



**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 2020**

## 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'anàlisis. 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 anàlisis 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 elaborades pels estudiants de primer curs del Màster de Lideratge i Gestió dels Serveis d'Infermeria de l'any acadèmic en curs, dins del context docent de l'assignatura troncal "Comunicació i Motivació". Cada situació configura un capítol amb autoria propia 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 2020

Per referenciar el document complet:

Puig, M. y Lluch, M.T. (2020) (Coords.) **Pensamiento reflexivo de los estilos de comunicación interpersonal en el ámbito asistencial/ Pensament reflexiu dels estils de comunicació interpersonal en l'àmbit assistencial**. Barcelona: Diposit Digital Universitat de Barcelona, Colecció Omado, document de treball. Disponible a: <http://hdl.handle.net/2445/164749>

Per referenciar capítols individuals:

[Cognom i inicial de l'autor]. (2020). [Títol del capítol]. En M. Puig i M.T. Lluch (Coords.). **Pensamiento reflexivo de los estilos de comunicación interpersonal en el ámbito asistencial/ Pensament reflexiu dels estils de comunicació interpersonal en l'àmbit assistencial** [pp. XX]. Barcelona: Diposit Digital Universitat de Barcelona, Colecció Omado, document de treball. Disponible a: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/2/browse?type=author&order=ASC&rpp=20&value=Puig+Llobet%2C+Montserrat>

## Índice

<b>Capítulo. 1.</b> Era una tarde tonta y caliente .....	7
<i>Albert Batlle Borraz</i>	
<b>Capítulo. 2.</b> Lo que nunca debería pasar .....	10
<i>Miguel Beltrán Ávila</i>	
<b>Capítulo.3.</b> Abuso de poder.....	13
<i>Yeiran Beltre</i>	
<b>Capítulo.4.</b> El que espera, desespera .....	15
<i>Ligia Bustamante Torneiro</i>	
<b>Capítulo.5.</b> Nissaga de poder.....	19
<i>Lorena de Toro Valdivia</i>	
<b>Capítulo.6.</b> Lo que diga la rubia.....	22
<i>Silvia Fariñas Rodríguez</i>	
<b>Capítulo.7.</b> En el aislamiento, yo no entro.....	24
<i>David Figueroa Cruz</i>	
<b>Capítulo.8.</b> Es hora de elegir las vacaciones.....	26
<i>Javier García Fernández</i>	
<b>Capítulo.9.</b> Equipo de parto precipitado, Llevábamos 4 y pario la tercera.....	29
<i>Paula García Molina</i>	
<b>Capítulo.10.</b> La falsa injuria .....	33
<i>Rubén González Iribarne</i>	
<b>Capítulo.11.</b> No hace falta perder las formas.....	37
<i>Ester López Luna</i>	

<b>Capítulo.12.</b> "Emociones EPIdérmicas" .....	40
<i>Xavier Martínez Jara</i>	
<b>Capítulo.13.</b> Empatiza y vencerás!!.....	44
<i>Mercedes Molina Carbonell</i>	
<b>Capítulo 14.</b> El médico.....	47
<i>Rosabel Monteagudo Urango</i>	
<b>Capítulo 15.</b> Cuando la incertidumbre se transforma en miedo .....	51
<i>Anna Moreno Orea</i>	
<b>Capítulo.16.</b> No hay congreso.....	54
<i>Rebeca Díaz García</i>	
<b>Capítulo.17.</b> Escalda y desescalada.....	57
<i>Carlos Rodríguez Esteban</i>	
<b>Capítulo.18.</b> Tardes de encanto.....	60
<i>Judith Saura Araguas</i>	
<b>Capítulo.19.</b> Tengo que darte una triste noticia. Tu madre ha muerto.....	63
<i>Jordi Soro i Martínez</i>	
<b>Capítulo 20.</b> Lo que me faltaba.....	68
<i>Elena Toribio Prieto</i>	
<b>Capítulo.21.</b> Una llamada inoportuna .....	70
<i>Estefanía Torrecilla Cilleros</i>	
<b>Capítulo.22.</b> Un dolor de cabeza .....	73
<i>Julia Vega Larrauri</i>	
<b>Capítulo.23.</b> La agresividad de la experiencia.....	76
<i>Pedro José Plazas Guillen</i>	

**Capítulo. 24. Una pacient impacient** .....80

*Marina Fenollar Boixader*

**Capítulo. 25. Crónica de una reclamación anunciada**.....84

*Mireia Niebla Bellido*

## Capítulo 1. Era una tarde tonta y caliente

**Autor:** Albert Batlle Borraz

### Descripción de la situación

La tarde en urgencias había sido de locos, con pacientes en los boxes bastante demandantes, a lo que había de sumar infinidad de pacientes en los pasillos.

Dos de los pacientes más demandantes eran una señora mayor de 82 años con un deterioro cognitivo leve que acudía por impotencia funcional en extremidades inferiores y un chico joven, de 34 años, con un trastorno esquizoafectivo y un gran hematoma en la extremidad inferior izquierda que le había provocado un síndrome compartimental leve.

Pese a la gran carga de trabajo la tarde transcurrió con aparente normalidad. Llegando al final de turno, me avisan que hija de la señora de 82 años quiere hablar conmigo. Terminé de realizar las tareas que tenía a medias y me dirijo a la habitación. Al llegar, me encuentro con la familiar de muy mal humor y quejándose del trato que había recibido por parte de la auxiliar de enfermería. Por lo visto, la familiar acababa de llegar habiéndose ausentado todo el día y reclamó reiteradamente y en un periodo corto de tiempo información sobre el estado de su madre. La auxiliar, con parte de razón, le contestó que habiendo estado la paciente sola todo el día no podía pretender que en 5 minutos pasara el médico, le diera información y decidieran qué iban a hacer con su madre. El problema no fue el mensaje en sí, sino las formas de transmitirlo, ya que el tono de voz y la comunicación no verbal fueron interpretadas como agresivas.

Lo primero que hice al entrar en la habitación fue presentarme, pedir disculpas por la demora (tardé unos 20 minutos en acudir a la demanda) y escuchar atentamente la quejas y los sentimientos de la mujer. Posteriormente, le expliqué que todas las pruebas que se le habían hecho, analítica de sangre y orina, radiografías y TAC habían salido correctas y solo faltaba que los médicos terminaran de valorarla y decidieran definitivamente qué hacer. La familiar me agradeció enormemente el gesto, al fin y al cabo, solamente quería información, y le respondí que hablaría con los médicos para que decidieran lo antes posible qué hacer con su madre.

No suficiente con esto, al entrar en la habitación contigua me encuentro al chico de 34 años con el síndrome compartimental muy preocupado. Al preguntarle qué había pasado, me contesta que le había dicho a la auxiliar que quería defecar, a lo que la auxiliar le propuso ponerle la cuña; el paciente contestó que no quería la cuña ya que al mover la pierna le hacía mucho daño, a lo que la compañera le contestó que no era normal que una persona de 34 años hiciera de vientre en un pañal, y que ella no lo iba a cambiar. Me quedé atónito con la contestación y después de hablar 15 minutos con él logré convencerlo para que hiciera sus necesidades en el pañal (habiéndole prometido que entraría con otra auxiliar).

Le expliqué lo que me acababa de pasar a otra auxiliar y de inmediato se propuso a ayudarme para cambiar al paciente, el cual dejamos arreglado en 4 minutos.

### **Resolución de la situación**

Solo terminar de arreglar al chico me dispuse a buscar a la auxiliar para hablar seriamente con ella, pero era la hora del relevo y ya se había ido.

Al día siguiente, antes de entrar a trabajar hablé con ella y le expuse los problemas del día anterior junto con cómo me había hecho sentir. Hice hincapié en el derecho de los pacientes y familiares a ser tratados de forma respectiva, junto con nuestros deberes como profesionales. Finalmente le dije que es la última vez que estoy la última hora de mi turno salvándola de dos reclamaciones.

La compañera se disculpó, me reconoció que había tenido un mal día, a lo que se le unió la gran carga de trabajo de la unidad. Me prometió que intentaría que sus problemas no interfirieran en el trabajo y que no volverían a pasar situaciones como las del día anterior.

Desde el día de la charla no he vuelto a tener ningún problema con esta compañera ni he vuelto a tener quejas por parte de pacientes, con lo que creo que fue acertado por mi parte hablar y no dejar pasar esto como si nada.

## **Elementos que identifican el estilo de comunicación.**

Estilos de comunicación.

Auxiliar: Agresivo.

Familiar: Agresivo / asertivo.

Paciente: Pasivo

Enfermero: Asertivo.

Auxiliar:

CV: mensaje demasiado directo e incorrecto, tono de voz inadecuado para una correcta relación terapéutica.

CNV: excesiva gesticulación, falta de concentración y atención.

Familiar:

CV: al principio algo directa y enfadada, con tono de voz alto. Finalmente, tono de voz más bajo y conversación más distendida.

CNV: al principio mirada penetrante y desafiante, con tono muscular tenso que se va relajando a medida que se va hablando con ella.

Paciente:

CV: discurso y voy temerosa, resignación.

CNV: mirada evitativa, postura corporal defensiva.

Enfermero:

CV: mensaje claro, información veraz, tono adecuado para una correcta relación terapéutica.

CNV: proximidad, postura abierta, actitud de atención.

## Capítulo 2. Lo que nunca debería pasar

**Autor:** Miguel Beltrán Ávila

### Descripción de la situación

Hace un par de años, en una unidad en las que trabajé, ocurrió un incidente muy desagradable para todos, sobre todo para una compañera. Para contextualizar la situación, en dicha unidad trabajamos mano a mano un enfermero y una auxiliar de enfermería, y mi compañera, en este caso la auxiliar, es una mujer con carácter, es una chica de mentalidad fuerte en la que cabe destacar su profesionalidad y trato con los pacientes. Es la compañera que a todos nos gustaría tener.

Retomando la situación, recuerdo estar por el despacho de la unidad ocupado en algo y llegó ella sin decir nada, pero con un semblante muy distinto al suyo habitual. Algo había pasado. Sin yo todavía saberlo mi compañera había sido víctima del acoso por parte de un paciente. Ella estaba estupefacta, no sabía que decir ni hacer, nunca la había visto tan desbordada por ninguna situación, así que le pregunté. Me explicó que se había sentido acosada por un paciente, pero que realmente no sabía si era su percepción o realmente la situación había sido así. Me contó que en la ronda habitual de toma de constantes se acercó a dicho paciente, con la normalidad de siempre, y mientras le colocaba el manguito de la tensión el hombre, que no señor, aprovechando que mi compañera se giró un momento él tocó sus partes íntimas diciéndole: ‘Ven, nena’.

La situación fue lamentable. Es algo que no se puede concebir en ningún ámbito de la vida y menos en el laboral. Evidentemente, por detallarlo aún más, el paciente estaba consciente y orientado. No fue fruto de la confusión, fue un acto totalmente intencionado.

Tal y cómo me lo iba explicando yo me iba encendiendo cada vez más, no me lo podía creer. Nunca podré decir que me molestó tanto cómo a ella, porque no sería verdad, pero mi sentimiento era una mezcla entre rabia y asco.

Mi compañera me dijo que una vez pasó eso ella le dijo al paciente que qué hacía y se salió de la habitación hasta que vino al despacho dónde me contó todo.

### **Resolución de la situación:**

Yo no pude reprimirme. Pero antes de hacer nada por mi cuenta le pregunté a ella que si quería que hiciera algo. Le propuse de ir a hablar con el hombre y también de llamar a supervisión. Me dijo que de momento fuera a hablar con él, pero yo solo, ella no quiso exponerse, y lo entiendo.

Me dirigí por el pasillo hacia la habitación un poco nervioso, aquello era intolerable, no quería escuchar nada, sólo quería decirle al tipo lo que realmente pensaba. Entré en la habitación muy directo, rápido, sin llamar a la puerta, y me acerco a la cama. Le pregunté al paciente si era verdad lo que me había explicado mi compañera, y sin contestarme ni sí ni no se empezó a disculpar: 'perdón, perdón, perdón'. Ya di por hecho que aquello lamentablemente había ocurrido.

Al confirmarme esto mi tono de voz fue en aumento, no le insulté y no por falta de ganas, pero le dije todo lo que mis límites en el trabajo me permiten. Le dije que si lo veía medio normal eso, si se dedicaba a hacer eso en su día a día. Le hice ver que mi compañera además de ser mujer es una profesional y así debía tratarla, con el mismo respeto que lo hacia ella. El hombre no reaccionaba y seguía pidiendo perdón, que no volvería a ocurrir. Yo a cada perdón que él mencionaba yo más me calentaba, así que lo amenacé directamente, lo señalé con el dedo, con que si se repetía ese o cualquier tipo de actitud de ese tipo hacia cualquier profesional no iba a dudar en llamar a supervisión y le darían la alta voluntaria. Me salí, no había más que hacer allí.

Respiré, tomé aire, y fui a contárselo a mi compañera. Le insistí en que tenía todo mi apoyo si quería llamar a supervisión o en cualquier caso tomar las medidas pertinentes al respecto. De hecho, la animé a denunciarlo de alguna forma, que lo hiciera visible, pero siempre respetando su decisión. Ella quiso dejarlo estar, estaba asustada por todo y no quiso darle mayor trascendencia.

### **Elementos identificados:**

Adopté claramente en esa situación un estilo de comunicación agresivo con el paciente. He de reconocer que fue la situación más indignante que he vivido como enfermero respecto a un paciente. No me arrepiento de cómo actué.

Mi comunicación verbal era directa, no había formalismos y le hablé al paciente de tú a tú. Como expliqué, no hubo insultos, aunque sí palabras mal sonantes. Y repito: no me arrepiento. El tono de voz también era alto, propio del estilo agresivo. Además, no escuchaba, al inicio cuando trato de confirmar lo ocurrido sí que permito el feedback pero luego ya le cae un 'chaparrón'.

Los elementos para destacar respecto a la comunicación no verbal son el señalarlo con el dedo amenazantemente, mi entrada en la habitación (directa, y sin llamar), mi paso firme y rápido. Asimismo, como la mirada, con el ceño fruncido le clavaba mis ojos en su rostro.

Estilo de comunicación: Agresivo

El estilo agresivo saca nuestra peor parte, pero en situaciones excepcionales, como por ejemplo esta, está más que justificado.

## Capítulo 3. Abuso de poder

**Autor:** Yeiran Beltre

### Introducción

El abuso de autoridad, también conocido como abuso de poder o abuso de las funciones públicas, son prácticas de intercambio social en las que se ejecuta una conducta basada en una relación de poder, jerarquizada y desigual. En otras palabras, es una situación donde la autoridad o individuo que tiene poder sobre otros debido a su posición social, jerárquica, de conocimiento o riqueza utiliza ese poder para su propio beneficio.

En este conflicto originado en la uci del centro médico x se expresa como las persona, con algún tipo de cargo abusan de sus inferiores, imponiéndole de manera arbitraria sus ideales.

### Desarrollo

En un día de servicio en la unidad de cuidados intensivos del centro médico x q consta de 8 camas, 3 de aislamiento, 3 para pacientes intubados, 2 para pacientes más estables, el servicio estuvo conformado por: la LICDA. Brito y los AUX. Sánchez, Acosta y García. Los servicios entre ellos siempre eran conflictivos al parecer ya habían tenido problemas personales, en los servicios siempre se hace división de pacientes para tener un mejor control sobre ellos.

Todo inicio a la hora del baño de los pacientes, la AUX. Acosta inicio el baño de sus pacientes asignados, todo marchaba de manera normal, cuando la AUX. Acosta termina de realizar el baño de sus pacientes, de inmediato toma los récords asignados; los demás compañeros estaban hablando de cualquier cosa mientras que ella trabajaba.

Ha la hora que ellos decidieron hacer sus actividades, la LICDA. Brito llama a la AUX. Acosta para que los ayude, ella responde: estoy terminando de trabajar los récords desde que termine iré ayudarlos, la LICDA. Brito responde: eso puede esperar para después por favor venga ayudarnos, la AUX. Acosta responde: yo acabo de bañar mis pacientes estaba sola y no solicite ayuda de nadie ustedes son tres y no pueden hacerlo solos.

Inmediatamente empiezan a discutir enfrente de los pacientes, la LICDA. Brito le decía que ella era la encargada del servicio, por tal razón todos tenía que acatar sus órdenes, la AUX. Acosta molesta le responde que eso no es motivo para abusar de ella, yo ya eh cumplido con mi trabajo y en ningún momento le dije que no los iba ayudar, solo les dije que esperaran a que terminara mis récords.

Los demás compañeros intentaron calmar la situación para que los pacientes no presenciaran este conflicto, el medico también intervino. Después de varias palabras ofensivas, lograron calmarlas.

Al día siguiente en el cambio de turno los pacientes se estaban quejando de lo ocurrido con la superintendente, el medico de turno le informo al jefe de la unidad lo sucedido, el jefe molesto llamo a las encargadas para que convocara una reunión con el *team* que estuvo de turno.

Todos culpaban a la AUX. Acosta de lo sucedido y el jefe de la unidad ordeno que ella fuera sacada de la unidad.

