



i) Escola d'Infermeria

Pensamiento reflexivo de los estilos de comunicación interpersonal en el ámbito asistencial/ Pensament reflexiu dels estils de comunicació interpersonal en l'àmbit assistencial

Montserrat Puig Llobet i Maria Teresa Lluch Canut

(Coordinadores)

Abril 2019

Presentació

Aquest document és un recull de situacions viscudes en l'àmbit clínic-assistencial, narrades en molts casos en primera persona, que fan referència a algun dels principals estils de comunicació interpersonal: assertiu, passiu i/o agressiu.

El material que es presenta està subjecte a diferents tipus d'anàlisi. Es pot donar el cas de que algunes situacions exposades puguin ser interpretades en un sentit diferent al objectiu inicial del autor. En qualsevol cas, el valor central és disposar de exemples aplicats per generar debat i anàlisi de estils de comunicació/relació interpersonal. Explicar situacions personals no es fàcil. Cal entendre aquest treball com una aportació "generosa" dels autors. Per tant, tots aquells que utilitzin algun material d'aquesta publicació han de partir de la base de que és un exercici docent per utilitzar en el context i amb finalitat formativa. Les situacions han estat laborades pels estudiants de primer curs del Màster de Lideratge i Gestió d' Infermeria de l'any acadèmic en curs. Cada situació configura un capítol i està estructurada en els següents apartats: estil de comunicació, descripció de la situació, resolució de la situació i elements que identifiquen l'estil de comunicació (verbals i no verbals).

Les coordinadores hem fet una tasca de conducció i canalització de les situacions aportades per els estudiants però en cap cas s'ha fet cap tipus de correcció. Per tant, la responsabilitat de cada capítol es del propi autor/a. I en tots els casos, els noms i les persones a que es fa referència en les situacions narrades son ficticis. D'altra banda, s'han acceptat dos idiomes: català i castellà.

Desitgem que sigui profitós per la reflexió i el debat.

Montserrat Puig Llobet i Maria Teresa Lluch Canut

Coordinadores

Abril del 2019

Índice

Capítulo. 1. Con la anestesióloga hemos topado.....	6
<i>Verónica Araujo Camacho</i>	
Capítulo. 2. Los beneficios de trabajar en el mundo del espectáculo.....	10
<i>Pablo Bautista Martínez</i>	
Capítulo.3. Espera de los familiares post intervención quirúrgica.....	12
<i>Mari Cruz Bueno Sánchez</i>	
Capítulo.4. Pertenencias y comunicación.....	15
<i>Agnès Capdevila Zapatero</i>	
Capítulo.5. Conflicto Multidisciplinar:“Placa-placa.....	17
<i>Ana Casado Moran</i>	
Capítulo.6. Las lentillas de la discordia.....	22
<i>Laia Cusí Ferrer</i>	
Capítulo.7. El poder del agresivo.....	26
<i>Laura Doutres Caceres</i>	
Capítulo.8. Cuando la paciencia se agota la gente explota.....	30
<i>Gemma Durban Carrillo</i>	
Capítulo.9. Enfados de infarto.....	34
<i>Mª Teresa Espinosa Moreno</i>	
Capítulo.10. Un mal día lo tiene cualquiera.....	37
<i>Maria Carmen Gracia Atienza</i>	
Capítulo.11. Una dirección agresiva.....	40
<i>Diana Jaumandreu López</i>	
Capítulo.12. Hay más fuera que dentro.....	43
<i>Sara Luque García</i>	

Capítulo.13. La lucha entre enfermería y el equipo médico:¿Repercuta en el paciente?.....	46
<i>Lidia Maestre Bernat</i>	
Capítulo 14. ¡Pues a la jefa vas...!	49
<i>María Manzano Gásquez</i>	
Capítulo 15. Esto no son horas y ante todo soy persona.....	54
<i>Raquel Marín Pérez</i>	
Capítulo.16. Mañanas Asertivas.....	58
<i>Rubén Medina Maestro</i>	
Capítulo.17. El maravilloso mundo del Triage.....	61
<i>Cristian Moreno Lozano</i>	
Capítulo.18. Aquest canvi és diferent.....	64
<i>Marcel Padrosa Planella</i>	
Capítulo.19. El poder del cola cao.....	66
<i>Yolanda Patiño Cobo</i>	
Capítulo.20. Alguien debe informar.....	70
<i>Inmaculada Pueyo Llana</i>	
Capítulo.21. Entre la espada y la pared.....	73
<i>Teresa Pujadas Lafarga</i>	
Capítulo.22. Preguntar antes de gritar.....	82
<i>María Pérez Riart</i>	
Capítulo.23. La Fuga.....	85
<i>Ana María Rodríguez Piqueras</i>	

Capítulo 24. Las vacaciones de la discordia.....	88
<i>Olga Ros Pérez</i>	
Capítulo.25. El Doctor es el “Diosor”.....	91
<i>Nathaly Sáez Contreras.</i>	
Capítulo.26. No siempre se tiene la razón.....	95
<i>Sonia Santacruz Novillo</i>	
Capítulo.27. ¡Hasta aquí hemos llegado!.....	98
<i>María Á. Sotomayor Saéz</i>	
Capítulo.28. Puñalada traperera.....	103
<i>Yolanda Torralba García</i>	
Capítulo.29. Una larga fría tarde de invierno.....	108
<i>Ivana Valdevira Castillo</i>	
Capítulo.30. Tres jefes y una suplente.....	111
<i>Eva M^a Varón Ramírez</i>	
Capítulo.31. Estilo agresivo y punto.....	114
<i>Núria Bea Rodríguez</i>	
Capítulo.32. Lo que no debe ocurrir.....	118
<i>Ángeles López Ponce</i>	
Capítulo.33. ¿Y tú de dónde eres?.....	121
<i>Maya Cristina Espíritu Payumo</i>	

Capítulo 1. Con la anestesióloga hemos topado

Autor: *Verónica Araujo Camacho*

Identificación estilo comunicación: agresivo-pasivo-assertivo

Descripción de la situación:

Trabajo como comadrona en una sala de partos de un Hospital Comarcal. Hace unos años una anestesióloga experimentada llegó al hospital. Durante las guardias, defendía a ultranza que las mujeres debían estar en ayunas y un día presentó un protocolo en una sesión con los ginecólogos que indicaba la necesidad completa de ayunas durante el proceso de parto, incluyendo las inducciones-maduraciones cervicales que pueden durar hasta 24 horas, y defendiendo que no pondría analgesias regionales en mujeres que no estuvieran en ayunas de más de cuatro horas, aunque hubieran comido en su casa. Evidentemente, fiel a su estilo no le pareció importante comunicárnoslo al equipo de comadronas. En ese momento en nuestra unidad no existía un protocolo específico sobre la alimentación-hidratación durante el parto.

Este tema me interesaba especialmente, y sobre él había tratado mi Proyecto de investigación de fin de residencia, por lo que sabía que dicho protocolo contradecía la evidencia disponible. Así que una tarde que las dos estábamos de guardia la llamé por teléfono a quirófano para decirle que me gustaría ver el protocolo y las fuentes bibliográficas en las que se basaba porque creía que no era un protocolo viable. En ese momento se encendió completamente, empezó a gritarme por teléfono y me colgó. A los dos minutos entraba en el relax de la sala de partos, en el que estábamos dos comadronas y la auxiliar de enfermería gritando y con los brazos en jarras, exigiendo hablar con la comadrona que la había llamado.

Le dije que era yo, y le repetí lo que le había dicho por teléfono. Creo que en ese momento aún estaba más o menos calmada, aunque estupefacta por su comportamiento. Siguió gritándome que yo no tenía ningún derecho a pedirle nada porque lo había explicado a quien le interesaba (ginecólogos y anestesiólogos) y que yo no me metiera. Argumentando que lo que ella había hecho era un “protocolo médico”, escribiendo estas últimas palabras en mayúsculas y subrayadas en la pizarra. Mis compañeras intentaban

calmarla diciendo que bajara la voz. Yo intentaba replicarle que los protocolos no son propiedad médica y que deben estar basados en la evidencia, y le preguntaba por qué tenía tanto miedo de enseñarme sus fuentes, pero sentía que me iba enfadando y también elevaba el tono de voz. Al oír los gritos acudió la ginecóloga de guardia, y en ese momento la anesthesióloga, viendo a un igual, intentó conseguir su apoyo repitiendo su argumento y diciéndome que si tanto quería yo saber, hubiera estudiado medicina si era tan lista; en aquel momento su cara ya estaba totalmente encendida. La ginecóloga la miraba con cara de incredulidad pero no abrió la boca, desvió la mirada y no intervino de ninguna manera. Y yo al oír aquello pensé que ya no podía más, y le espeté que las enfermeras también podíamos investigar y hacer revisiones bibliográficas y que no había estudiado medicina porque no había querido, no porque no había podido, y que para ser como ella prefería ser comadrona. En ese momento se giró y se fue por donde había venido.

Mi compañera y yo le explicamos lo sucedido a nuestra supervisora y ella nos organizó una reunión con el jefe de servicio de anestesia a la que asistimos tres comadronas y nuestra supervisora. En dicha reunión el clima fue mucho más calmado, el jefe de servicio escuchó nuestro relato del altercado, y ante eso su respuesta fue: “la tenéis que disculpar, ya la conocéis...”, pero lo más importante es que pudimos exponerle lo equivocada que nos parecía su defensa del ayuno. Como habíamos tenido tiempo, pudimos exponerle nuestros argumentos y la base bibliográfica sobre la que se sustentaban de forma mucho más calmada. Le reiteramos la demanda de acceder al protocolo y la documentación que había aportado la anesthesióloga y él nos dijo que podríamos acceder a ella. Lo curioso, es que para darnos la razón acabó diciéndonos que él llevaba muchos años de anestesista y ahora como responsable no hacía guardias, y quizá por eso no estaba acostumbrado a trabajar con comadronas como nosotras, que él sólo recordaba a las matronas antiguas de clínica privada, “pechugonas” y sin tanta iniciativa ni formación. Ese comentario nos disgustó profundamente, pero fuimos capaces de hacerle notar que nos estaba ofendiendo de forma tranquila aunque firme, por lo que nos pidió disculpas y se fue.

En la siguiente guardia que trabajé, me vino a ver la anesthesióloga a sala de partos para traerme los archivos sobre los que había trabajado y su propuesta de protocolo. Su comportamiento era mucho más calmado, e incluso intentaba mostrarse simpática, aunque no pidió disculpas. Yo no me sentía preparada para hablar con ella de nuestro

enfrentamiento, por lo que intenté actuar seria pero con normalidad, le di las gracias por la documentación y le dije que la revisaría.

Resolución de la situación:

Analice sus artículos concienzudamente, para descubrir que la búsqueda era correcta, y hasta había incluido un artículo publicado por enfermeras americanas. Pero los resultados que ofrecían no justificaban sus propuestas, más bien las contradecían, y ella los había manipulado a su conveniencia. Después de esto, su protocolo quedó completamente desacreditado, pero no volvimos a tener ninguna conversación al respecto; simplemente nos evitábamos.

Poco después un equipo de comadronas y ginecólogas, una de ellas la Jefe clínico de obstetricia, desarrollamos un protocolo de inducción al parto en el que se incluía un anexo con una dieta suave con bajos residuos diseñada por la dietista del Hospital que aún se sigue ofreciendo en la actualidad.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

En esta experiencia podemos identificar elementos que reflejan los tres estilos de comunicación, que son utilizados por los diferentes personajes. Cada personaje utiliza estilos diferentes dependiendo del momento y la situación.

Agresivo

Verbales (CV)

- La anestesióloga me grita por teléfono y en persona.
- El hecho de que yo subiera el tono de voz para replicarle
- Decirme que los “protocolos son médicos” y “si era tan lista hubiera estudiado medicina” (muestra su idea de superioridad jerárquica y es ofensivo)
- Decir: “que para ser como ella prefería ser comadrona” (busca ofender al receptor)

No verbales (CNV)

- Colgar el teléfono
- Escribir en la pizarra en mayúsculas y subrayado
- Los brazos en jarras.

- Las expresiones faciales (rubor facial)

Pasiva

Verbales (CV)

- No hablar abiertamente con la anesthesióloga después del conflicto

No verbales (CNV)

- La actitud de la ginecóloga durante la discusión (desviar la mirada...)

Asertiva

Verbales (CV)

- Mi primera llamada para pedirle los documentos a la anesthesióloga
- La conversación con el jefe de servicio de anestesiología en general, incluyendo el hecho de hacerle ver que sus comentarios nos parecían ofensivos, y su respuesta de disculpa.
- Las demandas de mis compañeras durante la discusión inicial

No verbales (CNV)

- Escucha activa por parte del jefe de anestesia

Capítulo 2. Los beneficios de trabajar en el mundo del espectáculo

Autor: *Pablo Bautista Martínez*

Estilo de comunicación:

Familia: estilo agresivo

Profesional: inicialmente asertivo y pasivo al finalizar

Descripción de la situación:

La situación que voy a describir a continuación, se desarrolló en un centro de atención primaria de la ciudad de Barcelona en el servicio de pediatría. Eran las 13:45 aproximadamente cuando el teléfono de mi consulta sonó, al otro lado del teléfono me encontré un administrativo que me preguntaba si la pediatra y yo podíamos atender a una paciente. Pensé que había pasado algo urgente porque normalmente, los administrativos del centro llaman cuando se trata de alguna herida con bastante sangre. Pero en este caso, no se trataba de una herida, se trataba de una familia que exigía que se le visitara de urgencia porque no quería esperar al turno de tarde por su pediatra.

El equipo de pediatría, a principios de año, tomó la determinación que debíamos educar a la población a hacer un buen uso de la demanda aguda, para conseguirlo, decidimos que cada UBA atendería su cupo siempre y cuando el motivo de consulta pudiera esperar para poder hacer un mejor seguimiento del paciente. En el caso que nos atañe, el motivo de consulta podía esperar sin problemas al turno de tarde, pero ante la insistencia de la madre, decidimos explicarle la situación en la consulta.

Llamamos a la madre a la consulta, nos explicó que tenía una herida en la ingle de 2 días de evolución, nos cercioramos que no tenía ningún signo de alarma que sugiriera que la debíamos atender inmediatamente, cuando acabamos la entrevista, le explicamos de manera tranquila que el motivo por el que nos estaba consultando, no se trataba de una urgencia para ser atendida al momento y que le daremos hora para que lo valorara su enfermera esa tarde. Al decirle que no la íbamos a visitar, la madre entró en cólera, empezó a chillar que su hija no estaba bien, que era nuestra obligación verla y que ella pagaba impuestos para que se le atendiera. Le contestamos de manera calmada, que entendía que le urgía la visita, que no iba a ser posible visitarla en este momento, pero sí

que podía ser esta tarde y con su enfermera. Nos amenazó que si le pasaba algo a su hija, sería nuestra responsabilidad, también nos advirtió que esto no iba a quedar así, que iba a llamar a su marido y se marchó dando un portazo.

Y, efectivamente, la cosa no quedó ahí. A los 20 minutos, recibimos otra llamada de los administrativos, diciéndonos que había unos padres que estaban chillando en la recepción, exigiendo que se les atendiera inmediatamente.

Ante esta situación de agresividad, decidimos llamar a la dirección del centro, esta nos sugirió que se les atendiera, para evitar un conflicto mayor, incluso evitar una agresión.

Resolución de la situación:

Finalmente, para evitar una confrontación mayor con la familia, se decidió atenderles. Durante el proceso, la familia mantuvo una actitud de superioridad con comentarios como: “es que si no la lías no te hacen caso”, “desde los quince años llevo liándola en los sitios, y consigo lo que quiero”.

Al finalizar la visita, la pediatra y yo rellenamos la documentación pertinente para no volver a atender a esa familia.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

En la situación descrita, observamos un estilo agresivo de la familia que quiere ser atendida, mediante su estilo de comunicación intentan conseguir su objetivo sin tener en cuenta las normas establecidas y las otras personas implicadas. Destacamos la actitud intimidatoria cuando alzan el tono de voz, el evidente enfado que presentan, las acusaciones, los reproches y el portazo al salir de la consulta, entre otras.

En cambio, observamos un estilo asertivo inicial, en el que explicamos porque puede esperar a ser atendida por la tarde, la defensa de los objetivos de la unidad, el tono usado y la actitud calmada ante la situación. Considero que después adopté una actitud pasiva ya que no mantuve mi posición y cedí ante la presión ejercida por evitar una confrontación mayor.

Capítulo 3. Espera de los familiares post intervención quirúrgica

Autor: *Mari Cruz Bueno Sánchez*

Los estilos de comunicación que se identifican son:

- Familiar: agresivo y al final de la situación pasivo/asertivo
- Enfermera de la sala quirúrgica: asertivo.

Descripción de la situación

Soy enfermera del turno de tarde de una sala quirúrgica de un hospital de tercer nivel de Barcelona.

El equipo asistencial de tarde, está formado por dos enfermeras y un TCAI, y habitualmente recibimos de tres a cinco pacientes que provienen de quirófano durante el turno.

La situación tuvo lugar el pasado miércoles sobre las seis de la tarde, cuando acude un familiar al control de enfermería preguntando por una paciente que tenemos previsión de recibir durante la tarde, pero que aún necesita las atenciones del servicio post quirófano (URPA).

Compruebo la información y le explico que debe continuar esperando en la salita post quirófano, pues aun no disponemos de más información. También le explico, que hasta que no las compañeras de la URPA no valoren al paciente como estable para estar en el servicio, no nos llaman por teléfono para informar de su traslado. Ante estas palabras, el familiar me respondió malhumorado y con un tono de voz elevado: “¡¡¡el medico ha dicho que la intervención ha salido bien y que subiera para la habitación, que en media hora estaba aquí” y “ya hace una hora que me lo dijo!!!”, ¡¡¡estoy harto ya!!! y ¡¡¡yo, mira, aun puedo esperar , pero mi padre de 80 años, diabético y hipertenso, lleva desde las 13h sin comer nada, lo tengo desmayado y muerto de frio en el pasillo!!!,yo, le insistí en que se calmara y le pregunte en que podía ayudarlo, pero el familiar continuaba muy alterado, apenas me escuchaba, solo gritaba y se quejaba de la situación.

Resolución de la situación:

Entendiendo que la respuesta del familiar respondía a una situación de angustia y nervios provocada por la situación quirúrgica, decido dejar que se exprese y se desahogue, a pesar de que seguía gritando, hacia espavientos con los brazos y amenazaba con demandar a la institución. Al cabo de unos minutos, deslumbro un ápice de calma, y a la vez hizo una pausa como esperando mi respuesta, por lo que me atreví a responder con tono suave y conciliador. “entiendo que este nervioso, son muchas horas las que lleva esperando, pero si el doctor/a le ha dicho que todo ha ido bien, tranquilícese. Lo más seguro que que no haya pasado nada grave, pues si esto sucede, lo primero que hacen las compañeras de la URPA tras, atender a su familiar, es salir e informarle. Así, que la mejor opción es que vuelva a la salita de espera y si hay algo, allí le informaran.

Como enfermera que soy, me preocupa además de la paciente que sé que está vigilada por mis compañeras, es el familiar que espera de edad avanzada, diabético y sin comer...por lo que, antes de que regresen a la salita de espera, le pregunto:” Perdone, ¿están ustedes solos, esperando la vuelta del quirófano de su familiar?” y, éste, al ver que me preocupo por su problema, regresa hasta el control, y me contesta con un tono más tranquilo y conciliador “no, estamos mi hermana, su marido, mi mujer y mi padre”. Al darme esta información, que yo desconocía, aprovecho para sugerirle: “si quieren, mientras esperan, podría ir alguno de ustedes con su padre a comer algo, o bien, salir justo a la puerta del hospital a comprarle alguna cosa para que coma y se sienta mejor, porque desconozco el tiempo que tendrán que esperar, como ya le he dicho, no depende de mi el regreso de su familiar”.

También, aproveche para informarle, que como familiar tenía derecho a poner una queja formal en admisiones del hospital, para así, dar conocimiento de la situación que estaban viviendo, a quien le corresponda, y que ponga solución para evitar futuras repeticiones y mejor la atención a las familias. Hecho, que le pareció bien, lo reconforto, y se mostró muy colaborador.

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

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

- Estilo comunicación del familiar:

Primero utiliza un estilo agresivo:

- CV: emplea una comunicacion unidireccional, es decir, no deja hablar, solo habla él, no escucha, no ve el punto de vista de su interlocutor, utiliza un lenguaje brusco, verbaliza amenazas, tono de voz elevado, seco y poco agradable. Considera que tiene que defender sus derechos a cualquier precio.
- CNV: Muestra una expresion facial tensa, con ceño fruncido y sin sonrisas. Invade el espacio físico del interlocutor inclinándose hacia él, con movimientos y gestos amenazadores.

Mas tarde, utiliza un estilo pasivo/asertivo

- CV: Disminuye sus intervenciones, utiliza los silencios y cuando habla, lo hacen de forma brebe y en tono suave.

Entiende la situacion, se disculpa y se muestra colaborador.

- CNV.: Evita el contacto visual, se muestra cabizbajo.

- Estilo comunicación de la enfermera:

Asertivo:

- CV: Al principio cuando veo la forma que se dirige a mi para explicarme su problema, le dejo hablar y que me explique, sin interrumpirle y sin hacer ningún comentario. Mi actitud es de escucha activa, prestando atención a lo que me está diciendo. Utilizo un lenguaje claro y directo. El mensaje es claro, siempre el mismo, sin expresar contradicciones y sin intención de crear falsas expectativas por mi parte, no evaluo ni juzgo al interlocutor, actitud abierta y flexible en el diálogo.
- CNV: Contacto visual continuo, postura relajada, tono de voz enérgico y firme. Utilizo una actitud conciliadora sin mostrar enfado en ningún momento.

Capítulo 4. Pertenencias y comunicación

Autor: *Agnès Capdevila Zapatero*

Estilo de comunicación:

La supervisora, agresivo y la enfermera (yo), pasivo.

Descripción de la situación:

Trabajo en un servicio de psiquiatría, en el cual, a veces, se realizan ingresos en los que la persona no se acuerda muy bien de cómo se encontraba al ingresar. Por ser la unidad que se trata, cuando ingresa un paciente, hay que hacer un registro de las pertenencias con él, y dar al personal de seguridad los objetos de valor para que los custodien, como puede ser el dinero, las joyas, el móvil, el monedero con la documentación etc. Si está acompañado por algún familiar, se le ofrece la opción de llevárselas para así facilitar y evitar posibles pérdidas. Y siempre cumplimentamos una hoja con el registro de todas las pertenencias, que quedan en el hospital, para evitar posibles confusiones y reclamaciones.

Hace unos meses ingresó una mujer durante la noche, llevaba varias joyas que le dimos a la hija y guardamos sus enseres personales en el armario.

Trabajo en el turno nocturno, así que al salir del hospital me fui a dormir. Al despertarme al mediodía encontré dos llamadas en el móvil de un teléfono que no conocía. A la hora me volvieron a llamar, era la supervisora del servicio en el que trabajo:

- Marta: Hola, soy Marta, la supervisora de la sala. Esta noche ha ingresado una mujer que dice que llevaba un anillo de “ositos” y no lo encuentra.

No lo entiendo, nunca me habían llamado fuera de mi horario laboral para comentarme nada.

- Yo: Hola, me acabo de levantar y la verdad es que no sé lo que ha pasado. ¿Me lo puedes volver a explicar?
- Marta: ¡Creo que te lo he explicado bien claro, la paciente dice que ayer ingresó con un anillo y que hoy ya no lo tiene!

- Yo: Cuando ingresó hice el registro de las pertenencias, y todas las joyas que llevaba se las dimos a la hija, eran tres o cuatro anillos y una cadena de oro.
- Marta: ¡No puede ser que pasen estas cosas! ¡La paciente está muy enfadada!

En estos momentos ya no sé qué decirle, no me suena haber visto el anillo del que me habla, pero ahora mismo tampoco pondría la mano en el fuego. Opto por dejarla hablar, pienso que será más fácil.

- Yo: Lo siento, todo lo que llevaba de valor se lo dimos al familiar.
- Marta: ¡Bueno, ya hablaremos de esto! Adiós.

Me siento mal, no entiendo nada. Yo misma guardé todas las joyas y se las entregué a la hija. A medida que hemos ido hablando su tono se ha ido elevando, se ha mostrado irritable y hostil conmigo.

Tuve varios días de vacaciones y ninguna noticia al respecto, así que pregunté a la compañera de la mañana si sabía alguna cosa. Me dijo que ya estaba solucionado, que la hija de la paciente encontró el anillo encima la mesita de noche de su casa. Me quedé estupefacta, por un lado, me alegró mucho saber que ese anillo no llegó a entrar en el hospital esa noche, pero por otro, no podía entender como la supervisora no me había informado. Había pasado los últimos días sintiéndome responsable.

Resolución de la situación:

No ha habido resolución del conflicto. Trabajamos en turnos diferentes y no coincidimos, y a los pocos meses la cambiaron de servicio.

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

En este caso la situación se desarrolla a través de una llamada telefónica, así que solo encontramos elementos de comunicación verbal.

Agresivo: Desde el principio de la llamada, la supervisora habla en un tono poco armonioso, seco y cortante y va elevando el volumen de manera rápida. No presta ningún tipo de atención o preocupación por mis sentimientos.

Pasivo: No expreso mi opinión y mis emociones sobre la situación acontecida.

Capítulo 5. Conflicto Multidisciplinar: “Placa-placa”.

Autor: *Ana Casado Moran*

Identificación de estilo de comunicación:

Agresivo-assertivo.

Descripción de la situación:

Trabajo en una unidad de cuidados intensivos neonatales como enfermera, en un hospital de tercer nivel, donde hay ingresados desde recién nacidos a término hasta prematuros extremos.

