

**Autoanálisis reflexivo de los estilos de comunicación
interpersonal en el ámbito asistencial/ Autoanàlisis reflexiu
dels estils de comunicació interpersonal en l'àmbit assistencial**

Montserrat Puig Llobet i Maria Teresa Lluch Canut

(Coordinadores)

Maig 2015

Presentació

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

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

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

Desitgem que sigui profitós per la reflexió i el debat.

Montserrat Puig Llobet i Maria Teresa Lluch Canut

Coordinadores

Maig del 2015

Índice

Capítulo 1. De la imposición al diálogo.....	5
<i>Sonia Abenia Chavarria</i>	
Capítulo 2. Tarda moguda a l'ASSIR.....	8
<i>Lucia Alcaraz Vidal</i>	
Capítulo 3. Comunicación ineficaz con los familiares en pacientes en situación de final de vida.....	11
<i>Adela Amat Huerta</i>	
Capítulo 4. Asalto al corporativismo.....	15
<i>Montse Capdevila Olivas</i>	
Capítulo 5. La importancia del manejo de los riesgos en salud mental.....	19
<i>Regina Carreras Salvador</i>	
Capítulo 6. La deshumanización del éxito.....	24
<i>Alexandra Chapado Andres</i>	
Capítulo 7. Un mal dia lo tiene cualquiera, incluso yo.....	28
<i>Teresa Eixarch Lanaspá</i>	
Capítulo 8. La traïció.....	31
<i>Georgina Feixas Orellana</i>	
Capítulo 9. Hablando se entiende la gente.....	34
<i>Mercedes Fernandez Serrano</i>	
Capítulo 10. A mí no me toca.....	37
<i>Mónica Góngora Vilardell</i>	
Capítulo 11. Seguimos estando en el mismo punto.....	41
<i>Mari Carmen Jurado García</i>	
Capítulo 12. Manténir-se assertiu davant la resiliència.....	45
<i>Meritxell López Hernández</i>	
Capítulo 13. No quiero dar el motivo.....	48
<i>Sandra Parés Tercero</i>	

Capítulo 14. De la Agresión a la Asertividad.....	51
<i>Francisco Jesús Pérez Moreno</i>	
Capítulo 15. Viaje en el tiempo.....	55
<i>Jaume Roca Sarsanedas</i>	
Capítulo 16. “En dejú?”.....	61
<i>Bibiana Ros Nebot</i>	
Capítulo 17. El abuelo.....	65
<i>Antonio Rosa Castillo</i>	
Capítulo 18. Porque lo digo yo!!.....	68
<i>Francisco Selva Freire</i>	
Capítulo 19. Evitando discusiones.....	70
<i>Maria Antònia Serra Barril</i>	
Capítulo 20. La autoridad.....	73
<i>Erika Sánchez Ortiz</i>	
Capítulo 21. Consecuencias de una comunicación tardía.....	77
<i>Mercedes Valentin Rodríguez</i>	
Capítulo 22. Suspende nunca fue tan difícil.....	81
<i>Àngels Vara Ortiz</i>	
Capítulo 23. Manejo de actitudes de equipo.....	89
<i>Concepción Vazquez Marmol</i>	
Capítulo 24. ¿Ganas tú o gano yo?, ni uno ni otro...que gane el paciente.....	92
<i>Maria del Mar de la Vega Castosa</i>	
Capítulo 25. ¿Y si me dedicara a la peluquería?.....	95
<i>Carmen Zamora Mediavilla</i>	

Capítulo 1. De la imposición al diálogo

Autor: Sonia Abenia Chavarria

Estilo de comunicación

La comunicación por parte de los implicados resulta inicialmente asertiva/ pasiva, pero a medida que se desarrolla, se modifica a agresiva / agresiva.

Asertiva / agresiva: Supervisora

Pasiva / agresiva: Equipo de enfermería.

Descripción de la situación

En la unidad de hospitalización llevábamos unos días de mucha carga asistencial. Nuestra planta es una Unidad dinámica. Los motivos de ingreso pueden ser desde una complejidad del tratamiento, a una progresión de la enfermedad. El tiempo de estancia media es de 8 días. Pero llevábamos prácticamente dos semanas continuas en la que los pacientes ingresados requerían una alta complejidad de curas y con un nivel de autocuidados bajo, por lo que resultaban muy dependientes. Todo ello conllevaba que tanto el personal de enfermería, como auxiliar de enfermería soportara una elevada carga física y emocional. El personal estaba irritable y manifestaba de forma continua la dificultad para asumir el trabajo de la unidad y de ofrecer calidad en los cuidados.