La encargada de la unidad LICDA. Villar, le informo de lo ordenado por el jefe de la unidad a la AUX. Acosta, convocándola luego a una reunión.

### **Estilos de la comunicación**

**Comportamiento asertivo:** habla abiertamente.

**Comportamiento pasivo:** muestra poca o ninguna expresión.

**Comportamiento agresivo:** interrumpe y expresa su opinión por encima de los demás.

#### **Comportamiento asertivo**

AUX. Acosta

#### **Comportamiento pasivo**

AUX. Sánchez

AUX. García

#### **Comportamiento agresivo**

LICDA. Brito

## Capítulo 4. El que espera, desespera

**Autor:** Ligia Bustamante Torneiro

### Descripción de la situación:

En el Servicio de Urgencias del Hospital de tercer nivel en el que trabajo como enfermera, la temporada de gripes suele colapsar las salas de espera de todo el Servicio, aunque la que se lleva la peor parte es la segunda planta, que acoge a todos los pacientes de medicina triados con una prioridad de nivel 3: pacientes con criterios de urgencia y potencial riesgo vital, pero hemodinámicamente estables, con una demora de atención máxima de 60 minutos.

Hoy ocupo la posición de acogida en la segunda planta, lo que implica que soy la responsable de revisar continuamente a los pacientes que se encuentran en la sala de espera, garantizando que estos pueden continuar esperando con seguridad, y priorizando a aquellos que, por su estado hemodinámico, deben ser visitados con mayor urgencia.

A las diez de la mañana ya hay al menos quince personas en la sala de espera: las seis sillas de madera de las que dispone permanentemente la sala están ocupadas, hay otras siete personas de pie, cinco sillas de ruedas y en el pasillo localizo otros dos pacientes encamados. La siguiente hora la paso revisando las constantes de todos ellos.

Pasadas las once la lista de espera se ha duplicado, y ya hay treinta y dos pacientes a la espera de ser visitados. Me he fijado en que algunos de los pacientes están acompañados de más de una persona, y voy a tener que empezar a enviar gente a la primera planta si quiero que los pacientes que van llegando a la segunda puedan esperar sentados. De modo que me dirijo a la sala de espera y en voz alta les pido amablemente que todos los acompañantes que estén sentados cedan sus asientos a los pacientes que esperan de pie. Tres personas se levantan y tres pacientes toman los asientos en su lugar.

En vista de que varios pacientes continúan esperando de pie, informo en voz alta de que sólo puede haber un acompañante por paciente, y les pido por favor que el resto de los acompañantes esperen en la sala de espera de la primera planta. Varias personas se despiden y abandonan la sala de espera.

Me fijo en que tres acompañantes de un señor hacen caso omiso, y se mantienen sentadas junto a la silla de éste, de modo que me dirijo hacia ellas:

- *Disculpen, sólo puede haber un acompañante por paciente.* – Les digo amablemente y en un tono apacible.
- *Discúlpanos tu, pero no vamos a ir a ninguna parte.* – Me dice la más mayor de las tres en un tono brusco. – *Llevamos tres horas esperando y tenemos derecho a quedarnos con nuestro padre.*
- *Lo entiendo, de verdad. Si no estuviese tan lleno no se lo pediría.* – Le digo con una sonrisa, colocando una mano sobre su brazo para reconfortarla. - *Pero la normativa de la unidad específica que puede haber máximo un acompañante por paciente en la sala de espera. Y cómo veis, hay pacientes esperando de pie.* – Insisto.
- *¿Llevamos tres horas aquí y ahora vas a echarnos?* – El tono de su voz es desafiante y la pregunta suena a amenaza. Se ha aproximado hacia mí invadiendo mi espacio, levanta un dedo en señal de advertencia y frunce el ceño claramente cabreada. – *Deberías preocuparte por atender a la gente, en vez de andar paseando con el aparato ese de mierda.*
- *Por favor, le agradecería que respetase mi espacio igual que yo estoy respetando el suyo.* – Le digo en un tono firme, evitando echarme hacia atrás y manteniendo una postura relajada. - *Nadie ha hablado de echar a nadie. Les estoy pidiendo por favor que respeten la normativa y bajen a la...*
- *¡Venga hombre!* – Me interrumpe bruscamente, salpicándome inconscientemente la cara con su saliva. - *¡Tiene cojones la cosa! ¡Eso te lo estás inventando!* – Me incrimina. - *A ver, ¿dónde está esa normativa?*

Toda la gente de la sala de espera se ha callado y nos hemos convertido en el centro de todas las miradas. Me paso una manga por la cara para limpiarla, aunque evito recriminarle nada para no echar más leña al fuego.

Parece que la señora se da cuenta de que al gritar me ha salpicado saliva, ya que da un paso atrás y relaja levemente la postura, aunque su ceño continúa fruncido y su barbilla elevada.

Manteniendo un tono de voz calmado, le pido a la señora que no grite, y la invito a acompañarme hasta la pared contigua, donde le señalo el póster titulado “*Información y Normas de la Sala de Espera*”, le indico que lea el punto número 3, donde pone en letra grande y mayúscula: “*El paciente podrá esperar junto a un único acompañante. Con el objetivo de no colapsar la sala de espera, el resto de los acompañantes deberán esperar en la sala de espera ubicada en la primera planta*”.

### **Resolución de la situación**

Tras la incómoda situación vivida en la sala de espera, las dos hermanas de la señora accedieron a bajar a esperar a la primera planta, dejando sus dos asientos libres para los pacientes que esperaban de pie.

Al final del turno, el paciente fue trasladado al área de observación, pero antes de marcharse su hija me buscó en el pasillo para disculparse por su comportamiento. Me explicó entre lágrimas que su madre había fallecido recientemente en el Hospital, y que el simple hecho de pensar que podía perder también a su padre la había sacado de sus casillas. Me pidió perdón por haberlo pagado conmigo y me dio las gracias por “el trabajo increíble que hacéis” y por haberla tratado con respeto a pesar de sus malas formas. Antes de irse, nos dimos un abrazo.

A los dos días, trabajando ya en la tercera planta, el administrativo de la segunda planta me llamó para decirme que una paciente me había traído un regalito. Cuando pude bajar la señora ya se había marchado, pero había dejado cuidadosamente empaquetada una cajita de bombones con una nota que aún conservo y que decía así: “Gracias por ese abrazo y por conservar la paciencia cuando nosotros la perdemos. Loli”.

### **Elementos que identifican el estilo de comunicación:**

Identificación del estilo de comunicación: agresivo - asertivo

- Acompañante: agresivo

CV: tono de voz elevado, autoritario, brusco y desafiante. Uso de términos imperativos y peyorativos. Uso de expresiones amenazantes como “deberías de”, y uso de palabras malsonantes.

CNV: expresión facial tensa, con el ceño fruncido. Mirada directa a los ojos, de forma fija y penetrante, obligando a desviar la mirada al receptor. Postura enfrentada, beligerante e intimidatoria, con invasión del espacio personal del otro. Gestos manuales exagerados y amenazantes. Monopolización de la conversación: interrupciones y ausencia de escucha durante el proceso comunicativo. Ausencia de comprensión del punto de vista del otro.

Enfermera: asertivo

CV: lenguaje directo, fluido, claro y sin manipulaciones. Congruencia entre lo que se dice y los gestos que acompañan a la comunicación verbal. Evasión de juicios o evaluaciones hacia los demás. Escucha y comprensión de lo que el otro dice.

CNV: contacto visual continuo y cálido. Tono de voz agradable, firme y enérgico, evitando el tono autoritario o agresivo. Volumen firme, evitando el volumen demasiado elevado y los susurros. Postura relajada, cercana y encarada hacia el interlocutor, mostrando atención y empatía hacia lo que desea expresar. Respeto de los silencios.

## Capítulo 5. Nissaga de poder

**Autor:** Lorena de Toro Valdivia

### Descripción de la situación

Desde que me diplome como enfermera trabajo en un hospital comarcal del Baix Llobregat, en la Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell.

Siempre he estado en el turno de noche en el servicio de urgencias, me gustaba mucho ser enfermera de urgencias, pero casi desde el principio tenía la sensación que los profesionales del turno de noche somos los eternos olvidados, incluso teníamos que oírnos que los de noche solo venimos a dormir, y que los grandes profesionales siempre están en el turno diurno.

Teníamos un supervisor que tampoco se preocupaba mucho por defendernos, ni por nuestras inquietudes ni por nuestro bienestar, de manera que sentía que seguramente había otras maneras de hacer las cosas, de motivar al personal y de gestionar; seguramente ni mejor ni peor, pero diferente, al fin y al cabo.

Por ese motivo hace tres años me presente como candidata a un puesto de gestión. La dirección del centro había cambiado, llegaba una mujer joven y dinámica que inspiraba espíritu luchador y ganas de cambio, se puede decir que prácticamente vi reflejadas mis expectativas, mis ideales y valores en ella, eso fue lo que acabo de inclinar mi balanza.

Gané la plaza de supervisora de tarde, desde los inicios supe que no sería una tarea fácil, así también me lo hizo saber la dirección, la nueva misión de la dirección enfermera era transformar la línea de gestión encabezada por la veteranía de la supervisión, yo era entonces un soplo de aire fresco, un proyecto de la directora enfermera para encabezar la transformación del modelo de gestión encasillado desde hacía años. Y como era de esperar no fue de buen recibo para todo el mundo.

Desde el principio he tenido diferencia de opinión con una compañera, la antigua jefa de hospitalización, recién estrenada gestora de planificación recursos humanos. Se puede decir que en teoría es la más fuerte del grupo, el resto siempre la siguen, la respetan y no tienen la valentía suficiente para ser asertiva con ella. Es una mujer con cierta influencia a nivel social i político de la provincia de Barcelona, mucho carácter y unas actitudes

poco ortodoxas bajo mi punto de vista para decir las cosas, siempre ha de ser lo que ella dice, como ella dice y cuando ella dice, si se le lleva la contraria se genera disputa.

Desde un primer momento opte por una actitud pasiva frente a mi relación laboral con ella, pero un día y tengo que admitir que las clases de comunicación y motivación junto con la de mediación de conflicto me ayudaron, opte por cambiar mi estilo comunicativo con ella y empezar a ser más asertiva.

Era Martes a las 9 am después de una reunión de “morning”, recuerdo que entre en su despacho y me dijo <<Lorena, ya has preguntado a la directora si puedo poner los Lunes refuerzo en urgencias>>. Mi respuesta fue <<Sí, pero no se nos ha autorizado. Urgencias es un servicio muy dinámico y los refuerzos pueden ser cualquier día de la semana, tenemos que valorarlo diariamente>> A lo que ella enseguida contrario <<Pues voy a hacer lo que me dé la gana>> con un tono autoritario y sin mirarme a los ojos (CNV).

Note como la tensión y los nervios me ponían el cuerpo en alerta y tenso (CNV) y casi sin pensarlo conteste <<Va a ser que no, la gestión presupuestaria de las unidades así como de los recursos humanos son mi responsabilidad y como tal, valoraremos diariamente la necesidad de ampliar la plantilla con un refuerzo>> Note como sus hombros y espalda se enchanchaban a la vez que aprovechaban para coger aire y en sus mejillas asomaban unos tonos algo rojizos (CNV), algo me decía que acababa de encender la mecha.

Recrimino mi respuesta con una comunicación agresiva, ni siquiera tenía un ápice de asertividad porque el asunto iba de a ver quién podía sobre quien, y aludió a su defensa mi inexpertez y falta de humildad, gritando y mirándome por encima del hombro (CNV).

No me hice pequeña ante su despliegue de habilidades comunicativas, pero en ese momento mi parte consciente y asertiva me dejo de lado para volverse emocional y comunicativamente agresivo- asertivo.

Notaba como mi tono de voz iba aumentando tanto e igual como lo hacia el suyo, nuestras miradas se desafiaban (CNV), decidí cerrar la puerta del despacho, tampoco era plan que el pasillo entero se enterara de la discusión.

Ella seguía firme a su intención de hacer lo que ella quisiera, sin responder ante nada ni ante nadie, total siempre lo había hecho así, porque ahora iba a ser diferente.

Yo estaba de pie, ella había permanecido sentada en el ordenador todo el rato hasta el momento en que le dije de manera asertiva pero enfadada, que, aunque no acepte el cambio de roles tiene que hacer lo que yo le estoy diciendo, de la manera como yo se lo estoy comunicando <<tu ejercicio en estos momentos es planificar, solo planificar no opinar ni decidir. De manera que has de planificar lo que yo cada día te vaya diciendo>> Continué <<Valoraré diariamente a primera hora la necesidad de poner un refuerzo en la plantilla de urgencias>>, al fin de cuentas la dirección me pedirá explicaciones sobre los recursos que estoy utilizando y si decides bajo tu conveniencia no poder proporcionar dichas explicaciones, dije con un tono seguro.

El discurso me salió sin pensarlo, creo que en esta parte fui más asertiva que agresiva, o al menos esa era mi intención, pero entonces ella se puso a llorar, diciendo que no era un buen momento para esa discusión, que era mejor tenerla en otro momento.

Le pedí disculpas por su aflicción, no era mi intención... la comunicación finalizó en ese momento, y decidí marcharme. Y ahora me pregunto ¿Se cambió mi estilo a pasivo? Al final no sé si acepto mi posición final, simplemente se escurrió el tema. Y nunca más volvimos a hablarlo.

Estilo de comunicación asertivo- agresivo.

## Capítulo 6. Lo que diga la rubia

**Autor:** Silvia Fariñas Rodríguez

### Descripción de la situación:

Era un día de verano cualquiera, de esos de un calor intenso y agobiante. Cuando entré al CAP me di cuenta de que una vez más, no funcionaba el aire acondicionado, así que me apresuré a rellenar mi botella de agua y me dispuse a trabajar: analíticas, consulta, electrocardiogramas y un pequeño tramo de urgencias. Como era suplente y cubría todo aquello que podía ser necesario, no tenía un hueco para desayunar como tal.

Esa mañana fue especialmente calurosa. En extracciones, la gente se mareaba y pese a tener las ventanas abiertas, no corría ni una pizca de aire. Todo eso nos retrasó mucho, ya que, no podíamos enviar a la calle a un paciente que no se sostenía por su propio pie. Así pues, cuando acabo todo, mi botella de agua y yo, nos dispusimos a ir a consulta. Ya había pacientes esperando ansiosos por ser atendidos, ya que, argumentaban llevar más de 30 minutos esperando. Siempre me sorprendía que se quejaban de esto, cuando acudían hasta 1h antes de la cita. No di más importancia y procedí con la consulta de forma habitual. Pero cómo no, también surgieron complicaciones, cosa que provocó que llegara justa a la sala de electros. Esta sala, estaba ubicada al lado de los boxes de observación de urgencias y por allí, estaba “la rubia” atendiendo y educando a los pacientes antes del alta. Me miró y no saludó.

Pensé que tendría el día girado, pues no era habitual en ella, pero como iba tarde, no le di más vueltas. Cogí mi botella de litro y medio para beber agua y me di cuenta de que estaba vacía. Me estaba cociendo literalmente en esa sala y, además, sentí como mi vejiga apremiaba. “¡Qué bien!” pensé, “sin agua y con ganas de ir al baño”. Como uno de los pacientes programados para electrocardiograma falló, pude recuperar parte de mi retraso, así que me acerqué a “la rubia” que era a quien tenía que cubrir en mi último tramo asistencial, para comentarle que iba un momento al baño y a rellenarme el agua para subir a cubrirla. No me dio tiempo, pues de muy malas maneras y con los pacientes que estaban en los boxes delante, me gritó “¡A ver si te espabilas que hoy no estás haciendo nada! Para suplentes como tú, nos ahorramos el dinero”. Me quedé anonadada, pero estaba tan cansada, acalorada, sedienta y demás, que algo que nunca habría hecho, lo hice. Le dije que era la mayor de las sin vergüenzas que podía haber, puesto que sabía que hoy todo

había ido de mal en peor, que sería suplente, pero también era un persona con sus necesidades y que tanto si le gustaba como si no, iba a bajar al baño y a coger agua, que si quería marcharse de urgencias, lo podía hacer, pero bajo su responsabilidad ya que yo le había informado de mi paradero. Y tal como lo solté, me fui.

Durante los días posteriores a este altercado, no hubo conversación de ningún tipo entre ella y yo. “Mi rubia”, pensaba añorada cuando la veía, “¿qué nos ha pasado?” Llevábamos ya una semana de esta guisa, cuando decidí que al menos por mi parte no podíamos seguir así.

Le pedí permiso para hablar con ella y no la vi muy por la labor, pero accedió. Inicié mi conversación pidiendo disculpas, pues, hacía tiempo que había aprendido que “prefería ser feliz, que tener la razón” y apliqué ese principio en nuestra conversación, intentando que entendiera que fue un día horrible y que su comentario y más viniendo de ella, me había herido, tanto por el contenido como por las formas y el lugar. Ella también pidió disculpas y me hizo ver que las mías tampoco fueron las más adecuadas y que, aunque hubiera sido malsonante, su intención era bromear porque me veía muy tensa.