Antes de nada comentar que en nuestro hospital tenemos un servicio de Radiología, durante el día el técnico de rayos está en consultas externas y se encarga de realizar las Rx programadas y las urgentes que surgen a lo largo del día y a partir de las 22h. entra el turno de noche, este servicio lo realizan técnicos que están localizables con un busca, así como los fines de semana. Cuando se trata de realizar placas en neonatos es el técnico el que sube a realizarlas a la unidad.

Algunos días fuera de mi horario de enfermera en neonatos realizó guardias de supervisora y la noche del incidente era una de ellas. Mi horario de entrada es a las 22h, pero siempre me gusta llegar con tiempo suficiente para valorar la situación del hospital tranquilamente antes de coger el busca e iniciar el turno, es miércoles y son las 21:30h.

Paso por prematuros a dejar mi cena y mis compañeras de la UCI neonatal me avisan que necesitan una placa urgente, ya que uno de los prematuros que tenemos ingresado ha empeorado, lo acaban de intubar y sospechan también de un neumotórax. Por la hora que es les comento llamen al técnico de rayos del turno de tarde pero al rato me dicen que no contesta. Mientras la enfermera insiste llamando a consultas, localizo el busca que llevan los técnicos de día y llamo. Coge el teléfono y le digo si puede subir a neonatos a realizar una placa urgente, y su respuesta fue:

-“Ahoraaaa !!!! ¿No sabes que me tienes que llamar antes de las 21:30?”, me quedo un poco sorprendida con la contestación.

-“Perdona, pero no te puedo avisar antes de las 21:30 porque me acaban de avisar ahora y te repito que es una placa urgente”, le contesto en un tono seco, me ha molestado mucho como me ha contestado.

-“ Esto no funciona así”, y me cuelga el teléfono.

Yo me quedo muy parada con la situación porque no entiendo a que venía esa contestación y decido bajar a neonatos para hablar con él.

Cuando llego a prematuros la enfermera que lleva al niño me comenta que el técnico ha llegado muy cabreado. Me acerco donde esta el técnico y me presento, me responde muy enfadado:

-“ Esto a mi no me toca, esto me pasa por tonto” mientras, va preparando el equipo para realizar la placa, con movimientos bruscos con el material y moviéndose de un lado para otro.

-“ Bueno y en estos casos como lo hacéis porque si tú solo haces las placas que salen hasta las 21:30 y el que entra de localizable lo hace a partir de las 22h, entre una cosa y otra tardáis más de 1h en realizarle la placa al niño”. “Y la verdad no me parece normal cuando se trata de una urgencia”, le contesto muy seria y subiendo un poco el tono de voz. En este momento estoy muy indignada. El me dice:

-“ Pues como se ha hecho toda la vida!!!” utiliza un tono de voz un poco elevado.

-“¿Y me lo puedes explicar? Por que no se ha que te refieres” y continúa:

-“Os esperáis hasta las diez a llamar al que entra de noche”.Continúa enfadado y subiendo más el tono de voz”. No me mira a la cara en ningún momento, mientras sigue moviéndose de un lado para otro, mientras prepara el material para realizar la placa.

-“Pues no me parece bien tener que esperar tanto rato, cuando es una placa urgente”, le repito.

-“La próxima vez no cogeré el teléfono”, me dice con un tono seco y poco agradable y en ese momento se gira para darme la espalda.

-“¡¡¡Perdonaaaaa !!!, no me puedo creer lo que me acaba de decir. La verdad no entiendo nada, pero si su turno acaba a las 22h. En ese momento se vuelve girar hacia mi y me repite:

-“La próxima vez no cogeré el teléfono y el lunes a primera hora hablaré con mi coordinadora”, cogé de mala manera la hoja de la petición de placa y se va, mientras se va le digo muy indignada:

-“Me parece muy fuerte lo que acabas de decir, no lo entiendo y haces muy bien en hablar con tu coordinadora, yo también hablaré con la mía”. Sigue caminando sin girarse y sin decir ni adiós.

En ese momento están presentes en la unidad las dos enfermeras de la UCI y los dos pediatras de guardia, no intervienen en ningún momento en el enfrentamiento que acabamos de tener el técnico y yo, solo cuando este se va, me comentan que no tiene razón y que le debería hacer un parte por escrito. Yo prefiero relajarme un poco porque en ese momento me subo por las paredes de lo indignada y enfadada que estoy. Por la mañana lo hablaré en el pase con el resto de coordinadoras ya que ellas tienen más experiencia que yo en estos casos.

Resolución de la situación:

Al día siguiente comente la incidencia en el pase de supervisoras, mi sorpresa fue cuando me explicaron que el servicio de Rx del turno tarde solo funciona hasta las 21:30. Yo estaba convencida de que funcionaba hasta las 22h, y en ese momento entendí la actitud del técnico. Yo no entendía porque me decía que realizaba las placas solo hasta las 21:30 si se iba a las 22h pero sabiendo esto claro que tenía razón y la frase de la ” próxima vez no cojo el teléfono” que a mi me indigno tanto, ahora me quedaba claro porque la dijo y con razón, encima nos estaba haciendo un favor.

Las coordinadoras me aconsejaron hacer la incidencia por escrito y que hablarían con su coordinador para resolver esta media hora que queda el hospital sin servicio de Rx.

Al día siguiente también me tocaba trabajar de enfermera en neonatos, pero antes de entrar me pase por consultas externas para hablar con el técnico sobre lo que había pasado el día anterior:

-“Siento mucho lo que paso ayer, pero yo estaba convencida de que tu turno acababa a las 22h, por eso no entendía que te teníamos avisar y que solo las hacías las placas antes de las 21:30 y sobre todo me molesto mucho cuando me dijiste que “la próxima vez no cogerías el teléfono”, aquí alucine mucho. Y ahora que lo se, quería pedirte perdón por mi actitud y darte las gracias por venir hacer la placa fuera de tu horario” él me contesto:

-“Estoy cansado de que siempre entre una cosa y otra siempre salgo a las tantas, llego a mi casa muy tarde y a penas veo a mi familia”, le entiendo perfectamente y yo en su lugar estaría igual.

-“Quería comentarte también que voy hacer una incidencia por escrito creo que es importante que busquen una solución, el servicio de rayos en un hospital como este tiene que ser de 24h.”

-“Me parece bien”, me contesta.

Una vez aclarada la situación con el técnico, seguimos hablando sobre las cargas de trabajo que tenemos actualmente en el hospital entre otras cosas y al rato nos despedimos diciendo que la próxima vez que nos veamos sea en una situación más agradable.

Elementos que identifiquen el estilo de comunicación.

Estilo agresivo: Lo utilizan tanto la supervisora como el técnico el día del incidente:

- CV:

Tono de voz seco, brusco, un poco elevado.

Responde enfadado.

- CNV:

Expresión facial que evidencia el enfado y la irritación.

Movimientos bruscos con el material y moviéndose de un lado para otro.

Me da la espalda y cuando se gira lo hace de forma desafiante.

Contacto visual de hostilidad o enfado y en ocasiones evita el contacto visual.

Cuelga el teléfono a la supervisora.

Estilo asertivo: Lo utilizan tanto la supervisora como el técnico al día siguiente del incidente:

- CV:

Tono de voz calmado y amable.

Hablamos sin interrumpir.

Aclaro con el técnico el malentendido que tuve con el horario del turno de tarde.

Utilizo una actitud conciliadora sin mostrar enfado en ningún momento.

- CNV:

Postura relajada.

Contacto visual continuo .con el interlocutor.

Escasa gesticulación.

Capítulo 6. Las lentillas de la discordia

Autor: *Laia Cusí Ferrer*

Estilo comunicación:

Momento del conflicto: Agresivo (comadrona) / Pasivo (enfermera quirúrgica)

Momento resolución: De inicio agresivo (comadrona) / Asertivo (enfermera quirúrgica);

Final: Asertivo (comadrona)/ Asertivo (enfermera quirúrgica).

Durante el turno de tarde en el quirófano de un hospital de tercer nivel, los anestesiólogos nos comentan que pidamos la cesárea que estaba programada para hacer en el turno de mañana y que no se ha podido realizar por varias cirugías más urgentes que han ido surgiendo. Llamo al sanitario de encargos, le doy los datos de la paciente y va a buscarla a sala de partos.

A la llegada de la paciente al área quirúrgica, le realizo el protocolo de acogida y al preguntar si llevaba lentillas, la paciente me comunica que sí (los pacientes deben entrar al quirófano sin pertenencias, ni joyas, ni piercings, ni prótesis dentales y tampoco lentillas, si los intuban y las llevan puestas pueden padecer una lesión corneal). Le comunico que debe quitárselas, las guardamos en dos envases, identificando cual es la derecha y cual la izquierda y como son objetos de valor, aviso al familiar para dárselas según protocolo.

Al cabo de un momento recibo una llamada telefónica, es la comadrona que esta a cargo de la paciente y me dice de muy malas maneras y con un tono de voz elevado, que porque he avisado al familiar para darle nada, que se las podría haber dado a ella. Le explico que según protocolo, como es un objeto de valor, hay que dárselas o bien a un familiar o bien a seguridad a lo que ella me contesta que es su paciente y debería habérselas dado a ella. Le pido que por favor no me levante la voz, que yo no estoy hablándole mal, a lo que ella me contesta que lo que yo debería haber hecho es avisarla a ella de que iba a pedir el traslado. En ese momento decido no decirle nada y le digo que la paciente ya está en el quirófano.

Resolución:

A la llegada de la comadrona al bloque quirúrgico intento no decirle nada por el bien de la paciente, mejor que todos estemos calmados. Y al finalizar la cirugía y ver que todo ha salido bien, espero un momento que la comadrona salga del quirófano para hablar con ella.

- Yo: Hola soy la enfermera con la que has hablado por teléfono y quería hablar un momento contigo.
- Comadrona: Hola, yo soy la comadrona y me parece muy mal lo que has hecho de llamar al marido para darle las lentillas.
- Yo: Lo único que he hecho ha sido seguir el protocolo y dárselas a un familiar. Son objetos importantes para las personas y de valor.
- Comadrona: Es que si tu me hubieras avisado de que pedías el traslado yo ya se le hubiera pedido que se las quitara.
- Yo: Disculpa, pero jamás avisamos de que vamos a realizar el traslado. Esta paciente estaba preparada desde primera hora de la mañana. Entiendo que no le retires las lentillas porque no verá nada, pero los sanitarios avisan de que se llevan a un paciente, allí podrías habérselas retirado.
- Comadrona: Bueno, es que tengo más trabajo y no me he acordado. Pero que sepas que te voy a poner un parte o una incidencia por no haberme avisado de que pedías el traslado.
- Yo: No entiendo porque me tienes que poner una incidencia, pero si tú quieres ponerla estas en todo tu derecho.

Sigo hablando con la comadrona y al final me comenta que le pusieron un parte hace unos días porque una paciente había llegado al bloque quirúrgico con el móvil y allí comprendo este comportamiento tan airado.

Le explico que yo no voy a poner ninguna queja y que lo único que quería es que las lentillas no se perdieran. Por el valor que tienen, porque pueden poner una queja en el hospital, pero lo más importante, para que la madre, una vez llegada a sala de partos se las pueda poner y ver mejor a su hijo/a. En ese momento, la actitud de la comadrona cambia de repente y me explica lo que le sucedió hace unos días. Los sanitarios se llevaron a su paciente al área quirúrgica, ella no se había dado cuenta de que se había

ido con el teléfono móvil y que le había sentado muy mal que no le hubieran comentado nada y le hubieran puesto directamente una incidencia.

Al final, después de hablar, me dio las gracias por haberla escuchado y por haberla entendido y nos dimos un abrazo.

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

Estilo agresivo al inicio de la comadrona

Comunicación Verbal:

- Llamada de voz airada y con tono elevado
- Habla imperativa y decirle a la otra persona lo que debe hacer.
- No escucha activa.
- Verbalización de amenaza de “poner un parte”.
- Invasión espacio personal.

Comunicación no verbal:

- Contacto visual de mirada hostil y enfadada.
- Gesticulación exagerada de las manos.
- Rabia.

Estilo pasivo al inicio de la enfermera quirúrgica

Comunicación verbal:

- No respuesta, ya hablaremos después acto quirúrgico.

Comunicación no verbal:

- Evitar contacto visual a la llegada de la comadrona y durante la cirugía.

Estilo asertivo resolución enfermera quirúrgica y comadrona:

Comunicación verbal:

- Buscar comadrona para iniciar conversación.
- Dejar hablar y expresarse sin interrumpir.
- Explicar el porque de la llamada al familiar para dar lentillas.
- Comunicar que mi intención no era ni es poner ningún parte.
- Poner barreras entre las dos para que esto no vuelva a suceder.
- Dialogo fluido, distendido y correcto.

Comunicación no verbal:

- Escucha activa
- Mirar a los ojos (contacto visual continuo y con expresión facial relajada).
- Espacio donde estar las dos solas.
- Tranquilidad.
- Empatía.

Capítulo 7. El poder del agresivo

Autor: *Laura Doutres Cáceres*

Estilo de comunicación: agresivo – pasivo – asertivo

Descripción de la situación:

Era un domingo cualquiera a las 15h, hora en que, por nuestro horario de trabajo, nos encontramos pasando el parte al siguiente turno. A mi compañero de la tarde, Alberto, le comenté que el señor de la habitación 1, Juan, afecto de linfoma cerebral, me había pedido sedestar en la butaca y que tras valorarlo y estar consciente y orientado en tiempo, espacio y persona decidí bajo mi criterio que podía.

Me fui a comer, ese día doblaba turno y me esperaban siete horas más. Al rato, eran aproximadamente las 15:30h, aparecieron a la cocina casi todos los compañeros porque estaban incómodos. Dos de ellos estaban fuera en el pasillo discutiendo. Acabé de comer y salí a preparar medicación. Mis dos compañeros seguían discutiendo en el pasillo y pensé: “¡va a ser una tarde movidita!”. Son dos compañeros, un enfermero (Alberto) y una técnica de curas auxiliares de enfermería (Marta), que suelen tener confrontaciones bastante a menudo.

En ese momento me dieron ganas de volver a la cocina con mis compañeros a hacer el café, pero me acerqué en un momento que el enfermero se quedó solo. Le dije: “¿va todo bien?, ¿necesitáis ayuda? Y no sé cómo, me vi envuelta en la discusión.

Estaban discutiendo sobre Juan, porque la auxiliar le había ayudado a sedestar de nuevo (como yo había hecho por la mañana), pero el enfermero se negaba porque si se caía era su responsabilidad y nos podían denunciar. Resumen que me hizo mi compañero enfermero.

Como había ofrecido mi ayuda, y me vi implicada por lo que yo había decidido esa mañana, intenté intervenir de la mejor de las maneras. Respiré hondo y pregunté: “¿en qué estado se encuentra Juan?” porque si había empeorado, estaba claro que teníamos que hacer, pero el enfermero dijo: “yo no he entrado en la habitación aun, pero este paciente si se cae es mi responsabilidad ahora mismo y me niego a que sedeste”. Entró en otra habitación sin dejar fluir la conversación. Contestó con un tono autoritario y de superioridad y se marchó. Me dio la sensación de que él no tenía la necesidad de

explicar nada más. Creo que la capacidad de comunicarse influye directamente en la calidad de la atención, ya que tenemos un contacto elevado con los pacientes.

En ese momento me quedé sola en el carro de medicación que lleva Alberto, pero en seguida vino Marta y me dijo enfadada y exaltada: “¡es increíble, no doy crédito, no ha entrado ni siquiera a verlo y me ha montado una que voy a llamar al supervisor de guardia!” a la vez se recogía el pelo de la cara. Tras tal amenaza de llamar al supervisor de guardia, intenté hablar con ella. No puede ser que a la mínima tengamos que llamar a alguien de fuera del servicio para que solucione cualquier conflicto. Me dijo que iba al lavabo y volvía para hablar conmigo antes de llamar. Mientras tanto intenté ponerme en su lugar.

Me fui a ver a Juan, al fin y al cabo es a quién van dirigidos nuestros cuidados y en ese momento estaba solo y sedestado. Piqué a la puerta: “Hola Juan, ¿cómo estás? Me contestó: “bien aquí sentado que estoy cansado de tanta cama, ¿y tú, sigues aquí? Comprendí que estaba consciente y orientado porque la respuesta había sido coherente y me recordaba de la mañana. Le contesté que me quedaba un ratito más hasta las diez de la noche.

Al salir de dije a Alberto, mi compañero: “He ido a ver a Juan, está consciente y orientado, pero decide tu qué quieres hacer, le he dejado la mesa cerca y el timbre al lado”. Me dijo que ahora iría, pero que claro que tiene que decidir él y no la auxiliar sin criterio alguno, que la responsabilidad última del paciente era suya (señalándose a él mismo) en ese momento. Seguía creyendo que tenía el poder y el dominio sobre la auxiliar. Nos vimos metidos en un rol de competencias. Siento que me estoy enfadando porque no me escucha.

Suena el teléfono y es Marta, está en el baño y me pide ayuda. Acudo con otra auxiliar que se acababa de enterar de la situación. A mi llegada al baño, Marta está en fase de maduración del conflicto, se da cuenta de que la tarde es larga y no puede seguir así. Nos dice que lo ha hecho por beneficio del paciente, pero que Alberto haga lo que quiera.

Resolución de la situación:

Sabiendo que era un problema que se tiene que solucionar esa misma tarde, y que no se puede alargar a días y semanas, intenté facilitar las relaciones de ambos y les dije a Alberto y a Marta que tomaran la decisión que fuera tendría que ser entre los dos, ya que es un equipo quien está a cargo del paciente y no una persona únicamente.

Alberto, finalmente, decidió que Juan podía sedestar mientras estuviera acompañado y que si esa tarde no había familia, Marta se tendría que quedar con él mientras sedestara, porque Alberto tenía mucha carga de trabajo y tratamientos de quimioterapia.

Marta, por otro lado, aceptó encantada, de hecho, ella no se había negado en ningún momento a dejarlo solo, solo cuando fue al baño a llorar por la discusión.

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

Alberto: Agresivo

CV: imposición de los intereses propios cuando Alberto dice que el último responsable es él, responder con arrogancia y de forma cortante, repetir constantemente y sin escuchar que el enfermero es él y la amenaza de que nos podrían demandar. No ve el punto de vista de Marta. Humilló a la auxiliar diciendo que ella no era quien para decidir y que hubiera estudiado más.

CNV: Tono de voz elevado, rápido y autoritario, irse a otra habitación sin escuchar. El hecho de que sucediera en el pasillo y no en un lugar más íntimo y de menos accesible para los familiares y pacientes, lo hace aun más agresivo. Señalarse cuando a el mismo cuando habla de su responsabilidad.

Marta agresiva:

CV: Tono de voz alto y rápido. Amenaza con llamar al supervisor de guardia

CNV: Se ató la cola cuando iba dispuesta a llamar, postura rígida.

Marta Pasiva:

CV: Cuando manifiesta que ya le da igual, que haga lo que quiera el enfermero.

CNV: Evita el contacto visual, se muestra cabizbaja, tono de voz suave. Intenta evitar el rechazo y ser culpabilizada.

Laura: Asertiva

CV: Intenté que se expresaran de manera abierta respetando la opinión y mostrando escucha activa, clarifiqué mi postura. Por otro lado, intenté expresar la realidad con lenguaje claro y directo y con flexibilidad en el diálogo. Mostré mi derecho de que Alberto fuera a ver al paciente, pese a que me dijo que no.

CNV: Nadie me coaccionó a que interfiriera, fue de libre elección. El volumen de la voz que usé era adecuado, pese a que empecé a molestarme, con Marta me mostré cercana cuando desescaló del conflicto. Mi mirada era firme a la idea de buscar solución, mis gestos era apaciguadores. Finalmente muestro una actitud conciliadora para que entre los dos elijan lo mejor para el paciente.

Capítulo 8. Cuando la paciencia se agota...la gente explota

Autor: *Gemma Durban Carrillo*

Identificación del estilo de comunicación:

El padre de la paciente, utiliza un estilo de comunicación agresivo, aunque al final de la conversación parece cambiar a más asertivo.

Yo como receptora, uso un estilo de comunicación asertivo durante toda la conversación.

Descripción de la situación:

Llegué como una mañana cualquiera a la unidad. Empiezo mi jornada laboral saludando a las enfermeras del turno de noche y preguntando como habían pasado la noche. Me iban contestando todas que la noche había sido movidita, y que no habían parado. Cuando llegué a la enfermera del box 10, me miró con cara de resignación y me contó el problema que había tenido durante su turno con el padre de una paciente. El papá en cuestión, había recriminado esa noche varias cosas a la enfermera; entre otras, que le había costado mucho ponerle una vía a la niña, y que quizá tendría que llamar a otra persona con más experiencia. Por otro lado, que había avisado al timbre y la enfermera había tardado más de lo que él consideraba oportuno. La enfermera en cuestión, había tenido mucha paciencia, ya que era una enfermera con una larga trayectoria profesional, y podía entender que los papás estaban cansados y cada vez menos tolerantes.

La paciente de este box, era una niña que había venido de otra comunidad a operarse de una cardiopatía congénita y había hecho una complicación postquirúrgica que solo hacen un 10% de los pacientes post operados de cirugía cardíaca: una parálisis diafragmática. Nerea de 9 meses, llevaba un mes y medio ingresada en la unidad. La familia estaba soportando una carga emocional importante. Los hermanos de Nerea, un mellizo y un hermano de 5 años, la habían acompañado a Barcelona. Con la ayuda de los abuelos, los papás iban pasando los días con toda la familia prácticamente viviendo en el hospital. Lo que tendrían que haber sido un máximo de 3 días en la unidad y 7 en planta, se habían convertido en un mes y medio ingresada en la unidad, y sin cercana fecha de salida.

El padre había exigido no de muy buenas maneras hablar con algún responsable. Como ese día el jefe de la unidad no estaba, yo ejercía sus funciones, así que me tocó reconducir la situación de la mejor manera que pude.

Entré en el box justo en el momento que la niña había acabado de vomitar....

Padre: Esto no puede ser, porque le dais demasiada leche y la niña vomita, que ya se lo dije ayer también a su pediatra, pero aquí nadie me hace caso, porque llevamos más de un mes ingresados y la niña sigue mal, y nadie viene a darnos explicaciones, los cardiólogos nos miran desde fuera y ni siquiera entran, ...

Yo: Buenos días – le dije mientras me acercaba a la niña y ayudaba a la mamá a limpiar un poco a Nerea y a recolocarla en la cama.

Mientras tanto el papá seguía con su discurso, empalmando un tema con otro sin dejar de hablar y andando de una punta a otra del box sin parar, haciendo aspavientos.

Le paré la alimentación a Nerea, que le estaba pasando por la sonda y vi que solo le habían pasado 10 cc de los 60cc que tenía que tomarse en esa toma.

Cuando tuvimos a la niña colocada y tranquila empezamos la conversación:

Yo: -Mira papá, solo le han pasado 10cc de la leche que le tenía que pasar, así que no creo que haya sido por haberle dado mucha leche. Quizás le sienta mal este tipo de alimentación, pero se la han cambiado dos veces, y están intentando encontrar el tipo de leche que le va mejor a Nerea, pero a veces estas cosas cuestan.

Padre: - Pero es que esto no puede ser, porque llevamos muchos días y la niña no mejora, y solo viene la fisio dos veces al día, y tendría que venir al menos 5 o 6, porque es lo que le va bien a Nerea, pero me dice que no puede venir más, porque son pocos y hay muchos niños....

Yo: Seguro que a Nerea le va bien la fisioterapia respiratoria, pero la recuperación de Nerea es cuestión de tiempo, que su diafragma vuelva a coger fuerza después de la intervención y consiga recuperarse del todo, sabemos que es un proceso muy lento, pero si tenéis más dudas podemos hablar de nuevo con los pediatras y los cirujanos....

Padre: - ¡¡Si claro!!! ¡¡Si el que la operó será un Dios operando!!pero no tiene educación!! ¡¡Viene aquí y ni nos mira cuando habla, y solo lo hemos visto 3 veces en un mes y medio!!manda a su séquito a dar las noticias....

Yo: - Si, porque son parte de su equipo, y él se dedica más específicamente a la cirugía, y el resto del equipo es el que suele hacer el seguimiento....

Padre: - ¡Claro! Y además por la mañana, su pediatra ha estado de vacaciones esta semana, ¡¡y cada día visita a Nerea una pediatra diferente!! ¡¡Y de mañana, la enfermera que había siempre se ha puesto de baja y no se ha cubierto bien!! ¡¡Y cada día está por la mañana con una enfermera diferente!! ¡Y son majas eh! pero esta gestión del personal está muy mal hecha! Yo gestiono personas en una empresa y esto no funciona así.

Yo: - Si sabemos la situación que hay, y en invierno nos solemos encontrar con este problema de bajas que cuestan de cubrir, porque todas las enfermeras las tenemos trabajando y doblando turnos, me sabe mal que des de que Isa se cogió la baja, la hemos tenido que cubrir con enfermeras a días sueltos...pero los recursos de personal que tenemos a veces son limitados.

Padre: - Si, porque voy a poner una queja, por los fisios, por las enfermeras,pero no por vosotras, porque veo que los recursos son escasos y no podéis hacer el trabajo todo lo bien que podríais,...

Yo: - Se que hay cosas que sabe que no dependen de nosotros, los recursos que tenemos son los que son, si quiere poner una queja, está en su derecho, pero yo le recomiendo que lo enfoque como una sugerencia, porque las sugerencias de los familiares son muy escuchadas y puede mejorar las condiciones.

Aquí el padre empezó a rebajar un poco el tono, y cambió un poco el discurso:

Padre: - Es que ya llevamos aquí muchos días, y estamos cansados y vemos que no avanza...

Resolución de la situación:

Le expliqué al padre durante un buen rato, no era el primer caso que teníamos y que sabíamos que la recuperación era muy lenta, pero el resultado siempre acababa siendo positivo, así que le dije que tenían que aguantar un poco más y que ya verían que en unos días podrían subir a la planta y que en breve volverían a casa.

