización, están dotadas con una ratio de personal enfermera-auxiliar por enfermo, según especialidades y ocupación de camas. Cuando una unidad tiene una ocupación más baja, el mando intermedio/supervisora, moviliza al personal a la unidad con ocupación más alta. Este es un tema que preocupa, tanto al personal, como a los mandos intermedios, a la dirección enfermera y al mismo comité de empresa. Las unidades son muy distintas entre sí, tanto a nivel de ocupación, en ratio de personal como en tipología de enfermos.

Nos planteamos buscar un sistema de medición de cargas de trabajo. Hicimos revisión bibliográfica, pero no encontramos una herramienta que fuese fácil, ágil y que se adaptara a nuestras unidades de hospitalización. Esta primera información, la buscaron las supervisoras de las unidades implicadas y la directora enfermera. Vieron que era difícil empezar a valorar cargas de trabajo para enfermeras y al mismo tiempo para auxiliares y acordaron empezar el trabajo centrándose en las segundas, las auxiliares de enfermería.

Posteriormente, decidieron explicar el proceso a las compañeras, llevando una pequeña propuesta para ser debatida y consensuada. Explicaron que se quería hacer a todo el colectivo y pidieron si de forma voluntaria, una auxiliar de cada unidad quería participar en un grupo de trabajo, y así fue. Convocaron una reunión en la que participaban: los dos mandos intermedios, cuatro auxiliares (una de cada unidad), dos enfermeras (una para hospitalización de agudos y otra de crónicos) y la directora enfermera.

En la reunión, se plantea el tema, se hace una propuesta de registro, basándose en la dependencia del enfermo y se entra en un debate de que aspectos se deberían tener en cuenta en el registro. Es en este punto que empieza una discusión entre las auxiliares de las distintas unidades, básicamente la que lo quiere propiciar es la que trabaja en una

unidad de atención a la cronicidad, pues argumenta que son las que tienen más trabajo, que las compañeras cuando están desplazadas a su unidad no están contentas ni con ánimo de ayudar, que hay diferencias entre unidades...empieza a gesticular, a enrojecerse y las otras van contestando, defendiendo cada una su unidad y el trabajo que tienen y la conversación va subiendo el tono, de tal forma que si nadie hubiese intervenido, hubiera dado lugar a una discusión entre compañeras, cosa que, evidentemente, no era para nada el objetivo de la reunión.

Resolución de la situación: la directora enfermera, junto a las dos supervisoras, recondujeron la situación, recordando cual era el motivo de la creación del grupo de trabajo, pero al mismo tiempo, escucharon a la auxiliar que manifestaba que en su unidad hay más carga de trabajo que en las otras, recordándole las actuaciones que ya se habían hecho para ir mejorando la situación e invitándola a que si aún tenía la percepción que necesitaban más ayuda, en la reunión que se haría próximamente, de unidad, asistiría la directora junto a la supervisora y podrían así, hacerle llegar directamente sus preocupaciones, pero que este no era el foro apropiado para este tema en concreto.

También recondujeron al grupo, insistiendo en que el motivo de la reunión, era poder establecer una dinámica de trabajo en la que hubiese una representación de las personas que realmente se encuentran con la situación en la que se quería trabajar, que era: Como valorar las cargas de trabajo de las auxiliares de enfermería, en las unidades de hospitalización, para ser justo en la ubicación de los recursos humanos. Reforzaban el mensaje comentándoles que las aportaciones que ellas pudiesen dar, eran importantes y primordiales y agradeciéndoles su participación y colaboración. La directora, matizó, que no se trataba de un trabajo fácil, pues de ser así, muchos centros lo tendrían resuelto, y la realidad no es así, pero no por ello no debe ser un pro motivador. Les animó a seguir adelante, evitando reproches entre ellas, y apoyándolas e insistiendo en que estaba convencida que entre todas se podría llegar a un buen consenso, una buena herramienta útil para todas, y salir satisfechas al terminar el trabajo de haberlo logrado.

El grupo aceptó y la persona que había tenido una actitud más agresiva, posteriormente pidió disculpas y participo en las siguientes reuniones con aportaciones positivas.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

Comunicación verbal en el estilo agresivo de la auxiliar de enfermería: tono de voz elevado, palabras agresivas al resto de compañeras, discusión, negatividad en la transmisión del mensaje.

Comunicación no verbal en el estilo agresivo de la auxiliar de enfermería: rubor, gesticulación de manos, mirada despectiva, posición cerrada de brazos y piernas.