### **Reflexión de la situación:**

Una vez analizado el proceso, todo resultó ser un malentendido y de él aprendí que siempre hay que hablar las cosas y no dejarlas en el aire, porque una misma situación, tiene diferentes realidades y dejar pasar el tiempo, no necesariamente las soluciona o pone en orden.

### **Elementos que identifican el tipo de comunicación:**

#### **Estilo de comunicación:**

La comunicación resulta agresiva/asertiva por ambas partes.

**Comunicación verbal:** Tono y timbre de voz, velocidad en lo que se pretende expresar, énfasis en ciertas palabras.

**Comunicación no verbal:** Fruncir el ceño, gesticulación airada y brusca, puños cerrados y mandíbula tensionada.

## **Capítulo 7. En el aislamiento, yo no entro.**

**Autor:** David Figueroa Cruz

### **Descripción de la situación**

La situación surgió en una habitación de aislamiento. La persona ingresada comió más tarde debido a una prueba pendiente que se le realizó, antes de comer, yo ya había hecho todos los cuidados de enfermería al paciente.

Durante la tarde, estuve recordando a la TCAE que trabajaba conmigo y encargada del paciente, que retirara la bandeja de la alimentación cuando acabara de comer.

Tras repetírselo varias veces, ya que yo estaba ocupado y no podía entrar en ese momento, me contestó: Que ya te he oído y entendido, ¿es que no te enteras? Delante de todo el resto de personal y gesticulando mucho con las manos. Se le veía notablemente enfadada.

Tras esa contestación, yo le respondí que a mí me daba igual, que encima que me preocupaba por ella porque conocía como era la familia del paciente, me contestaba así y la llame mala compañera, gritando y me fui dejándola con la palabra en la boca.

### **Resolución de la situación**

Al rato de pasar esto, volvimos a hablar, en el office de la unidad, los dos solos, le expliqué que los familiares de este paciente eran muy meticulosos, y se lo decía porque otros compañeros ya habían tenido problemas y no quería que ella tuviese encontronazos o malos ratos. Me disculpé por si mis formas no habían sido las adecuadas

Ella hizo lo mismo conmigo y además acordamos que en las habitaciones de aislamiento, entraríamos 1 vez cada uno durante la tarde para no tener que vestirse y desvestirse siempre la misma persona.

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

### **Estilo de comunicación**

Agresivo-assertivo.

En un primer momento la comunicación fue agresiva por ambas partes. Finalmente acabamos realizando una comunicación asertiva que nos llevó a encontrar soluciones.

### **Estilo asertivo:**

CV: Explicar la situación, ceder a hablar, llegar a soluciones que beneficien a ambas partes.

CNV: Relajación al hablar, menos gesticulación, cercanía sin llegar a ser invasivo.

### **Estilo agresivo:**

CV: Gritar, juzgar a la compañera como profesional, gesticulación excesiva.

CNV: Marcharse y dejar la palabra en la boca, postura defensiva, con los brazos cruzados.

## Capítulo 8. Es hora de elegir las vacaciones

**Autor:** Javier García Fernández

### Descripción de la situación:

Llegó la hora de elegir las vacaciones. Se desempolvan las libretas guardadas durante un año y la gente empieza a sondear muy discretamente a sus compañeros para ver qué posibilidad hay de que le dejen al menos una quincena de vacaciones el mes que desea.

Ahora hace justo un año que empecé en el turno de siete horas tarde en mi unidad. Es característico de este grupo ser joven y sobretodo no gustarnos las listas rígidas e inamovibles que tienen los otros grupos para elegir fiestas, festivos y vacaciones.

Para elegir las vacaciones nos reunimos los seis y hablamos de nuestras preferencias. Las dos únicas normas es que no puede haber más de dos personas que quieran la misma quincena y que primero elige todo el mundo una primera quincena y cuando todos hemos elegido, se consensua la segunda.

El conflicto surgió cuando la Supervisora nos dijo que uno de nosotros ya había elegido la primera quincena de vacaciones fuera del periodo vacacional y que tendría que esperarse a que el resto escogiéramos nuestra primera quincena para que ella pudiera seguir eligiendo. Para sorpresa de todos, ninguno sabía nada y sentimos que la persona que lo había hecho nos quería engañar para así volver a elegir la primera y agenciarse la primera quincena de agosto, cuando tres de nosotros también la queríamos.

La enfermera 1 fue en busca de la enfermera 2 para increparla y empezaron a gritarse en el control de enfermería. La enfermera 1 gritaba que le parecía muy mal que como grupo no hiciéramos una lista para elegir las vacaciones como hacen los demás grupos, porque que ella quería la primera quincena de agosto por sus hijos y su marido y que teníamos que dársela. La enfermera 2 en vez de intentar desencallar el conflicto, entró de lleno en el y gritándole le contestó que se olvidara de la lista y de que fuera a tener las vacaciones que ella quería, que se iba a tener que esperar a que el resto eligiéramos para seguir ella.

La discusión fue escalando hasta que intervinieron la enfermera 3 y la enfermera 4 y en vez de calmar, pusieron más gasolina a la situación con reprochar hacia la enfermera 1.

Empezaron a decir que ella ya había elegido su primera quincena de vacaciones, que el resto teníamos los mismos derechos que ella y que la situación que había originado sus formas no tenía razón de ser y que se lo hiciera mirar.

Continuaron increpándola, diciéndole que, si no se había percatado que elegir vacaciones fuera del periodo vacacional cuenta igual como primera elección, no era culpa suya y tendría que habernos comentado como grupo sus preferencias y necesidades. Todo ello con gritos, caras de enfado, desaprobación y brazos cruzados.

La discusión finalizó cuando cada una de las enfermeras se fue yendo de la discusión sin decir nada, con rostros enfadados y murmurando por el pasillo.

### **Resolución de la situación:**

Una vez esta situación tan bochornosa, la enfermera 1 pidió al resto que por favor habláramos las cosas de una forma tranquila y sosegada, pidiendo disculpas al resto por sus formas. De la misma forma, todos pedimos disculpas por los gritos y la forma tan agresiva de habernos comunicado, pero que nos habíamos sentido atacados cuando simplemente le estábamos diciendo que se había saltado las normas que habíamos puesto de antemano.

Decidimos que era la mejor opción y nos sentamos todos los implicados apartados del resto para hablar de forma discreta, sin enfados y sin alzar la voz sobre el conflicto.

Entre todos le hicimos entender que nos había sentado mal el hecho de que se hubiera cogido las vacaciones sin tenernos en cuenta y que ella ya había elegido su primera quincena de vacaciones y ahora nos tocaba el resto. De igual forma, le dijimos de forma más tranquila que este año no tendría la posibilidad de cogerse la primera quincena de agosto, pero que no hay conflicto en ninguna otra quincena y que puede elegir la que mejor le vaya.

Al final, acabamos hablando de otras cosas y empezamos hacer bromas del trabajo, relajando así la situación y dejándola en el pasado.

## **Estilos de comunicación:**

Durante la escalada del conflicto todos los implicados nos comunicamos de forma agresiva hasta acabar pactando las vacaciones de una forma asertiva y con todas las partes satisfechas.

Elementos que identifican el estilo de comunicación:

Comunicación verbal:

Agresivo:

- Gritos
- Tener que “dar” las vacaciones
- “Háztelo mirar”

Asertivo:

- Explicamos cómo nos hizo sentir su decisión
- Empezamos hacer bromas entre nosotros

Comunicación no verbal:

Agresivo:

- Brazos cruzados
- Rostro tenso
- Manos en alto

Asertivo:

- Nos sentamos todos para hablar del problema
- Sonrisa
- Gestos y expresión facial más relajadas
- Miradas amables

## Capítulo 9. Equipo de parto precipitado, Llevábamos 4 y pario la tercera

**Autor:** Paula García Molina

### Descripción de la situación:

Una noche de guardia éramos 4 matronas, teníamos cada una a una mujer dilatando y una 5 mujer en planta por bolsa rota en conducta expectante. La mujer en planta era una múltipara de origen magrebí, tenía una barrera idiomática importante y no se encontraba acompañada porque su marido estaba en casa con los otros 5 hijos. Un año atrás, en el último parto, había tenido una mala experiencia en otro hospital siendo su primer contacto con la sanidad española. Había llegado muy apurada y su parto tuvo lugar en una camilla del box de urgencias. La mujer se quedó con la idea de que en España era en las camillas de urgencias donde se asistían los partos.

En esta ocasión cuando se vio en una habitación para ella sola, con una cama algo más cómoda y un baño, vislumbró el cielo abierto. Por más que estaba avisada que ante cualquier cambio en el dolor de contracción nos avisara, sólo aviso cuando sintió los últimos pujos y el feto comenzó a asomar la cabeza; Con lo cual íbamos tarde para poderla trasladar. Las enfermeras de planta se asustaron mucho, nos llamaron por teléfono dando gritos y colgándonos sin mediar palabra. Dos de las compañeras nos acercamos corriendo a la planta para recibir a ese bebé. Normalmente en un trabajo de parto espontáneo, de una múltipara y sin factores de riesgo suelen acontecer sin complicaciones. Aun así, al ser un parto precipitado, el recién nacido puede venir algo fatigoso y es conveniente valorarlo.

Cuando llegamos a planta, la gestante estaba empujando en una habitación. Nuestras compañeras estaban enfadadas con nosotras, se escuchaban comentarios sobre lo que habíamos tardado, sobre que no habíamos venido antes a explorar a la mujer, sobre las veces que se había escapado un parto de paritorio... no fue precisamente un buen recibimiento tenerlas allí de brazos cruzados, resoplando y poco menos que quitándose los guantes cuando nos vieron aparecer como si la urgencia no fuera con ellas. Entre otras cosas, la paciente no llevaba una vía periférica, no estaba cargada la medicación oxicítica, ni les había dado por traer toallas.

Los aires estaban tensos y no era justo para la mujer, nos repartimos entre mi compañera y yo para asistirle lo mejor posible, nos conseguimos entender con la mujer quien tuvo un parto precioso y sin complicaciones en la habitación. Vuestras compañeras alucinaban con que no le hubiéramos trasladado a paritorios, les pedimos posponer la discusión.

Una vez acabado el alumbramiento, reparado el periné y aseado a la mujer colocamos el recién nacido al pecho. Efectivamente, cuando acomodamos a la puérpera en su cama limpia con el recién nacido, tuvimos una charla con nuestras compañeras. Mucho más calmadas tras la situación estresante les explicamos que no habían sido los modos y comprendimos que ellas sin estar acostumbradas a la asistencia de partos se habían alertado mucho.

Aunque todo pareció quedar en un malentendido, al día siguiente la supervisora nos reunió para comentarlo ante la queja de las enfermeras. Era nuestro tercer parto fuera de lugar en el mismo turno de equipo, por diferentes motivos y en un amplio periodo de tiempo. Pero si, era el tercero que se escapaba por la noche en planta y con las mismas enfermeras de planta. La charla no fluyó de manera cordial, mi compañera 1 discutió con la supervisora defendiendo como había sido en todo momento una situación controlada y por la forma que tuvieron de ayudar las compañeras. La supervisora defendía a las enfermeras en cuanto a que ya nos había ocurrido en varias ocasiones y pesé al control de la situación, para las pacientes podía ser muy angustiante encontrarse en una situación similar.

Otras dos de mis compañeras 3 y 4 no abrieron la boca para nada, algún comentario entorno al compañerismo de las enfermeras de planta, pero poco más, incluso preguntaron si podían marchar porque volvíamos a entrar de guardia a la noche.

Por mi parte insistí a la supervisora en que la situación había sido buscada por la mujer y que había vivido el nacimiento de su bebé de una forma respetada y acompañada. Obviamente la supervisora en ese momento no estaba para escuchar ningún aspecto en positivo de la situación.

Nos marchamos de allí, mi compañera 1 gritando, mi compañera 3 calmando a la que gritaba aconsejándole pasar de las enfermeras y la supervisora, mi compañera 4 sin decir ni adiós y yo que era la nueva en ese equipo, me sentí frustrada.

### **Resolución de la situación:**

Unas guardias más tarde, aparecieron las enfermeras de planta en sala de partos. Traían una macetita para cada una de nosotras y unos bombones de la mujer magrebí en agradecimiento por nuestra ayuda al nacimiento de su bebé. Las enfermeras compartieron con nosotras el café nocturno y acercamos posturas de lo ocurrido.

Junto a las enfermeras por su iniciativa, mi compañera 3 y yo acudimos a la mañana siguiente a la supervisora a comentarle la anécdota. Mi compañera 4 no quería saber demasiado, aunque los bombones bien que se los comió y mi compañera 1 aún estaba demasiado irritada con la supervisora para compartir con ella unos minutos de charla.

Mi frustración desapareció gracias al gesto de la puérpera en agradecimiento y a la conversación con las enfermeras que por iniciativa propia acudieron a contarle a la supervisora los hechos ocurridos tras el toque de atención.

### **Estilo de comunicación: Agresivo- Pasivo- Asertivo.**

Cada uno de los implicados en el conflicto tuvo un estilo de comunicación diferente:

- Agresivo: compañera 1, supervisora, enfermeras de planta.
- Asertivo: compañera 2 y puérpera.
- Pasivo: compañera 3, 4.

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

- **Agresivo**

Verbales (CV)

- Los comentarios fuera de lugar de las enfermeras cuando nos llamaron por teléfono a paritorio y mientras asistíamos a la mujer.
- El correo de la supervisora llamándonos la atención de una manera brusca sin conocer ambas versiones de los hechos.
- En la reunión tanto la compañera 1 como la supervisora elevaron el tono de voz, se dijeron frases irónicas y reproches sobre nuestro trabajo.

No verbales (CNV)

- Colgarnos el teléfono cuando nos avisaron de planta.
- Situarse en la habitación sin ayudar, resoplando y con los brazos en jarras.
- Las expresiones faciales.

- Pasiva

Verbales (CV)

- No hablar abiertamente con la supervisora después del conflicto.
- No comentar nada con las enfermeras cuando vinieron a paritorios.

No verbales (CNV)

- La actitud durante la discusión (desviar la mirada, no prestar atención, cruzarse de brazos, jugar con un bolígrafo, ...)

- Asertiva

Verbales (CV)

- Mi insistencia con la supervisora en que conociera la experiencia vivida por la mujer.
- La conversación con las enfermeras de la planta tras el conflicto de una manera distendida.

No verbales (CNV)

- Escucha activa.
- El gesto de la puérpera con todas las profesionales sanitarias.

## Capítulo 10. La falsa injuria

**Autor:** Rubén González Iribarne

### Descripción de la situación

Trabajo en la sala de hospitalización de Traumatología, en un hospital de tercer nivel. Con más de diez años de experiencia trabajando en esta planta. En nuestro departamento tenemos a usuarios/as politraumáticos/as, postoperados/as de sarcomas, trasplantados/as de cartílago fresco, prótesis de rodilla y cadera, entre otras patologías.

Una tarde tuve a un usuario con dolores neuropáticos. En su caso, los dolores, que él tenía, eran repentinos y pasaba de un dolor leve-medio a insoportable en cuestión de segundos con una sensación de quemazón. Cuestión que descoloca al usuario y a sus familiares porque no entendían la naturaleza de las algias.

Entré a tomarle constantes, el usuario estaba acompañado por sus familiares. Los parámetros están correctos, aunque cabe destacar que tenía una ligera taquicardia, bien tolerada. Estuvimos hablando distendidamente y le pregunté cómo estaba. Me dijo que estaba un poco ansioso debido al dolor que le aparecía cuando a veces algo o alguien le rozaba la extremidad afectada y que tenía la sensación de que nadie le creía. Le dije que si le preguntábamos por cuanto dolor tiene en el momento y como era para poder saber si era un dolor de tipo neuropático o somático y así poder ofrecerle un mejor tratamiento.

Al preguntarle la escala de dolor utilizando la escala de valoración analógica (EVA) refirió que tenía un dolor de 6, sus familiares rápidamente me contestaron que no me lo creyera, que él tenía un 9 o un 10. Al usuario no se le veían facias de dolor, la voz no era temblorosa ni se veía otros síntomas que pudieran concebir que tuviera algias en ese momento. Tranquilité a la familia y le volví a preguntar explicándole que una cosa es el dolor, otra la ansiedad y que me refería en este mismo momento. Les justifiqué que ese valor no significaba que iba a ser así toda la tarde. El continuó diciendo que su valor de dolor dentro de la escala era un 6, mientras que los familiares insistían que era un 9 ó 10 alzando la voz. Apunté el valor que refirió el usuario, aunque en el curso clínico comenté de su posible estado ansioso debido a la tipología de sus algias y que refería no entender su proceso clínico.