El padre agradeció mis explicaciones, y se disculpó por lo sucedido. Yo le dije que no se preocupara, que entendía que estuvieran cansados y que era normal tener estos malos momentos. Le dije que si necesitaban cualquier cosa me lo comentaran, y me despedí de

la mamá, que prácticamente no había hablado durante toda la conversación. Por supuesto le hice una carantoña a Nerea, y salí del box, más tranquila de lo que había entrado.

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

Del padre de la paciente (estilo agresivo):

Comunicación verbal

Utiliza frases muy largas sin dejar hablar. Habla rápido. Tiene un lenguaje brusco y un tono de voz elevado y algo contundente.

Comunicación no verbal

Da paseos constantes por el box mientras habla.

Mueve las manos de forma exagerada.

Movimientos de negación con la cabeza mientras habla.

De la receptora, en este caso yo (estilo asertivo):

Comunicación verbal

Hablar con tono cálido y tranquilo. Empatizar con su situación y hacerle saber que entiendo su situación.

Comunicación no verbal

Postura de escucha activa, con contacto visual. Asentir con la cabeza para confirmar que entiendo sus explicaciones.

Capítulo 9. Enfados de infarto

Autor: *M^a Teresa Espinosa Moreno*

Estilo de comunicación:

Usuario: agresivo-pasivo-assertivo

Profesional sanitario: assertivo

En la actualidad trabajo en un departamento de Hemodinámica Cardíaca, nuestro trabajo nos permite realizar no solo cateterismos cardíacos, sino que permite conocer con exactitud el estado de las arterias del corazón.

El servicio consta de dos salas, cada una de ellas tiene un programa diario que da respuesta a las necesidades de pacientes ingresados, procedentes de consultas externas, usuarios derivados de hospitales comarcales y respuesta inmediata a las urgencias intrahospitalarias y extra hospitalarios.

Debido a las urgencias, los pacientes programados durante la mañana pasan a ser parte del programa de tarde debido al retraso, la causa es la complejidad de la prueba y la repercusión hemodinámica que puede presentar el paciente.

A causa de los retrasos, se da con asiduidad que el paciente llegue enfadado.

Descripción de la situación:

El viernes pasado atendimos a un hombre de 45 años, el paciente estaba programado para hacerlo a las 13h de la tarde, debido a las urgencias que se tuvieron durante la mañana el paciente entro en la sala de hemodinámica a las 21h.

Al llegar a la sala observo, al paciente con gesto enfadado, mira con actitud desafiante y verbaliza que llevaba en ayunas desde la mañana, su tono es elevado, no nos deja hablar y nos explica haberse informado para poner una queja escrita, no deja de verbalizar que le parece increíble que hubiese una demora de tantas horas en tono sarcástico.

Estilos de comunicación del paciente:

Agresivo:

CV: Monopoliza la conversación, interrumpe y verbaliza amenazas (querer poner una queja).

CNV: Gesto enfadado, actitud desafiante, tono elevado de voz y sarcástico.

Pasivo:

CV: Pide disculpas al equipo.

CNV: El tono del paciente pasa a ser más cordial y relajado

Asertivo:

CV: Al final del procedimiento sabe escuchar, inicia un lenguaje claro.

CNV: Actitud relajada, de conformidad y concordancia con el contenido de la comunicación.

Estilos de comunicación del enfermero de hemodinámica:

Asertivo:

CV: Escucha al paciente, se utiliza un lenguaje directo y claro, el mensaje que se le da al paciente es congruente.

CNV: Contacto visual, tono de voz enérgico y firme (en concordancia con el contenido de la comunicación), escucha al paciente por nuestra parte sin juzgar.

Resolución de la situación:

Le intentamos explicar de manera sincera y asertiva el porqué de la demora, le comentamos que hemos recibido dos urgencias durante la mañana, que habían hecho que el programa se demorara, el paciente no nos dejaba expresarnos e intentaba monopolizar la conversación constantemente.

Escucho sus quejas, le dejo expresarse sin interrumpirle, mi actitud es de escucha activa, posteriormente le explico con lenguaje directo y claro que la complejidad de los pacientes y las urgencias hacen que con frecuencia el programa se retrase, y que la

importancia es recibir una atención integral y personalizada, durante la conversación mantengo contacto visual con el interlocutor.

Tras realizar el cateterismo el paciente presenta una lesión complicada y su procedimiento se alarga casi dos horas debido a la complejidad.

A medida que transcurre el tiempo el paciente empieza a tener un tono más cordial, su expresión pasa a ser más relajada, no vuelve a quejarse, se disculpa constantemente y verbaliza entender el porqué de la demora puesto que lo vive en primera persona, empieza a mantener un diálogo abierto, una escucha activa a lo que le vamos explicando y verbaliza sentirse en buenas manos.

El paciente al finalizar el cateterismo pide disculpas al equipo y elogia el trabajo que realizamos, comenta que sus comentarios habían sido desafortunados y que entendía que un paciente urgente o un caso complicado como el suyo puedan retrasar la programación.

Capítulo 10. Un mal día lo tiene cualquiera.

Autor: *Maria Carmen Gracia Atienza*

Estilos de comunicación (verbales y no verbales):

Técnico rayos: Agresivo

Pediatra-enfermera: Asertivo-Pasivo

Descripción de la situación:

Son las nueve de la noche. Inicio mi jornada laboral en la UCI neonatal de un hospital de tercer nivel. Hoy en la unidad hay una elevada carga asistencial y no tanto por el número de pacientes sino por la complejidad y la situación de dos de ellos. Acaban de pasarme el parte y están atendiendo un ingreso, es un prematuro extremo de 26 semanas de gestación que necesita soporte respiratorio y una vía central que ya se ha puesto, pero queda pendiente ponerle una sonda vesical, administrar antibióticos y poner una sonda orogástrica antes de que vengán a hacer la radiografía de tórax, con lo cual la noche empieza con intensidad. En el turno de noche somos dos enfermeras en UCI, además de Jan que es el pequeño que acaba de ingresar, tenemos cuatro pacientes más. Olga que es la enfermera que me acaba de pasar el parte me comenta que ya han avisado al técnico de rayos y éste ha preguntado de forma un poco seca si la radiografía era urgente ya que estaba a punto de acabar su turno de trabajo. Olga me avisa de que le coloque rápido la sonda a Jan, porque cuando llegue el técnico vendrá con prisas. Con lo cual decido prepararme para fijar el catéter umbilical en primer lugar y después colocaré la sonda. Los dos pediatras están valorando a Jan y tengo que esperar, en ese momento llega el técnico de rayos con cara de pocos amigos, me acerco a él y le digo: *“en cuanto acaben de valorarlo le fijaré el catéter y le pondré la sonda y podrás hacer la placa”* a lo que él no me responde nada ni siquiera me mira y pasa de largo a buscar el portátil con muy malos humos, al volver nos pide en voz alta *¿dónde tenéis la petición?* y Cristina una de las pediatras le responde que está en la impresora y que puede cogerla él mismo. Cinco minutos más tarde cuando ya estoy fijando el catéter, el técnico pregunta al aire de forma brusca: *“¿pero la placa era urgente o no?”*, a lo que Cristina le responde acercándose a él de forma tranquila y con un tono de voz suave que no le habrían

llamado si no fuese urgente, le pide disculpas por hacerle esperar y le recuerda que estamos a punto de acabar y podrá hacer la placa. No parece que nada le haga retroceder en su actitud y con un tono de voz cada vez más alto nos dice: *“estoy harto de esta situación, mi jornada laboral ha acabado hace 5 minutos y si no puedo hacer ya la placa, pues llamáis al que está de guardia a partir de ahora y que venga él, yo no tengo por qué estar aquí ..”*, Cristina le responde que en la UCI cuando pedimos una placa casi siempre es urgente y en este caso lo es, le dice que entiende su postura, que es lógico que esté molesto por no poder acabar su trabajo en el horario establecido y que estamos haciendo todo lo posible para acabar rápido, pero el técnico sigue repitiendo en voz alta y moviéndose de un lado a otro y gesticulando de forma agresiva que está harto de esta situación y que hablará con su supervisor. Cristina intenta hacerle ver que entendemos cómo se siente, pero si él no hace la radiografía, eso supone que deberíamos llamar al técnico que está de localizable por la noche y que como viene desde su casa tardará demasiado tiempo en llegar. A lo que responde en el mismo tono agresivo que eso no es problema suyo y que si esto está mal montado él no tiene la culpa, que hablemos con quien tengamos que hablar y que él por supuesto lo hará, porque esto no puede seguir así.

Acabo de fijar el catéter y me dirijo a él para decirle que ya puede hacer la placa, le digo con un tono de voz tranquilo pero firme que hemos intentado hacerlo lo más rápido posible y que entiendo su postura pero que creo que lo que es prioritario es el niño , a lo que no me responde nada y se pone a hacer la radiografía y cuando acaba se va amenazándonos con que iba a hablar con su supervisor por todo lo que había pasado. Y Cristina la pediatra le respondió que por supuesto nosotros también íbamos a notificar a supervisión todo lo que había pasado. Además, toda esta escena se produjo ante la presencia de los padres de uno de los niños ingresados, con lo que ofrecimos una muy mala imagen como profesionales. Después del incidente todos estábamos un poco molestos ya que actitudes como esta sólo complican aún más situaciones ya de por sí complicadas en nuestro trabajo.

Resolución de la situación:

Por nuestra parte se comunicó a supervisión los hechos con todo detalle y unos días más tarde coincidimos de nuevo con el técnico de rayos y su actitud fue completamente distinta, entró de buen humor, preguntando cómo estábamos, incluso haciendo alguna broma con un tono distendido y amigable, como si nada hubiese ocurrido. Quizás era su forma de disculparse. Tal vez sólo tuvo un mal día, lo sabremos cuando se de la misma situación y necesitemos una placa urgente a las nueve de la noche.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

CV:

Agresivo: Utiliza un tono de voz muy alto y seco. Lenguaje brusco en lo que comunica, verbaliza amenazas del tipo “voy a hablar con mi supervisor”

Asertivo: Tono de voz suave, hacerle saber que entendemos su postura y como se siente, utilizando un lenguaje claro al explicarle la situación.

Pasivo: Cuando la pediatra le pide disculpas por hacerle esperar

CNV:

Agresivo: No escuchar al interlocutor. Al llegar la expresión de su cara es de enfado (ira), no responde cuando me dirijo a él y ni siquiera me mira. Es incapaz de ver que hay unos padres observando la escena.

Asertivo: Acercarse a él para establecer contacto visual y una comunicación mejor con una postura relajada y de acercamiento, actitud conciliadora. Utilizar un tono de voz firme pero tranquilo. Se le escucha cuando habla a pesar de hacerlo gritando.

Capítulo 11. Una dirección agresiva

Autor: *Diana Jaumandreu López*

Estilo de comunicación: agresivo – manipulador

Descripción de la situación:

Trabajo en un centro de atención primaria. Somos unos 45 trabajadores entre médicos, enfermeras, auxiliares, trabajadora social, administrativos y una directora con carácter pero a la vez muy competente en su puesto. Yo soy la enfermera de pediatría me considero una enfermera volcada en la profesión, estudié enfermería por vocación, me gusta ayudar a los demás y me cuesta poder entender como una directora enfermera pueda llegar a faltar el respeto e incluso maltratar al personal del centro solo por ser directora...

El equipo siempre ha tenido muy buenos resultados e incluso fuimos premiados por tener los mejores resultados, pero lo que nadie sabía era que el personal del centro trabajaba sobre presión de una dirección que amenaza constantemente, pero claro era la directora y encima muy bien vista por su equipo directivo de la SAP. Somos un equipo con muy buena relación entre nosotros y esto nos ha ayudado a no salir corriendo por la puerta y seguir aguantando con la esperanza que hubiera una jubilación anticipada. ¿Al final llegó? Más adelante desvelaré el secreto...

Carmen, la directora, nunca escuchaba tu opinión; ella siempre tenía la razón y un día me toco a mí, me había solicitado un cambio de turno con una compañera y la persona responsable me notificó el cambio vía mail dándome el permiso, pero ¿qué pasó? Que el cambio no se notificó en la planificación semanal. Como conocía perfectamente qué podía suceder, el viernes llamé a planificación para notificar que no constaba el cambio que había solicitado, la constatación de la persona responsable de hacer el plannig me contestó que no había ningún problema que tranquila que ellos ya eran conocedores del cambio.

Llegó el lunes y mi compañera tuvo un problema por lo que no podía acudir a trabajar. La directora, le comentó que tranquila, que hasta la tarde tenía tiempo de buscar a alguien y ella le contestó que no, que ella le toca venir esa misma mañana por un cambio que tenía conmigo. Uf, la que se lió fue grande... Al minuto tenía un mail, faltándome el respeto, con un tono inadecuado, en modus operandi utilizando estrategias como amenazas, intimidación, sarcasmo, acusaciones, sentimiento de culpabilidad, enfado y reproche hacia mí, no me dejaba contestar, hasta que me armé de valor y fui a su despacho.

Resolución de la situación:

Visita al despacho de la directora:

No voy a volver a consentir que nadie me falte el respeto. Usted no es nadie para enviarme un mail de esas maneras. Hasta ese día, yo era de las únicas enfermeras que ella respetaba, pero me tocó e incluso llegó a decirme que me habían visto trabajando en otro sitio... era capaz de manipular la información para poder tener la razón, no me dejaba hablar y solo ella tenía la razón... fue una conversación difícil de llevar, yo lo sabía pero tenía que explicarme de alguna manera; yo el viernes notifiqué a la persona de planificación del error en el plannig y sabía que si ella era consciente de eso iba cambiar de pensamiento o incluso me pediría disculpas, pero no fue así, ella pedir disculpas, ¡nunca! Ella tenía el poder, como nos decía en todas las reuniones. No tenía necesidad de explicar, negociar o escuchar a los otros, ella era la directora.

Mi actitud cambió, después de pasar por este mal trago solo esperaba que llegara el día que se jubilara...

Por fin nos llegó esa buena noticia tan esperada por el equipo. Se jubiló y apareció por la puerta una nueva directora, “una persona asertiva con capacidad de defender los derechos humanos propios sin violar la de los demás” como menciona el autor (Caballo, 1986). Respetando los derechos humanos básicos y no por ser la directora, ser más que nadie.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

En el texto se puede identificar el estilo de comunicación agresivo por parte de la directora ya que sus componentes no verbales son: el elevado y agresivo por el mail que recibí después que mi compañera no acudiera a trabajar y no dejarme contestar para explicar lo sucedido y los componentes verbales fueron en su despacho cuando su tono de voz no fue el apropiado, juzgando mi persona sin tener razón e identificando un estilo manipulador no verbales en el silencio en las respuesta de los mail que no era capaz de contestarme y la espera de que me dejara hablar.

Estilo agresivo durante el conflicto:

CV: Comunicación sin Feedback e imposición de los intereses propios.

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

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

CV: Manipuladora para hacerte sentir, inventando historias.

CNV: Dirigirse con una voz fuerte y autoritaria.

CNV: Gesticulación agresiva y amenazadora.

CNV: Golpear en la mesa

CNV: Cerrar la puerta del despacho con un portazo

CNV: Invasión del espacio físico dando vueltas por el quirófano.

CNV: Posición de amenaza.

Capítulo 12. Hay más fuera que dentro

Autor: *Sara Luque García*

Identificación del estilo de comunicación:

Estilo de comunicación Agresivo-Asertivo

Descripción de la situación:

Esta situación ocurre en una unidad de pacientes Subagudos en el área de Salud Mental:

Ingresa una paciente de Etiopía en modalidad de ingreso involuntario, lo cual quiere decir que ni ella ni sus familiares pueden solicitar el alta, únicamente lo puede decidir el equipo terapéutico. Diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide, consciente orientada y colaboradora, aunque es difícil comunicarnos con ella debido a la barrera idiomática, así que hablamos en inglés, ya que el español apenas lo entiende.

No tenía a nadie de su familia en España, únicamente a su pareja.

En esta unidad, no se permite a los familiares entrar a las habitaciones de los usuarios con el fin de garantizar la intimidad de estos, y puesto que hay pacientes que permanecen en sus habitaciones por presentar alteraciones conductuales graves. Es una unidad dotada también de cámaras de vigilancia en las habitaciones y en los pasillos.

El segundo día de ingreso de la usuaria, objetivamos por cámaras que su pareja se encuentra dentro de su habitación, por lo que acudo sola a explicarle las normas de la unidad y le comento que debe salir de las habitaciones, pero que le podemos habilitar una sala de visitas o incluso pueden salir por los jardines. Su pareja era un hombre de unos 40 años, que debía medir 1,95m y pesaría unos 100Kg aprox. Desde recepción me informan de que les había dado la sensación de que iba algo bebido, por el olor y por la forma de hablar y caminar, y efectivamente no se equivocaban. Tras explicarle la normativa de la unidad, salió de la habitación, no sin antes lanzarme una mirada desafiante y retadora, que me hizo sentir algo intimidada y sobretodo me hizo recordar por qué nunca debemos ir solos. En ese momento, no me imaginaba lo que vendría después.

Al día siguiente, volvimos a ver por cámaras como este hombre volvía a estar dentro de la habitación de la usuaria, por lo que volví a entrar a la habitación para pedirle muy

amablemente que saliera, esta vez le pedí a mis compañeros que me acompañaran, ya que su reacción el día anterior fue algo desafiante. Nada más entrar en la habitación el señor se dirige hacia nosotros señalándonos con el dedo y vociferando, apenas entendíamos nada de lo que decía, pero sí pudimos entender que solo hablaba inglés y que de alguna manera nos estaba insultando. A duras penas conseguimos que saliera de la habitación, pero el seguía gritando y poniéndose cada vez más agresivo, esta vez también estaba ebrio. Mientras él mantenía esta actitud, su pareja (nuestra paciente) intentaba calmarlo sin éxito. La escala de agitación por su parte iba cada vez a más, tal era la situación que intentó propinar un manotazo a uno de mis compañeros, y se acercaba de manera amenazante, invadiendo el espacio vital; por lo que decidimos llamar a seguridad del centro para que lo expulsaran del hospital.

Cuando el personal de seguridad apareció, muy amablemente intentaron explicarle que debía de abandonar el centro puesto que no está permitida la entrada de personas ebrias y mucho menos intentar agredir o insultar al personal sanitario. Como era de esperar, hizo caso omiso y volvió a arremeter hacia mis compañeros de manera más agresiva todavía, pero esta vez, la usuaria, sin ningún motivo aparente se dirigió hacia mí con la intención de agredirme, mis compañeros me cubrieron y el personal de seguridad finalmente no pudo hacer nada, por lo que decidimos llamar a las fuerzas del orden público.

Resolución de la situación:

Tras llamar a las fuerzas del orden público, acudió una patrulla de MMEE que intentaron dialogar con el señor, sin éxito. Le solicitaron la documentación para identificarlo y esto solo hizo que enfadarlo más, por lo que ellos mismos llamaron a otra patrulla de MMEE. Finalmente éramos cuatro auxiliares de enfermería, dos miembros del personal de seguridad del centro, cuatro Mossos d'Esquadra y yo, y a pesar de hablarle de manera relajada y explicarle la normativa hacia caso omiso y continuaba con la misma actitud vociferante y amenazante. El señor ahora además exigía llevarse a su mujer (que estaba en modalidad de ingreso involuntario). El diálogo no fue posible y finalmente los MMEE consiguieron llevarse al hombre, al que posteriormente se le prohibió indefinidamente la entrada al centro. Su mujer accedió a regresar a la unidad con nosotros sin problema.

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

Estilo agresivo:

- Comunicación verbal:
 - Verbalizar insultos y amenazas.
 - Discurso verborreico.
 - Se muestra exigente en sus demandas.

- Comunicación no verbal:
 - Gesticulación agresiva.
 - Invasión del espacio físico señalando con el dedo.
 - Posición de amenaza.
 - Intento de agresión.
 - Tono de voz elevado.
 - No escucha
 - Lenguaje brusco.
 - Actitud desafiante y retadora.
 - Mirada fija y hostil.

Estilo asertivo:

- Comunicación verbal:
 - Me presento, se le explica la normativa de la unidad, se le da toda la información referente al ingreso, horarios y etc.
 - Ofrecer la posibilidad de habilitarle otro lugar para la visita
 - Dialogar, argumentar.
 - Buscar alternativas.
 - Actitud conciliadora

- Comunicación no verbal:
 - Tono de voz suave.
 - Escucha activa.
 - Gestos de comprensión durante el diálogo.
 - Contacto visual.
 - Posición correcta.

Capítulo 13. La lucha entre enfermería y el equipo médico: ¿Repercuta en el paciente?

Autor: Lidia Maestre Bernat

Identificación del estilo de comunicación Ej: agresivo- asertivo o Pasivo

Los estilos comunicativos que se describen son el estilo agresivo por parte mía y el estilo pasivo, el médico.

En cuanto se resuelve el problema utilizo un estilo asertivo, utilizando un lenguaje claro y sincero. El tono de voz es tranquilo y la comunicación es fluida y con feed-back.

Descripción de la situación:

A menudo, he de cubrir en distintas unidades de cuidados intensivos del hospital en el que trabajo.

Es cierto que al no ir todos los días siempre encuentras más dificultades que el propio personal de estas, por lo que has de ir investigando donde está el material, no conoces a los pacientes, ni muchas de las técnicas o maneras en las que se trabaja...A menudo una jornada laboral se convierte en un constante de preguntas.

No hace mucho, acudí a una de estas unidades. El equipo de esta unidad, no tiene muchas habilidades comunicativas. A menudo, percibes que por no ser del propio personal de la unidad te hacen un distanciamiento.

Días atrás, recuerdo cuando entraba por la mañana a una de estas unidades y se hacía un silencio. Como todos los días, acudí al control y di los buenos días.

La enfermera del turno de noche se presentó y me acompañó a los box que iba a llevar a cargo a lo largo de la mañana. Me explicó detenidamente la situación clínica de los pacientes, el llamado "parte".

Tras explicarme ambos pacientes, empecé como todas las mañanas a leerme la historia clínica de cada paciente y a organizar y planificar los cuidados que requerían.

Uno de mis pacientes, precisaba de un catéter central para iniciar varias drogas vasoactivas. Informé al médico del caso y este consideró oportuno colocarle un catéter venoso central periférico, por lo que fui a preparar el material y ha explicarle al paciente.

Tras observar los malos accesos periféricos del paciente, creí oportuno hablar con el médico para exponerle de la dificultad que había para colocarle el catéter.

Tras explicárselo el médico siguió considerando oportuno la colocación de un catéter central periférico. Pedí ayuda a una compañera, pero era evidente de que no tenía buenos accesos periféricos.

Decidí volver hablar con el médico pero ya con otro tono de voz. Enfadada y seria me acerqué a él y le dije:

-¿Quieres hacer el favor de ponerle un catéter venoso central? Si lo que quieres es que se le inicie el tratamiento haz el favor de hacerlo, porque yo no lo voy a intentar más.

En cuanto le dije lo siguiente, un tanto agresiva y en voz fuerte, se dió la vuelta e hizo una carcajada en voz baja.

Ver esta actitud me hizo enfurecerme y alzar la voz aun más fuerte diciendole lo siguiente:

- ¿Crees que es correcto darme la espalda y reírte cuando te estoy diciendo de que no voy a intentar ponerle otro catéter ?

Obviamente el médico de la unidad me escuchó y continuó por su camino.

Tras unos minutos de reflexión y calmarme con una buena charla con una de las compañeras, pensé que no beneficiaba en nada este enfrentamiento.

Resolución de la situación:

Unos minutos después, tras haber explicado la situación con la que me encontraba con una compañera del servicio , decidí acercarme al despacho médico para hablar con él de lo que había sucedido.

Piqué a la puerta del despacho tranquila y le pregunté:

-¿Puedo pasar hablar contigo de lo que a sucedido? Me contestó un sí, serio y sin mirarme a los ojos, por lo que entré y decidí sentarme al lado suyo. El médico continuaba poco receptivo y mirando al ordenador, no había feed-back en la comunicación, pero yo seguí considerando oportuno disculparme de mi actitud.

Le expliqué calmadamente, de que habíamos intentado canalizarle un catéter central periférico entre yo y otra compañera. Le argumenté, de que no se trataba de no querer

realizar la técnica y que comprendía que estuviera molesto por cómo me había dirigido a él, pero que consideraba que también era necesario que por su parte me escuchara. Tras disculparme y explicarle como me había sentido, empezó a mirarme a los ojos y ha estar más reactivo.

Finalmente, me respondió de que iba a colocarle el catéter venoso central en cuanto pudiera y que le disculpara también por su actitud pero que no creía correcto que le ordenara o le imponiera lo que tenía que hacer.

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

llamar / CNV: cerrar la puerta con fuerza

CV:

- Alzar la voz.
- Desprecios.
- Carcajadas.
- Tono tranquilo.
- Seriedad.
- Lenguaje contundente.
- Silencio.

CNV:

- Gesticulación agresiva.
- Mirar a los ojos.
- Posición de amenaza.
- Tono de voz elevado.
- Dar la espalda.
- Acercamiento contundente.
- Picar la puerta del despacho.
- Mirar al ordenador.
- No mirar a los ojos.

Capítulo 14. ¡Pues a la jefa vas...!

Autor: *Maria Manzano Gásquez*

Estilo de comunicación:

Dra. Raya: de agresivo a asertivo.

Coordinadora (yo): asertivo.

Técnico: pasivo.