Dada la carga de trabajo existente, decidí solicitar a la Dirección de Enfermería y Recursos Humanos un refuerzo de enfermería de forma temporal. La respuesta fue la esperada. Entendían la solicitud, se hacían cargo, pero el refuerzo de personal no era posible.

A esta situación se sumó la complicación aguda de dos pacientes durante el turno de noche. En habitaciones consecutivas, por lo que estaban a cargo de una misma enfermera.

Ese día me levanté temprano, tenía el presentimiento de que iba a ser un día complicado. A las 7,30h de la mañana, horario en el que suelo llegar a la unidad de hospitalización, el turno de noche me explicó cual era la situación.

La distribución de trabajo en la Unidad siempre había sido por número de camas correlativos, de manera que cada enfermera llevaba entre siete y ocho pacientes. Dado que los pacientes más complicados estaban a cargo de una misma enfermera, decidí que se debían dividir los pacientes en función de las cargas de trabajo hasta que la situación se estabilizara.

Al llegar el turno de mañana, antes del cambio de turno, les comuniqué de forma impositiva, que era necesario una distribución de los pacientes por cargas de trabajo. Y los dividí a mi parecer, después de un análisis de la situación.

Inicialmente lo aceptaron sin cuestionar, pero a medida que pasaban los minutos empezaron a quejarse en el control de enfermería. Al darme cuenta que algo ocurría, acudí a aclarar la situación. Me argumentaban que nunca se habían distribuido los pacientes de esa manera y que no les parecía bien. Preferían continuar con la distribución habitual y ofrecer ayuda al compañero en caso de ser necesario.

A mí no me pareció bien, encontré un argumento poco sólido el echo de que siempre se hubiera echo de esa manera, así que me puse a la defensiva y poco abierta al diálogo. El tono de voz se elevó y también la tensión. Entramos en una discusión, en la que todo el equipo se posicionó en contra.

Dada la dificultad de llegar a un entendimiento satisfactorio para el equipo, opté por acceder a su solicitud de mantener la distribución habitual. Pero lo hice de mal gusto diciendo que no era lo que creía adecuado y que no viesen a quejarse de las cargas de trabajo, dí media vuelta y me marché de la conversación.

Resolución de la situación

Dada la discusión, y que finalmente accedí a su petición de no modificar la dinámica de trabajo, el equipo asumió las cargas, sin quejas. De forma progresiva se fue suavizando en ambiente.

Desde ese momento, y han pasado unos meses, no han vuelto a presentar quejas en cuanto a las cargas de trabajo.

Mi reflexión es que, en ocasiones, dependiendo el motivo, una actitud agresiva es eficiente para cortar una conducta no adecuada.

Otra reflexión es que a la hora de impulsar un cambio en la dinámica de trabajo, es mejor realizarlo de forma asertiva. Preguntando cual es su opinión, y analizando las cargas de trabajo y realizando una distribución conjunta. De esta manera el cambio habría sido mejor aceptado.

Elementos que identifican el estilo de comunicación

Comunicación verbal: Aumentar el tono de voz de forma progresiva.

Timbre mas estridente de lo habitual.

Ritmo de conversación rápido.

Comunicación no verbal: Expresión facial de enfado.

Sulfuración.

Gesticulación brusca.

Marchar de la conversación.

Mantener cierta distancia con el equipo durante la discusión.

Capítol 2. Tarda moguda a l'ASSIR

Autor: Lucia Alcaraz Vidal

Estil de comunicació.

Agressiu primer i assertiu en un segon temps.

Descrpció de la situació

Tarda tranquil·la a la consulta de l'ASSIR (atenció a la salut sexual i reproductiva). Tinc la meva programació de dones, com sempre: consultes de ginecologia, d'embaràs i de postpart. Alguna urgència que hauré d'anar visitant entremig de les visites programades. Treballar sola a la consulta et dóna força autonomia.