Al día siguiente llevé otros pacientes. Cuando su equipo médico finalizó el pase de visita de él, salió el jefe de equipo y me preguntó si estaba mi supervisora con un tono enfadado. Le dije que estaría en su despacho, tras lo cual me pidió que le acompañase. Tuve que hacer varias zancadas para alcanzarlo. Al no estar en su despacho me explicó que una de las familiares se quejó porque apunté en la escala de valoración analógica para el dolor un valor de 4 en vez de lo que dijo el usuario. Que la familiar estaba muy indignada y con un tono enfadado y agresivo me explicó que era inaceptable que se tomara mal las escalas de dolor. Me explicó cómo se tomaban las escalas de dolor y que el dolor neuropático es diferente al dolor somático, mirando fijamente a los ojos. Mientras iba explicando todo lo referido, me sentí atacado debido a que discutía mi profesionalidad, pero a la vez entendí que su información provenía de una fuente no fidedigna. Es por eso que decidí tomar aire, esperar a que se calmara un poco para poder expresarme y arrojar un poco de luz.

Cuando paró, le argumenté que sabía cómo funcionaban las escalas de dolor y la diferencia entre el dolor neuropático y el dolor somático. Que estuve hablando con el usuario sobre este tema. Es más, que el paciente refirió que sólo tenía un dolor de 6 pero que los familiares referían que era de 10.

Ahí me contestó aún con tono agresivo que eso tampoco tendría que ser así sino lo que decía el usuario. Tras eso le dije que es verdad que a mi parecer el usuario confundía el dolor con ansiedad y por eso le volví a explicar la escala de valor y el motivo porque se hacía y que al insistir en que tenía un 6/10 le apunté lo que el decía y le di su tratamiento analgésico pautado.

Al razonarle mi explicación no subí en ningún momento el tono de voz y lo dije de manera pausada para evitar escalar el malentendido. Tras finalizar mi explicación le dije que le mostraba el registro del usuario, fue ahí que me dijo que no se volviera a repetir el asunto con un tono un poco menos agresivo pero sin querer dar la sensación de que se había equivocado.

En esta última etapa decidí no insistir, porque vi que se dio cuenta de que había explotado en ira sin haberse informado antes de la situación y no quería que la relación profesional se viera dañada. Expliqué el caso a mi supervisora para que estuviera al tanto por si le llegaba a sus oídos y para que supiera del caso.

## **Resolución de la situación**

Durante los siguientes días, la familiar me miraba de manera despectiva. Desconozco si le dijeron que me acusó falsamente o se quedó con la idea de que era un mal profesional.

Los días que tenía que atender al usuario intenté poner mi mejor cara y ser lo más profesional que pude, pero siendo honestos esa sensación que tuve como si me atacasen me impidió en algunas ocasiones a rebasar las expectativas que estipula nuestro contrato.

Aún no he tenido el placer de hablar con el jefe de equipo debido a que nuestros horarios son difíciles de coincidir, pero aprendí algunas cosas de esta experiencia porque en algunos aspectos me puedo ver reflejado. Y es que ambos buscamos la excelencia y que se haga mal el trabajo por desidia o por ineptitud lo sentimos como un insulto a nuestras profesiones. Me hizo plantearme que nunca se tienen todas las caras de una misma verdad y que según el punto de vista, esa realidad cambia. Es más, tras escribir y reflexionar sobre este hecho, echo de menos la visión que tuvo el usuario.

También observé que no transmití bien la comunicación y no me aseguré que lo entendieran o que lo malinterpretaran.

## **Estilos de comunicación**

Usuario: Asertivo

Familiar: Agresivo a primera instancia, el segundo día utiliza un

Jefe del equipo: Se supone que ha utilizado una comunicación pasiva con los familiares y ha cambiado a una comunicación agresiva con el autor de este capítulo.

Autor: El primer día la comunicación empieza a ser asertiva peor al ver que la comunicación no es efectiva porque están obcecados se cambia a un estilo pasivo. Al día siguiente se realiza una escucha asertiva durante la recriminación del compañero/a.

## **Elementos que identifican el estilo de comunicación**

**Usuario:** en todo momento tuvo un estilo de comunicación asertivo. Explico de manera correcta, sin subir el tono de voz su problema y su sensación de que nadie le creía que tenía dolor. Cuando expresó que tenía un dolor moderado, sus familiares negaron de que fuera cierto y que ahora mismo sentía era dolor, él replicó sin elevar la voz de que tenía un dolor moderado y que no era insoportable en aquel momento. Explicó cómo se sentía.

**Familiares:** el primer día tuvieron una actitud agresiva, subiendo el tono de voz y acercándose a mi ser, sin tener en cuenta mi espacio personal. Este hecho hizo que infantilizaran al usuario y desacreditando su opinión sobre su dolor. Durante el segundo día, la familiar se dirigió al traumatólogo para que me echara una bronca por no hacer caso a sus reclamaciones, en vez de dirigirse directamente a mí durante el transcurso del primer día o del segundo.

**Jefe de equipo:** No se sabe qué tipo de estilo de comunicación tuvo con los familiares. Su comunicación dirigida a mí era de un estilo agresivo, su comunicación verbal consistió en una postura erguida y con una leve tendencia de estar tirada hacia adelante. Su mirada era fija. Su tono de voz era alto y seco. En ningún momento pude intervenir hasta que espetó todo el discurso.

**Autor del capítulo:** Tuve un género de comunicación asertivo con el usuario al explicarle cómo funcionaban las escalas de valor e intentaba resolver sus dudas pero pase a una actitud pasiva con la actitud agresiva del familiar para evitar conflictos a corto tiempo, este cambio se pudo observar a que rápidamente deje de hablar y como mi cuerpo intentaba alejarse mientras mis pies se mantenían al lado del usuario. Mientras que mantuve una actitud asertiva constante con mi compañero, dejándole un tiempo para que se expresara y pudiera tranquilizarse para que al exponer mi caso él me escuchara, consiguiendo así mi hito. Durante mi exposición, mantuve mi mirada fija pero sin forzarla. Evite subir el tono de voz y le razoné y argumenté lo que pasó. Es más, quise mostrarle con evidencias buscando los parámetros en la base de datos del SAP

## Capítulo 11. No hace falta perder las formas

**Autor:** Ester López Luna.

### Descripción de la situación:

En estos últimos meses estamos teniendo muchos problemas para poder cubrir las vacantes de enfermería, dada la falta de profesionales que hay en todos los sectores de la sanidad. Pero en el sector de atención socio sanitaria, hay problemas reales para cubrirlas. Además de este problema, en el centro donde trabajo actualmente como supervisora tenemos muchas enfermeras que están embarazadas, así que la situación se empeora. Una tarde me avisan que la enfermera de refuerzo de la tarde quiere que vaya a la unidad de subagudos para hablar. Me dirijo a la unidad pensando que hay algún problema en la unidad. Llego al control y saludo como siempre. Le comento que me han avisado de que quería hablar conmigo y sin más se da la vuelta, con cara de enfado total, y delante de las compañeras de la unidad, empieza a hablar de muy malas formas, culpándome de que no se encuentren enfermeras por la “mierda de horarios que tenemos”, me amenaza con que, si no le hacemos un cambio en su horario, se va a ir y nos va dejar tirados, la dejo hablar un rato sin contestar, escuchando activamente, pero su tono sube y empieza a perder las formas. Las compañeras que están en el control no saben a dónde mirar. Ella sigue como si hubiera entrado en bucle, yo callada escucho y espero el momento para actuar.

### Resolución de la situación:

Le pido por favor que baje el tono de voz y que se module, ya que, yo cuando me siento atacada me cierro y no escucho, que si quiere que hablemos y yo la entienda que intente decirme las cosas de otra forma, que ya veo que está enfadada por algo, pero no hace falta que grite ni que amenace y menos delante de compañeras que no tienen nada que ver y que están viviendo esta situación incómoda sin necesidad. Le pido por favor que nos dirijamos a mi despacho. Al principio no quiere. Insisto en ir a un lugar más íntimo donde podamos hablar tranquilamente, al final consiente que vayamos. Durante el trayecto hasta llegar el despacho se hace el silencio, lo respeto.

Una vez en el despacho le pido que se siente y que me explique por qué esta enfada. Me dice que está cansada de doblar días y que no puede más. Yo le digo que no entiendo por

qué, ya que su turno es de 3 horas por la tarde y lleva 5 días trabajando, no lo veo excesivo, pero que, si está cansada, con decir que no puede es suficiente. Me explica que está cansada por que trabaja en un PADES, por la mañana haciendo una baja y que empalma con su turno aquí y que ya no puede más. Me propone una modificación de horario que afecta a dos personas más, para ella poder ir más relajada mientras hace la suplencia. Le digo que no es posible dado que se modifica el horario de dos personas más, por un problema individual de ella y que afecta a la organización. Ella insiste en que es mejor para la organización. Le digo que lo estudiaremos, que haga una propuesta por escrito a la dirección del centro pero que de momento lo único que puedo hacer es que entre un poco más tarde para que pueda comer tranquila y modificar su horario sin tocar a las demás. No está conforme, se levanta bruscamente y me dice que yo misma que si no se lo aceptamos pedirá una excedencia y entonces a ver como lo cubrimos, que no estamos en situación de perder otra enfermera. Le digo que está en todo su derecho de pedir una excedencia si quiere y le toca por convenio y que es problema nuestro buscar su cobertura. Se gira, abre la puerta y dice “tú misma” ... portazo.

Días después, me llama por teléfono, quiere hablar conmigo de nuevo. Le digo que no hay problema pero que lo haremos en mi despacho y que necesito que venga más tranquila para poder mantener una conversación como adultos que somos. Yo estoy dispuesta a escucharla, pero ella también tiene que estar dispuesta a escucharme a mí. Me dice que sí y me pide disculpas por las formas del último día, que lo siente mucho.

### **Elementos que identifican el estilo de comunicación:**

Estilo: Enfermera: Agresivo

Supervisora: Asertivo

CV: Agresivo: gritar, amenazar, utilizar sarcasmos y faltar el respeto al otro delante de los compañeros.

Asertivo: Escuchar e intentar modular la situación. Invitarla a ir a otro lado más tranquilo. Mantener el silencio en algunos momentos. Bajar mi tono de voz al contestar para modular el suyo.

CNV: Agresivo: Gesticulación exagerada, pegar un portazo, nerviosismo, rubor facial y temblor en las manos.

Asertivo: Firmeza, en posición de abertura, mantener la mirada. Ir a un lugar más íntimo. Asentir con la cabeza conforme la estoy escuchando. Mantener los espacios de respuesta. Dejarla hablar no interrumpir.

## Capítulo 12. "Emociones EPIdérmicas"

**Autor:** Xavier Martínez Jara

### Descripción de la situación

Cabe destacar, que la situación que describiré tuvo lugar en un momento de agotamiento físico y emocional, junto inseguridades y miedos compartidos por igual entre todos los profesionales que vivimos la pandemia del COVID19.

La pandemia llegó a nuestro centro inesperadamente y de la misma manera que en muchos otros centros. No estábamos preparados para enfrentarnos a lo que estaba por venir quizás porque resultaba impensable o simplemente porque nos confiamos de la superioridad de nuestro sistema sanitario y quizás algo borrachos también del ego occidental que nos aleja de la realidad de todo aquello que pasa fuera de nuestras fronteras europeas. Pero la cuestión es que lo que estaba por venir llegó en un abrir y cerrar de ojos.

El centro donde trabajo es un hospital monográfico oncológico, dividido en tres plantas con cinco unidades asistenciales diferenciadas según especialidad oncohematológica.

La unidad donde estoy ubicado es la Unidad de Cuidados Paliativos, dicha planta asistencial dispone de dieciséis habitaciones individuales con baño propio, echo que propicio la lógica decisión de habilitar toda la unidad para los casos positivos que irían llegando derivados de otros hospitales, pacientes oncológicos que acudían con sintomatología y confirmación positiva al virus.

La gestión del personal que se encargaría de tratar a estos pacientes quedo establecida con una ratio de un profesional de enfermería por cada cuatro pacientes, por lo que en mi pasillo éramos dos profesionales de enfermería y una TCAI.

La excepcionalidad de la situación llevo a que fuésemos nosotros tres los que nos auto-gestionáramos en todos los aspectos con la intención de exponer lo mínimo posible al resto de compañeros que estaban detrás de las puertas de acceso a la zona restringida.

Éramos conscientes que los equipos de protección individual no eran ilimitados y que a pesar de que en esos momentos acumulábamos aparentemente suficiente material podía transformarse en algo efímero tal y como ya sucedía en otros centros.

Esto anterior nos llevó a tomar la decisión de no salir de la zona aislada si no resultaba estrictamente necesario ya que ello suponía desechar un equipo completo de protección individual para salir y por tanto tener que utilizar un nuevo equipo para volver a entrar. En definitiva, procurábamos llegar desayunados y con nuestras necesidades ya hechas.

Eran entorno las diez de la mañana cuando desde la escotilla de las puertas del pasillo observo el portátil de radiología, aparcado justo delante del improvisado vestidor habilitado para la colocación de los equipos de protección individual. Estos equipos se dividían en dos tipos:

-Alto grado de protección: indicado para personal que realiza técnicas invasivas con exposición directa al paciente, compuestos de traje hidrófobo, gafas de tipo máscara, mascarilla ffp3 y guantes especiales de látex más resistentes al lavado constante.

-Equipo básico de protección: indicado para personal con intervenciones que no resultan directas y donde el grado de exposición es mínimo, compuestos por bata de microfibra no hidrófoba, gafas de protección básicas, mascarilla ffp2 y guantes de nitrilo.

En el turno de mañana las radiografías con portátil se realizan por dos técnicos mientras que en el resto de turnos acude un solo técnico. Dato incomprensible e importante a tener presente durante la situación.

Con intención de hacer un uso responsable del material, llamé al control para que dijeran a los técnicos que no era necesario que entrarán los dos que yo me encargaba de colocar el chasis al paciente y así no tenían ni tan siquiera que acercarse. Pero llegue tarde. Mi sorpresa fue ver salir a los dos técnicos vestidos totalmente con el equipo de alta protección dando pie a la siguiente conversación:

-Perdonad pero tenéis que hacer más radiografías en el pasillo de enfrente? (también asilado).

-Sí, sí! Tenemos una radiografía que hacer en cada pasillo –contestó uno de los técnicos.

-Mirad, el paciente de la radiografía es totalmente autónomo y colabora totalmente, ya paso yo a la habitación, le coloco el chasis y así solo hace falta que entre uno de vosotros a disparar y no gastamos dos equipos completos.

-Da igual, ya estamos vestidos.

-No, no da igual, en quince minutos que vais a estar en la unidad vais a utilizar cuatro equipos completos cuando si os ayudamos los que ya estamos dentro, utilizaríais sólo dos! Uno por pasillo! Y además os tenéis que poner los equipos básicos de protección, está el protocolo colgado en el vestidor justo encima de los equipos.

-Si hombre el básico nos vamos a poner habiendo de los buenos para que nos infectemos!

-Y cuándo no hayan? Nos fastidiaremos los que estamos constantemente expuestos no?

-Anda, anda no seas catastrófico.

-Tú estás viendo cómo están en otros hospitales? Te crees que no nos llegará?

-Bueno nosotros trabajamos así como siempre hemos hecho.

-Pero entendéis que no tiene sentido que utilizéis este equipo?

-Me da igual.

-Pues muchas gracias compañeros por vuestra empatía.

### **Resolución de la situación.**

Me puse en contacto con la supervisora de la unidad para explicarle lo sucedido. No recibí demasiado feedback al respecto. Echo que me dio a pensar que el estrés y el cansancio quizás me habían jugado una mala pasada ya que en pocas ocasiones pierdo los papeles dejándome llevar por una comunicación agresiva. En cierto modo podía empatizar con la sensación de falsa seguridad de un equipo de protección básico, pero aun así estaba convencido que habían actuado mal.

Al día siguiente, los técnicos de radiología y yo únicamente cruzamos miradas.

Entraron los dos, como siempre. Pero esta vez con los equipos adecuados a la intervención que iban a realizar.

## **Elementos que identifican el estilo de comunicación**

### **Estilo de comunicación**

## Asertivo – Pasivo / Agresivo – Agresivo / Pasivo - Pasivo

Inicialmente utilizo una comunicación asertiva con la única intención de comunicarme y expresarme de manera clara, facilitar la relación y obtener el resultado que inicialmente les proponía, pero me encuentro con una comunicación pasiva por su parte, evitando entrar en discusión y minimizando de algún modo la importancia de mi argumento dando pie a que yo pase a un plano de comunicación agresivo donde intento imponer mi criterio mediante el reproche de su actuación encontrándome con una respuesta también de estilo agresivo utilizando un argumento basado en conseguir cierto sentimiento de culpabilidad en mi argumento.

Finalmente ambos acabamos la conversación mediante una comunicación pasiva con intención de no escalar el conflicto evitando problemas y responsabilidades.

## Capítulo 13. *Empatiza y vencerás!!*

**Autor:** Mercedes Molina Carbonell

### **Descripción de la situación**

Actualmente ejerzo de Coordinadora, de una unidad pediátrica, en un hospital referente, donde se atiende a pacientes, pediátricos con patologías muy complejas y diversas.

En dicha unidad tenemos pacientes de muy corta estancia o pacientes que, por su patología de base, son pacientes crónicos complejos que requieren de ingresos repetidos y estancias largas en nuestra unidad. La unidad tiene habitaciones individuales y dobles, estas primeras las utilizamos en principio para los pacientes que tienen unas necesidades que por su patología lo requiere, y en la mayoría de casos suelen ser, para el paciente crónico complejo.