Comunicación verbal en el estilo asertivo de los mandos intermedios y la dirección; dan información, la argumentan, no entran en una discusión improductiva, transmiten el mensaje de forma positiva, tono de voz adecuado.

Comunicación no verbal en el estilo asertivo de los mandos intermedios y la dirección: mirada agradable, posición abierta de manos.

Capítulo 27. ¡Mi primer día en quirófano!

Autor: Adriana Puentes Jurado

Estilos de comunicación

La situación que voy a contar tuvo lugar hace unos cuantos años, había terminado el máster de quirófano y me contrataron para hacer suplencias de verano. La verdad es que yo estaba muy asustada, ya que no había trabajado nunca en el quirófano y era muy diferente estar haciendo prácticas con la enfermera de referencia o bien estar tu sola como enfermera responsable.

El primer día que entré en el área quirúrgica, me designaron a un quirófano “light” donde se iban a realizar durante toda la mañana hernias inguinales, cosa que yo agradecí infinitamente dada mi inexperiencia. La compañera con la que me habían puesto, Anna, “no tenía muy bien día” según sus palabras textuales a las 8.30 de la mañana, así pues ya me fui preparando psicológicamente puesto que ya intuí que el día iba a ser largo y difícil y no me equivoqué lo más mínimo.

Al principio, su trato fue incluso agradable, me presentó al equipo de los cirujanos y a todo el personal del quirófano, pero mis expectativas e ilusiones fueron mermando a medida que pasaba la mañana. Nos dividimos las intervenciones, ella instrumentó dos y yo las dos siguientes. Cuando ella estaba instrumentando me pedía las cosas que necesitaba de mala manera y, teniendo en cuenta que me costaba ubicarme al ser mi primer día, su enfado y malestar iba aumentando por momentos, hacía comentarios fuera de lugar y fuera de tono, pero yo iba aguantando como podía. Llegó el momento que me tocaba instrumentar, y cuando empezamos la intervención, desapareció del quirófano y me dejó sola. Esos minutos que estuvo ausente se me hicieron eternos y agradecida de que los cirujanos no necesitaran nada que no tuviera en la mesa.

Cuando terminaron la cirugía, recogimos el quirófano y repusimos el material gastado para dejarlo preparado para el día siguiente.

Una vez terminado cuando estábamos a punto de irnos me dijo:

Anna.- Bueno Adri, ya hemos terminado.

Adri.- Sí sí, ¿creo que no ha ido tan mal no?

Anna.- A ver Adri entre tú y yo, no sabes ni instrumentar ni circular. Mucho máster pero no sabes desenvolverte en quirófano. No entiendo cómo te pueden dar un contrato en el área quirúrgica.

Lo que más me dolió fue la forma en que me lo dijo, en ningún momento hubo comunicación agresiva en formas, ni me gritó ni hubo por su parte una gesticulación exagerada, quizás lo hubiese preferido, pero el contenido, cada una de las palabras que dijo me humilló y me hirió como profesional y como persona. Fui incapaz de decir nada, de contestarle, de explicarle como me sentía, simplemente me fui al vestuario, me cambié de ropa y salí del hospital.

Al día siguiente volví, esperando y deseando que no me la pusieran de compañera. La verdad es que no volví a coincidir con ella en mucho tiempo, pero cuando nos veíamos en las zonas comunes del área quirúrgica la relación era cordial, educada incluso me hacía algún comentario agradable. Al cabo de mucho tiempo, volví a coincidir con ella en el quirófano. Cierto es que ya había adquirido rodaje, pero la sensación de que “algo iba a hacer mal” no paraba de rondarme por la cabeza. La mañana se desarrolló perfecta, hubo buen ambiente y buenas maneras, y la cirugía fue rodada. Desde ese día nuestra relación fue mucho mejor.

Al cabo de unos años fui capaz de recordarle a Anna como fue mi primer día en el quirófano con ella y como me hizo sentir. Se quedó petrificada, no recordaba la conversación ni haber dicho ese comentario y se sintió avergonzada. Me pidió disculpas. Mi intención no era que me pidiera disculpas, sino que fuera consciente del daño que puede hacer con esos comentarios (para ella insignificantes) a las personas que empezamos, en nuestro primer día. Mi relación con ella mejoró muchísimo y, actualmente, aunque ya no trabajo en ese hospital y pese a los años pasados todavía tenemos relación.