Descripción de la situación:

Es una mañana cualquiera en el servicio de radiología. Hoy la Dra. Raya, traumatóloga de nueva incorporación, está visitando en CCEE y solicita radiografías a los pacientes que las requieren. Nos ha enviado una niña con una fractura de cúbito para comprobar como progresa y si debe llevar mucho tiempo más el yeso. El técnico le realiza el protocolo, pero como la niña tiene mucho dolor tiene dificultad en realizarle una de las proyecciones y no queda una radiografía perfecta. Cuando la niña llega a la consulta, la Dra. Raya le vuelve a pedir las placas y la vuelve a enviar a radiología para repetir de nuevo la exploración. Para no volver a irradiarla innecesariamente, el técnico le realiza la proyección lateral que es la que salió peor y pega la nueva imagen al resto de la exploración realizada anteriormente y vuelve a dirigir a la paciente a la consulta de la traumatóloga. En pocos minutos la dra. Raya llama al teléfono de los técnicos para quejarse al técnico de que no ha realizado todas las proyecciones que ella pide en la petición de rayos y que al volver a enviar a la paciente tan solo le hemos realizado una proyección y el resto son las placas disparadas anteriormente. El técnico le comenta tranquilamente que él ha seguido el protocolo el cual solo incluye esas dos proyecciones. Ella insiste enfadada que no se le ha repetido toda la exploración a su paciente y el técnico le explica que en esta segunda vez tan solo ha repetido el perfil que era el que había salido mal debido al dolor que presentaba la paciente. Cada vez más enfadada la doctora le exige que le haga de nuevo todas las proyecciones que le pide porque si no puede visitar a su paciente, pero no recibe más que negativas de técnico, que reiteradamente le comenta que tan solo sigue los protocolos del servicio y que, si quiere alguna cosa más, hable con su jefa que él es tan solo un “mandao”. La doctora muy enfadada le cuelga el teléfono diciéndole que por supuesto que hablará con su jefa.

Yo escucho la conversación desde mi despacho y al colgar, el técnico me comenta el enfado de la doctora y la mala educación que ha tenido al dirigirse a él casi a gritos. La verdad es que yo no la conozco personalmente y me sorprende la reacción que ha tenido con el técnico. Mientras estamos comentando suena mi teléfono. Es ella. Descuelgo el teléfono y me preparo para el posible chaparrón.

Yo: - ¿si, dime?

Dra. Raya: - Hola, soy la dra. Raya. Te llamo porque ya no sé qué puedo hacer y hoy ya es el colmo. ¿Es normal que tus técnicos hagan lo que les parece cuando le pido las placas a mis pacientes? Hoy les devuelvo a una niña y tan solo repiten parte de la exploración ignorando proyecciones que les pido. ¡Pero no es la primera vez, ¿eh?! Al final voy a tener que hablar con mi jefe...

Y: - Mire doctora, la verdad es que esta niña con el yeso tenía mucho dolor y el lateral estricto ha costado mucho poder hacerlo estricto. Tiene razón en que no se ve perfecta la proyección. El técnico lo ha intentado repetir, aunque más o menos ha salido igual pues la niña tiene mucho dolor al girar el brazo.

DR: - No me parece muy normal que hagan lo que les dé la gana. ¡No veo nada en estas placas! Yo así no puedo visitar.

Y: - Doctora Raya, en radiología seguimos los protocolos de la simple consensuados con los radiólogos y siguiendo las guías europeas. Todo lo que necesite que salga del protocolo que tenemos establecido, el técnico lo tiene que comentar con el radiólogo de guardia, con lo que si los técnicos en alguna ocasión no le han hecho alguna proyección es porque el radiólogo lo ha indicado así. Le aseguro que ninguno de ellos hace lo que les parece.

DR: - ¿Ah sí???, perfecto, pues que venga el radiólogo a la consulta a diagnosticar a mis pacientes. ¡Con el listado enorme que tengo cada día, y encima tengo que ir con los pacientes arriba y abajo para que me hagáis las placas que os parecen! Pues como a esta niña no veo bien la fractura la citaré la semana que viene y que le hagan otras placas.

Y: - Mejorar la proyección es imposible, pero si le parece, puedo hablar con el radiólogo de guardia y que le informe la placa en su visor radiodiagnóstico que tienen más calidad. Así podemos evitar otras placas más la semana que viene.

DR: - Perdona! Si quiero o no unas placas la semana que viene, eso lo decido yo, no tú.

Y: - Ya...eso está claro doctora, pero irradiar sin necesidad...el radiólogo seguro que le da más información que lo que puede ver en la pantalla de su PC que tiene poca calidad. ¿le parece?

DR: - Que crees que no me preocupo por la irradiación de mis pacientes? Pues si que me preocupo, y mucho. Pero si lo creo conveniente le pediré la semana que viene las placas que necesite. ¡Y hablaré con mi jefe del tema de los protocolos! ¡Yo así no puedo visitar!

Y: - ¿Así, no le pido que informe la placa al radiólogo? Nos pasa a menudo. Muchos médicos nos llaman para que les informemos las placas o consultan con el radiólogo. No hay ningún problema.

DR: - No! Me cito a la niña la semana que viene y ya está.

Me cuelga y me deja con la palabra en la boca.

Resolución del problema:

En esos momentos me siento frustrada por no haber podido convencer a la traumatóloga de no volver a irradiar a la niña la semana que viene sin necesidad, pudiendo informarle la radiografía. Me siento mal por no haberle podido hacer entender que el protocolizar la radiología convencional es para evitar irradiar innecesariamente a los pacientes, y que siempre podía contar con el apoyo de nuestros radiólogos si lo necesitaba.

Pasados unos minutos, en los que posiblemente la trauma se relaja y piensa en frío la situación, o tal vez, llama a su jefe el cual le explica cómo va el circuito de la radiología convencional, vuelve a llamar.

DR: -Hola, vuelvo a ser yo. ¿puedes comentar al radiólogo que me informen la placa?

Y: - Por supuesto dra. Raya. Cada vez que lo necesite no dude en llamar que para eso estamos.

DR: - La verdad es que con este volumen de trabajo y estas pantallas que no se ve nada...es difícil. Siento haberme ofuscado con el tema.

Y: - Si, la verdad es que las pantallas de CCEE tienen muy mala calidad de imagen. Tranquila que en 10 minutos ya estará informada la placa.

DR: - Ok. Gracias.

Y: - A ti.

Tras este incidente, la Dra. Raya ha seguido llamando a radiología cada vez que tiene alguna duda en las radiografías de sus pacientes y jamás ha vuelto a quejarse de los protocolos que realizamos en sus exploraciones.

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

Comunicación Verbal de la Dra. Raya:

Primeramente, utiliza un estilo agresivo:

Comunicación a base de exigencias imponiendo sus intereses.

Utiliza amenazas de explicar el tema a los jefes.

Utiliza un lenguaje brusco, arrogante y autoritario.

Realiza preguntas que no espera respuesta de manera desafiante.

Realiza acusaciones sobre los técnicos.

Utiliza el sarcasmo diciendo que visiten los radiólogos a sus pacientes.

Después utiliza un estilo asertivo:

Utiliza un lenguaje claro y sincero.

Expresa sus sentimientos.

Pide disculpas.

Asume seguir los circuitos y protocolos de radiología.

Comunicación No Verbal de la Dra. Raya:

Al inicio de la conversación utiliza un estilo agresivo:

Tono de voz elevado y nervioso.

Se dirige de manera autoritaria.

Ritmo rápido.

Cuelga el teléfono.

Después utiliza un estilo asertivo:

Tono conciliador.

Volumen adecuado.

Cercanía al expresar sus sentimientos reales.

Actitud de conformidad sin juzgar.

Comunicación Verbal del Técnico de Radiología: (estilo pasivo)

Evita el enfrentamiento diciéndole que él es tan solo un “mandao” en vez de hacerse respetar.

Evita riesgos y ser culpabilizado diciendo que sigue los protocolos que consensuan los radiólogos.

Comunicación no verbal del Técnico de Radiología: (estilo pasivo)

Tono monótono y sumiso.

Comunicación verbal de la Coordinadora: (estilo asertivo)

Da opciones y propone soluciones y dar las explicaciones pertinentes.

Utilización del lenguaje claro y no desafiante.

Dirigirse por su nombre y con respeto.

Reconocimiento de los sentimientos del otro interlocutor.

Comunicación no verbal de la Coordinadora: (estilo asertivo)

Tono firme pero conciliador.

Actitud tranquila, de cercanía y ayuda.

Actitud de escucha activa.

Capítulo 15. Esto no son horas y ante todo soy persona.

Autor: *Raquel Marín Pérez*

Estilo de comunicación: agresivo-pasivo / asertivo-asertivo

Descripción de la situación:

El relato que os explicaré ocurrió hace ya unos 6 años. Fue cuando trabajaba en un servicio muy especializado y altamente tecnológico de un hospital de tercer nivel.

En el lugar de trabajo en cuestión se requería hacer guardias de 24h ininterrumpidas para dar cobertura a una amplia zona de población. Las guardias eran localizables, es decir, si te llamaban tenías que llegar en 20´ porque la vida del paciente dependía en gran medida de la rapidez en la aplicación del tratamiento.

Para que pudieras hacer guardias, tenías que haber hecho un periodo de formación intensivo, conocer muy bien la patología, conocer y dominar el aparataje que era necesario para asistir en la intervención y saber actuar ante cualquier complicación que pudiera surgir.

El hecho de hacer guardias era un requisito indispensable para estar en el servicio, no te permitían renunciar a ellas. Por lo que me formé para poder llevarlas a cabo.

Llegó el día de mi primera guardia. -¡Que nervios!- casi no pegué ojo, pendiente del teléfono. Lo que más me angustiaba no era la guardia en si, sino que el médico que compartía conmigo la guardia era el jefe de servicio (bueno jefe del área que ya casi no hacía función asistencial y cercano ya a la jubilación) que se resistía a dejar de hacer guardias aunque su habilidad ya no era la de antes. Y su puesto como jefe de servicio ya estaba ocupado por otro médico.- ¡Vaya suerte la mía!-. Intenté cambiársela a alguna de mis compañeras, pero lógicamente nadie me la quería cambiar. Así que le eché valor y la asumí con dignidad aunque con un poco de miedo también.

A las 3:00 de la madrugada sonó el temido teléfono.

Traían a una señora de Castelldefels que había sufrido un infarto. La traía el SEM en ambulancia y había que darse prisa. Me levanté rápidamente, me vestí y cogí el coche. Cuando llegué, me cambie a toda prisa y entré en el quirófano. En ese momento llegó mi compañera y nos dispusimos a preparar el material para tener todo listo para cuando llegara la paciente.

Cuando ya teníamos a la paciente preparada, el médico pinchó la arteria radial de la paciente y colocó el introductor radial. En el momento de conectar el cable de presión

nos dimos cuenta de que la conexión estaba rota por lo que era imposible conectar la presión invasiva de la paciente. En ese momento, de repente, el médico se quitó la bata estéril y los guantes los tiró encima de la mesa y de todo el material estéril, acto seguido, empezó a gritar y a dar golpes en la puerta y en la pared. Gritaba diciendo que cómo era posible que eso estuviera roto. Que cómo era posible que no lo hubiéramos visto antes. Y que ahora qué íbamos a hacer con la paciente a medias. Cogió una botella de suero fisiológico de 100ml que había en una mesa y lo tiró fuertemente contra el suelo. El cristal estalló en mil pedazos. Mi compañera se quedó paralizada. Y la médico residente que estaba de guardia y había venido para ayudar por si había cualquier cuestión también estaba paralizada. Pensé que se había vuelto loco. La situación vista desde fuera probablemente parecería graciosa pero vivida desde dentro puedo asegurar que era de pánico y surrealista. No sabía que hacer. Con mucha cautela, voz temblorosa y casi sin mirarle, le propuse que podíamos probar de conectar la presión de manera manual con un detector especial sin conectar la máquina inyectora de contraste (que era como se hacía antiguamente). En ese momento su cara se volvió roja o morada y empezó a gritar más. Creo que ni me escuchó. El cuerpo me temblaba. Me dijo que mejor me callara, que yo no tenía ni idea y que él ya decidiría qué hacer puesto que era el médico.

Después de unos minutos decidió que bajáramos a la paciente al quirófano de la planta de abajo porque seguro que allí la conexión de la presión funcionaría. Me dijo que no quitaríamos el introductor radial a la paciente, que lo conservaríamos para conectar abajo la presión. Se lo sujetamos muy bien con apósito estéril y lo cubrimos con una talla estéril para que no se contaminara y evitar en todo lo posible una infección.

El médico, de camino a la planta de abajo, me seguía gritando y diciéndome que si a la paciente le pasaba algo sería yo la responsable. ¡Madre mía, parecía que lo había poseído el demonio!. Aguanté con todas mis fuerzas y procuré no soltar ni una lágrima. Mi compañera ya estaba llorando la pobre, quizás por eso él sólo se dirigía a mi. Fue muy difícil mantener la calma y no contestarle y muy difícil también mantener mi atención al cien por cien en mi trabajo. Pasé mucho estrés , sobre todo porque durante el procedimiento seguía machacándome con que si le pasaba algo a la paciente sería mi culpa (vamos, que ¡sólo me quedaba rezarle a San Pedro para que no se la llevara; por ponerle un poco de humor al asunto).

Por suerte la conexión de la presión en el quirófano de abajo, funcionaba correctamente y pudimos finalizar el procedimiento con éxito y la paciente puedo salir adelante.

El médico se despidió de la paciente y se fue sin decirnos nada a las enfermeras.

Al día siguiente fui a hablar con el que ahora era jefe de servicio a explicarle lo ocurrido. La verdad es que no le sorprendió mucho todo lo que le expliqué, porque era una conducta que ya se había repetido en otras circunstancias. Se disculpó por él y me aconsejó que lo dejara estar y que no le diera más importancia. Que estaba cerca su jubilación y no valía la pena remover el tema.

Yo no quería dejarlo así porque yo lo había pasado muy mal aquella noche y no quería que volviera a pasar ni conmigo ni con ninguna de mis compañeras.

3. Resolución de la situación:

Así que al cabo de una semana me dirigí al despacho del médico en cuestión.

Le dije que me había dolido mucho su conducta y que me sentía muy mal desde aquella noche. Que tenía la necesidad de expresarme y poder decirle lo que pensaba de aquella situación. Y que gustaría que no volviera a pasar. Que tenía que respetar mi trabajo y a mí como persona. El médico cerró la puerta y me dijo que me sentara. Él se sentó a mi lado y me dijo que lo sentía mucho, que era consciente de que me había hecho daño y que me pedía disculpas.

Que la situación le superó y se vio bloqueado ante un imprevisto y no supo escuchar porque yo no tenía experiencia y eso le creó mucha inseguridad. Y no le gustó que una enfermera inexperta le diera la solución al problema. Se había equivocado.

Yo salí de allí muy relajada como si me hubiera quitado un gran peso de encima.

Ese mismo día anunció a todo el equipo que dejaba de hacer guardias.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

Estilo agresivo durante el conflicto: (el médico)

Comunicación verbal:

- Comunicación a base de órdenes y exigencias.
- Utiliza el abuso de poder (al recalcar que él es el médico y yo la enfermera), responde con arrogancia y sarcasmo.
- Actúa de manera ofensiva llegando incluso a la humillación.

Comunicación no verbal:

- Mirada fija y amenazante, gesticulación agresiva, y tono de voz elevado.
- Se quita los guantes y la bata y la tira con rabia encima del material estéril de la mesa de quirófano.
- Golpea la mesa y la pared.

- Tira objetos hacia el suelo con fuerza.
- Evita el contacto visual.
- Verbalizaciones negativas hacia la otra persona.
- Postura corporal tensa.

Estilo pasivo durante el conflicto: (yo)

Comunicación verbal:

- Exponer una situación con ¿Podemos?
- Asentir a todo

Comunicación no verbal:

- Desviación de la mirada.
- Bajar el tono de voz.
- Expresión facial de miedo.
- Movimientos corporales nerviosos.

Estilo asertivo durante la resolución del conflicto: (el médico y yo)

Comunicación verbal:

- Exposición de pensamientos y sentimientos respetando la opinión de la otra persona.
- Verbalizaciones positivas y validación de los sentimientos del otro.

Comunicación no verbal:

- Tono de voz firme pero no elevado.
- Mantenimiento de la mirada.
- Contacto visual con la mirada directa.
- Movimientos corporales serenos (al sentarnos para hablar)
- Asentimientos hacia las argumentaciones del otro.
- Cerrar la puerta para dar importancia e intimidad a la situación. Para favorecer la escucha activa y la comunicación de sentimientos.

Capítulo.16. Mañanas Asertivas

Autor: *Ruben Medina Maestro*

Estilo de comunicación:

Asertivo y pasivo

Descripción de la situación:

Eran las 6:50 de la madrugada y entraba en la unidad de Semicríticos en la que trabajo para iniciar mi jornada laboral. Al entrar en la unidad, todas mis compañeras del turno de noche estaban con una paciente que había ingresado hacía apenas 1h.

Su ingreso se debía a una Insuficiencia cardíaca, reagudización de su Insuficiencia renal y una insuficiencia respiratoria. La paciente se encontraba consciente y orientada, en una situación crítica, que precisaba de manera inmediata la canalización de accesos venosos, puesto que la que llevaba estaba extravasada y además se había solicitado una analítica para comprobar cuál era su estado actual de la patología.

El equipo de enfermería del turno de noche, intentó realizar la analítica y canalizar una VVP sin éxito. El resultado final fue extraer una muestra de sangre arterial y cursar la analítica según los protocolos de los que disponemos sin conseguir canalizar la VVP.

La compañera responsable de la paciente me da el cambio de turno y me convierto en el responsable de la paciente durante la mañana.

Al entrar en el box, me presento como hago de manera habitual y observo la mirada de tristeza con ojos llorosos de la paciente. Me aproximo a ella y le pregunto como se encuentra y qué le sucede para poder ayudarla, pero la paciente desvía la mirada sin contestar. Me aproximo un poco más e intento conectar con ella arropándola bien en la cama para mostrar afecto hacia ella y le vuelvo a preguntar sin obtener respuesta. En este momento decido intuir que le puede estar pasando y confirmar mis sospechas. La paciente se limita a responder con voz muy débil su nombre y me responde de manera afirmativa o negativa a las preguntas que le voy formulando.

La información que consigo con respuestas muy escuetas es que se encuentra cansada ante la situación que está viviendo y la negativa a recibir más pinchazos. En este

momento le cojo de la mano e intento darle ánimos para mejorar su estado emocional. Ella me responde apretándome fuerte la mano y dibujando una sonrisa en su cara, utilizando todas las fuerzas que le quedan y olvidando las pequeñas lágrimas que caían de sus ojos.

Resolución de la situación:

Decido informar al equipo médico responsable y le comento la negativa por parte de la paciente a recibir más pinchazos. Puesto que no tengo accesos venosos y necesito administrar toda la medicación que precisa la paciente, les sugiero si se le puede implantaran un catéter venoso central ya que lo estaba viviendo con mucha angustia. Al equipo médico le parece una buena idea y se decide colocar un CVC.

Se le informó a la paciente de la decisión que se había tomado y se le explicó el procedimiento que se le iba a realizar estando ella conforme. Una vez finalizado, la paciente quedó conforme y muy agradecida, puesto que con la anestesia administrada no había sufrido dolor.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

Nada más conocer a la paciente y observar su expresión facial, se identifica claramente que la paciente está pasando por un mal momento. Mediante la comunicación no verbal, durante todas las preguntas que se le formulan nos da pistas de su estado emocional y como se encuentra en todo momento, facilitando así la comprensión por parte de enfermería y poder así utilizar todas las técnicas de las que disponemos para ayudarla.

Con la comunicación verbal, podemos reforzar las conclusiones que hemos extraído de la conversación. Utiliza un tono de voz muy débil dándonos pistas de lo que le puede estar sucediendo. Además, para poder solucionar el problema necesitamos mantener una conversación con ella y de esta manera empatizar.

Si no fuera por la unión de la comunicación verbal y no verbal, habría sido difícil saber como se encontraba, puesto que muestra una actitud pasiva. En el momento en el que no quiere responder a las preguntas y desvía la mirada intentando evitar el contacto visual, se identifica claramente su estilo pasivo ante la situación que está viviendo. No expresa sus pensamientos, sus miedos y es enfermería quien tiene descubrir qué le sucede.

Tanto el equipo médico como enfermería muestra un estilo asertivo ante la situación. Se practica la escucha activa y se intenta comprender el estado en el que se encuentra la paciente sin hacer juicios de valor. El único propósito es mejorar la situación que está viviendo para poder revertirlo. Resalta el respeto hacia ella y entre las opiniones de todo el equipo sanitario, puesto que cuando enfermería dialoga con medicina y expresa su punto de vista, ésta es escuchada y valorada, consiguiendo un consenso común facilitando la estancia de la paciente y sus cuidados.

Capítulo 17. El maravilloso mundo del Triage

Autor: *Cristian Moreno Lozano*

Estilo de comunicación: Pasivo – Asertivo – Agresivo.

Descripción de la situación:

Lo relatado a continuación me ocurrió hace relativamente poco tiempo. Para poner en contexto la situación, recuerdo que era un domingo por la tarde, día y turno donde (por lo general) el servicio se encuentra colapsado. Sucedió en urgencias, en el box donde se realiza el triaje enfermero, en un hospital de tercer nivel de Barcelona.

El triaje es donde a través de los síntomas que explica el usuario, la valoración del enfermero y el programa informático de triaje, se clasifica al paciente con un nivel de gravedad, y de eso dependen el tiempo de espera para que el usuario sea visitado en el servicio. Las consultas con niveles de urgencias de menor gravedad (niveles IV y V), y en consenso con el médico adjunto, pueden ser derivadas a centros de urgencias de atención primaria, ya que son aparentemente patologías leves y pueden ser evaluadas, diagnosticadas y tratadas allí, evitando el colapso, mas si cabe, del servicio de urgencias.

Todos los pacientes, previo a pasar por el triaje, tiene que ir a la administración de urgencias para abrir un nuevo episodio de consulta, donde se genera un *dimo*, que es un papel con la información administrativa del paciente y que adjunta etiquetas de este, necesarias para realizar el envío de posibles muestras al laboratorio e identificarlo correctamente.

Me encontraba realizando el triaje, y avisé al siguiente paciente para realizar la valoración pertinente. Era un señor de aproximadamente 40 años, y venía acompañado por una señora de la misma edad. Me presenté y le informe que iba a realizar el triaje, acto seguido, me explico lo que le sucedía y el motivo por el cuál acudía a urgencias. Me explicó que llevaba unos meses con una reacción cutánea en la pierna, que le picaba, y que no podía aguantar más, hasta aquí todo transcurrió con normalidad.

Tras explorar la pierna, observé lo que parecía una dermatitis, introduje los datos en el programa, y le asignó un nivel IV de urgencia. Procedí a explicarle que lo mas

correcto sería que lo viera un dermatólogo, pero los fines de semana no hay, ya que de urgencia solo visita de lunes a viernes por las mañanas. Le comenté, que lo que podía ofrecerle era ser visitado por un médico de medicina general, que le calmaría la sintomatología del picor, ya que en urgencias no disponemos del aparataje necesario para solucionar problemas dermatológicos, y que tendría que venir de lunes a viernes por la mañana para ser valorado. Seguí explicándole que el servicio estaba colapsado, y que la mejor opción era desplazarse al centro de urgencias de atención primaria, ya que su asistencia aquí se demoraría mucho tiempo por el nivel de urgencia. En ese momento, y elevando el tono de voz, insistió que él no se iría a ningún sitio, y que quería ser visitado por un dermatólogo, que no le engañara diciéndole que no había dermatólogo para que se fuera, que él tenía el mismo derecho a ser visitado que el resto de gente. La acompañante que estaba a su lado intentaba calmarle, pero el paciente con la mirada y un tono elevado de voz le dijo que se callara, ella asintió con la cabeza.

Volví a insistir, le dije que entendía su enfado, pero que no eran las formas correctas. Le expliqué que trabajamos con los servicios que tenemos disponibles, y que en esos momentos ése no era uno de ellos, que, si no estaba de acuerdo, estaba en su derecho de poner una reclamación exigiendo un servicio de dermatología de lunes a domingo. En ese momento, cogió el *dimo*, lo rompió y lo tiró encima de la mesa, se fue por la puerta dando un portazo, y la acompañante salió del box disculpándose por las formas del paciente.

Resolución de la situación:

El paciente regreso al lunes siguiente, sin acompañante, entró a triaje y con la mirada hacía abajo, me dijo, por favor, si podía mandarle al servicio de dermatología. Yo no quise hacer referencia al episodio vivido el día anterior, realicé el triaje y lo derivé al servicio correspondiente.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

- Paciente el día de la 1ra consulta = Agresiva

CV: Tono de voz elevado, imposición de ser visitado por un dermatólogo (reclama y exige).

CNV: cerrar la puerta dando un portazo, expresión facial de rabia (rubor facial), mirada desafiante, romper el *dimo* y tirarlo encima de la mesa con desprecio.

- Acompañante = Pasivo

CV: disculparse por algo que no había hecho ella.

CNV: asentir con la mirada, inhibir con su comportamiento la confrontación., mirada baja

- Yo 1r día = Asertivo

CV: Sin elevación del tono de voz, tranquilo, postura corporal firme.

CNV: Mirar a los ojos, postura relajada, escucha activa cuando refleja el problema, empatía.

- Paciente el día de la 2nda consulta = Pasivo

CV: Tono de voz bajo.

CNV: Evitar la mirada, inhibir conversación para evitar confrontación, silencios.

- Yo 2ndo día = Pasivo

CV: Tono de voz bajo.

CNV: inhibir conversación para evitar confrontación (no querer hacer referencia al episodio vivido), silencios, postura defensiva.

Capítol.18. Aquest canvi és diferent

Autor: *Marcel Padrosa Planella*

Identificació dels estils de comunicació:

Jo, infermer del servei d'urgències, estil canviant d'agressiu a passiu i finalment assertiu.

La supervisora del servei d'urgències, estil agressiu i finalment assertiu.

Descripció de la situació:

La meva situació comença el dia 24 de desembre, a les 12 del migdia mentre era a casa, rebo un missatge de text per via telefònica on la meva cap em comunica: “demà treballes de tarda”. No podia creure-ho, després de saber que podria passar el dia de Nadal amb la meva família que resideix lluny de la ciutat on treballo, em canvia el torn sense explicació.