La situación transcurre durante la mañana, una de las enfermeras de la unidad me avisa vía telefónica, que ha llegado un ingreso a la unidad, que los padres del paciente están en el pasillo con el camillero, el niño que viene de quirófano de ser intervenido, y no quieren entrar en la habitación, porque es una habitación compartida con otro paciente.

Llego a la unidad y me encuentro a los padres en el pasillo, esperando hablar con la coordinadora de la unidad.

Me presento como coordinadora de la unidad, la madre del paciente empieza hablar, de malas maneras y con malos modales, a explicarme que su hijo lleva 10 años, desde que nació, en este hospital y ha ingresado en múltiples ocasiones, la mayoría de las veces, en otra unidad, y que siempre, le han dado una habitación individual.

A todo esto, interviene el padre gritando y enfadado que esto no puede ser, que él no entra en la habitación, que su hijo no puede ir compartiendo habitación con otro niño, etc...Intento explicarles, que en ese momento no hay disponibilidad de habitación individual en la unidad, pero valorando la situación del paciente, que es un paciente crónico, con una discapacidad, con silla de ruedas y unas necesidades especiales, vamos a intentar, dentro de lo posible, buscar una habitación, donde pueda estar sólo, pero que en este momento no va a ser posible, y que en cuanto tengamos disponibilidad los trasladaremos.

El padre, en todo momento, no está de acuerdo con la situación, y sigue hablándome de forma agresiva y con un tono de voz muy desagradable, exigiendo una habitación individual para su hijo, me muestro empática con ellos en todo momento, entendiéndolo su situación, ya que veo que su hijo presenta unas necesidades importantes, a pesar de ello, me mantengo firme, ya que la única solución posible, por el momento, es ofrecerle una habitación doble y cuando tengamos disponibilidad trasladarlo a una individual.

Después de estar hablando con ellos en el pasillo de la unidad durante un buen rato, no convencidos, acceden a pasar a la habitación.

Una vez dentro de la habitación, es la madre la que interviene, proponiendo dejarlo en la camilla, y no pasarlo a la cama, le intento decir que eso no es posible, ellos continúan diciendo discurso que van a poner una queja, que esto no puede ser, afirman que ellos no lo piden por ellos, sino porque su hijo se pone muy nervioso y se descompensa de su enfermedad, indican que esto que estamos haciendo no le ayuda, sino que agrava más su situación.

En ese momento en la unidad hay una carga asistencial importante de pacientes, y no es posible por la organización de camas disponer de una habitación individual, ni en la unidad ni en otra para este paciente, consulto con admisión de camas que, es quien se ocupa de realizar la gestión, de asignación de camas, del hospital, informándome que no hay disponibilidad.

Explico a la familia de forma lo más asertiva posible, con tono suave y tranquilizador que hemos realizado, todos los trámites y que en este momento no va a ser posible, tienen que esperar a que tengamos disponibilidad, asegurándoles que entendemos que su reclamación viene motivada por el bien de su hijo. Acto seguido, les indico que, están en todo su derecho de hacer una reclamación si lo consideran oportuno. Finalmente trasladamos al paciente de la camilla a la cama, tras muchas dificultades por parte de los padres, y su reticencia a estar en esa habitación. Pero la situación no acaba aquí, el padre sigue estando en desacuerdo, intentando imponer su criterio, es incapaz de escucharme, utiliza un lenguaje brusco y palabrotas, con un tono de voz elevado e incluso llega a faltarme al respeto. Intento calmar la situación, pero en ese momento solo puedo hacer que escuchar y dejarlo descargar toda su rabia y malestar. Me esfuerzo en no elevar el tono de voz, intentando transmitir seguridad y manteniendo la calma, dentro de lo posible, haciéndole entender que en cuanto podamos le trasladaremos a una habitación

individual. Pasadas unas horas, en cuanto tenemos disponibilidad de habitación individual, trasladamos al paciente, y entonces me acerco a la familia, para preguntar por el estado del niño. La madre se muestra ya más tranquila, y agradecida porque el niño está más tranquilo, me explica, todo lo que llevan pasado desde que nació su hijo y todas las dificultades que se les presentan, el camino les está resultando muy duro.

Los padres se disculpan por el tono utilizado, ya que se ponen muy nerviosos cuando ven a su hijo, que siente dolor o discomfort, generándoles mucha angustia, y el hecho de compartir habitación, agrava todos estos problemas. El padre, en un tono más amigable, pide comprensión para su situación, ya que es muy complicado tener un hijo con estos problemas. Le explico, que lo entiendo perfectamente, que entiendo su situación y la de su hijo, que en todo momento se le está ayudando a buscar la mejor solución, pero que los recursos, son los que son, y siempre hacemos lo máximo para atender, las necesidades de estos pacientes y su familia, para que se encuentren de la mejor manera posible. Valoramos que es un paciente complejo, una familia angustiada y una intervención que ha disminuido las expectativas de mejora de su hijo, añadiéndole el extra de tener que estar acompañado en la habitación durante los días de estancia del ingreso hospitalario.

#### **Estilo comunicación de la familia:**

##### Agresivo

-CV: No dejan hablar, interrumpen, no escuchan, utiliza palabrotas, lenguaje amenazador, tono de voz alto y desagradable

-CNV: Contacto visual enfadado, gestos amenazadores

##### Estilo comunicación de la coordinadora:

##### Asertivo

-CV: Lenguaje claro, tono firme y adecuado a la situación, escucha activa, actitud abierta y flexibilidad para el diálogo. Empatiza con la situación.

- CNV: Contacto visual continuo, postura relajada, expresión de la cara denota interés, acercamiento hacia la familia

## Capítulo 14. El médico

**Autor:** Rosabel Monteagudo Urango

### Descripción de la situación:

Soy coordinadora de quirófano en una clínica privada. Para mejor organización del servicio, tenemos unos días asignados para cada especialista en turnos de mañana y tarde para la realización de su programación quirúrgica. Y normalmente cada cirujano tiene también un quirófano asignado, aunque a veces se pueden intercambiar, según necesidades.

Un día a mediodía, el quirófano 2 no había acabado su programación, la última cirugía de la mañana se había complicado. El turno de tarde ya había sustituido al turno de la mañana y los profesionales que tenían programación a la tarde, empezaban a llegar.

El profesional que tenía su programación de tarde en el quirófano 2, debía esperar a que se terminara el programa de la mañana para iniciar el suyo. Yo salía del vestuario y mi sorpresa fue el ataque de este médico. Me bloqueó el paso y con las manos levantadas golpeando el marco de la puerta me gritó:

“Yo no me espero” y lo volvió a repetir “Yo no me espero”

Mi primera reacción fue echar un paso atrás, porque no me dejaba pasar y estaba a muy poca distancia, respiré hondo y le contesté.

“Si doctor, sí que se espera”. “el quirófano de la mañana está enganchado y tiene que esperar que acabe”

El me miró amenazante y no dejaba de golpear el marco de la puerta, entonces me cogió del brazo fuertemente y me volvió a decir:

“Te he dicho que yo no me espero”

Me sentí intimidada y amenazada, a la vez que sorprendida.

Yo le respondí:

“Qué vergüenza doctor”

El continuaba gritando y me pedía que bajáramos su enfermo para iniciar la cirugía en otro quirófano.

“Bájame el enfermo y empiezo en otro quirófano”

Yo le contesté:

“No voy a bajar al enfermo hasta que se acabe la cirugía de la mañana, su primer paciente es un niño de 2 años y yo tengo al personal ocupado acabando la cirugía de la mañana”

Necesitaba a dos enfermeras libres y al celador para ocuparse de un niño tan pequeño. Siempre llegan asustados y es necesario más personal para entretener y estar pendiente del niño. El personal estaba ocupado y por tanto la única solución era que él se esperara.

Lo peor de todo, además de sus gritos y sus formas. Fue que lo hizo delante de todo el personal.

Yo tuve muchas ganas de gritarle también, pero me contuve y volví a decirle:

“Qué vergüenza esta actitud suya doctor” “Algún día puede que usted tenga una complicación en quirófano y el profesional programado detrás suyo tenga que esperarse. Esto es un quirófano y a veces se complican las cirugías, eso debería entenderlo”

Pienso que como todo el personal estaba mirándonos y escuchando, se debió sentir culpable, me cogió del brazo y me llevó a un pasillo, donde solo estábamos los dos, y intentó recapacitar. Al final me pidió perdón, hablándome en un tono muy bajo y sin mirarme a la cara, pero me volvió a pedir que bajáramos el paciente. Fue una situación muy incómoda, me sentí muy atacada. Y aunque bajó el tono y cambio su actitud, quería salirse con la suya.

### **Resolución de la situación:**

Yo salí del pasillo y llamé a una de las enfermeras para que me explicara como iban dentro en quirófano y cuanto faltaba para acabar la cirugía, para ver si podía dar la orden de bajar al niño, la enfermera me dijo, que ya habían acabado. Después de todo el espectáculo, su espera solo fue de 15 minutos. Y enseguida ya bajemos al niño y él pudo iniciar su programación.

A partir de ese día, él viene y se muestra super amable conmigo, me habla en un tono muy bajito, apenas audible y no me mira a los ojos, pero yo guardo las distancias con él,

no puedo con este tipo de personas, tan hipócritas y falsas. Tenemos una relación cordial por nuestros intereses y ya está.

Se creen con derechos y que están por encima del bien y del mal, y yo por ahí no paso, a las buenas muy bien, pero a las malas conmigo no funciona. Algunos creen que están en un nivel superior, pero yo pienso que todos somos personas iguales y el respeto está por encima del estatus.

### **Estilo de comunicación**

Durante el conflicto: agresivo-assertiva

Durante la resolución: pasivo/manipulador -assertiva

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

Estilo agresivo durante el conflicto:

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

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

CNV: Golpear el marco de la puerta repetidamente, con golpes secos y duros

CNV: Todo de voz elevado

CNV: Contacto visual de hostilidad y enfado

CNV: Invadir el espacio físico del otro.

CNV: Agarrar del brazo, para llevarte a otro lugar más tranquilo (pasillo)

Estilo asertivo durante el conflicto:

CV: Mensaje claro y directo

CNV: Tono de voz firme

CNV: Contacto visual continuo con el interlocutor

CNV: Dar un paso atrás por invasión del espacio físico y seguidamente postura relajada.

Resolución de la situación:

Estilo pasivo/manipulador:

CV: Se disculpa constantemente

CNV: Tono de voz suave

CNV: Evita el contacto visual

CNV: Posición corporal encogida

CNV: Aparenta escuchar para captar la atención del otro, pero no tiene en cuenta las explicaciones que se le dan, y solo quiere conseguir su objetivo mostrándose como una víctima. (manipulador).

Estilo asertivo:

CV: Se mantiene el mensaje claro y directo. Sabe escuchar.

CNV: Tono de voz firme

CNV: Contacto visual continuo con el interlocutor

## Capítulo 15. Cuando la incertidumbre se transforma en miedo

**Autor:** Anna Moreno Orea

### Descripción de la situación:

Estas semanas es imposible entablar una conversación sin que esté presente en ella el coronavirus. La falta de información, la información errónea que se da a través de los medios de comunicación, las conversaciones de barrio... todo ello está haciendo que la gente entre en pánico y que los nervios afloren todo propiciado en gran medida por la falta de información.

Que haya un desconocimiento entre la población es comprensible pero lo que no veo de igual modo son actuaciones que no sé cómo clasificar, entre personal sanitario con estudios.

Y en relación a esta actitud de los propios profesionales va el caso que os describo a continuación. Si bien es cierto que la información que llega al personal sanitario no es todo lo claro y concisa que debería, también tengo que reconocer que gestionar un momento de crisis como el que estamos viviendo no es fácil y a día de hoy, las comunicaciones en salón de actos, los mails y las publicaciones en la intranet están quedando cortas.

El servicio de control de infección está haciendo más horas de las que debieran estar permitidas pero centrando su atención en el área de urgencias, puerta principal de los casos pero no el único sitio donde se atienden a los posibles casos.

Y es en las unidades de hospitalización, área que me compete, donde los casos de nerviosismo y de actitudes hostiles e inapropiadas están empezando a acontecer.

A todo esto hay que añadir la restricción de material que está presente en las organizaciones. ¿Miedo, desabastecimiento, previsión? La gente habla, comenta y opina. Hay cosas que no las podemos evitar.

He aquí el caso que viví ayer por la mañana. Con una consigna de que sólo se le entregará material de protección a los profesionales que trabajen con pacientes que presentan clínica ya hay personal que se niega a trabajar sin mascarilla.

Unidad de enfermedades infecciosas, 8.40h. Se incorpora a trabajar con el equipo una correturnos enviada desde dirección de enfermería para cubrir una fiesta semanal. Esta persona nada más llegar a la unidad y guardar sus objetos personales reclama una mascarilla quirúrgica para su jornada laboral. Se le explica la situación, recordamos la consigna y se especifica que los posibles casos son derivados a una unidad especial y que en nuestra unidad de hospitalización no hay casos posibles de coronavirus. A día de ayer si que había dos pacientes aisladas por gripe A y el personal que atendía a dicha habitación ya disponía de los equipos de autoprotección.

Parecía que le mensaje había sido concreto, claro y entendido por la persona. Pero sólo lo parecía. A los 15 minutos cuando me dirijo a farmacia, la veo por el pasillo con una mascarilla puesta. Me planté delante de ella y necesité de un lenguaje verbal agresivo. Las órdenes estaban claras, podía repetirlas dos veces pero no lo iba a hacer una tercera. El incumplimiento de las órdenes iba a ir acompañado de un informe negativo por su actitud y aptitud. Somos personal sanitario, tenemos conocimiento e información clara y concreta. Ella argumentó que tenía familia, niños pequeños y que el día de antes había estado en urgencias y allí todo el mundo trabaja con mascarilla.

Es difícil si cuando en el mismo hospital las órdenes por parte de los mandos son diferentes, pero con lo que respecta a mi unidad la información es clara y todos trabajamos igual.

### **Resolución de la situación:**

El poder dedicar un rato a escuchar a la persona, dejar que expresara sus miedos y sus dudas e intentar darle respuesta en función a los protocolos que teníamos ayer por la tarde calmó la ansiedad que presentaba.

Más tarde vino y me pidió perdón. Fue capaz de asimilar y comprender la situación en la que nos encontramos y de igual modo ver que con una actitud agresiva, amenazante y desafiante no se consiguen las cosas. Hay que intentar mantener la calma en los momentos de crisis. Tengo que reconocer que yo no me disculpé por mi tono amenazante pero he de reconocer que en momentos así un tono autoritario y decidido ayuda a calmar a las personas. Mostrar seguridad y confianza en lo que dices y dar ejemplo de ello es un refuerzo positivo para el personal.

### **Estilo de comunicación:**

De agresivo a asertivo, resaltando la importancia de empatizar.

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

Comunicación verbal: Tono de voz alto, agresivo.

Por parte del mando tono elevado, sin pausas, cortante y sin dar opción de interrumpir. Denota seguridad y confianza en el mensaje. Por parte del personal, tono de voz elevado, desafiante, irónico.

Cuando la conversación se vuelve asertiva y se pone en práctica la empática nuestro discurso cambia y se acompaña una actitud de escucha. Son palabras más facilitadoras las que acompañan a la comunicación.

Comunicación no verbal: Delante de una actitud agresiva hay una postura cerrada. Gestos, miradas mantenidas y posición corporal rígida.

Para hacer frente a la comunicación asertiva, todo tu cuerpo se muestra más abierto a la comunicación, y la expresión facial se relaja.

## Capítulo 16. No hay congreso

**Autor:** Rebeca Díaz García

### Descripción de la situación:

Como cada principio de año miré los congresos que a los que podríamos asistir, este año podríamos ir al congreso de piel y heridas complejas y al de la sociedad española de enfermería en cirugía, además los programas de los dos son interesantísimos. Por el de piel pensé en enviar a María y a Laia, sé que el pasado año empezaron a realizar un trabajo interesantísimo que podremos presentar en el congreso. Conseguí financiación para las dos, en total dos becas de 1200€ para cada una, en pocas ocasiones te ofrecen algo así. Les comuniqué a las dos y se alegraron mucho. Dos días después apareció Laia diciéndome que no podían ir las dos juntas porque se habían enfadado... Laia tenía que ir al congreso porque es la referente en úlceras y heridas complejas de la unidad, así que les dije: “ir a un congreso no es ir de paseo y de fiesta con las amigas, es una oportunidad para aprender y conocer lo más novedoso y los problemas personales se dejan fuera del trabajo que ya no somos adolescentes”. No respondieron nada, dieron media vuelta y se marcharon.

Pocos días después le pregunté a Laia que como tenía el abstract para enviar, el tiempo se nos echaba encima, la respuesta fue que María no le dejaba el trabajo, decía que era de ella.

Las reuní a las dos. Me senté detrás de mi mesa del despacho, me incliné hacia delante con las manos sobre la mesa y con voz tajante les dije:

- ¿Ese trabajo habéis participado las dos? ¿Cómo es posible que hayáis llegado a esta situación?

María respondió de manera exaltada:

- Sí, pero el paciente era mío.

Su respuesta aún me hizo enfadar más, me levanté de la silla y a la vez subí el tono de voz.

- Los pacientes no son propiedad de nadie y la información con respecto a un paciente menos. Para realizar cualquier tipo de trabajo de investigación primero debes pedir permisos cosa que no has hecho y encima te crees con el poder de decir que el paciente era tuyo.

La respuesta que obtuve fue que la una con la otra no pensaban ir al congreso, pero las dos hablaron de manera resignada y con tono bajo. Laia estaba sentada con las manos entrelazadas y cabizbaja. María tras mi decisión intentó disculparse y volver a atrás diciendo que compartiría su trabajo con otra persona para poder ir al congreso

### **Resolución:**

Decidí cambiar las becas para otro congreso y penalizar a las dos sin ir este año.

A María, por saltarse las normas, le prohibí que hiciera uso del trabajo que había realizado.

Con Laia hablé días después cuando todo estaba más calmado y me dijo que el trabajo estaba poco avanzado.

También hablé con María, tranquila le expliqué los pasos a seguir y las autorizaciones que se debían tener para realizar un estudio de aquellas características.

### **Estilo de comunicación:**

- Agresivo por parte de la supervisora.
- Agresivo y pasivo después por parte de María.
- Asertivo días después por parte de la supervisora.

### **Elementos que identifican el estilo de comunicación**

#### Estilo agresivo.

##### *-Verbal:*

- ¿Ese trabajo habéis participado las dos? ¿Cómo es posible que hayáis llegado a esta situación? (Supervisora)
- Los pacientes no son propiedad de nadie y la información con respecto a un paciente menos. Para realizar cualquier tipo de trabajo de investigación primero

debes pedir permisos cosa que no has hecho y encima te crees con el poder de decir que el paciente era tuyo. (supervisora)

- Sí, pero el paciente era mío. (María)

*-No verbal:*

- Inclinação hacia delante con las manos sobre la mesa y tono de voz tajante. (supervisora)
- Levantarse de la silla y subir tono de voz (Supervisora)

*Estilo Pasivo.*

*-No verbal:*

- Hablar de manera resignada y con tono bajo. (Maria y Laia)
- Sentada con las manos entrelazadas y cabizbaja. (Laia)

*Estilo asertivo:*

*-No verbal:* Hablar con la dos enfermeras días después de manera calmada y tranquila y dando instrucciones para evitar la situación en un futuro.

## Capítulo 17. Escalda y desescalada

**Autor:** Carlos Rodríguez Esteban

### Descripción de la situación

Durante el mes de marzo de 2020 España recibió el impacto de la pandemia mundial del coronavirus. Mientras el gobierno comenzaba a tomar medidas drásticas y cada vez más restrictivas, en los hospitales comenzábamos a ver las orejas al lobo y los ánimos empezaban a caldearse.

Era lunes noche, como de costumbre entraba en el despacho de supervisión de noche a las 21.30, media hora antes del cambio de turno para poder recibir el parte, ver los recursos disponibles y organizarlos en conjunto con mis dos compañeros. Después de tener todo dispuesto, las unidades comenzaron a llamar para confirmar las asistencias, para pedir el material necesario del que no disponían o para informarse de cambios en los protocolos. En 10 minutos el despacho de supervisión se convirtió en un hervidero de gente que entraba para preguntar por su ubicación o por si tenía que estar en cuarentena después de saber que un paciente al que habían atendido era positivo.

Cuando la unidad de críticos de referencia para los pacientes con coronavirus llamó al despacho, ya estábamos intentando atender varias incidencias a la vez. Intenté atenderles de forma rápida y directa ante la necesidad de recoger todas las quejas y ponerme manos a las obras, pero su indignación, de momento controlada, por el descontento con algunas medidas tomadas por la gestión del centro requería atención inmediata y mi presencia en la unidad. Cuando les comuniqué que no podía atenderles en ese momento por la necesidad de permanecer en el despacho para atender otras cuestiones, el enfermero de la unidad de críticos comenzó a endurecer el tono, como un resorte mi tono de voz se puso al mismo nivel y de ahí se pasaron a palabras más duras, sin llegar al insulto, pero si existió algún atisbo de amenaza si no se solucionaba la situación. Después de ver que mi tono de voz se alzaba y comenzaba a perder el control, decidí cortar la comunicación, de manera tranquila, pero sin dar opción a replica.

## **Resolución de la situación**

Cuando treinta minutos más tarde, y con el busca aún sonando cada cinco minutos, aparecí en la unidad de críticos, los profesionales se acercaron a mi y expusieron sus quejas de forma racional y también que entendían que yo no era el que había tomado las decisiones, sino los altos cargos directivos del hospital. Por mi parte, expuse que era consciente que yo era su única vía de queja y que tenía que estar con ellos para atender sus necesidades, pero también para comunicarles las decisiones tomadas (desagradables para todos) y apoyarles ya que debíamos de trabajar juntos con lo que teníamos.

Como reflexión se puede decir que es muy importante cortar una comunicación que está siendo negativa antes de pasar a peores, utilizando siempre la asertividad. Y dando un tiempo para que ambas partes puedan reflexionar de forma calmada antes de retomar la conversación. También recalcar que la empatía es indispensable para poder comunicarse de forma correcta y no olvidar las necesidades del otro en la forma y contenido de nuestro discurso.

Por último, remarcar la importancia de una buena comunicación dentro de las organizaciones para que nadie se sienta excluido, además de informar de los cambios y de las decisiones que afectan al trabajo de los profesionales antes de que se vean implicados de forma directa para que puedan adaptarse, prepararse y aceptarlos. En muchas ocasiones, la falta de comunicación crea un sentimiento de desamparo y frustración en los profesionales que sería fácilmente evitable.

## **Estilos de comunicación**

Los estilos de comunicación comenzaron siendo asertivos, pasaron rápidamente a agresivo y se consigue bajar de nuevo a asertivo.

Supervisor: asertivo-agresivo-asertivo.

Enfermero: asertivo-agresivo-asertivo.

## **Elementos que identifican el estilo de comunicación**

En la primera parte de la conversación, solo puede valorarse la comunicación verbal ya que se trata de una comunicación telefónica, pero se pueden distinguir los componentes verbales y los vocales.

Agresivo / verbal: No dar pie a replica, amenazas y recursos irónicos.

Agresivo / vocal: Voz alzada y veloz pronunciación.

Asertivo / verbal: preguntar opinión, buscar puntos de acuerdo y reconocer intereses del interlocutor.

Asertivo / no verbal: escucha activa, posición corporal relajada y mirar a los ojos.

## Capítulo 18. Tardes de encanto

**Autor:** Judith Saura Araguas

### Descripción de la situación:

Ingresa en la unidad en la que trabajo un paciente que se le había colocado un dispositivo de descarga, un desfibrilador. Este en el procedimiento hizo una complicación por lo que precisó ingreso y estaba bajo el cargo del servicio de arritmias.

A su ingreso le explico que no se debe movilizar ni realizar ningún tipo de esfuerzo a lo que él me contesta que quiere levantarse y que lo va a hacer bajo su responsabilidad. Después de la respuesta le bajé la barandilla de la cama y me marché de la habitación.

Seguidamente su mujer se acerca a mí y me dice:

- Hola, perdona ¿Tú eres la enfermera que está a cargo de mi marido?

A lo que yo le contesto:

- Si dime, que necesitas.
- A nada, que si nos vas a dar la medicación y la insulina.
- Sí, claro. Lo que haya pautado.

Llegan las cenas y el paciente me exige una medicación que no hay pautada y me verbaliza que él es médico. A su vez su mujer me dice:

- Perdona en la otra unidad me dijeron que me ibas a dar mi medicación, yo soy diabética y necesito mi insulina.

Yo con cara de póker le digo:

- Perdona, yo no puedo darle medicación ni ponerle insulina, ya que usted no está ingresada aquí.

A lo que la mujer me contesta:

- Tu obligación es darme la mediación. Si no te voy a denunciar.

La pareja muy enfadados conmigo, verbalizan todo el tiempo la idea de denunciarme, ya que sus hijas eran abogadas y que se me iba a caer el pelo por no ofrecerles la asistencia que debía brindarles según ellos.

Intenté explicarles que si una persona no está ingresada no se le puede mirar el azúcar pero aún menos administrarle una medicación que ni tan solo sé si la toma. Le dimos la opción de ir a urgencias, de que fuese a la farmacia a buscarla, pero aun así se negó. Yo les comuniqué que lo que respetaba al paciente intentaría solucionar lo que fuese necesario, ya que él sí que estaba ingresado.

A todo esto me contestó el paciente:

- Eres muy poco flexible, yo soy médico ¿Te crees que quiero hacer daño a mi mujer? Avisa a un supervisor o a quien quieras, pero como le pase algo a mi mujer va a ser culpa tuya.

Todo eran culpas hasta del estado de salud de alguien que ni siquiera está ingresado en el hospital.

A la llegada del supervisor este intenta mediar el conflicto para solucionarlo utilizando un tono de voz tranquilo y relajado y el paciente le responde:

- Si has venido a protegerla, ya se puede ir.

Frente a la imposibilidad de conciliar con ellos y viendo que no iban a ceder, el supervisor marchó.

Al día siguiente la guerra siguió, a mi llegada la acompañante del paciente empezó a realizar llamadas verbalizando que me iban a denunciar. Yo completamente desolada eché a llorar, ya no podía más.

Finalmente acudió el médico responsable del paciente y le expliqué todo lo que había sucedido. Él me escuchó y verbalizó que le supo mal, ya que la medicación del paciente no quedó registrada y que hubiese pasado todo eso.

A pesar de todo lo sucedido y finalmente firmando en una hoja con el sello de la empresa y la firma del médico responsable le puse insulina a la acompañante.

### **Resolución de la situación:**

Una vez el médico dejó el registro de las dosis de insulina en la historia clínica del paciente, fui a hablar con acompañante de este.

Les comuniqué que me sentía culpable, y que si en algún momento no había hecho lo que ellos pensaban que era correcto que lo sentía, pero que yo solo hacía lo que la legalidad me permitía.

Les hice entender que nadie quiere hacer daño a nadie, que no quería hacerme responsable del estado de salud de alguien que ni siquiera estaba ingresado. Es cierto que las cosas se podrían haber tratado de otro modo siempre y cuando los dos estuviésemos al mismo nivel, que si era médico podría entender y saber cómo funcionan estas cosas.

A pesar de todo eso la pareja me dijo que no querían saber nada que estuviese relacionado conmigo, que me había pasado muchísimo y que los había tratado mal. Intenté solventar una situación, a pesar de no conseguirlo.

Hoy en día aún sigo pensando que hice lo que creía que tenía que hacer respetando la opinión los demás.

**Estilo de comunicación:** Los estilos que podemos encontrar en esta situación son diferentes en cada uno de sus componentes.

Agresivo: Paciente y acompañante del paciente.

Pasivo: Médico del servicio implicado en la situación.

Asertivo: Por parte de enfermería y de supervisión respetando al paciente y a la vez protegiendo sus derechos.

### **Elementos verbales y no verbales que identifican los estilos de comunicación:**

Los elementos que identifican un estilo agresivo en la comunicación verbal son el uso de un tono de voz elevado, amenazas, el uso de frases cortantes. Respeto a la comunicación no verbal hace uso excesivo de las manos, ojos muy abiertos y una mirada fija y penetrante. Los elementos que identifican un estilo de asertivo en la comunicación verbal son tratar de hablar con un tono de voz tranquilo y conservador, querer hablar del problema, ofrecer alternativas. Respeto a la comunicación no verbal expresión clara y relajada y una postura cercana y erguida.

## Capítulo 19. Tengo que darte una triste noticia. Tu madre ha muerto.

**Autor:** Jordi Soro i Martínez

### Identificación del estilo de comunicación

Durante el transcurso del relato, podremos observar como el propio narrador experimenta, en primera persona, distintos estilos de comunicación. De un rol comunicativo de tipo pasivo, irá desarrollándose la situación hasta dar lugar a un estilo de comunicación totalmente agresivo. Al finalizar el relato, después de analizar con calma la situación vivida, podremos resolver nuestra historia identificando el discurso del protagonista como un claro estilo asertivo.

### Descripción de la situación

Domingo al mediodía. Caluroso día de verano donde en el hospital donde trabaja nuestro protagonista solo queda el personal justo por unidad para pasar el fin de semana. A todos los enfermeros y auxiliares que atienden directamente a los y las pacientes, cabe sumar a un médico psiquiatra de guardia, encargado de atender las urgencias del hospital, los imprevistos psiquiátricos de las distintas unidades, y los problemas somáticos de los más de 500 pacientes del hospital. Ya os podéis imaginar...

Las diez de la mañana. El sábado transcurrió sin problema alguno, un día de lo más normal en la unidad donde transcurren los hechos. El domingo parecía ir igual, los pacientes estaban tranquilos, sus estados de ánimo eran buenos, sus constantes vitales normales y no daban ningún indicio de que la cosa se fuera a torcer. Nuestro protagonista observaba las cosas pasar, los auxiliares hablar mientras él asentía con la cabeza sin apenas escuchar, conversaciones de los pacientes en el pasillo, etc. Iba mirando el tiempo avanzar hacia el final de su jornada laboral. Pero todo iba a cambiar.

Un fuerte golpe alertó a nuestro protagonista de que algo estaba sucediendo. Al salir del control de enfermería se dio cuenta de que una de sus pacientes se había caído al suelo. Pidió ayuda a sus compañeros y fueron a levantarla. Al llegar a donde se encontraba la mujer, el enfermero observó rápidamente de que algo no iba bien. La cara de la paciente lo decía todo... había muerto.

Rápidamente, tras comprobar el pulso inexistente, iniciaron maniobras de reanimación cardiopulmonar. Muy coordinados entre el quipo asistencial, cada uno se dedicaba sus funciones: un enfermero le hacía las maniobras, otro instauraba vías de canalización venosa para después administrar farmacología, un auxiliar insuflaba aire de manera con un ambu y el auxiliar restante avisaba al médico de guardia para que viniera a ayudarnos.

Al llegar el médico de guardia, seguimos con el algoritmo de actuación ante estos casos, sin fallos y bien coordinados. Pero la cosa no iba bien. La paciente no se recuperaba y la ambulancia tardaba demasiado en llegar. Finalmente, estaba claro, la paciente había fallecido.

El enfermero no pudo afrontar la situación con serenidad. Se enfadó con la resolución de la situación. Obviamente, no le gustó haber perdido una paciente ante sus ojos, ante la actuación excelente de ocho profesionales sanitarios, y que, entre todos ellos, no pudieran hacer nada para salvar a la mujer.

- ¡Dejarme en paz! – dijo nuestro protagonista al entrar de nuevo en enfermería.
- Tranquilo, hemos hecho lo que hemos podido. – respondieron sus compañeros.
- Por favor, no me habléis. Esto es una mierda. No tenía que haber pasado... - susurró nuestro protagonista entre lágrimas.

Sensación de no poder salvar a aquella persona, de no poder hacer nada por ella, de no saber si había fallado algo, si algún detalle se le había escapado, de no darse cuenta de algún signo o síntoma que alertara de que la paciente no estaba bien, etc. Todos estos sentimientos consumían cada vez más la cabeza de nuestro protagonista. Además de los pensamientos negativos, una rabia interior alimentaba las acciones del enfermero dentro de la sala. Andar de un sitio al otro, lanzar de golpe todo el material de resurrección a la papelera, cruzar los brazos sin mirar a nadie mientras se lamentaba solo, etc.

Tras unos minutos de tristeza y rabia, donde el enfermero solo se dedicó a dar voces y a criticar su propia actuación, apareció el médico de guardia, que había terminado de rellenar los papeles necesarios para poder llevarse a la paciente. El doctor, aparentemente tranquilo ante toda la situación, se dio cuenta de que el ambiente estaba

tenso. Descolgó el teléfono, y tras buscar el número de teléfono de la hija de la paciente, llamó.

- Hola, soy el doctor de guardia del hospital donde está ingresada tu madre. Tengo que darte una triste noticia. Tu madre ha muerto. – finalizó.

Nuestro protagonista escuchó la conversación desde el otro lado de la sala. Para él, no era la mejor manera de comunicar a un familiar la muerte de un ser querido. Esto le hizo enfadar aún más. Le hizo adoptar una postura más pasivo agresiva verbalmente, donde no expresaba sus sentimientos y se lo iba cargando todo a sus espaldas.

- Oye, ¿tú crees que le tienes que hablar así?- se dirigió al médico.
- Bueno, estas situaciones se tienen que comunicar al momento – respondió.
- Tú lo que eres es un sinvergüenza. Tratar así a los familiares, con tan poco tacto y sin preparar antes un poco el terreno. – increpó.
- Bueno, no te preocupes, ahora ya está todo hecho, no te enfades. Esto no te va a dar más trabajo, solo tienes que esperar a las personas de la funeraria que vendrán a quitarte *el muerto de encima*. – dijo en tono irónico.