Després de passar tants dies de Nadal treballant, de dies preparant amb tota la família el dinar i l'entrega de regals, torno a no poder gaudir del dia. Sol a casa i després de donar la notícia a la família m'enfado i m'escalfo, no veig raó de com es pot tractar així a una persona. Per missatge de text, sense més explicació i el dia abans.

Davant aquesta situació agafo el telèfon i truco a la meva supervisora. De forma agressiva i enfadada dic a la meva cap que no accepto aquest canvi de torn sense raó, que no són maneres de comunicar a una persona aquestes coses i que em nego completament a anar a treballar el dia de Nadal de tardes, que el meu horari és de matí i no el pot canviar d'aquesta manera.

Al primer moment no rebo resposta i segueixo amb el meu discurs per tal d'imposar la meva idea, amb amenaces i intimidació. De cop la meva cap comença a parlar i igual que jo comença a cridar, que recordi amb qui estic parlant, que ella és la meva supervisora i si demana un canvi per alguna raó deu ser. De forma immediata canvio la meva posició, passo a mantenir silenci, demano disculpes en tot moment i intento justificar el meu comportament mentre la meva cap segueix sense deixar-me explicar i acabant la conversa “a la feina en parlem”.

Resolució de la situació:

Durant el trajecte cap al meu centre de treball reflexiono davant la meva actitud i com puc canviar la situació que s'ha creat. Al arribar vaig a buscar la meva cap al seu despatx, en primer moment demano permís per entrar i ella accedeix sense deixar de mirar la pantalla del seu ordinador. Espero a que ella acabi i em disculpo per la meva actuació, li explico com m'he sentit davant el que ha passat, degut a la meva situació familiar. No li parlo sobre com ella ha actuat sinó com m'he sentit jo i intento buscar una solució amb ella.

La meva cap després d'escoltar-me també demana disculpes per com ha comunicat el canvi i de forma clara m'explica el perquè d'aquest canvi de torn. Comenta que no havia pensat en la meva situació familiar i m'explica que ella també va estar molt de temps sense passar els nadals amb la família. Finalment i de forma conjunta amb altres companys es negocia una altra persona, que accepta de forma voluntària venir de tardes.

Elements que identifiquen l'estil de comunicació:

Durant la primera part del conflicte, al ser per via telefònica, és difícil saber la comunicació no verbal de l'interlocutor, excepte d'un to elevat i autoritari. Per la meua part també un to elevat i dur. Estava inquiet, caminant per la sala de casa, donant cops a alguns mobles i amb moviments de mans intensos. Jo canvio la meua comunicació no verbal quan la meua cap comença a parlar, baixo el to i m'assento a una cadira mirant a terra.

A la segona part del conflicte els dos mantenim una postura inicialment tensa que es relaxa durant la conversa. La meua posició és de cap baix i mirada al terra amb paraules de tranquil·litat i disculpa. Mentrestant ella té una posició de defensa mirant el seu ordinador i mig girada.

A mesura que avança la conversa els dos ens relaxem i ens mirem, un davant de l'altre, llenguatge amb to suau i paraules de disculpa. Moviments relaxats sobretot de les mans i amb palmells oberts. Cares relaxades i amb algun somriure al compartir moments d'igualtat en la situació familiar.

Capítulo.19. El poder del cola cao

Autor: *Yolanda Patiño Cobo*

Estilo: asertivo-agresivo-asertivo

La historia que a continuación relato tuvo lugar en el centro en el que trabajo, en concreto en un centro de salud mental. Un martes cualquiera, sobre las 13:30h más o menos. Mi hora de entrar a trabajar es a las 14:10h pero me gusta llegar un poco antes para poder hablar de manera tranquila con algunos de los compañeros y amigos. Subo a la segunda planta de la unidad y en el control de enfermería se encuentran varios compañeros y también el jefe. Hay que destacar que el jefe no sólo es el supervisor de supervisores sino que también es el adjunto a la dirección de Enfermería. Aparentemente todo estaba tranquilo, el turno de mañana estaba a punto de finalizar y comenzaría el mío.

Entre conversación y conversación uno de los compañeros (compañero X) pone encima de la mesa un tema relacionado con una actividad que se realiza en la unidad de la cual yo era responsable. El jefe sentado en una silla con toda la normalidad del mundo, al otro lado también sentada estaba yo. El compañero enfermero sentado en su silla frente al ordenador escribiendo el parte y el compañero X y otra persona más apoyados en el mármol. Cuando saca el tema al que he hecho referencia antes, se encara con el jefe y le dice con tono de voz elevado y gesticulando de manera excesiva: “Eso es igual que lo del Cola Cao, tanto pedir opinión a los pacientes de si prefieren cola cao o café en la actividad esa que hacen los viernes y no vemos que sus decisiones tengan respuesta”. Nadie entendíamos nada, nos miramos unos a otros. La verdad es que yo no podía dar crédito a lo que estaba pasando, pero creo que fui la única en entender el porqué de la actuación de este compañero. El jefe le preguntó que a qué se refería. Tras volver a escuchar el mismo discurso por parte del compañero X, el jefe le recordó que las cosas no pueden cambiarse de un día para otro y que todo eso debía pasar por atención al usuario. No contento con la respuesta sensata y coherente que el jefe le había dado, continuó con el mismo discurso, elevando la voz y dirigiéndose a mí con la mirada. En ese momento fui consciente de que me estaba buscando para que entrase en su juego. Quizás porque ya sabía por dónde podían ir los tiros y porque sabía que, los problemas personales que habíamos tenido no hacía mucho tiempo, habían desembocado en esta situación absurda. No pude contenerme y caí en su trampa. En un primer momento

intenté ser muy prudente intentando explicarle lo mismo que le había dicho el jefe, que todo necesita un proceso y unas aprobaciones;

pero al ver que él no era capaz de entenderlo y continuaba atacándome delante de todos, no pude más y exploté. De la misma manera que él se estaba dirigiendo a mí, lo miré, elevé el tono de voz y le dije “¿Tú quién te crees que eres para cuestionar la actividad que yo hago con mis paciente? ¿Te crees que eres perfecto y que aquí solo vale tu opinión y lo que tú haces? Hasta el día de hoy te he permitido muchas cosas por el cariño y el aprecio que te he tenido, pero ni tú ni nadie tiene el derecho de hablarme así, ni de faltarme el respeto y mucho menos delante del jefe y por una tontería como es un sobre de Cola Cao, ¿te ha quedado claro? De repente se hizo un silencio que parecía eterno. En ese momento el compañero me miró a la cara y sabía que no estaba bromeando. Nos conocíamos muy bien, habíamos compartido muchos momentos e incluso habíamos sido amigos, pero al ver mi cara supo que su actuación no había sido la más adecuada. Se puso las manos tras la cabeza, movió los pies en varias ocasiones y al instante, se despidió de todos y salió del control de enfermería.

El resto de personas que quedaban allí, incluido el jefe, no podían creer lo que acababan de vivir. Fue una situación desagradable para todos, pero yo me quedé muy tranquila tras decirle todo lo que le dije. Quizás no fue de la manera más adecuada, ni las formas fueron las correctas pero la situación nos sobrepasó a ambos. El jefe me tranquilizó, me dijo que no se lo tuviera en cuenta porque tal vez el compañero no había tenido un buen día. Lo único que fui capaz de decir, de manera más tranquila y calmada, es que todos tenemos un límite, que soy joven pero no tonta. El turno de mañana acabó y empezó el mío, una tarde más, pero con sobredosis de cola cao.

Resolución de la situación:

A las 14:45h recibo un mensaje del compañero con el que había tenido el conflicto en el que me pone: “¿Quieres que hablemos?”. No tardé en contestarle, pese a estar pensando en no volver a dirigirle la palabra en la vida. Mi respuesta fue: “estoy en la segunda planta, si quieres hablamos hoy o mañana”. A los diez minutos escucho cómo se abre la puerta y aparece de nuevo en el control de enfermería pero vestido con su ropa de calle. No había nadie más de personal asistencial en la unidad, únicamente los usuarios durmiendo la siesta. Nada más entrar me miró, cogiendo su llavero y moviéndolo como hacía siempre que algo le preocupaba, y me dijo: “¿qué ha pasado? No entiendo nada

Yolanda, perdón”. Le dije si tenía algo más que añadir o era mi turno para hablar. Me cedió la palabra y le dije: “no he entendido porqué has actuado así, me has intentado pisotear delante de todos incluso del jefe, tú no eres el compañero X con el que tantos momentos buenos he compartido. Sabes de sobra que te considero el mejor auxiliar con el que he trabajado nunca, una persona que ha estado a mi lado en los momentos buenos pero sobretodo en los más difíciles. No sé si has actuado bajo la rabia o el rencor, pero de verdad que no te reconozco. Podría haberme esperado todo esto de otras personas, pero jamás hubiese imaginado que tú me montaras este número sin argumento alguno”. A continuación él me pidió la palabra por lo tanto me tocaba escuchar su versión. Se sentó frente a mí y me dijo: “primero de todo quiero pedirte perdón Yolanda, sabes que el pronto que tengo muchas veces no es bueno. He perdido los papeles con la persona que menos se lo merece de la unidad, sé que no te mereces cómo te he tratado delante de todos. Estas últimas semanas sabes que no han sido buenas para nosotros, nos hemos distanciado y eso no me ha gustado. Quizás haya actuado por rencor y por rabia, pero me duele mucho el hecho de poder perderte como amiga y como compañera. Sólo puedo decirte que lo siento y que no volverá a ocurrir”. En ese momento me cogió de la mano, me la apretó y me pidió que lo perdonase. Pese a que el orgullo y la rabia que tenía en mi interior me hiciesen pensar que no lo perdonase, pensé en todos los momentos que habíamos compartido y acepté las disculpas. Ambos nos conocíamos muy bien y sabíamos que seguir así nos iba a hacer mucho daño y no nos iba a permitir trabajar de la mejor manera. Nos secamos las lágrimas y nos fundimos en un fuerte abrazo.

En el texto se pueden identificar diferentes estilos de comunicación tanto del compañero X como míos. En primer lugar, describiré los estilos detectados en el desarrollo del conflicto y a continuación en la resolución de este.

➤ Desarrollo del conflicto

- Yolanda: estilo de comunicación asertivo

CV: tono de voz calmado, control del silencio

CNV: escucha activa, contacto visual continuo y cálido, postura corporal relajada.

En un momento puntual mantengo un estilo de comunicación agresivo en el que mi tono de voz es elevado e incluso déspota hacia el compañero X (CV), mi postura pasa de relajada a rígida y mi rostro se tensa. (CNV)

- Compañero X: estilo de comunicación agresivo

CV: tono de voz elevado, autoritario e irónico, exigente en su discurso

CNV: mirada desafiante, gesticulación excesiva, salir de forma brusca del control de enfermería.

➤ Resolución del conflicto

- Yolanda: estilo de comunicación asertivo

CV: tono de voz calmado cuando el compañero viene a hablar conmigo, lenguaje directo y claro

CNV: escucha activa, contacto visual continuo, mirada sincera, postura relajada debido a la intimidad en la que se desarrolla la situación (control de enfermería) y donde no hay más personas que el compañero X y yo, expresión de sentimientos mediante el abrazo final, gestos de cercanía entre ambos.

- Compañero X: estilo de comunicación asertivo

CV: tono de voz calmado, pide disculpas por lo sucedido, lenguaje claro,

CNV: mirada sincera, postura relajada e incluso sonriente, expresión de sentimientos mediante el abrazo final, gestos de cercanía entre ambos.

Capítulo 20. Alguien debe informar.

Autor: *Inmaculada Pueyo Llana*

Identificación del estilo de comunicación.

El estilo de comunicación empleado es asertivo y también agresivo.

Descripción de la situación:

Los pacientes post operados que deben ir a las unidades de hospitalización son atendidos justo después de la cirugía en la unidad de recuperación post anestésica (URPA) donde los familiares no tienen acceso. Una de las enfermeras de la URPA me comunica que hay un problema con los familiares de un paciente, que están muy enfadados. Ha avisado la administrativa desde la sala de espera, exigen información. Este paciente había salido del quirófano cerca del mediodía, no había podido todavía marchar de alta a la unidad de hospitalización por qué la cama asignada estaba ocupada por un paciente en aislamiento, que debía trasladarse a otra habitación, que a su vez también seguía ocupada por un paciente pendiente de un traslado en ambulancia a otro centro. Desde admisiones no nos podían facilitar otra cama, el hospital estaba lleno. Esto había hecho que fueran cerca de las ocho de la tarde y el paciente siguiera en URPA y el descontento de sus familiares.

Llamé por teléfono a la unidad de hospitalización para informarme de la situación, me dijeron que la cama ya estaba libre y que en media hora o menos podríamos trasladar al paciente.

Hice pasar a los familiares a la sala de información. Entran en la sala cuatro personas, solo hay sillas para tres con lo cual decido quedarme de pie. Me presento como coordinadora de enfermería del área del turno de tarde y les estrecho la mano. Explico la situación, en un tono enérgico y claro. En un mitad de mi explicación el hermano del paciente me interrumpe diciendo, “^a!déjeme hablar a mí!, ¡yo ya la he escuchado a usted!” a lo que yo respondo que adelante. Me dice en un tono elevado que llevan horas sin información y que por qué su familiar todavía no ha salido, que de quién era la culpa. Si el médico les había dicho que en un par de horas saldría de alta hacia la habitación por qué no había sido así. Que pondría una queja.

Escuché atentamente y le pedí que me dejara explicarle. Una vez más el familiar me volvió a interrumpir diciendo que si era cierto que se encontraba bien por que no estaba ya en la habitación como el médico les había informado. Retomando la palabra les pregunté si estaban preocupados porque hubiera habido alguna complicación y no se les hubiera informado de ello. La esposa del paciente dijo que eso era lo que más le preocupaba.

Resolución del conflicto:

En ese momento, me disculpe nuevamente por la espera y que nadie les hubiera informado antes de la situación, les dije que entendía su angustia y enfado. Quise dejar claro que su familiar se encontraba en buen estado y que estaba muy bien atendido, lo único que le faltaba era la compañía de sus seres queridos. Que a causa de la epidemia de gripe el hospital tenía una ocupación muy alta y que por ello se había retrasado el traslado. Pero que en cuanto a la atención que el paciente necesitaba, no había habido ninguna carencia, si no, todo lo contrario. Finalmente les pregunté si tenían alguna duda más o yo podía hacer algo por ellos. La esposa, preguntó nuevamente si el paciente se encontraba bien. Le contesté que si, y que si iban hacia la habitación yo misma me ocupaba de gestionar en breve el traslado de su familiar. La esposa me dió las gracias y el resto de familiares salieron de la sala sin decir nada.

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

Estilo de comunicación del hermano (agresivo)

CV: Interrumpe, no escucha, amenaza, busca culpables, autoritario, exigente, tono alto y elevado

CNV: Contacto visual de hostilidad y enfado

Estilo de comunicación esposa (asertivo)

CV: Escucha, utiliza un lenguaje directo y claro, tono firme.

CNV: Asiente con la cabeza, mantiene contacto visual.

Estilo comunicación coordinadora.(asertivo)

CV: Escucha de forma activa, expresa su empatía, uso del feedback, lenguaje claro y neutro, tono enérgico y firme.

CNV: contacto visual continuo y cálido, da la mano al entrar, asiente con la cabeza, postura relajada

Capítulo.21. Entre la espada y la pared.

Autor: *Teresa Pujadas Lafarga*

Introducción:

Trabajo en un servicio de Atención Domiciliaria especializado en Geriátría y Cuidados Paliativos que realiza soporte a varias residencias geriátricas de la zona. Normalmente, como enfermera responsable del equipo, realizo la programación de las visitas, conjuntamente con el equipo de enfermería de los centros y en coordinación con el médico especialista en geriatría y cuidados paliativos del servicio, siempre priorizando los casos más graves.

Cuando un paciente tiene un problema de salud, en un primer momento debe ser valorado por parte de los profesionales del centro residencial (enfermera y/o médico) y a partir de entonces si hay dudas, por complejidad o necesidad de soporte externo, contactan con nosotros.

Hace unos meses, llegué a trabajar un lunes por la mañana y los compañeros que habían estado de guardia me informaron que durante el fin de semana habían llamado de un centro residencial, comentando el caso de una paciente, diagnosticada de mieloma múltiple con dolor lumbar mal controlado.

Ese mismo día, llamé a la residencia y fui a visitar a la paciente. Pregunté si había sido valorada por parte del médico de la residencia y la enfermera del centro me comentó que el médico no iría hasta el miércoles de esa misma semana, así que decidí llamar por teléfono al médico geriatra de nuestro servicio para ofrecer un aumento o cambio del tratamiento analgésico.

Coordiné con la enfermera de la residencia el plan terapéutico y le indiqué que en caso de no mejorar, fuera visitada por parte del médico de la propia residencia y si este tenía alguna duda que se pusiera en contacto directamente con el médico de nuestro servicio (tienen contacto vía correo electrónico o teléfono móvil).

A las 48h, el médico geriatra me comenta que las enfermeras de la residencia le han escrito varios correos electrónicos, en los que comentan que la paciente sigue con dolor. Así, que para poder dar una mejor recomendación, les pide una valoración por escrito del médico de la residencia y de la medicación actualizada por si había algún error en el plan terapéutico recomendado.

Al recibir respuesta, nos dimos cuenta de que no habían realizado los cambios de medicación recomendados el lunes, y además dudábamos de si realmente la paciente había sido visitada por parte del médico de la residencia, ya que el informe recibido era bastante escueto, con errores y sin una exploración clínica básica. Seguidamente, se les recomendó que hicieran los cambios de medicación oportunos y si el médico de la residencia tenía alguna duda, que nos llamara.

En los días siguientes, la enfermera de la residencia seguía mandando correos explicando que la situación no estaba mejor, y que la familia estaba muy angustiada, pero en ningún momento el médico de la residencia contactó con el geriatra.

Como enfermera responsable del equipo de atención domiciliaria, esa situación me provocaba bastante ansiedad, ya que por un lado tenía la demanda de las enfermeras de la residencia que me decían que la paciente no estaba mejor y por otro lado, el médico geriatra me decía que él ya había dado unas recomendaciones y que ahora lo que estaba pidiendo era una interconsulta o valoración por parte del médico de la residencia, ya que era su responsabilidad como médico del centro atender a la residente y a su familia.

Esa misma semana hablé por teléfono en varias ocasiones con la enfermera de la residencia, explicando y reforzando los cambios farmacológicos y otras medidas no farmacológicas que debían seguir, pero parecía que había reticencia por parte del médico de la residencia de hablar directamente con el médico geriatra. Me pareció que no quería pedir ayuda, o que no mostraba interés. No era la primera vez que teníamos problemas de comunicación con esta persona. En otras ocasiones en las que habíamos valorado pacientes de esa misma residencia, cuando hablábamos con las familias o los propios residentes nos comentaban lo mismo, el médico de la residencia no les informaba o no los visitaba, directamente la comunicación se hacía a través de las enfermeras.

Finalmente pacté con la enfermera de la residencia que podíamos programar una visita conjunta en la residencia, pero que el médico geriatra hacía la demanda de que estuviera presente también el médico del centro residencial, para poder hablar directamente, comunicarse y establecer o recordar los circuitos de atención. Tenían que estar presentes todos los actores (equipo de enfermería, médicos, paciente y familiares).

Se consensuó un día y una hora a medida del médico de la residencia, hasta ese momento toda la comunicación se había hecho entre el equipo de enfermería de la residencia y nosotros (equipo de atención domiciliaria).

Estilos de comunicación:

- Enfermera de atención domiciliaria: por mi parte, asertividad con el equipo de enfermería de la residencia, intentando facilitar la relación entre profesionales, con componentes verbales adecuados, dando información clara, concreta y adaptada. También tengo un comportamiento pasivo delante del médico geriatra, ya que no le explico que la situación de retrasar la visita hasta la semana siguiente me hace sentir preocupada por si la paciente no está bien controlada.
- Por parte del médico geriatra, en un primer momento parece que defiende sus intereses y pide información antes de actuar, que podría ser propio de un estilo asertivo, aunque me parece que no es suficiente porque no ofrece empatía con el resto de profesionales de enfermería. Como componentes no verbales, cuando le hablo del tema, su expresión facial y sus gestos indican enfado, propio de un estilo agresivo, hacia el médico del centro residencial por no realizar su trabajo correctamente o no asumir sus responsabilidades, como ya había ocurrido en otras ocasiones.
- Médico de la residencia: pasividad, evita asumir su responsabilidad o tomar decisiones, delega sus funciones en otros profesionales.

Día de la visita:

Personas presentes:

- Equipo de atención domiciliaria: enfermera y médico geriatra
- Equipo del centro residencial: enfermera, coordinadora de enfermería y médico del centro.
- Paciente y familia (hija)

Espacio 1: despacho de enfermería del centro residencial (sin familia)

El médico geriatra y yo llegamos a la residencia. Nos dirigimos como siempre, al despacho de enfermería, donde estaba presente el médico del centro residencial, la enfermera y la coordinadora de enfermería del centro. Les preguntamos sobre el estado

de la paciente. La enfermera nos explica que el dolor había mejorado ligeramente y que se encontraba en su habitación, acompañada de sus familiares.

Las enfermeras del centro nos acompañaron a mí y a mi compañero hasta la habitación, pero el médico de la residencia, se quedó en el despacho, detrás del escritorio, escribiendo en el ordenador y casi sin dirigirnos la palabra, con actitud altiva. El geriatra y yo nos miramos extrañados, entre nosotros pensamos, hemos acudido el día y la hora que le iba bien a él, y ahora ¿ni se levanta de la silla? unos minutos más tarde entenderíamos uno de los probables motivos... la familia estaba muy enfadada.

Estilos de comunicación:

- Delante del médico de la residencia, tanto el médico geriatra como yo escogimos un estilo de comunicación pasivo, ya que no le dijimos de forma asertiva lo que pensábamos que tenía que hacer, es decir, acompañarnos a visitar a la paciente.
- Médico del centro: como componentes no verbales, postura detrás de un escritorio, no sonríe, apariencia de autoprotección. Como componentes verbales, poca información, no es claro.
- Enfermeras de la residencia: nos reciben con una expresión facial positiva, atentas. Nos acompañan, aunque con actitud pasiva porque no nos informan del estado emocional de la familia (enfado).

Espacio 2: habitación

Subimos al primer piso, la paciente se encontraba estirada en la cama, consciente, acompañada de su hija. Al entrar en la habitación, saludamos a la paciente, que nos recibe con una ligera sonrisa y posteriormente saludamos a la familia.

El médico geriatra fue a valorar a la paciente, la exploró y la levantó de la cama y conjuntamente con las enfermeras de la residencia salieron de la habitación para valorar cómo caminaba. El dolor ya estaba mucho mejor, aunque no estaba resuelto del todo.

A mí, casi no me dió tiempo de mirar o atender a la paciente, la hija empezó a hablarme enfadada, gritando y exponiendo que como podía ser que su madre hubiera estado una semana con dolor, que como habíamos tardado tanto en ir a la residencia, que no podía ser... en ese momento yo tenía dos opciones, aguantar el chaparrón o contestar como pudiera. Decidí esperar, escuchar, y dejar que expusiera toda su versión. Después de un

buen rato, le expliqué la situación desde mi punto de vista. Le conté que yo había visitado a su madre el lunes de la semana anterior y que habíamos dado unas recomendaciones al equipo sanitario del centro residencial. En esa conversación entendí que el médico de la residencia no había visitado a la paciente en toda la semana y que la única información que la familia había estado recibiendo por parte de la coordinadora del centro, es que nosotros (desde el equipo de atención domiciliaria) les dábamos largas para no ir a visitar a su madre y que solo estábamos pidiendo informes con la valoración del médico de la residencia. Le expliqué a la hija cual es el circuito que seguimos para poder programar una valoración en el centro pero en ese momento nada de eso le importaba. Ella solo quería descargar su enfado con alguien.

Entendí que desde la residencia se nos había culpabilizado a nosotros de un mal planteamiento terapéutico o de la falta de seguimiento, cuando todo eso en realidad, era responsabilidad del médico y la enfermera de la residencia.

La hija seguía enfadada con la situación y por ese motivo decidimos bajar al despacho de enfermería todos, para hablar tranquilamente delante del médico del centro residencial y aclarar lo que había sucedido.

Estilos de comunicación:

- Paciente: como componentes verbales y no verbales, expresión facial positiva, ligera sonrisa, da las gracias.
- Hija: agresividad delante de mí. Grita, no escucha, mueve los brazos, tiene una postura dominante, su expresión facial es de enfado. Otros componentes verbales y no verbales son el volumen y tono de la voz alto, los gestos y la postura agresiva hacia mí, invadiendo la distancia personal.
- Enfermera de atención domiciliaria: en un primer momento, tengo una actitud pasiva, al dejar hablar a la hija pero intento ser asertiva defendiendo mi actuación. Adopto una postura tranquila, escuchando. Se toma la decisión de hablarlo entre todos para resolver el conflicto.
- Médico geriatra: actitud pasiva, evita hablar directamente con la hija, para evitar ser culpabilizado de una situación que cree que no es su responsabilidad.

- Coordinadora de enfermería del centro: estilo manipulador, parece que es la creadora del conflicto, ya que es la persona que informa a la familia los días previos culpando al equipo de atención domiciliaria de todo.

Espacio 3: despacho (con familia)

El médico de la residencia sigue sentado detrás del escritorio, mirando el ordenador.

Nos sentamos alrededor, la coordinadora de la residencia, a su lado la hija, justo delante me senté yo y delante del médico de la residencia, separados por la mesa, el médico geriatra. La enfermera de la residencia se sentó detrás de mí, en la camilla.

Los médicos empiezan a discutir sobre la situación, el médico de la residencia diciendo que él no sabía nada y el médico geriatra recordando los circuitos de atención, el médico de la residencia diciendo que él nos había llamado y que no le habíamos cogido el teléfono, hecho que no podía ser verdad ya que trabajamos con teléfonos móviles donde quedan registradas todas las llamadas. La conversación entre ellos era bastante agresiva con amenazas del tipo pues ahora no voy a hacer las recetas, etc. Todo esto delante de la familia y el equipo de enfermería. La enfermera de la residencia se mantenía detrás de mí y no decía nada. La hija de la paciente saltó en algún momento para decir que lo que ella quería era ver a su madre sin dolor, la coordinadora de la residencia, cogiendo de la mano a la hija y yo intentando calmar los ánimos de todos. Me sentía entre la “espada y la pared”, me pareció que nada de lo que hiciera podía cambiar esa situación tan vergonzosa. Por una parte quería defender a mi compañero, tenía razón en que el médico de la residencia no había hecho bien su trabajo, pero por otra parte no me parecía el momento adecuado para hablarlo, delante de la familia. Finalmente me levanté para intentar zanjar la situación y con calma, intenté ir dejando objetivos claros. El tema de coordinación entre equipos asistenciales debíamos hablarlo en otra ocasión y en ese momento lo que era importante era establecer un plan terapéutico correcto para la paciente. Así que finalmente repasamos la medicación, se resolvieron dudas y errores en el planteamiento farmacológico y se estableció un seguimiento por parte del equipo sanitario del centro diariamente y por nuestra parte semanalmente. Nos fuimos todos despidiéndonos formalmente. Al final, le comenté a la coordinadora de enfermería de la residencia que sería necesario repasar los circuitos de atención para evitar nuevos males entendidos.

Estilos de comunicación:

- Médico geriatra: estilo agresivo, conversación con tono elevado, enfadado, intenta imponer su criterio sin negociar o escuchar la versión del médico del centro. Amenazas y reproches. Como componentes verbales y no verbales, tono de voz elevado, habla muy rápido. Expresión facial seria.
- Médico del centro: estilo manipulador y agresivo. Además del estilo agresivo, gritando, sin escuchar, con amenazas,... inventa y exagera la información. Como componente no verbal, sigue sentado detrás de una mesa. Expresión facial de sorpresa, evita pedir ayuda.
- Enfermera del centro: estilo pasivo, no habla y se queda detrás de mí.
- Coordinadora de enfermería del centro: estilo pasivo, evita hablar para asumir la responsabilidad o ser culpabilizada. Estilo asertivo con la hija, le coge de la mano para empatizar y acompañar.
- Enfermera de atención domiciliaria: estilo asertivo, delante de una discusión y tantos actores no es fácil rebajar un conflicto. Intento empatizar con la familia, ser clara y establecer unos objetivos que favorezcan a todos. No entro en discusiones improductivas en ese momento. Como componentes no verbales, primero me siento delante de la hija, favoreciendo el contacto visual. Posteriormente me levanto cuando todos están sentados para detener o suavizar la discusión e intentar facilitar la relación entre todos.

Espacio 4: conversación telefónica con la hija.

Al día siguiente yo me sentía fatal con lo que había pasado, así que decidí hablar con la hija de la paciente.

La llamé por teléfono, en ese momento ya estaba más tranquila. En primer lugar me disculpé por la actitud de los profesionales, no me había parecido adecuado la discusión que había presenciado. Le expliqué nuevamente en qué consistía mi trabajo y cuáles eran los circuitos necesarios para poder atender desde el servicio de atención domiciliaria a una persona que vive en centro geriátrico. Expliqué las posibilidades que tenemos de atención, reforzando que la primera responsabilidad de seguimiento y manejo terapéutico debe ser siempre del equipo sanitario de la residencia. A ella le habían explicado que como su madre tenía un diagnóstico de enfermedad avanzada pues

que toda la atención y recomendaciones debíamos hacerla nosotros. Le expliqué que probablemente era un mal entendido y que por nuestra parte intentaríamos hacer una reunión con la dirección de la residencia para que no se repitieran situaciones parecidas. Al final estuvo agradecida y entendió mi forma de ver los hechos, yo le comenté que entendía el motivo por el cual estaba ofendida, angustiada y preocupada. Le ofrecí que en caso de cualquier empeoramiento o duda pudiera contactar conmigo directamente.

Estilos de comunicación:

- Enfermera de atención domiciliaria: asertividad. Se ofrece empatía, escucha activa y comprensión. Se pide perdón por la situación vivida, reconozco mis propios sentimientos. Se reconocen las emociones y los sentimientos de la hija. Se defienden los propios intereses respetando a los otros. Se resuelven dudas, miedos.
- Hija: asertividad, pide perdón por su comportamiento del día anterior. Se mantiene una conversación tranquila y comprensiva.

Espacio 5: conversación con la enfermera de la residencia

Dejé pasar unos días y hablé directamente con la enfermera de la residencia, la que había estado sentada detrás de mí sin decir nada. Me comentó que el médico de la residencia, a menudo no asume sus responsabilidades, acude a visitar a los pacientes a las 7h de la mañana cuando están dormidos para no tener que hablar con las familias y cuando aparecen los problemas a media mañana ya se ha ido. En este caso, la cuestión fue que las recomendaciones farmacológicas que había prescrito anteriormente a nuestra visita no fueron efectivas y el equipo de enfermería de la residencia, al ver que el tratamiento no funcionaba, nos contactó a nosotros. Creo que hay un problema de orgullo en el caso del médico de la residencia, de no querer aceptar el hecho de pedir ayuda a otro médico y por eso toda la comunicación se hacía a través de enfermería.

Por otra parte, la actitud de la coordinadora de enfermería del centro residencial en las siguientes semanas fue evitar hablar de lo que había sucedido.

Estilos de comunicación:

- Enfermeras del centro: pasividad delante del médico del centro, creo que ante situaciones en las que se precisa una actuación con responsabilidad médica,

deben de intentar que sea el médico del centro el que hable directamente con el geriatra, ya que si las interlocutoras siempre son las enfermeras, se pueden crear problemas de comunicación.

- Enfermera de atención domiciliaria: asertividad por intentar comprender su situación. Escucha activa. Doy información clara y concreta sobre los circuitos. Componentes verbales: tono y entonación de la voz adecuados, amables.

Espacio 6: Servicio de Atención Domiciliaria

El médico geriatra siguió ofendido con la forma de actuar del médico de la residencia. Habló con su superior directo, yo por mi parte informé también a mi coordinadora de enfermería sobre los hechos. Se propuso realizar una reunión en la que estuvieran presentes los jefes, coordinadores y equipo médico y de enfermería tanto de la residencia como del equipo de atención domiciliaria. A día de hoy aún no se ha producido dicha reunión. La relación con el equipo de enfermería de la residencia es cordial, no hay relación con el médico de la residencia.

Creo que para resolver el conflicto y los futuros posibles, será necesario encontrar un espacio en el que se pueda hablar de forma asertiva y en el que estén presentes todas las personas implicadas.

Capítulo 22. Preguntar antes de gritar

Autor: *María Pérez Riart*

Descripción de la situación: Estilo de comunicación Agresivo- Pasivo

La situación que voy a plasmar pasó en un hospital de tercer nivel, uno de esos días en los que la carga de trabajo supera e incluso puede llegar a desbordar al personal, aún más si tienes un paciente complejo que intenta autoextubarse, tus compañeros acaban de empezar en la unidad y no acaban de coger el ritmo a la dinámica de trabajo.

Puestos en situación, una tarde caótica dónde veo que Marta no para de dar vueltas por la unidad con cara de pocos amigos y soltando esa clase de comentarios irónicos que no te sorprenden en ella:

- Marta: *¿Pero cómo puede ser que aún no tengas hechas las constantes de las seis si hace media hora que lo tendrías que tener hecho?*
- Pedro: *Ahora iba es que no encontraba donde estaban las bombas de jeringa...*

Pobre Pedro, hoy le ha tocado a él, nunca he tenido ningún problema con Marta, supongo que como ha visto que las dos somos las más veteranas de la unidad intenta llevarse bien conmigo por si necesita que la ayude en alguna cosa.

No os lo había contado, pero como era de esperar, además de los pacientes que se me han asignado, soy la encargada de gestionar altas/ ingresos, control de las máquinas de la unidad... Supuse que sería yo, ya que Marta siempre se ha negado a sobrecargarse de faena.

Empieza a sonar el ventilador de mi paciente, tengo que estar por él, estamos en proceso de weaning y José se pone muy nervioso cada vez que intentan bajarle la sedación. Ayer se autoextubó y hoy no quiero que me vuelva a pasar.

De repente suena el teléfono, si ese teléfono que todos detestamos cuando estamos hasta arriba de faena, obviamente no puedo salir de la habitación a cogerlo, y es Bea la que lo coge. De repente veo que Marta se empieza a poner nerviosa y a gritar por la unidad...

- Marta: *¿Es que no hay ninguna Bipap? Es Víctor (el médico de guardia), nos pide una bipap urgente para la unidad de neumología.*
- Yo: *Si en la sala de máquinas queda una disponible.* No sé si me habrá escuchado o no, siempre he pensado que esto de gritar no va conmigo.

- *Marta: No María, he ido a mirar y no queda ninguna, Víctor necesita una urgente para la planta.*
- *Yo: Marta tranquilízate, yo ahora no puedo salir de la habitación pero hay una en la sala.*
- *Marta: No seas estúpida que te he dicho que no hay ninguna.*

Marta se va de la habitación y empieza desesperadamente a buscar por las habitaciones a ver si hay alguna *Bipap* que no se esté utilizando, incluso llama a la supervisora para decirle que no tenemos *Bipap*, a ver si ella nos puede conseguir una para dejársela al adjunto.

Resolución de la situación: estilo de comunicación asertivo:

Antes de acabar el turno, voy a hablar con Marta.

-Yo: Marta, ¿podemos hablar un momento? Acabo de ir a la sala de máquinas y había una Bipap, entiendo que la situación te supere pero tú antes no eras así, ¿quieres que hablemos después?

-Marta: es que últimamente hay mucho trabajo, tu porque solo vienes los fines de semana, pero yo vengo todos los días y soy la que aguanto a los “nuevos”.

-Yo: entiendo tu posición, sé que es complicado, ¿en qué crees que te podría ayudar? O ¿qué piensas que podríamos hacer para solucionar este problema?

-Marta: tienes razón, no tenéis la culpa, perdona si te he ofendido.

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

- Descripción de la situación:

CV Marta estilo agresivo:

- Insultos.
- Uso del sarcasmos y la ironía.
- Proyección de ser superior al resto de compañeros.

CNV Marta estilo agresivo:

- Rostro con muecas de enfado.

- Tono de voz elevado con gritos.
- Gesticulación de las manos más rápida de lo habitual.

- Resolución de la situación:

CV María asertivo:

- Escucha activa.
- Empatía

CNV María asertivo:

- Contacto visual.
- Tono de voz continuo y cálido
- Actitud conciliadora sin mostrar enfado.

Capítulo 23. La Fuga

Autor: *Ana María Rodríguez Piqueras*

Identificación de estilos de comunicación:

Supervisor de la unidad: En un primer momento mantiene un estilo de comunicación agresivo, y en la resolución de la situación un estilo de comunicación asertivo.

Ana, enfermera: Mantiene un estilo de comunicación asertivo.

Laura, enfermera, y Nil, TCAE (técnico de cuidados auxiliares de enfermería): Mantienen un estilo de comunicación pasivo.

Descripción de la situación:

La situación que a continuación relato, transcurre en una unidad de agudos de psiquiatría de un hospital de tercer nivel en Barcelona. Una de las actividades que enfermería realiza con los pacientes es la salida al patio que tenemos ubicado enfrente de la unidad. La salida se realiza a las doce de al mediodía y los pacientes siempre están acompañados de un enfermero y un TCAE, la duración es aproximadamente de unos cuarenta y cinco minutos, y únicamente la pueden realizar los pacientes que tienen la orden médica prescrita.

Un martes por la mañana del mes de enero, a las doce se procedió a realizar la salida liderada por Nil, TCAI, y Laura, enfermera suplente, que ha empezado a colaborar en nuestro servicio desde hace poco tiempo pero tiene experiencia en otros hospitales psiquiátricos de la provincia de Barcelona. En sala quedamos tres enfermeras más y dos TCAES. Eva y yo en ese momento estamos en el despacho del supervisor de la unidad hablando sobre actualizaciones de nuestra práctica diaria, y el resto en sala atendiendo a los pacientes.

A las doce y media nos avisan los compañeros que están en el patio, de la fuga de un paciente saltando la pared del mismo. Eva, enfermera, se encarga de activar el protocolo de fuga, ya que se trata de un paciente ingresado de forma involuntaria, y el supervisor y

yo nos dirigimos al patio para saber que ha ocurrido. Mientras realizamos el camino hasta el patio, el supervisor camina de forma rápida, apretando los puños y mostrando su enfado, el cual me comunica en la siguiente conversación:

Supervisor: Vamos al patio a ver que ha pasado.

Ana: sí, vamos a ver como están.

Supervisor: Esto no puede ser Ana, al final me voy a tener que enfadar de verdad, vosotros no me habéis visto todavía enfadado y no sabéis de lo que soy capaz. Y encima ha tenido que salir al patio la enfermera nueva, ¿no podíais salir Eva o tú?

Ana: Lluís estábamos hablando contigo en el despacho y además ha salido también Nil.

Una vez llegamos, los compañeros se muestran afectados por lo sucedido. El paciente diagnosticado de esquizofrenia paranoide, joven y atlético, ha saltado tan rápido que solamente lo ha visto otro paciente, y este no ha dicho nada al personal de enfermería. Ha sido Laura quien se ha dado cuenta al momento que no estaba. El supervisor con tono autoritario vuelve a verbalizar en el patio delante de los pacientes y de los otros compañeros lo que me ha dicho con anterioridad. Me indica que me quede yo también con ellos en el patio hasta finalizar la salida. El supervisor marcha.

Una vez ha marchado converso con mis compañeros, los cuales se muestran más afectados e incluso verbalizan sentirse desvalorizados tras las palabras del supervisor. Los tranquilizo manteniendo cordialidad y estableciendo una relación empática, comentando la situación desde un punto de vista objetivo.

Resolución de la situación:

A las 13:15h seguridad del hospital llama a sala, comunicándonos que el paciente está tumbado en el suelo del hall del hospital y necesitan nuestra ayuda. Acudimos y el paciente está pálido, mareado y desprende un fuerte olor a marihuana. Finalmente lo trasladamos en silla de ruedas a la unidad, muestra una actitud colaboradora. El supervisor regresa a la unidad a las 13:40h, ve al paciente y se interesa por saber cómo ha regresado. Mantiene un tono de voz suave, una actitud cordial, sonrío y agradece la intervención de enfermería, mostrándose más asertivo.

El equipo de enfermería con actitud colaboradora, mantiene feedback con él y esto propicia que se pueda comentar lo sucedido con calma y manteniendo una escucha activa por ambas partes.

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

Estilo agresivo del supervisor:

CV: tono alto y autoritario, hablar rápido, amenazas, reproches.

CVN: caminar rápido, postura rígida, aprieta los puños, no muestra empatía.

Estilo asertivo del supervisor:

CV: tono de voz medio, habla pausadamente.

CVN: postura relajada, mantiene contacto ocular, realiza escucha activa.

Estilo asertivo de Ana, enfermera:

CV: escucha activa, tono de voz suave, entonación agradable.

CVN: sonrío, mantiene contacto ocular, muestra empatía, postura relajada, manos sueltas.

Estilo pasivo del personal de enfermería (Laura y Nil):

Mantienen un estilo de comunicación pasivo porque no quieren confrontaciones con el supervisor, se sienten incomprendidos y no quieren que se les culpabilice más.

Capítulo 24. Las vacaciones de la discordia.

Autor: *Olga Ros Pérez*

Estilo de comunicación: agresivo-asertivo/pasivo.

Descripción de la situación:

Durante mi anterior traslado de unidad tuvo lugar la siguiente situación: yo estaba asignada a una unidad y solicité mis vacaciones de verano dentro del plazo reglamentario y de manera pactada con mi compañera de turno siguiendo las indicaciones de mi supervisora para garantizar que siempre quedara una de las dos titulares durante todo el periodo de vacaciones.

Las vacaciones me fueron aceptadas y yo organicé un viaje con mi familia. Dos meses antes del inicio del periodo vacacional me asignan a otra área donde mi nueva compañera, al igual que ya había hecho yo, también había solicitado sus vacaciones con tan mala suerte que coincidían parcialmente con las mías.

Ante la nueva situación nos encontramos con que las dos nuevas compañeras habíamos solicitado las vacaciones en tiempo y forma reglamentarios, las dos las teníamos aceptadas y las dos habíamos planificado viajes con nuestras respectivas familias. Esto sumado a mi lógico periodo de adaptación a las nuevas tareas asistenciales me hicieron afrontar de manera negativa y estresante mi reubicación en lugar de percibirlo como una oportunidad de crecer profesionalmente, además de la mejora de horario que me suponía.

La actitud inicial de mi compañera fue un tanto agresiva por lo que al ver que no íbamos a poder solucionarlo, al menos inicialmente, de manera amistosa trasladé a mi supervisora la incidencia:

- Compañera: no pienso ceder en mis vacaciones. Hace mucho que las pedí y tengo reservado un vuelo y un hotel. Has sido tú la última en llegar y has de asumir lo que te encuentras.
- Yo: pero entiende que mi situación es la misma que la tuya. Mi reubicación no la he pedido yo, sino que se debe a un movimiento interno de plazas por necesidades asistenciales. Creo que debemos hablar con la supervisora a ver qué

propone. Quizás haya alguna otra solución que no contemplamos y permita mantener las vacaciones de las dos.

- Compañera: No creo que la supervisora nos ayude en esto. El problema es tuyo, pero pretendes arreglar a medias el tuyo para estropear a medias el mío. O sea, no arreglas ninguno y a cambio generas dos.
- Yo: Entiendo tu queja y no pretendo generarte un problema, pero creo que tenemos que intentar pactar una solución que sea la menos mala para ambas.
- Supervisora (unos días después): la reubicación de Olga a dos meses de las vacaciones de verano no obedece a intereses suyos personales sino a la planificación del servicio. Tan legítimas son las vacaciones de una como las de otra, pero de manera excepcional y aunque sea fuera de plazo tendréis que pactar unas nuevas vacaciones de mutuo acuerdo.

Resolución de la situación:

Aquello generó un ambiente un tanto tenso durante los primeros días en mi nueva unidad, pero tuvimos que negociar unas nuevas vacaciones entre las dos. Afortunadamente no fue tan dramático como parecía. Ella pudo ajustar unos días por delante sin comprometer su vuelo + hotel y yo tuve margen para reorganizar mis vacaciones unos días por detrás sin generarme grandes contratiempos. Además, aquello nos sirvió para conocernos a nivel personal un poco más; sobre nuestras necesidades, gustos, familias y situación personal de cada una.

Lo cierto es que después de aquel incidente inicial, a nivel asistencial teníamos buen entendimiento y apoyo mutuo. Por otro lado, a nivel personal la relación se fue haciendo cada vez más fluida y cordial. Mi mayor conocimiento de los cambios en el sistema informático, que por aquel entonces hacía poco que se acababa de implantar y al que a ella se le resistía un poco, la hizo recurrir a mi en más de una ocasión y por otro lado yo le echaba una mano en eso y en todo lo que podía. Acabamos apreciándonos tanto profesional como personalmente y modestamente creo que formábamos un buen equipo. Las vacaciones que siguieron a las primeras de la discordia las pactamos de mutuo acuerdo y sin mayores problemas.

Tres años después fui reubicada a otra área y ambas lamentamos separarnos.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

Compañera (agresivo):

Verbal:

- Frases taxativas.
- Hacer prevalecer sus derechos sobre los míos.
- Negativa a aceptar mediación de supervisión.
- Culpabilizar.

No verbal:

- Tono de voz elevado.
- Actitud amenazadora y tajante.
- Talante no negociador.
- Facciones de enfado.

Yo (pasivo-assertivo):

Verbal:

- Frases conciliadoras reconociendo sus derechos.
- Asumir igualdad de derechos.
- Proponer mediación de supervisión.
- Quitar culpa por ambas partes.

No verbal:

- Tono de voz calmado.
- Actitud conciliadora y abierta a la negociación.
- Facciones amistosas.
- Ganar tiempo solicitando mediación de supervisión.

Capítulo.25. El Doctor es el “Diosor”

Autor: *Nathaly Sáez Contreras.*

Estilo de la comunicación: pasivo- agresivo- asertivo.

Descripción de la situación:

Trabajaba en uno de los hospitales públicos de alta complejidad más grandes de la región. En el año 2012 por temas de modernización se inauguró la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, un servicio especializado, compuesto por seis médicos cardiólogos, entre ellos el jefe de la Unidad de Medicina Cardiovascular integrada, más un colectivo de trece enfermeras y dieciséis técnicos en enfermería (acá en España llamados auxiliares).

Todo el personal de enfermería provenía de otros hospitales o servicios relativamente menos complejos, por lo tanto, se nos ofreció una capacitación continua, para lograr llevar de forma óptima la labor asistencial de enfermería.

Como era de suponer para todas fue más difícil de lo esperado, si bien lográbamos trabajar en equipo y de estudiar para aprender las nuevas técnicas, el apoyo por parte de algunos médicos fue el mínimo, sobre todo por parte del médico jefe, el bien apodado el “Diosor”, haciendo alusión a una deidad suprema, su egocentrismo y petulancia, opacaban su inteligencia.

Durante los años que se dedicó a hacer guardias de 24 horas en la unidad, habitualmente en cada turno humillaba a alguien del personal, pero la mayoría éramos pasivos y dejábamos pasar la situación.

En el año 2015, se me presento la oportunidad de trabajar en una investigación clínica ofrecida por un laboratorio X, la idea me llamo bastante la atención por lo que decidí participar como la enfermera coordinadora del estudio el cual duraba 2 años. Para mi sorpresa el investigador principal era el jefe de la unidad, el cual me ofreció su apoyo para aprender y tomarle el gusto a la investigación, por otra parte, el investigador secundario era un cardiólogo recién llegado al hospital.

Para mi mala suerte, el inicio resulto pésimo, el jefe no cumplía con sus labores básicas de investigador, no firmaba las notas que le solicitaba, no atendía a los pacientes, se saltaba el protocolo y cometía muchas desviaciones. Dejo a cargo al segundo investigador mientras él se iba de vacaciones fuera del país.

Cuando tuvimos la primera reunión con la coordinadora del laboratorio, a pesar que el trabajo del segundo investigador y el mío tenía algunos errores, los logramos solucionar en el momento y salimos airoso. Por otro lado, el medico jefe no había realizado ninguna de las tareas solicitadas por parte del laboratorio, por lo que decidieron pausar la investigación en el centro. Cuando fuimos a comunicárselo al jefe a la oficina, le grito a su secretaria que nos dejara pasar, a la coordinadora del laboratorio no la dejo hablar, solo entre gritos le dijo que era pésima en su trabajo, que se iba a comunicar con su jefa para que la despidieran y que jamás volvería a aceptar estudios de su empresa, ella solo atino a decir “bueno” y mostrarse muy nerviosa y miedosa, a mí me dice que soy una malísima enfermera, que no hacia nada bien y que por mi culpa el estudio había quedado stand by. Después que termino su monologo, ya que en ningún momento nos dejó hablar, nos echó de su oficina a gritos con el respectivo portazo.

Resolución de la situación:

Al día siguiente una vez que ya había pensado como dar a conocer mis sentimientos, pensamientos y necesidades de una forma respetuosa, me dirigí a la oficina del médico, para mi sorpresa la agresividad mostrada por su parte el día anterior ya no existía, así como tampoco estaba presente mi actitud pasiva. Lo saludé amablemente, mantuve una buena postura, y con un tono de voz firme pero no elevado le mencioné que las tareas que no se habían realizado y que concluyeron en la pausa del estudio, todas debían ser realizadas por él, y que cada una de ellas había sido notificada con anterioridad por correo electrónico por parte del laboratorio y mía. En ese momento se excusó con que tenía muchas cosas en la cabeza y que se había ido al extranjero por asuntos laborales, y por supuesto que las resolvería a la brevedad.

También le di a conocer que no me pareció que dijera que mi labor como enfermera no era la adecuada, ya que ambos nos habíamos comprometidos a trabajar en equipo y que nos apoyaríamos si existía alguna dificultad. Él me pidió disculpas, yo las acepte.

Finalmente logro poner al día la mayoría de los asuntos pendientes, y luego dejo el puesto de primer investigador, asumimos toda responsabilidad el investigador

secundario y yo como enfermera coordinadora, afortunadamente el estudio termino de forma exitosa.

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

Doctor: (agresivo- asertivo)

CV:

Durante el conflicto: gritos, insultos, contacto visual hostil.

Resolución del conflicto: pedir disculpas, hacer las paces.

CNV:

Durante el conflicto: Tono de voz elevado, gesticulación agresiva y amenazadora, cerrar la puerta con fuerza.

Resolución del conflicto: capacidad de dialogar, contacto visual y tono de voz adecuado.

Coordinadora del laboratorio (pasivo)

CV:

Durante el conflicto: solo atinaba a decir “bueno”.

CNV:

Durante el conflicto: desviación de la mirada, baja del tono de voz, expresión facial de nerviosismo.

*El médico jamás hablo con ella la situación para la resolución del conflicto.

Enfermera coordinadora: (pasivo- asertivo)

CV:

Durante el conflicto: silencio durante todo el conflicto.

Resolución del conflicto: exprese mi opinión de lo sucedido de una manera respetuosa.

CNV:

Durante el conflicto: expresión facial de nerviosismo, cambie mi postura de erguida a más curva.

Resolución del conflicto: utilice tono de voz adecuado, mirada directa, postura recta, asentía sus argumentos en el momento de disculparse.

Capítulo.26. No siempre se tiene la razón

Autor: *Sonia Santacruz Novillo*

Estilo de comunicación: agresiva-assertiva

Descripción de la situación:

El relato que voy a explicar, ocurrió una noche en mi unidad, eran las 4h de la madrugada en la sala de obstetricia. Para situaros os explico que en nuestra unidad tenemos gestantes y puérperas, son pacientes con patología: Preeclampsia , amenaza de parto prematuro y diabéticas , esto conlleva que los recién nacidos deben recibir unos cuidados mas exhaustivos.