Esa fue la frase que hizo estallar nuestro enfermero protagonista. Se dirigió a él, le insultó diciéndole mal médico, le hizo un corte de mangas, cerró la puerta de la enfermería de golpe y se dirigió al carro de medicación, lanzando todas las pastillas ya preparadas para administrar contra la pared.

## **Resolución de la situación**

Tras la mañana que tuvo que vivir todo el equipo asistencial, se pararon a pensar qué había podido ir mal para que esta situación se descontrolara de aquella manera. ¿Los nervios? ¿La tensión vivida durante aquellos interminables minutos? ¿La impotencia de ver como alguien pierde su vida delante de ti sin poder hacer nada? Analicémoslo.

Muchos factores pueden contribuir a que una situación de nos vaya de las manos en un momento puntual. No somos objetos inanimados, somos seres humanos con sentimientos que afloran de nuestro organismo como río sigue su cauce. No debemos avergonzarnos de nuestros errores, o mejor dicho, de nuestros impulsos. Es de ser racional

saber analizar la situación y parar a identificar aquellos aspectos que se podrían mejorar en un futuro durante una situación semejante.

Así pues, bien entrada la tarde, nuestro protagonista se dio cuenta de que no había resuelto todavía la situación de la manera que a él le parecía la correcta. Sin más dilación, se dirigió al despacho del médico de guardia para hablar con él. Una vez sentados los dos frente a frente, tuvieron una conversación sobre lo que había pasado. Haciendo gala de la mejor escucha activa por ambas partes, el enfermero le comentó que no le había parecido bien la manera que tuvo de comunicar a la familia el fallecimiento de su madre. Tampoco creía que, aunque con buena intención en el fondo, las bromas que hizo el doctor para liberar tensiones fueran las más adecuadas en ese instante. De la misma forma, el chico también reconoció que no debió enfadarse de esa forma. Fue consciente de que el facultativo hizo también todo lo que estuvo en su mano para salvar a la paciente. Reconoció que sin que tuviera el médico la culpa, lo había pagado con él.

El doctor asintió, reconoció que la situación también le había sobrepasado a él. Verbalizó que hacía tiempo que no se veía en la situación de informar a un familiar de la muerte de un ser querido. Con buena fe, intentó hacerlo de la mejor manera que supo. También le confesó, que al sentirse incómodo con la situación, intentó hacer algún que otro comentario gracioso para intentar liberar la tensión del momento, siendo consciente al terminar, que sus palabras no habían sido acertadas.

Ambos se dieron cuenta que la experiencia vivida fue, dejando de lado la pérdida de una persona, ampliamente satisfactoria desde el punto de vista de saber analizar un conflicto y poder resolverlo entre los dos. Al terminar la conversación, ambos se dieron la mano, y espontáneamente, también surgió un abrazo de complicidad. Juntos se dieron cuenta de que, por más que surjan malentendidos, de ahora en adelante serían cómplices y testigos, de que todo conflicto siempre tiene solución, y que lo importante no es decidir quién tiene la razón, sino saber cómo comunicarse para encontrar el sentido a la situación.

## **Elementos que identifican el estilo de comunicación**

Durante el inicio del relato, identificamos al protagonista con un estilo de comunicación pasivo. Parece que deje que las cosas suceden ante él sin que actúe. Observamos elementos verbales que identifican este estilo de comunicación durante las

primeras frases del relato. Por ejemplo, cuando escucha por teléfono sin dar su opinión al respecto, cuando no realiza una verdadera escucha activa durante su actividad asistencial y cuando no propone una solución mejor ante la situación que se le avecina. Elementos no verbales que también caracterizan este estilo pasivo son, por ejemplo, cruzar los brazos cuando habla con su compañero o asentir a todo con la cabeza diciendo a todo que sí, le parezca bien o mal.

Cuando la situación se complica, al ver el resultado final de este proceso asistencial como es la muerte, el protagonista muestra elementos verbales de furia, donde se identifica claramente su estilo de comunicación agresivo. *“Dejarme en paz”, “no me habléis”, “¿pero tú qué te has creído?”, “tú lo que eres es un sinvergüenza”*. Estas frases son una clara muestra de lo que las personas podemos decir cuando utilizamos este estilo de comunicación. Elementos no verbales que acompañan este fragmento son cerrar la puerta de golpe, dar la espalda, realizar un corte de mangas o lanzar la bandeja de medicación contra la pared.

Para finalizar, vamos a proceder a identificar aquellos elementos verbales y no verbales que han caracterizado a nuestro protagonista durante la resolución de la situación. Escuchar a la otra persona es siempre fuente de comprensión. Todos tenemos nuestros problemas y nuestros pensamientos que nos hacen actuar de una manera o de otra. Lo difícil pues, es entenderse. Pedir perdón y saber empezar de nuevo. Hablar realizando una buena escucha activa favorece una comunicación asertiva. Analizar la situación con calma, identificando aquellos aspectos que se deben mejorar, creando un clima de confianza con todo el equipo asistencial, también es síntoma de asertividad. Claros ejemplos no verbales de este estilo de comunicación es, por ejemplo, un buen apretón de manos, un gesto de complicidad al resolver las situaciones, un abrazo de corazón que nos hace reunir y unir de nuevo nuestras fuerzas para seguir adelante.

A quien lea este capítulo, que recuerde siempre mis palabras: no importan las diferencias que tengamos mientras nuestra clave del éxito sea que todos sumemos.

## Capítulo 20. Lo que me faltaba...

**Autor:** Elena Toribio Prieto

### Descripción de la situación:

Trabajo en un hospital de tercer nivel y en plena alerta sanitaria me encontraba trabajando como de costumbre un sábado de Marzo en una sala de hospitalización “limpia” donde no existían pacientes positivos en covid-19 hasta que a media mañana recibimos la noticia por medio del médico de guardia de que por necesidades de la situación la sala se convertiría en sala covid-19, nada más conocer la noticia nos pusimos manos a la obra para preparar la sala y también nos empezamos a preparar nosotras para lo que se nos venía encima.

Al día siguiente el domingo al llegar a la unidad ya estaban los pacientes eran 10, el turno de noche fue quien se encargó de hacer los ingresos a lo largo de la noche, en el turno de mañana seríamos dos enfermeras y tres auxiliares, por ratio podríamos realizar dos ingresos más hasta un total de seis pacientes por enfermera.

Tras realizar en cambio de turno con los compañeros de noche, empezamos a trabajar intentando organizarnos, el turno de noche nos comentan que los pacientes ingresados están bien no hay ninguno inestable.

Lo primero que hacemos mi compañera y yo es ir a preparar la medicación que repartiremos junto con el desayuno y nos damos cuenta que no hay ninguna medicación en los cajetines, era domingo y entonces teníamos que esperar a las 9h para llamar a farmacia darles tiempo para que prepararan la medicación ya que no son máquinas son personas e ir a buscarla.

Era la primera vez que todo el equipo se enfrentaba a pacientes covid-19, en aislamiento, todas las puertas de las habitaciones están cerradas, todo está lleno de protocolos de cómo vestirse para entrar a las habitaciones y de pronto una llamada:

-Jefa: Hola, ¿qué tal? ¿Cuántos pacientes tenéis?

-Enfermera: Bueno...bien un poco preocupadas, tenemos diez pacientes.

-Jefa: ¿¿Diez pacientes?? Pues tenéis que traer a más, ¿cuántas enfermeras sois?

-Enfermera: Somos dos, de momento solo podemos traer a dos más.

-Jefa: Buenos pues dos más pero si mandan refuerzo tendréis que hacer más ingresos. ¿Y ya habéis repartido desayunos?

- Enfermera: No aun no, no tenemos la medicación de ningún paciente hemos llamado a farmacia y la están preparando, bajaremos a por ella y repartiremos desayunos y medicación juntos.

-Jefa: ¿¿¿Queee??? ¡¡Eso no puede ser!! ¡¡¡Tenéis que entrar ya a las habitaciones sois unas lentas!!!

-Enfermera: .....vale.

### **Resolución de la situación:**

Aún no hemos tenido la oportunidad de hablar de lo que sucedió, pero lo que si quedo muy claro es que la visión desde un despacho es muy muy muy muy diferente a la que se tiene si eres asistencial.

### **Elementos que identifican el estilo de comunicación, comunicación verbal:**

Agresivo:

-Imponer su criterio sin tener en cuenta los sentimientos de agobio del interlocutor.

- tono agresivo.

-volumen elevado.

-no dar alternativas.

Pasivo:

-Evitar cualquier confrontación, sin expresar claramente lo que piensa o siente.

Estilo de comunicación

Jefa: Agresiva

Enfermera: Pasiva

## Capítulo 21. Una llamada inoportuna

**Autor:** Estefanía Torrecilla Cilleros

### Descripción de la situación:

La situación que narraré sucedió en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel. Se desarrolló durante el turno de tarde en el cual estábamos trabajando seis enfermeras (dónde me incluyo) y dos auxiliares de enfermería.

Como ya es conocido, en las UCIs el horario de visita para los familiares es muy restringido y poco flexible. En nuestro caso, por la tarde sólo se puede entrar a partir de las siete hasta las nueve de la noche y sólo pueden pasar dos familiares. Al ser tan estrictos con las visitas, siempre damos la facilidad para que nos puedan llamar y preguntar por su pariente, acatando siempre la norma de no dar información susceptible por teléfono.

Todo empezó por una llamada que realizó un familiar a la unidad, descolgó el teléfono una de las auxiliares de enfermería, yo escuchaba la conversación desde el box de enfrente donde me encontraba junto con una compañera haciendo la higiene a uno de nuestros pacientes y escuché lo siguiente:

*-“Ahora la enfermera no se puede poner, está ocupada”, “¡He dicho que no se puede poner!””, “No le pienso decir nada de su familiar”, “Si quería saber como está, haberse pasado al mediodía que es cuando informan los médicos a los familiares”.*

Desde el box, oía como el tono de mí compañera cada vez era más autoritario y tajante. Miré el reloj eran las cinco, me imaginé qué familiar era porque desde hacía seis días siempre llamaba y preguntaba por mí, ya que yo era la enfermera que llevaba a su pareja.

Conocía su historia, ya que me lo había contado días atrás, trabajaba en un bar con horarios imposibles y con un jefe que no le daba muchas facilidades para poder adaptarse al horario de visitas. Por eso siempre me llamaba para preguntar por él y calmar así su ansiedad.

Oí como la compañera colgó el teléfono e indignada se acercó a explicarme lo sucedido:

-“¡No veas como se ha puesto el tío este, echo una fiera!”, “¡Encima me ha amenazado!,  
“Me ha dicho que a las siete va a venir”.

Yo ya me imaginaba lo peor, ya que al tratar con él en días previos sabía que estaba sobrepasado por la situación y que se encontraba muy irascible .

Y así fue, en cuanto abrimos las puertas de la UCI para dejar pasar a los familiares, entró él pegando voces, inquiriendo quién le había cogido el teléfono. Empezó a soltar improperios e insultos que no repetiré. Insistía una y otra vez que quería saber quién había sido. Estaba fuera de sí gritando e insultando sin parar, no dejaba de moverse amenazante por la unidad.

Todas nos quedamos quietas sin decir nada, mientras él seguía maldiciendo a la persona que le había cogido el teléfono.

### **Resolución de la situación**

La única que podía acercarse a él era yo, debido a que me conocía de los días previos. Le hice entrar en el box y sentarse, me senté a su lado y dejé que se desfogará y durante unos quince minutos siguió con su discurso malsonante. Una vez acabó, le dije con voz suave que entendía que estuviese enfadado, pero que las formas no habían sido las correctas. Además, le añadí que lo que había sucedido era un malentendido no es que no quisiéramos decirle cómo estaba su pareja, sino que nos había llamado justo en un mal momento y que entre él y mi compañera no hubo una buena comunicación. Siguió refunfuñando pero ahora ya más calmado. Una vez aclarado el tema me fui, dejándole su espacio y diciéndole que cualquier cosa estaría fuera. Ese día se fue sin decir nada, pero al cabo de dos días vino y nos pidió disculpas a todas, sintiéndose muy avergonzado por sus malas formas.

Mi compañera ese día decidió hablar con él, ambos acercaron posturas y se pidieron perdón mutuamente.

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

### **Estilo de comunicación:**

Los estilos presentes en la situación desarrollada son actitud agresiva y asertiva.

### **Estilo asertivo:**

CV: Dejar hablar, escucha activa, dar información de lo que ocurrió desde otro punto de vista.

CNV: Llevar a un sitio tranquilo, mantener un acercamiento físico prudente, tono de voz suave, dejar espacio para la reflexión.

### **Estilo agresivo:**

CV: Utilizar tono de voz elevado, ser tajante, inflexible, no escuchar, exigencias, insultos.

CNV: Postura inquieta y amenazante, tono de voz elevado y/o autoritario.

## Capítulo 22. Un dolor de cabeza

**Autor:** Julia Vega Larrauri

### Descripción de la situación:

Un día cualquiera de diciembre acudí a mi puesto de trabajo a las tres de la tarde, Urgencias de un hospital de tercer nivel. Al llegar miré mi posición y me tocaba de enfermera de acogida. Esto quiere decir en mi hospital, enfermera de la sala de espera del nivel tres de urgencias.

Como siempre me explicó el panorama la enfermera del turno anterior, y cogí las fichas de los pacientes que había para poder revisarlos, ver si les faltaban constantes vitales por tomar o antecedentes por apuntar.

Una vez hecho esto, salí a la sala de espera y ojeé a los pacientes, preguntándoles cómo se encontraban y mirándose de nuevo las constantes vitales (tensión arterial, temperatura, saturación y frecuencia cardíaca). No me llevó más de media hora realizar esto, puesto que tan solo había diez personas esperando.

Al haber una paciente en camilla, también es mi tarea, junto con la auxiliar sanitaria, ayudarle a ponerse la bata del hospital. Era Ana, una mujer de unos sesenta años con un fuerte dolor de cabeza, un ocho sobre diez en la escala EVA (valoración del dolor del uno, que sería no dolor al diez, máximo dolor tolerado). Algo que ya sufría habitualmente puesto que presentaba migrañas.

Pasadas dos horas, era casi el turno de pasar a Ana, pero su familia acababa de llegar. Al entrar, Ana que había estado tranquila y durmiendo mientras esperaba, comenzó a decirle a su hija que presentaba mucho dolor, y empezaron a ponerse nerviosas.

Tras diez minutos esperando su hija, al ver que no pasaban a su madre dentro de un box, comenzó a chillar “¿por qué nadie visita a mi madre? Está muy mal, tiene dolor”. Yo lo escuché de lejos, pero preferí no acercarme en un primer momento porque sabía que iba a ser peor, que podría favorecer la situación y eso no convenía. Como era su turno, preferí esperar unos minutos para poder ir directamente para decirle que ya mismo la pasaríamos al box. Pero, mientras tanto, una doctora que iba caminando por el pasillo, se paró:

- Buenos días, soy Pepa, una de las doctoras. ¿Qué le ocurre?
- Mi madre está muy mal, lleva aquí muchas horas, tiene mucho dolor, no lo voy a tolerar.
- No se preocupe, cálmese- dijo Pepa- ahora busco a una compañera que le pueda ayudar.

Pepa vino a buscarme, y me explicó lo que estaba ocurriendo, “hay una paciente en el pasillo con mucho dolor y su hija no para de chillar, deberíais pasarla a un box rápidamente. La hija está muy nerviosa”. A lo que yo respondí que ahora iba, pero que tampoco era un criterio de priorización de los pacientes que las familias gritaran, puesto que solemos tener estos casos.

Posteriormente, acudí de manera tranquila a dialogar con la hija, para decirle que ya era casi su turno y que enseguida le pondríamos medicación, pero estaba tan nerviosa que no atendía a razones, únicamente chillaba que quería hablar con un superior, que su madre no podía seguir así esperando, que se le iba a “estallar la cabeza”...

Dada esta situación preferí irme, a ver si presentábamos un box libre, que así era y directamente volver con el celador para poder pasarla al box correspondiente, mientras la hija seguía chillando “si yo no hubiera venido, mi madre se hubiera muerto en el pasillo”.

En ese momento preferí no darle más importancia al asunto, que dejando pasar un tiempo para que la familia se tranquilizase seguro que podría hablar con ellas más fácilmente, y así fue.

### **Resolución de la situación**

Tras atender a Ana, colocarle un catéter venoso y administrarle la medicación pautaada, se empezó a encontrar mucho mejor. Cuando dejamos pasar a su hija al box con ella, acudí a disculparme por la situación anterior, a explicar la organización de las urgencias, que su madre en todo momento había estado atendida y no había referido tanto dolor como cuando ella llegó.

La hija de Ana, me pidió disculpas a mi también, puesto que se había puesto muy nerviosa al ver que su madre decía que presentaba tanto dolor, pensaba que no se había

atendido a su madre previamente, que estaba esperando sola y nadie había ido a hablar con ella, puesto que su madre le había dicho eso.

Posteriormente, hasta nos invitó a una bandejita de pequeños pastelitos, a modo de agradecimiento.