Nos avisan de Sala de Partos que van a subir una paciente con su recién nacido, la edad gestacional es de 35 semanas, con un pH de cordón de 7,01 y equilibrio acido base de menos 12, con estos marcadores, tenemos un recién nacido que va a requerir unos cuidados de control. Cuando recibimos a la paciente tras realizar los cuidados pertinentes a la madre, revisamos al recién nacido, presenta buen color, no hay tiraje ni aleteo nasal, ponemos al pecho con la madre. Para seguir protocolo se avisa a la pediatra de guardia por teléfono al horario riguroso que marcan ellos antes de irse a dormir, marcamos el nº de busca y con una voz de dormida debido a la hora que era, nos responde y tras preguntarnos qué pasa, le explicamos toda la información de que disponemos a cerca del recién nacido.

-Pediatra! esto no es un motivo para llamarme!, si el recién nacido se encuentra bien ya lo exploraran por la mañana.

-Yo le contesto que debido a la prematuridad por protocolo se ha de avisar al pediatra.

-Pediatra! bueno mañana a las siete me pasaré a verle ! Colgó el teléfono.

Sobre las seis y media de la mañana, entra la pediatra por la puerta de la sala y le hago un comentario gracioso ya que son muchísimos años los que nos conocemos, ¿qué te ha pasado te han echado de la cama? Se apoya en el buró de enfermería con los brazos cruzados y contesta con voz tajante, subida de tono, desde que me has llamado no he

podido dormir ya que me has interrumpido el sueño, en todo momento mantengo una escucha activa. Le contesto que era mi obligación llamarla por protocolo y ella dice que no era necesario si el estado del recién nacido no lo requería y no había ninguna señal de alarma. De nuevo le argumento lo del protocolo y ella con un respuesta irónica me comenta que ya hablara con el Director médico y vuelve a repetir “no hacía falta llamarme “ y si como tú dices es por protocolo, se tendrá que cambiar porque es innecesario venir sin ningún motivo a la planta para realizar la revisión y diciéndome con tono desafiante que era mi obligación apuntármelo en mi parte con subrayador fluorescente y avisarla a las siete de la mañana, para realizar revisión antes de que llegaran los otros pediatras del servicio, me mantengo en silencio y atenta a toda la conversación. Con actitud asertiva y tono de respuesta no violenta le explico que he realizado el procedimiento correcto. Y de nuevo con tono amenazante me dice que se lo va a comunicar al director médico y a mi supervisora, ¿esto no puede seguir así que nos aviséis por cualquier cosa! me mantengo en silencio. Con tono fuerte y desafiante me dice: voy a la habitación a ver al recién nacido y necesito una enfermera que me acompañe (en todo momento se la notaba con una actitud nerviosa). Yo te acompaño, le contesto. Sin realizar ningún comentario le acompaño a la habitación en silencio.

Al salir comenta, está perfecto, no era necesario avisarme a las 4 de la mañana, ahora cuando llegue será un tema a tratar con el equipo médico. Yo no quise seguirle más la conversación con lo que permanecí en silencio, con un hasta luego seco y tajante salí de la unidad.

Antes de finalizar mi turno, apareció mi supervisora, ya estaba al corriente de la situación y sin más me dijo que debía ponerle una incidencia, yo le informo que no era necesario y en todo momento con respeto y educación defendí mi trabajo.

Resolución de la situación:

Agresivo que pasa a ser asertivo

Pasada una semana vuelvo al trabajo, tras unos días que disfrutaba de fiesta programados. Me encontré con ella en el pasillo de la unidad de neonatos, no sabía cómo iba a reaccionar y la verdad fue un momento de tensión, pero después de realizar un saludo respetuoso se percibió un ambiente tranquilo, a continuación realizó un comentario que sentía el comportamiento que había tenido. Realizaste bien tu trabajo y te presento mis disculpas, le respondí, que solo intento realizar bien mi trabajo por la

seguridad del paciente. Me comenta que ha sido muy desagradable este conflicto, que son muchos años los que nos conocemos y nunca nos había sucedido nada, se queda en silencio, me acerco a ella y nos dimos un abrazo, desde entonces no se ha vuelto a producir ningún conflicto más.

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

Estilo de comunicación de la pediatra durante el conflicto es agresivo.

CV:-Comunicación a base de imposiciones amenazantes.

- Respuestas cortantes y subidas de tono.

- Presencia de autoritarismo.

- Expresión verbal de amenaza.

CNV:-Colgar el teléfono

- Postura cerrada y con barrera por medio (buro de enfermería).

- Expresión facial que muestra estado emocional de enfado/rabia.

- Tono de voz elevado y grave.

Estilo de comunicación mío durante el conflicto es asertivo.

CV : -Control del silencio

- Actitud de escucha activa.

- Argumentos claros.

CNV:-Mirada receptiva sin actitud desafiante

- Postura relajada

- Tono suave y pausado.

- Contacto corporal.

Capítulo 27. *¡Hasta aquí hemos llegado!*

Autor: *María Á. Sotomayor Saéz*

Estilo de comunicación:

Enfermera: Asertivo

Familiar: De agresivo a pasivo

Descripción de la situación:

En primer lugar, el relato que se expone a continuación corresponde a una experiencia profesional propia; contada en primera persona, expongo la intervención familiar realizada. Hacer hincapié en que los nombres de las personas que aparecen no son reales para mantener la confidencialidad. En segundo lugar, voy a dedicar unas líneas al lugar donde trabajo, para posteriormente comentar el caso en cuestión, dando unas pequeñas pinceladas del contexto del mismo y del paciente en concreto para que sirvan como antecedentes. Posteriormente, escenificaré el diálogo inicial de la escena, para poder transmitir la situación de manera real.

Comencé mi trayectoria profesional como enfermera hace 9 años, pero desde hace 5 años me especialicé en Salud Mental. El hospital donde trabajo es un centro de tercer nivel, cuyo objetivo es garantizar la máxima calidad y eficiencia en el ámbito de la Salud para un área geográfica definida y ser reconocidos como referente a nivel nacional e internacional en docencia e investigación. Mi puesto de trabajo se desarrolla en el ámbito de la atención comunitaria, en un programa de seguimiento individualizado a pacientes con Trastornos Mentales Graves. El equipo está formado por tres enfermeras especialistas en Salud Mental y una coordinadora. El sistema de trabajo se basa en un método organizativo y un proceso activo de gestión de casos de manera individualizada a dichos pacientes.

David es un chico de 28 años que fue derivado al servicio hace unos 10 meses. La historia de este paciente es bastante compleja. Su primer contacto con la red de salud mental comenzó en la infancia por dificultades en el aprendizaje, y posteriormente durante la adolescencia, donde emergieron conductas ritualizadas con obsesiones de autocuidado y aislamiento, que provocaron confrontaciones frecuentes en el ámbito familiar, llegando incluso a acusar a su padre de malos tratos.

El primer ingreso fue a los 19 años por alteraciones conductuales, autoreferencialidad e ideaciones de perjuicio. Tras el alta, abandonó el tratamiento farmacológico y terapéutico. Más tarde se marchó del domicilio y estuvo durante unos años desaparecido. En el 2018 es llevado a urgencias por la policía, por presentar un discurso desorganizado, reiterativo y por no poder seguir una conversación. Acudió a la policía para denunciar a sus tíos paternos porque refería que lo tenían retenido en su domicilio y lo maltrataban. La familia explica que en ese momento David llevaba unos meses viviendo en la semi-indigencia. Tras el alta de la unidad de agudos es diagnosticado de Esquizofrenia, y derivado al programa para trabajar la conciencia de la enfermedad, su vinculación al centro de salud mental y mejorar su funcionalidad.

Como cada lunes por la mañana en mi despacho, antes de salir a los domicilios de los pacientes, miré los cursos clínicos por si ha ocurrido algo durante el fin de semana y organicé las visitas de esa semana. Me di cuenta de que hoy iba a ser un día complicado, ya que tenía programado el domicilio de David para continuar trabajando la alianza terapéutica con el usuario y la familia.

Justo antes de salir del despacho me tocaron a la puerta, eran los padres del usuario (David). Desde el comienzo noté la tensión de la situación ya que el padre tocó la puerta de una manera muy brusca, y no me dio tiempo a decirles “adelante”, ya que antes de que me diera cuenta, ambos progenitores ya estaban dentro del despacho. Al ver la cara de intranquilidad y tensión del padre, les invité a que se sentaran.

Enfermera: —*Buenos días Joan y Carmen, ¿qué tal?*

Joan (mostrando una actitud agresiva): —*Pues cómo quieres que estemos, si estamos aquí es porque esta situación es insostenible y no podemos seguir viviendo así. Se pasa el día encerrado en la habitación, no toma la medicación, sólo cuando vienes a casa o tiene que ir al psiquiatra. No se comunica con nosotros. Estamos ya cansados de que nadie nos escuche, no podemos ni hablar con el psiquiatra porque no está incapacitado.*

»*Hasta aquí hemos llegado. Queremos poner una reclamación a su psiquiatra.. ¡Es un inútil! Él no tiene ni idea de cómo tratar a mi hijo. Es un estúpido, no le soporto. ¿Cómo no lo ingresa? Estoy completamente abatido, perdemos otra vez a nuestro hijo. ¡Tienes que hacer algo ya!*

Carmen (mostrando una actitud abatida): —*¡Esto es increíble! ¡Ya está bien de este cachondeo! ¿Por qué no lo ingresan? ¡ No puedo más, estamos sufriendo muchísimo! Lo último es que después de 10 meses esperando la valoración para la discapacidad ahora no se presenta y tú no haces nada. ¡Necesitamos que nos ayudes!*

En ese momento de la conversación, el padre se enfureció todavía más y continuó amenazando que pondría una reclamación al psiquiatra. La situación fue violenta con un tono de voz elevado y amenazante por parte del padre desde el principio.

Resolución de la situación:

Dándome cuenta del cariz que estaba tomando la situación, intenté mediar de una forma asertiva, tratando de que se sentaran para poder intentar tener una conversación más tranquila y encontrándonos a la misma altura, y les argumenté de forma más sosegada los motivos por los que yo no podía obligar a su hijo a pasar la valoración de la discapacidad. Manteniendo en todo momento mi mirada y un tono de voz firme y seguro, les ofrecí un espacio para la ventilación emocional y de escucha activa, dejándole al padre que se desahogara.

La situación se resolvió cuando me centré fundamentalmente en dar respuesta a sus problemas y necesidades, estructurando todo el proceso asistencial, es decir, explicando en qué consistía la rehabilitación y enseñando a sus padres a enfrentar los problemas de manera más constructiva. La madre cambió su actitud, empezó a escuchar lo que les estaba explicando. Les comenté que si a ellos les parecía bien, podría concertar una visita con el psiquiatra referente y con su hijo, y así aclarar todas las dudas del plan terapéutico. Antes de salir del despacho, la madre me pidió disculpas.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

Ahora voy a desarrollar los elementos de la interacción que entiendo que hay que tener en cuenta a la hora de valorar la situación y que además son en los que me basé para

poder actuar en consonancia. Los elementos que identifican el estilo de comunicación agresivo por parte del padre del usuario (Joan) y agresivo-pasivo por parte de la madre (Carmen) son los siguientes:

Padre Joan (agresivo)

- ✓ Comunicación verbal:
 - Tono de voz elevado; habla tajante con interrupciones y utilización de insultos y amenazas.
 - Realiza imposiciones, reclama y exige.

- ✓ Comunicación no verbal:
 - Expresión facial de enfado y tensa.
 - Voz alta, gritona.
 - Contacto ocular retador, cara y manos tensas.
 - Gestos exagerados y amenazantes.
 - Abre de un portazo la puerta del despacho.
 - Golpea la mesa en dos ocasiones.

La actitud agresiva del padre en un primer momento es una manera de manifestar su preocupación y miedo por lo que le puede suceder a su hijo. Está desbordado por la situación familiar que está viviendo. Su actitud y su forma de comunicarse son muy agresivas y hostiles, pero no deja de ser causada por un problema.

En el caso de la madre, aunque pueda parecer una comunicación agresiva en un principio, posteriormente asume una posición más pasiva.

Madre Carmen (agresivo – pasivo):

- ✓ Comunicación verbal:
 - Tono de voz elevado; habla tajante con interrupciones y utilización de insultos y amenazas.
 - Realiza imposiciones, reclama y exige con anotaciones sarcásticas.

- ✓ Comunicación no verbal:
 - Expresión de la cara asustada y triste.
 - Mirada evitativa; ojos mirando al suelo.
 - Movimiento nerviosos de brazos y piernas.

Los elementos que identifican el estilo de comunicación asertivo por parte de la enfermera serían los siguientes:

✓ Comunicación verbal

- Asertiva: Tono de voz tranquilo, fluido y claro. Espacio para la escucha activa hacia los padres sin interrumpir su discurso. Capacidad de discrepar abiertamente. Aclara posibles interpretaciones erróneas con respecto al tratamiento terapéutico.
- Busco alternativas, dialogando y argumentando la situación actual con una actitud abierta y flexible, sin emitir juicios de valor al interlocutor.

✓ Comunicación no verbal

- Relajación corporal, postura cercana y erguida, mirando de frente a los padres.
- Tono de voz suave, firme y seguro.
- Actitud de escucha activa. Empatía.

Capítulo.28. Puñalada traperera.

Autor: *Yolanda Torralba García*

Descripción de la situación:

Mi centro era el coordinador de llevar a cabo un estudio europeo en forma de ensayo clínico. Cada día tenía que revisar los pacientes ingresados en urgencias, en hospitalización domiciliaria, o en hospitalización convencional con un grupo de diagnósticos concretos. Una vez revisados unos criterios, se hablaba con los pacientes para pedirles consentimiento para participar en el estudio, de manera que tras revisar la historia clínica, y hacerles un cuestionario, se randomizaban pasando a dos ramas diferentes, el grupo intervención que al alta se les instalaba un dispositivo de telemedicina en el domicilio con teleconferencias diarias durante una semana y el grupo control, donde seguían su curso natural tras unas recomendaciones al alta. Uno de los imputs del estudio era ver si los pacientes del grupo control reingresaban o consultaban a urgencias más que los del grupo intervención.

Era un estudio multicéntrico, así es que además de mi centro, a diario, supervisaba otro centro y hacía el mismo trabajo en otro centro a 40 minutos del mío, lo cual me ocupaba mucho más de mi jornada laboral.

Como coordinadora del estudio tenía a una enfermera coordinadora, que quería supervisar todo, también lo de los otros centros, y era muy competitiva ya que no miraba los resultados a nivel global, sólo quería que a nivel de centro, el nuestro, estuviera por encima de los otros. Por ello su actitud era muy controladora, y quería que le informara a diario de los avances de los otros centros. Dos de ellos su colaboración fue muy anecdótica, pero el otro, al que yo acudía a diario y hacía todo el proceso evolucionaba muy bien.

Los pacientes eran en general más jóvenes que los de mi centro, pero sus condiciones sociales-familiares eran muy diferentes. Dentro de la misma ciudad, dos fenotipos de paciente muy diferentes con necesidades muy diferentes.

Al ser un estudio europeo, con supervisión importante ya que se hacía en varias regiones europeas tenía mucha presión. Y esta coordinadora no me ayudaba demasiado ya que en vez de limitarse a su centro me solicitaba informes continuos y me mandaba mil mails al día, incluidos los fines de semana para mantener el control. La tecnología de la que disponíamos fue cambiando durante el estudio, y yo tenía que tener una relación muy estrecha con los técnicos que se ocupaban de montar y desmontar los equipos de los pacientes en los domicilios, así como ayudarles a ir desarrollando la plataforma que se estaba diseñando con la idea de poder extender su uso más allá del ensayo. Una plataforma mejor, nos ayudaba a controlar mejor a los pacientes y a gestionar y explotar los datos mejor en la etapa final.

Un día post navidad, había cenado parte de las sobras que aún rondaban por la nevera y me intoxicqué. Tenía muchas náuseas y diarreas, que a primera hora de la mañana no eran muy agudas pero que fueron empeorando durante el día.

Decidí de todas formas ir a trabajar, hacer el cribaje de los dos centros y al ver que mi estado empeoraba, posponer, si era posible la inclusión de los pacientes (se hacía al alta), y hacer las teleconferencias pendientes y volver a casa lo antes posible.

La suerte estaba de mi lado, no había pacientes nuevos que incluir, las enfermeras de la unidad de la coordinador habían hecho las videoconferencias y cuando llamé al otro centro vi que tampoco era necesario desplazarme y una enfermera de soporte que estaba siguiendo todo el proceso se ofreció a llamar a los tres pacientes en curso y hacerles la visita.

Mi estado de salud empeoró, mi compañera me puso una vía periférica, me colocó medicación antiemética, un analgésico y algo de sueroterapia. Las diarreas habían empeorado mucho y me sentía débil incluso para volver a casa. Estaba al límite de la incontinencia y mi pareja estaba en el trabajo y no podía venir a buscarme. Estuve un par de horas más tumbada en una camilla e incluso me dormí un poco.

Al ver que mi situación no mejoraba, escribí a la coordinadora un mail, explicándole mi situación, y diciéndole que no dejaba nada pendiente que todos los pacientes estaban incluidos, y los que estaban en curso había hecho su plan de trabajo y que me marchaba a casa.

Cuál fue mi sorpresa cuando unos minutos más tardes me llegó un mail que no iba dirigido a mí, sino a mi jefe, que esos días estaba en Bruselas. En ese mail la coordinadora le decía a mi jefe que yo era una irresponsable y que no estaba preparada para realizar ese trabajo, que no sabía lo que me pasaba pero que iba por libre y que cuando no me dolía una cosa me dolía otra y que hoy le había escrito diciéndole que me iba para casa.

Yo estaba ubicada en un despacho con ocho personas más, y como no me podía creer lo que estaba leyendo empecé a decir exabruptos en voz alta y a enseñarle a todos mis compañeros de despacho lo que la coordinadora me había enviado por error.

Ella es largamente conocida por este tipos de comportamientos, y aunque todo el mundo lo sabe, jefes, jefas, compañeras, departamentos, nadie hace nada, y ya tiene algunas pesquisas abiertas por mobbing. Después de la indignación inicial, me entró la risa floja, ya que en lugar de enviar ese mail a mi jefe me lo envió a mi, y todas las personas del despacho y otras que venían interesándose por mi evolución iban enterándose de lo ocurrido e iban comentando la torpeza de la coordinadora.

Cogí el mail, y se lo reenvié a mi jefe. Le dije directamente: “Creo que este mail no es para mí. No he dejado nada pendiente, estoy gravemente intoxicada, y me han tenido que colocar medicación endovenosa. Me va acompañar una doctora hasta el autobús y me voy con pañal. Supongo que entre hoy y mañana estaré recuperada”

Mi jefe siempre está online, y acostumbra a responder súper rápido. De camino a casa me contestó: “No te preocupes por nada. Sólo mejórate. Estoy en Bruselas. Te llamo por la tarde”

Cuando llegué a casa tenía fiebre. Llamé al CAP, y me visitaron a domicilio empezando antibiótico. Pasé 48h más en casa.

Por la tarde empezó a llamarme la coordinadora de forma insistente y repetida. Supuse que se dio cuenta de que me había enviado el mail a mi, y no a mi jefe e intentaba corregirlo, después de varios intentos, empezó a llamarme su marido que trabajaba en el mismo departamento que yo, pero no descolgué el teléfono.

Las compañeras de su departamento me dijeron que se había puesto muy nerviosa y contactó con alguien de informática para que me borrarán el mail. Pero yo ya lo había

leído, lo había compartido con diferentes personas, y reenviado a mi jefe. Esta práctica no es legal, pero con el tiempo lo conseguí.

Resolución de la situación:

A las 48h, en frío, me incorporé nuevamente. Hice como siempre mi trabajo habitual, y tras un par de días de dudosa tranquilidad la presión, los mails a todas horas, y las exigencias sobre la explicación desglosada de mi trabajo diario continuó. Acabé el proyecto muy tocada psicológicamente. Me costaba conciliar el sueño e incluso desconectar los fines de semana ya que aunque empecé a no contestar los mails en fin de semana sentía una presión interna para leerlos y adelantarme a sus demandas, por muy injustificadas que fueran.

Estuve muy tentada de dejar el proyecto, pero mi sentido de la responsabilidad me hizo aguantar hasta el final.

A posteriori han surgido más proyectos en los que ella volvía a coordinar y yo a realizar el trabajo de campo. Pero una vez acabado ese proyecto, hablé con mis jefes y les expliqué por qué no iba a hacer ningún proyecto más en esa situación. Ellos me escucharon, me entendieron y me respetaron. He seguido trabajando 6 años más con ese equipo, y desarrollando proyectos de forma exitosa.

Mi estilo de comunicación: pasiva/agresiva/pasiva.

Porque la situación no me era confortable y en lugar de hablarlo abiertamente, teniendo en cuenta de la persona que se trataba y la presión a la que me sometía, no intenté corregirlo, sino evitar el enfrentamiento.

Agresiva, cuando reenvié el mail a mi jefe, destapando su actitud –la podía haber puesto en copia y abrir el debate sobre mi actitud y mi compromiso con el proyecto. Pero en lugar de eso me enfadé y compartí mi indignación con mis compañeros, y más tarde me reí de su inteligencia, cuando cometió el error de enviarme ese mail a mi en lugar de a mi jefe.

Fue pasiva otra vez, en la resolución, cuando al reincorporarme volví a dejar la situación como estaba y cuando la relación nuevamente empeoró no hice nada para corregirla y hacer saber cómo me hacía sentir.

Estilo de comunicación de la coordinadora: Agresiva y manipuladora. Ya que utilizaba su posición para presionar e imponer su mando. Manipuló al enviar el mail con el objetivo de crear conflicto y exagerando la información para crear un prejuicio.

Estilo de comunicación de mi jefe: Asertivo. No lo sé pero estoy segura que mi jefe la contactó y le hizo saber que su comportamiento no era adecuado. Aunque prevaleció sus objetivos, que era el acabar el proyecto, y no echar más leña al fuego, permaneciendo equidistante, hablando del tema abiertamente conmigo, y aunque no sancionó ni nos enfrentó a las dos partes, si me dio confianza y apoyo para consultarle cualquier cosa que me pasara o necesitase. Posteriormente entendió sin insistir que no realizaría ningún proyecto conjunto con esa persona.

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

Mis elementos:

CV Silencios. Exabruptos en la fase agresiva.

CNV Agachar la cabeza. Evasiva. Expresión derrotada. En la fase agresiva, cara desencajada, expresión de enfado/rabia, golpes en la mesa delante del ordenador a descubrir el mail.

Elementos coordinadora:

CV Comunicación a base de exigencias, imposición de metodología, control. Desprecio.

CNV Tono agresivo de sus exigencias, delante de otras personas. Estilo despectivo de su mail.

Elementos jefe:

CV Expresó las hechos de forma tranquila, respetando mis sentimientos.

CNV Volumen de voz adecuado. Contacto visual directo. Cercano.

Capítulo.29. Una larga fría tarde de invierno.

Autor: *Ivana Valdelvira Castillo*

Estilo de comunicación:

- Agresivo-agresivo.
- Agresivo-assertivo.

Descripción de la situación:

Hoy me toca trabajar de tarde. Llevo toda la mañana intentado estudiar y sólo he hecho que responder llamadas del trabajo, pero bueno, cuando van a respetar que los martes trabajo de tarde.

Menuda tarde de invierno, que frío, estamos en el pico alto de epidemia de gripe, cuando abro las puertas del centro de Atención Primaria los pacientes ya esperan a ser atendidos en la sala de espera. Camino hacia el despacho y me pongo a hacer trabajos de gestión, me queda una hora para consulta así que me doy prisa en acabar de revisar el correo.

Cuando ya estoy cogiendo el material para irme a la consulta, me comentan que la consulta de la planta baja donde normalmente visito, no se puede utilizar, hay un centímetro de polvo por las obras que se están realizando en la cubierta del edificio por infiltraciones. Pienso que no puede ser para tanto y que ya llevan rato limpiándola, cuando voy hacia la consulta, es verdad, imposible de visitar.

Comunico en el mostrador que me ubico en la planta 2 y coloco un papel en la puerta informándolo a los pacientes y así no ocasionar problemas.

Uf con este lío ya empiezo la consulta tarde.

Los pacientes van acudiendo con normalidad a la consulta de la planta 2.

Llevo toda la tarde sin parar viendo muchos pacientes, atendiendo al teléfono, sin poder ir al lavabo y sin merendar. Cuando ha disminuido el flujo de pacientes decido hacer un descanso de 5 minutos.

De repente suena el teléfono y me comunican que hay una paciente muy enfadada porque lleva 2h esperando a ser visitada en la planta baja.

No la hago esperar y la paso a la consulta.

La paciente entra en la consulta muy enfadada, verbalizando que no hay derecho, 2h esperando, este ambulatorio cada vez va peor, que los pacientes nunca saben donde

están los médicos y las enfermeras y que cada día están en un sitio diferente. Se sienta en la silla, nerviosa, inquieta y no para de tocarse las manos.

Vamos a ver, en estos momentos sólo me faltaba esto, le pregunto si es que no había ningún papel en la puerta de la consulta de la planta baja.

La paciente dice que no, que si hubiera estado el papel no habría estado 2h esperando, y que está muy nerviosa y que debe tener la tensión arterial (TA) por las nubes.

Resolución de la situación:

Bueno, respiro y pienso que ahora mismo tengo 2 opciones: o responderle que yo no tengo la culpa y que no he parado de visitar o me pongo en su lugar de que lleva 2 horas esperando y que tampoco tiene la culpa.

Llamo por teléfono y le pregunto al administrativo si está el papel informando de que estoy visitando en la planta 2. El administrativo me comenta que no, que supone que lo han quitado mientras limpiaban. Le comunico si no le importa volverlo a poner.

Respiro hondo, y le digo a la señora que siento las molestias y que no se enfade, la mujer sigue reprochando pero ya menos.

Para cambiar de tema le digo que vamos a ver cómo está el peso, posteriormente le mido la TA, claro está por las nubes. Bueno le digo, un poquito alta (¿un poquito? Esta a 170/82 mmHg). En estos momentos pienso en cambiar la estrategia, le pregunto si se está tomando la medicación para la tensión, ella me comenta que sí. Miro en el ordenador y tiene pendiente la analítica i realizar el ECG. Así que le comento que le faltan las diferentes pruebas y que se las voy a pedir, le solicito las pruebas y las programo, durante este tiempo la señora ya se está tranquilizando. Después de 10 minutos, le vuelvo a mirar la TA y ya estaba mucho mejor.

Después de hacer todo el seguimiento me levanto, le pongo la mano en el hombro y le comento que lo siento mucho por la espera.

La mujer me mira, y me dice, bueno, veo que no has parado, no pasa nada. Y se va.

Miro el reloj, una parada rápida y a seguir.

Estilo agresivo durante el conflicto:

CV:

- Comunicación a base de exigencias e imposición de los intereses propios.
- Responder con arrogancia, de forma cortante y provocativa.

CNV:

- Gesticulación agresiva, voz fuerte.
- Tono de voz elevado.
- La paciente se toca las manos.
- Evita el contacto visual.

Estilo asertivo durante la resolución del conflicto:

CV:

- Expresión de los pensamientos y sentimientos respetando la opinión de la otra persona.
- Pedir disculpas y clarificación de la situación.

CNV:

- Volumen de la voz adecuado.
- Escucha activa.
- Contacto visual.
- Contacto físico.
- Gestos de comprensión durante la conversación.

Capítulo 30. Tres jefes y una suplente

Autor: *Eva M^a Varón Ramírez*

Descripción de la situación:

Trabajaba desde hacía 10 años, como suplente, en un hospital de tercer nivel en el servicio de neonatología. En este mismo centro se realizaba transporte pediátrico secundario de ambulancias (de hospital a hospital) que cubría toda Cataluña; un pequeño grupo de las enfermeras que trabajaban en neonatos también cubrían las guardias de ambulancia. Por diferentes motivos el grupo de enfermeras se había reducido y cada vez costaba más cubrir los días de guardia. En esos momentos las enfermeras estábamos negociando un aumento de sueldo puesto que el salario por guardias era bastante inferior al realizado en la unidad y en las guardias no sólo realizábamos trabajo de enfermera, también hacíamos de auxiliares, personal de limpieza, coordinación.... Se supone que había una coordinadora pero poco coordinaba.

El día en cuestión era un 31 de octubre, yo tenía guardia de ambulancia de 24 horas y mi amiga y compañera (a la que yo llamo mi hermana mayor) acababa de ser madre, podría estar acompañándola si me necesitaba.

Mi marido me hizo una llamada porque tenía que bajar a Barcelona por motivos de trabajo, así que si no tenía ninguna salida podríamos comer juntos, genial.

Hacia la una del mediodía recibo una llamada de la doctora que hacía la coordinación de las ambulancias para que fuera a su despacho. Llamo a la puerta y al entrar... ¡sorpresa! La coordinadora, la supervisora general (encargada de dar las suplencias) y el jefe de enfermería de este instituto, la cosa no pintaba bien...

Empezó a hablarme el jefe y a decirme que la compañera que entraba de guardia al día siguiente no se encontraba bien y que ninguna de las compañeras del grupo le cogía la guardia. Le comenté que yo no podía hacer nada que yo ya estaba ese día 24 horas y al día siguiente hacía mi turno de noche en la unidad de neonatos.

La coordinadora, con gesto serio, me decía que esa situación no era buena para el equipo, que debía haber más compañerismo. Yo insistía que por mucho que me lo pidieran no podía asumir 48 de trabajo.

Les dije que ese mes además de mi turno de noche (15 días al mes) había realizado como 12 guardias, en total había trabajado 27 días de 30; que me acababa de ir a vivir con mi marido al que no veía por el gran volumen de trabajo y que me podía pasar sin verlo una semana entera, claro que eso a ellos plín. Les recordé que habíamos planteado formar un equipo de 3 personas para realizar guardias de 24 horas y descansar 2 días y así poder realizar las guardias sin problemas y sin sobrecargarnos. Entonces contestaron tanto el jefe como la supervisora que eso ya se había hablado y ya sabíamos que no era posible de realizar, con facciones serias y tono de voz cortante.

Yo me sentía en todo momento atacada y en ese momento quizá la respuesta fue en un tono más agresivo diciéndoles que qué querían de nosotras, que al final a ese ritmo lo acabaríamos dejando por no poder compaginar vida laboral y familiar. La respuesta del jefe, en un tono muy calmado, fue que mi actitud no iba a gustar a la jefa de enfermería del hospital y que las plazas estaban a la vuelta de la esquina. Me quedé helada, no me podía creer que me estuviera amenazando con el poder optar a una plaza fija; pero aun así le dije que gracias por la amenaza, a lo cual él dijo que no, que sólo me informaba.

Me levanté, les dije que yo no los podía ayudar con la guardia del día siguiente y que me disculparan pero tenía que seguir trabajando.

Al poco de salir me llamó mi marido que ya estaba allí, fuimos a comer, le expliqué lo que me acababa de pasar y lloré de la impotencia que sentía. Ese día que se presentaba feliz para mí me lo acababan de amargar. Con todo y con eso no quise dejar que ese problema nublara todo el día, así que después de explicarlo noté que estaba más tranquila, saqué una sonrisa y disfruté de la comida. Más tarde subí a la habitación de mi amiga para disfrutar de mi “sobrina”.

Estilos de comunicación de los jefes:

Comunicación verbal:

- Agresivo.- El tono que usaba al hablar era autoritario
- Manipulador.- Al amenazar con un puesto fijo

Comunicación no verbal:

- Actitud de los gestos de la cara, seria y afirmando lo que el jefe decía, tanto de la coordinadora como de la supervisora

Estilo comunicación suplente:

Comunicación verbal:

- Asertivo.- Al intentar exponerles la difícil situación de cobertura de guardias y falta de personal
- Agresivo.- Respuesta de qué querían con un tono de voz más elevado

Comunicación no verbal:

- Brazos cruzados en posición de defensa

Capítulo.31. Estilo agresivo y punto.

Autor: *Núria Bea Rodríguez*

Trabajo en un hospital de tercer nivel en el turno de noche. Cada inicio de mi jornada laboral, se dónde empiezo mi turno, pero no donde lo acabo. Me explico mejor, al entrar vamos a un despacho, donde nuestro supervisor nos ubica en una unidad (UCI, urgencias o hospitalización) en función de las faltas o necesidades de la noche. Además, llevamos el busca para paros intrahospitalarios y formamos parte del equipo de punción mediante eco guiada del hospital. Esto representa que la comunicación es una pieza fundamental de nuestro día a día. Somos las enfermeras del equipo de complemento, o lo que se conoce en otros hospitales como correturnos.

Una noche que yo llevaba el busca, nos activaron desde neurología por una parada cardiorespiratoria (PCR).

A mi llegada, la enfermera responsable del paciente estaba haciendo la reanimación cardiopulmonar (RCP) y el anestesista estaba valorando la vía aérea para proceder a la intubación orotraqueal. Tras vario rato haciendo maniobras el paciente revirtió ritmo, pero requería de colocación de un marcapasos externo o un electrocatéter. Era imposible colocarlo en esa unidad por lo que había que trasladar al paciente.

Durante las curas post resucitación del paciente, uno de los fármacos que precisaba eran fármacos vasoconstrictores para aumentar la tensión arterial. Es sabido ya, por todos los profesionales de enfermería que llevamos el busca de paros, que uno de los fármacos que siempre nos piden durante una situación emergente/urgente, es la noradrenalina por el contrario, lo que no es sabido (o no quieren saberlo) por los médicos que forman el equipo de paros es, que este fármaco no forma parte del stock, ni del carro de paros ni de las unidades, por lo que no tenemos. Siempre se da un momento en el paro en el que nos piden un fármaco del cual no disponemos. Pero no disponemos, no porque nosotras las enfermeras no queramos, sino porque la jefa del servicio de anestesia, que es la responsable de la medicación del carro de paros, considera que no debemos tener este fármaco porque no es necesario (nadie lo entiende).

Normalmente cuando les contestas, en pleno momento de estrés, agitación, nerviosismo, concentración, que no tienes la medicación que están pidiendo, suelen buscar una alternativa o bien te dan margen de que alguien pueda ir a buscarlo a la UCI más

próxima. El caso es que ese día en el paro, cuando contesté que no tenía noradrenalina, el médico me contesto que clase de enfermera de paros era yo, y que como podía ser que hubiera venido a atender el paro sin “eso”. Las palabras fueron hirientes y el tono (despectivo) como lo dijo aún fue más.

Me quedé en blanco, porque no esperaba esa reacción, y no supe que contestar. Creo que hago bien mi trabajo durante un paro y después también. Intento anteponerme a lo que me puedan pedir, y estoy atenta a todo lo que ocurre para poder solucionar, lo que esté en mi mano, con la mayor agilidad y rapidez posible.

Seguimos adelante y trasladamos al paciente. Ya intubado, sedado, y con una perfusión de noradrenalina (fueron a buscar la medicación a una UCI), entre otras cosas.

Llegamos al Box de paro (muchos pacientes acaban ahí si no hay cama disponible en una UCI o bien si en ese momento no pueden asumir el ingreso). Cuando llegamos al Box, el paciente se puso hipertenso, paramos la perfusión de noradrenalina pero aún así persistían tensiones arteriales superiores a 170mmHg. De nuevo el anestesista pidió medicación, esta vez estábamos en un lugar en el que podía pedir lo que quisiera que “ahí había de todo”. Esta vez Labetalol. Se lo cargo y me dispongo a limpiar la luz de la vía para que pueda administrar el fármaco. De repente me da un empujón, y me grita: apártate. Aquí ya pensé que la cosa estaba saliendo de lo normal y me enfrenté. Le dije que no se equivocara conmigo, que no tenía por qué aguantar a personas mal educadas y que disfrutaban humillando a la gente. Que la primera vez que me había tratado mal me había quedado callada, pero que esa había sido la primera y la última vez. Mi tono cambió por completo, fui seca y desafiante. Prácticamente ni me escuchó, ni siquiera me miró. Me sentí fatal, tenía ganas de llorar, me quería hacer pequeña y esconderme donde fuera. Lejos de eso le dije que volveríamos a vernos, y que me quedaba con su nombre y con su cara. No me sirvió de nada. Tampoco me miró. Era como si fuera invisible.

Cuando me empujó, no me dio tiempo a limpiar la luz, por lo que administro el bolus de Labetalol, lo cual produjo una embolada de noradrenalina al paciente, que de tener una tensión de 170mmHg, pasó a tenerla de 230mmHg.

Inmediatamente, el médico responsable del Box de paros se acercó y le dijo que a que se debía esa tensión. El anestesista no dijo la causa real, sino que dijo que ya estaba hipertenso y que ahora le estaba administrando medicación a la espera de efectividad. Como yo estaba presente en la conversación, aclaré al internista que el pico hipertensivo

coincidía con la administración de Labetalol (más noradrenalina de la luz). Dicho esto, me fui a pasar el parte a mis compañeras y me fui.

Resolución de la situación

El conflicto no se solucionó, no hubo más opciones para hablar con él y tampoco las busqué.

Lo curioso es que he vuelto a ver a esta persona por el hospital, he trabajado con él en la misma UCI, y me ha tratado bien y con toda normalidad, me sonreía y actuaba como si no pasara nada. Ni se acuerda de mí y de lo mal que ese día me lo hizo pasar. Definitivamente ese día ni me miró.

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

La segunda definición que aparece en los apuntes hace referencia a la asertividad. Define la asertividad como la “capacidad para defender los derechos humanos propios sin violar los de los demás”. El principal estilo de comunicación que se dio durante la situación que he relatado antes fue el asertivo. Por parte del médico no se desarrolló ninguna de las habilidades que representan el estilo asertivo como son, la empatía: cuando me pide medicación que sabe que no hay en el carro de paros y al darle una respuesta negativa ataca a mi profesionalidad; la escucha activa: ni siquiera es capaz de mirarme cuando le estoy hablando para pedirle respeto hacia mí persona; la comunicación no verbal: se da comunicación no verbal en el momento que ni me mira, de manera que me está despreciando, pero el estilo de comunicación no verbal no corresponde con un estilo asertivo; *feedback*: no hubo opción de poder hablar después del servicio para poder aclarar porque se había producido esa situación y poder intentar encontrar soluciones a las adversidades que se había producido (falta de medicación solicitada). El estilo que identifiqué en esta situación es el **agresivo** por parte del médico:

- Ejerce el poder (estamental) sobre mí. Realmente no tiene ningún derecho a sentirse superior a mí, ni como persona ni como enfermera, porque mi superior directo es mi supervisor, pero este es un concepto equivocado que la mayoría de médicos tienen interiorizado.
- Me reprocha y me hace sentir culpable (por no tener la medicación).
- No me escucha cuando le hablo

- Tiene el dominio de la situación.

En cuanto a mí, se puede dividir mi respuesta en **dos estilos** en función de la situación.

1. Cuando el médico me cuestiona que tipo de profesional soy yo:
 - a. Estilo de comunicación es **pasivo**:
 - i. Intento evitar el enfrentamiento, principalmente porque no encuentro palabras para poder “rebatir” lo que me está diciendo.
 - ii. Me siento incomprendida. No es responsabilidad mía disponer de esa medicación, y se me juzga por ello.
2. Cuando el médico me empuja y me grita que me aparte:
 - a. Estilo de comunicación es **agresivo**:
 - i. Intento hacerme con el control de la situación.

En este relato existen numerosas faltas de **habilidades sociales** por parte de los dos:

Médico:

1. Escuchar: básico para que se establezca la comunicación.
2. Dar las gracias: cuando obtiene lo que quiere.
3. Dar instrucciones: saber pedir y que pedir.
4. Disculparse: por gritarme, empujarme, hacerme sentir mal, juzgar mi profesionalidad.
5. Comprender los sentimientos de los demás: los míos en este caso.
6. Tener autocontrol: está fuera de lugar que me empuje.
7. Evitar problemas con los demás: su actitud es un imán para los problemas.

Comunicación no verbal: gestos, la NO mirada, la expresión facial, empujarme.

Enfermera (yo):

1. Pedir ayuda: me superaba la situación y no pedí ayuda (por ejemplo, que me relevara alguien).
2. Disculparme: aunque no fuera culpa mía, quizá el médico se hubiera sentido aliviado si hubiera asumido la culpa.
3. Expresar los sentimientos: desde un principio.
4. Buscar la aprobación del médico, ante la necesidad que de reconociera que no todo estaba mal.

Capítulo 32. Lo que no debe ocurrir...

Autor: *Ángeles López Ponce*

Estilo de comunicación: agresivo-asertivo-pasivo.

Descripción de la situación:

Es miércoles, la enfermera del turno de noche nos trasmite el parte, han habido varios ingresos en la unidad de hospitalización de Salud mental infanto juvenil. ¡Impresiona que será un día complicado!

Como cada mañana el Coordinador Clínico de la unidad acude al control de Enfermería y nos saluda, no hay ningún día que no lo haga, eso es de agradecer, además el equipo Enfermero esperamos este momento para comentar las incidencias más relevantes. En ese momento nos informa que un paciente Diagnosticado de Psicosis Tóxica será trasladado a otra unidad de hospitalización de subagudos.

La unidad está estructuralmente dividida en 2 plantas. La planta 3 donde se encuentran las habitaciones de los pacientes y control de Enfermería y la planta 4 donde hay salas polivalentes, comedores, escuela y terraza. Cada día en función el estado psicopatológico de los pacientes el equipo enfermero valoramos que pacientes pueden subir a realizar las actividades terapéuticas, talleres, aula... y que pacientes es recomendable que realicemos una atención más individualizada y reducción de estímulos.

El equipo nos organizamos para el momento del traslado. El psiquiatra referente comentó que era mejor no informar al paciente de que lo íbamos a trasladar a otro hospital, según el referente clínico para evitar que se agitara, espere un momento y argumenté que opinaba que debíamos informar al paciente y poder realizar contención verbal y farmacológica si lo requería y evitar una posible agitación. Nuestra línea de trabajo enfermero siempre busca la colaboración del paciente, el trato y la toma de decisiones conjuntas y, en este caso, enfermería valoraba que era lo más conveniente.

Llega el equipo de SEM para realizar el traslado, justo en ese momento el paciente es informado por el referente clínico que va a ser trasladado a otra unidad de hospitalización, el paciente inicia escalada de agitación, evidentemente algo previsible.

En ese momento llega la Coordinadora enfermera, el equipo de SEM empieza a verbalizar “si el paciente está agitado, nos vamos ¡no realizamos el traslado!”, la coordinadora empieza a discutir con ellos, verbaliza “de eso nada, que os pensáis, ¡el traslado se ha de realizar!” discuten entre ellos. La coordinadora gritando, agitando los brazos les increpa la falta de profesionalidad. El resto de los profesionales nos quedamos perplejos ante tal situación...unos discutiendo, ante la presencia del paciente, el paciente con sintomatología psicótica positiva, sin comprender nada de lo que está sucediendo, pregunta entre llantos “pero ¿qué pasa?, ¿dónde me llevan?” Mientras continúan discutiendo cada vez con tono más elevado, el resto de los profesionales estamos reconduciendo la agitación psicomotriz. Tanto el resto de mis compañeros como yo no dábamos crédito a lo que estaba sucediendo...

Resolución de la situación:

Una vez reconducido el paciente, salí de la habitación y fui hacia la coordinadora y los profesionales de SEM. Los miré fijamente, todavía perpleja ante la situación vivida, con la serenidad posible y utilizando un tono adecuado pero firme, verbalicé asertivamente que esa situación no se debía haber producido, les indiqué que hicieran el favor de dejar de discutir, no era el momento ni el lugar, no consideraba adecuada ni correcta aquella conversación y mucho menos el tono y las formas. Les solicité que hicieran el favor de salir de la unidad y que finalizaran la conversación en otro espacio que no fuera ante la presencia del paciente. Una vez fuera de la unidad solicité a mi coordinadora que hiciera el favor de dejarnos continuar con el traslado, estaba demasiado alterada y era mejor que se retirara. Me miró fijamente, cabizbaja, impresionaba que estaba avergonzada, tras escasos segundos de un silencio mantenido y dado que el paciente estaba más tranquilo solicité a los dos profesionales de SEM que continuáramos con el traslado, ambos procedieron a entrar nuevamente a la unidad. Realizaron el transfer y el paciente pudo ser trasladado.

Tras la marcha del paciente, nos miramos todos los profesionales que habíamos participado en la reconducción del paciente y contención mecánica, continuábamos estupefactos, debido a la impotencia y tensión vivida, sin poder controlar las lágrimas, agradecí a todos mis compañeros la profesionalidad con la que actuaron ante el paciente, intentando ignorar la situación que estaba ocurriendo en el pasillo ante la puerta del paciente y les verbalicé “compañeros, ¡esto nunca debe suceder! la línea es

muy fina y en cualquier momento podemos ocupar el lugar de este paciente, nunca olvidemos tratar con dignidad y respeto”.

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

Coordinadora enfermera:

CV- gritos, desprecios e increpa.

CNV- gesticulación agresiva, movimientos de brazos, posición, utiliza tono elevado, contacto visual, miradas.

Equipo SEM:

CV- gritos, increpan a la Coordinadora enfermera.

CNV- tono elevado, miradas.

Equipo asistencial:

CV- reconducción de agitación.

CNV- contacto físico con paciente, contacto visual, miradas.

Yo:

CV- reconducción de la situación.

CNV- tono seguro pero firme, contacto visual, miradas.

Capítulo 33. ¿Y tú de dónde eres?

Autor: *Maya Cristina Espiritu Payumo*

Estilos de comunicación:

Durante la primera toma de contacto: Agresivo (paciente) /Aserivo-Pasivo (enfermera)

El resto de la relación como paciente/enfermera: Agresivo (paciente) /Agresivo-Pasivo (enfermera)

Una tarde cualquiera en la sala de hospitalización de Medicina Interna. Como siempre, ya había acabado de preparar la medicación de primera hora de los ocho pacientes que estaban bajo mi responsabilidad en ese turno de siete horas y cuarto. A ver qué me esperaba esa tarde. Lo siguiente, después de haberme tomado el café rápido, era pasar de paciente en paciente, a sus respectivas habitaciones para tomarles las constantes vitales y verlos, para poder valorar el estado en el que se encontraban cada uno de ellos. Todo va transcurriendo con normalidad. Mientras voy picando de puerta en puerta, y voy saludando a mis diferentes pacientes y sus familias, respectivamente.

Hasta que entro en una de las habitaciones, con mi carro de curas, preparada para conocerlo. No me acuerdo exactamente, el porqué del ingreso de ese paciente, pero sé que en la cama en la que estaba ubicado era una de las que estaba al lado de la ventana. Acompañado por su mujer, y que aparentemente era bastante autónomo para sus quehaceres de la vida diaria. Tranquilamente me presento como la enfermera que le va a atender durante el turno de la tarde. Es un hombre, agradable y educado, que no tiene dolor en ese momento, mantiene las constantes vitales correctamente y que aparentemente no requiere ninguna cura adicional, sea cambio de apósito o de vía periférica, o ayuda para tomarse la medicación que le estoy proporcionando en ese momento. Mientras transcurría, lo que parecía ser un pase de control de primera hora, de repente me pregunta: “¿Y tu nena, de dónde eres?” Cosa que me molestó un poco, ya que hacía unos minutos, me había presentado por mi nombre y no por “nena”, primero y “como su enfermera de la tarde”, segundo. Intenté persuadir la pregunta, de forma totalmente pasiva, con lo cual

le respondí con total normalidad: “Maya, es mi nombre y seguidamente de su nombre, para que se diera por eludido”, además pensé, es normal, no es un nombre usual y

además este paciente tiene unos cuantos años, así que puede que no le sea fácil recordar los diferentes nombres de todo el personal de blanco que acaba pasando por su habitación. Cuando, ya acabado el objeto de mi visita, me puse a desfrenar el carrito para pasar a la siguiente habitación. Cuando de nuevo, me hizo la misma pregunta: ¿Sí Maya, pero tú de dónde eres?, entonces yo le respondí: “yo soy catalana, nacida en Barcelona y mis padres se conocieron en la Plaza Cataluña”. Me dispuse a irme por segunda vez, y de allí la siguiente pregunta: “Sí sí, ¿pero de dónde eres?” El paciente insistía con toda su energía. Yo intentaba evitar responderle, ya que mi pensamiento en aquel instante fue: ¿qué pasa que tenga los ojos rasgados, tenga la piel morena y el pelo totalmente negro no me hace de aquí? Soy consciente que aparentemente no soy igual que la mayoría de los demás, y que es un aspecto notorio, pero no estaba dispuesta que indagaran en mi intimidad ante tal pregunta indiscreta, ya que estaba allí como enfermera. También pensé: bueno mujer, es por curiosidad. Pero por un motivo u otro me molestó bastante no sólo la pregunta, sino más la insistencia y el descaro.

Finalmente le respondí lo que quería saber, intenté, ser asertiva, pero lo único que conseguí fue ser totalmente pasiva. Ya que aquel paciente que tan bien me había caído al principio, cada vez que entraba en su habitación quería saber más de mí, hasta en una ocasión, tal como mono de feria fuera, les dijo a unos amigos suyos que le visitaron: mirar, esta es la enfermera y es filipina. Me sentí totalmente despersonalizada, pero no fui capaz de encontrar una manera de hacérselo entender, sin que pudiera interpretar disgusto que aquellos comentarios me molestaban. Me producía hasta una cierta ansiedad tener que entrar en su habitación.

Llegué a plantearme realmente si el problema lo tenía yo, pero acabé concluyendo que realmente no era así. Ya que tenía que defender mi intimidad, ante todo, y el derecho a decirlo o no, cuando yo lo creyera oportuno. Hoy en día, sigo encontrándome con situaciones similares, y lo afronto de forma diferente que en aquel entonces. Sin ofender, llevo a cabo la explicación de que allí estoy como enfermera y no como amiga, y que prefiero no responder a la pregunta, aun así, hay gente que insiste y hasta empieza a nombrar diferentes países, con lo cual, desviando el tema con una broma como: ¿qué pasa, que se ha puesto a jugar a las adivinanzas conmigo y no lo sé? Con tono medio seria, sin llegar a lo agresivo. Supongo que me seguirán pasando situaciones semejantes

tanto en mi vida laboral como personal. Intento tomármelo de forma asertiva, pienso: ¡es lo que tiene ser tan exótica!

Identificación del estilo de comunicación (verbales y no verbales):

- ❖ Durante la primera toma de contacto:
 - Comunicación verbal:
 - Saludo y presentación de mi persona al paciente y dirigirme a él por su nombre.
 - Repetir la pregunta insistentemente hasta obtener la respuesta deseada, con cambio del tono de voz cada vez que se le vuelve a responder, a más directo y rápido.
 - Comunicación no verbal:
 - Picar a la puerta antes de entrar a la habitación.
 - Visualización de una persona vestida de blanco que parece ser quiere dirigirse al paciente, frenar el carro y seguidamente dirigirse al paciente y a la familiar, seguido de la sonrisa asertiva de presentación, correspondido por el paciente y su mujer.
 - Visualización del paciente hacia la enfermera con curiosidad.
 - Desfrenar el carro de curas con intención de salir.

- ❖ El resto de la relación como paciente/enfermera:
 - Comunicación verbal:
 - Hablar de una persona cuando está presente, sin dejarle opción de entrar en la conversación.
 - Rapidez y brevedad en el intercambio de palabras con el paciente y familiares.
 - Comunicación no verbal:
 - Conducta de incomodidad, evitación y rapidez cada vez que la enfermera tiene que dirigirse al paciente.