### **Estilo de comunicación:**

Se da una comunicación que comienza siendo pasiva/agresiva y que finaliza con asertividad.

- Agresiva/asertiva: hija de Ana.
- Manipulador: Ana (usuario).
- Pasivo/asertivo: la enfermera (yo)
- Asertivo: Pepa (doctora).

### **Elementos que identifican el estilo de comunicación:**

- No verbales
  - Mirada agresiva por parte de la hija de Ana en un primer momento.
  - Gestos de enfado con las manos al hablar.
  - Mirada evitativa por mí parte y marcharme de la conversación.
  - Posteriormente miradas cómplices y de disculpas.
  - Gestos de agradecimiento.
- Verbales
  - Tono elevado en un primer momento con frases dichas a un ritmo rápido.
  - Tono bajo, con frases lentas y sencillas en un segundo momento, en la explicación y disculpa posteriores.
  - Escucha activa.

## Capítulo 23. La agresividad de la experiencia

**Autor:** Pedro José Plazas Guillén

### Contexto:

Trabajo en la UCI de un hospital de Barcelona, en la que frecuentemente tenemos dispositivos de soporte circulatorio de alta complejidad que requieren de cierta experiencia para mantener un correcto manejo del paciente que necesita de ellos. Es por ello que habitualmente este tipo de pacientes están a cargo de enfermeras con muchos años de experiencia y que son capaces de dominarlos a la perfección. Es por ello, que el resto de personal, no es capaz de ni si quiera acercarse a ellos ya que las enfermeras veteranas como Eulalia no dejan prácticamente acercarse a un “novato de 3 años” como yo. Sin embargo cuando por derecho de antigüedad, las enfermeras expertas se van de vacaciones de verano, los suplentes defendemos en la unidad ese papel que queda vacante, con la desventaja de que no tenemos la ayuda de esos años de experiencia que ellas disponen.

### Historia:

Hace unas semanas ingresó en la unidad una paciente que se fue deteriorando hasta necesitar una máquina llamada ECMO, de las que la ley no escrita enunciada anteriormente, sólo deja que sean las enfermeras expertas las que puedan llevarla. Sin embargo, anteriormente a que esta paciente la necesitase, estaba bajo mi cuidado. Además, su implantación fue de manera urgente en el box (cuando normalmente se realiza en quirófano) y yo continué siendo su enfermero. El resto del equipo, con más experiencia que yo, vio bien mi actuación durante todo este procedimiento y me preguntó si me veía con fuerza a seguir llevándola, a lo que respondí que sí y ellos me dijeron que me ayudarían en todo lo que necesitase, ya que era la primera vez que asumía un paciente de esta complejidad.

Fueron pasando los días y la verdad es que me supe desenvolver en aquella situación con bastante soltura y siempre sentí el apoyo de mi equipo, hasta que un día, por cuestiones de rotación, me tocó trabajar con Eulalia, una de las enfermeras que más tiempo lleva en

la unidad y con un carácter bastante arrollador. Una de esas personas que son capaces de hacerte callar con la mirada: una agresiva pura.

Durante el cambio dio por hecho que iba a ser ella quien llevaría a la paciente de la ECMO, a pesar de que había sido yo quien la llevaba todos estos días atrás. Cuando hicimos la lista de qué enfermos cogería cada uno, se lo apuntó directamente, a lo que yo respondí y le indiqué que si no le importaba que yo la llevaría, ya que había estado toda la semana pasada con ella. De pronto su mirada cambió, como si le hubiese faltado el respeto y hubiese atentado contra ella. Su respuesta fue, delante de todo el equipo, que yo era la última persona a la que dejaría llevar este paciente, ya que era el último mono en llegar.

Su actitud agresiva e inesperada fue capaz de anular a todo el equipo e incluso a mi, que adoptamos un rol totalmente pasivo y callamos sin decir réplica. Las horas fueron pasando y yo me sentía cada vez peor, Eulalia no era capaz de pedirme ayuda en las movilizaciones y por supuesto yo a ella después de lo que había pasado, lo que entorpecía el trabajo en equipo, a lo que me dispuse a hablar con ella cuando tuvimos el tiempo de descanso.

La invité a que fuésemos a un sitio apartado del resto y me senté. Ella rechazó sentarse y me preguntó con todo tajante: ¿Qué quieres?

A lo que yo contesté: Quería hablar contigo por lo que ha pasado, no me siento bien y esto está perjudicando al trabajo en equipo, tan necesario dentro de la unidad en estos momentos, por lo que me gustaría solucionar este problema

Eulalia: Yo no tengo ningún problema, cruzando los brazos y mirando hacia los lados.

Yo: (sin darle importancia a su actitud) me gustaría que supieras que me siento mal por el comentario que has hecho anteriormente, creo que soy un compañero totalmente válido como cualquier otro y que intento hacer mi trabajo de la mejor manera posible. Estoy siempre dispuesto a ayudar en cualquier cosa siempre y cuando obtenga, al menos el respeto que merezco. Probablemente no sé la mitad de cosas que tú, pero estoy seguro que no entraste a la UCI sabiéndolas y es por eso que quería hacerte recordar a esa Eulalia que empezó sin saber nada, tal cual como lo hemos hecho todos y a la que gracias a otras enfermeras expertas, eres lo que eres ahora.

Eulalia: ¿Qué comentario? ¿Lo del último mono? Hijo, que sensible eres. Solo quiero asegurar que todos los pacientes están bien cuidados y yo tengo un rol que defender dentro

de la unidad, que es el de Enfermera experta, y para ello hay que asumir ciertas responsabilidades que tú no puedes.

Yo: Estoy de acuerdo en ello, pero piensa en cuando este verano tu no estés, seré yo quien defienda ese papel, ya que soy de los suplentes más antiguos. Y tendré que llevar este tipo de pacientes con la dificultad añadida de que no estaréis ninguna de vosotras a las que pueda pedir ayuda. ¿No crees razonable que ahora que hay tiempo y que estáis conmigo para cualquier imprevisto, sea el momento de llevarla y no este verano?

Eulalia: Es eso tienes razón, pero tú pregúntame lo que quieras y ya está, no te voy a dejar que lleves a esta paciente

Yo: A uno le surgen las dudas cuando está haciendo las cosas y por esta situación que se ha generado, no soy capaz de colaborar contigo. Desde la confianza te digo que me gustaría empaparme de todo tu conocimiento ahora, y no este verano, cuando no estés.

Eulalia: Perdona si te he hecho sentir mal, la verdad es que he conocido a muchos suplentes y me he llevado decepciones increíbles cuando he confiado en ellos, lo que me ha hecho cerrar la puerta a otros nuevos. Es verdad que te conozco de tiempo y no he oído ninguna mala crítica, incluso tu equipo me ha hablado de lo bien que lo hiciste en la situación tan crítica de la semana pasada. Estoy abierta a enseñarte lo que quieras.

Yo: Gracias.

### **Estilos de comunicación:**

Agresivo: Eulalia

Pasivo y posteriormente asertivo: Yo.

### **Elementos que identifican el estilo de comunicación:**

Comunicación no verbal:

Agresivo Eulalia: Mirada hacia los lados, cruce de brazos, no sentarse a mi nivel, mirada de superioridad.

Pasivo yo: Agachar mirada, callar

Asertivo Yo: Mirada a los ojos, sentarse e invitar a ello, disposición hacia la escucha.

Comunicación verbal:

Agresivo Eulalia: Comentarios de desprecio hacia los novatos, rol paternalista, negar que hubiese un problema.

Pasivo yo: Callar y no decir lo que pienso, sentimientos de inferioridad, culpa.

Asertivo Pedro: Invitación a hablar, decir lo que pienso, no agredir al otro, mostrar respeto y ser receptivo a la opinión del otro.

## Capítol 24. Una pacient impacient

**Autor:** Marina Fenollar Boixader

### Descripció de la situació:

Treball de cap d'unitat d'una unitat de diàlisi.

Un dia com qualsevol altra entro a la sala d'hemodiàlisi un cop ja han connectat els pacients de la tarda, donant així la possibilitat a infermeria per si em vol comentar alguna cosa referent a algun pacient, aspecte a destacar,...normalment estic al despatx o fent diferents gestions per l'hospital però cada dia en un moment o altre estic una estona a la sala per tal de parlar amb infermeria i facilitar-los el diàleg amb mi, hi ha infermeres que els és molt fàcil venir al meu despatx a comentar-me qualsevol cosa, i altres els hi costa més, per fer les coses fàcils sempre m'acosto a la sala i sempre alguna cosa m'acaben dient...

Doncs un dia a la tarda després de la connexió em ve una infermera i em comenta que hi ha una pacient, la Manoli, que ha demanat parlar amb mi, és una pacient que ja fa molts anys que es dialitza i la veritat es que la conec força,...

M'adreço a ella que esta amb la tauleta electrònica, em comenta que voldria un canvi de torn.

Ella es dialitzava al torn de dimarts, dijous i dissabte a la tarda, i em comenta que voldria canviar al torn de dilluns, dimecres i divendres a la tarda.

Li comento que en aquell moment no tenim plaça per aquell torn i que ho tindrè en compte, de seguida que sigui possible la canviaré de torn. Fins al moment una conversa planera...però mare meva...aquell ara no pot ser...

Manoli: Doncs el pròxim dia no penso venir, allà tu...

Jo: No et posis així dona, ja t'he dit que de seguida que tingui una plaça et canvio de torn.

Manoli: Si no ho fas és perquè no vols!

Jo: Si que vull, però no puc, si no tinc plaça no et puc canviar de torn.

Manoli: Doncs és molt fàcil, algun vell d'aquests que ve a l'altre torn, el passes al meu torn i jo vinc al seu lloc, així de fàcil, a la fi i al cap aquests vells no tenen res a fer en tot el dia.

(Aclareixo que ella té uns 50 anys, no treballa, viu sola, viu de la seva paga, no té suport familiar ja que està barallada amb mitja família,...és una noia amb una situació complexa)

Jo: No diguis això, una mica de respecte cap als teus companys, no tolero que parlis així dels teus companys, cadascú té la seva vida i les seves prioritats, per molt grans que els vegis molts d'ells es fan càrrec de nets, cuiden a familiars, són els que porten la casa,...no tolero aquesta actitud.

Manoli: Doncs així quan hi haurà una plaça per mi?

Jo: Ja saps com va això no t'ho puc predir, quan hi hagi una plaça et canviaré de torn.

Manoli: Molt bé però quan serà això? Ho vull saber? Diga'm quan serà?

Jo: no t'ho puc assegurar pot ser demà o d'aquí 3 setmanes, o potser una mica més, no ho sé, ja saps que això no ho podem controlar...

Manoli: Doncs m'he d'esperar?

Jo: Des seguida que tinguem una baixa o trasplantin algú t'ho dic. (jo ja una mica molesta)

Manoli: Una baixa? Que vols dir? Algú que es mori?

Jo: És una de les causes...

Manoli: Quina mala persona que ets! No tens ànima! Que mala infermera! Tu creus que m'has de dir això? Molta carrera i molts estudis per res!

Jo: Mira no vull pas discutir, ja t'he dit que quan hi hagi una plaça lliure ho tindrè en compte. Em sap molt greu que et posis d'aquesta manera, si en algun moment t'he fet sentir incòmode et demano disculpes, no era la meva intenció tampoc crec que el que dius sigui cert.

Manoli: Val més que marxis...que no tens feina?

Jo: Molta en tinc de feina, i ara també estava fent part de la meva feina encara que no hagi sigut agradable.

### **Resolució de la situació:**

Seguidament ho vaig anar a explicar a les infermeres i també ho vaig comentar a la seva nefròloga, més que res perquè ho tinguessin en compte i per si el pròxim dia no es presentava. Tant les infermeres com la nefròloga no es van sorprendre ja que com he dit anteriorment ja la coneixem de fa temps, la metgessa em va dir que precisament la Manoli li acabava de comentar que havia sabut que havien trasplantat a la seva germana de ronyó feia ja un any, i s'havia queixat a la doctora que perquè a ella no.

Aquesta noia va ser trasplantada i als pocs dies tant a ella com a la seva germana de ronyó els hi van haver de treure el ronyó ja que van detectar en el donant, un càncer que requeria l'extracció de l'òrgan, ella va fer molts anticossos cosa que dificulta trobar un donant compatible.

Penso que ella va pagar en mi tota la ràbia acumulada, és el que hi ha.

A les 2 setmanes vaig tenir una baixa per un decés, li vaig dir una mentida, li vaig dir que havia tingut una baixa per un trasplantament, la vaig canviar de torn i tots contents.

### **Identificació de l'estil de comunicació.**

Assertiu-agressiu. Jo ja la coneixia i ja vaig anar a conversar amb un pensament molt assertiu, ella els primers 30 segons de la conversa també va ser assertiva, però de seguida en veure que no aconseguia el que volia es va posar agressiva, jo em vaig mantenir assertiva tot i que em bullia la sang, al final vaig intentar tallar la conversa, potser em vaig posar un pel agressiva però abans d'anar a més vaig finalitzar la conversa sense entrar en conflicte.

### **Elements que identifiquen els estils de comunicació (verbals i no verbals).**

Estil Agressiu:

C.V:

Verbalitza menyspreu.

Utilitza llenguatge brusc per referir-se a mi i als companys.

C.N.V:

Evitava el contacte visual mirant la tauleta electrònica.

To de veu elevat i ràpid.

Gestos de menyspreu.

Estilo Assertiu:

C.V:

Llenguatge directe, clar i sense manipulacions.

Escolta activa.

To de veu relaxat i pausat

C.N.V:

Contacte visual càlid i continu.

Postura relaxada.

## Capítulo 25. Crónica de una reclamación anunciada

**Autor:** Mireia Niebla Bellido

### Situación laboral vivida y estilos de comunicación

En mi caso hablaré de una situación vivida en la consulta de dispositivos cardíacos.

Los miércoles los dedicamos exclusivamente a la revisión de dispositivos tricamerales marcapasos o desfibriladores. Esta consulta es compartida enfermera junto con cardióloga.

Es una consulta que por el tipo de paciente más complejo y de dispositivo suele ser más larga de lo habitual. Contando además que si surge alguna urgencia la tenemos que atender hace que la demora en la atención de los pacientes pueda llegar a ser de 1 hora o incluso más en algunos casos.

Hace cosa de un mes, entre paciente y paciente comentábamos un caso complicado antes de pasar la siguiente visita y, de golpe, se abrió la puerta sin previo aviso.

Una paciente y su hijo comenzaron a gritar sin más preámbulos y a decirnos que a qué jugábamos haciéndoles esperar tanto.

Nos miramos las tres personas que estábamos dentro sin dar crédito.

La paciente y su hijo desde la puerta se dedicaban a decirnos que ya estaba bien, que ella era una persona enferma, que cómo dándole la visita hacía 3 meses estábamos tardando tanto en visitarla. Qué éramos unos sinvergüenzas. Que ella era una persona que estaba enferma y no podía estar esperando y su hijo estaba perdiendo muchas horas allí. Compañeros de consultas colindantes salieron para ver que pasaba o si necesitábamos llamar a la supervisora.

Nuestra respuesta fue contenida porque yo reconozco que me entraron ganas de entrar en escalada de agresividad. Nunca nadie había entrado en una consulta gritando y abriendo la puerta de esa manera.

Hablamos sin gritar y sin levantar la voz pero con contundencia y le indicamos que la haríamos pasar en cuanto fuera su turno que quedaba una persona delante de ella y pasarían en el orden correspondiente.

Al entrar a la consulta les saludamos y ofendidos ninguno de los dos (paciente e hijo) nos saludaron.

Fuimos claros diciéndole que abrir la puerta sin llamar no es algo que esté bien puesto que en ocasiones nuestros pacientes deben desnudarse y hubiera sido muy desagradable de haber ocurrido.

Dejamos que se expresaran y manifestaran sus necesidades para intentar acercar nuestras posiciones aunque la posición era enrocada.

Le dijimos que entendíamos que esperar es algo desagradable que entendemos que son personas con salud delicada pero no disponemos de más recursos ni materiales ni personales.

Revisamos su dispositivo y le informamos de cómo estaba todo en un ambiente más tenso que cordial.

Le recordamos que existía un departamento para poder realizar quejas si así lo deseaban. Que ese era su derecho, por supuesto, pero debían hacerlo de otra manera a la realizada. Que sentíamos mucho la espera de ella y del resto de pacientes.

### **Elementos que identifican el tipo de comunicación:**

El estilo agresivo es el que mantiene la paciente y su hijo y por otro lado al inicio enfermera y cardióloga

Asertivo: enfermera y cardióloga

## **AGRESIVO**

**No verbal:** Gesticulación

Abrir puerta de consulta sin permiso, invasión del espacio

Expresión facial de enfado

Actitud retante por parte del equipo sanitario al inicio

**Verbal:**

Gritos

Amenazas

## **ASERTIVO**

**No verbal:** Escucha activa

Mirar a los ojos

Posición cercana

Tono de voz no elevado

**Verbal:** Empatía

Explicar y argumentar con un lenguaje claro y entendible