A les altres consultes hi visiten altres companyes llevadores i ginecòlegs/òlogues. Treballar amb aquest model és ideal en quant a la cobertura de l'assistència a les dones ja que, malgrat que els metges tenen la seva pròpia llista de dones per visitar, poden visitar les dones que visitem les llevadores en cas que aquestes necessitin una consulta mèdica.

Les llevadores sortim a la sala d'espera a buscar les dones que tenim a la llista. Aquest és un moment una mica difícil perquè moltes persones que estan esperant a la sala aprofiten que surt algú amb bata blanca per preguntar alguna cosa.

El que vull explicar va passar arran d'un d'aquests moments.

Una dona jove, acompanyada per la seva parella se m'atansa i em comenta que ha arribat uns minuts tard de l'hora que tenia programada, ha picat a la porta de la consulta del ginecòleg i no li ha respost ningú. Vol saber si el professional hi és. Miro el paper de la citació, constato que, certament, fa 5 minuts que tenia cita. Li dic que esperi un moment i vaig a la consulta del metge pel passadís tècnic que comunica totes les consultes per la part del darrere. A la consulta del Dr. X no hi són ni ell ni l'auxiliar. Hi ha el llistat de visites sobre la taula. Comprovo que la noia hi és amb una nota de no presentada. Decideixo deixar una nota sobre la llista explicant que la noia està a la sala d'espera i l'hora a la qual ha arribat. Altres companyes em comenten que el Dr. X i l'auxiliar H han sortit a berenar.

Surto a la sala d'espera i parlo amb la noia. Li explico que el metge en aquests moments no la pot atendre però que no trigarà.

Segueixo amb la meva consulta, ara amb cert retard.

30' després, en sortir la noia torna a atansar-se'm i a preguntar pel seu metge. Torno a entrar a a la consulta i encara no hi ha ningú. Surto de nou a parlar amb la noia i li dic que el gine està en una urgència (mentida!) i que trigarà una mica.

Ja començo a estar mosca. Segueixo visitant. Al cap d'uns 20' piquen a la porta del passadís tècnic. És el metge en qüestió, amb cara de pocs amics, que vol parlar amb mi. Acabo la consulta i acomiada la usuària. Surto a parlar amb ell. Al passadís hi ha altres companyes berenant. Davant la meva sorpresa, el Ddr.X comença a cridar-me i em qüestiona que hagi entrat a la "seva" consulta i hagi tingut la gosadia de deixar una nota. Em crida que la noia ha arribat tard i ara la pensa fer esperar més. Jo perplexa, intento donar explicacions. Difícil. No m'escolta. Torna a la seva consulta i jo a la meva. Estic al·lucinada i enfadada.

Una mica més tard, surto a fer un mos. Ell surt de nou i em crida que la noia li ha posat una reclamació i que era culpa meva. Això ja és massa! Li crido també, li dic que li ha passat per voler "castigar" la noia, que l'havia d'haver passat i no hi hagués hagut cap problema. Tot això a crits al passadís.

En fi, agressivitat per totes bandes. Cap diàleg ni ganés. El que em venen ganés és de fotre-li un mastegot. Penso que és un imbècil i un prepotent.

La cosa va acabar amb una reclamació al metge per part de la noia i una reclamació per part meva a la meva cap i a la cap de ginecologia.

Setmanes després, amb els ànims més calmats, el vaig convidar a un cafè al forn de davant de l'ambulatori. Vaig explicar-li com m'havia sentit i la incomprensió de la seva actitud. Ell va admetre que malgrat que continuava pensant que les persones que fan tard a la consulta es mereixen ser renyades-castigades la forma en com havia portat el cas no havia estat la més adient.

Segueixo pensant que aquest metge és un impresentable per això que va passar i per molts altres motius. Tanmateix, si havíem de continuar treballant porta amb porta calia que hi hagués diàleg i entesa. Per les dones i per mi.

Resolució de la situació

Es va resoldre setmanes més tard, de forma assertiva. Vaig proposar parlar de la situació viscuda fora de la feina. Vaig explicar com em vaig sentir, ell em va escoltar i jo el vaig escoltar.

No som amics ni ho serem mai però la relació és respectuosa.

Elements que identifiquen l'estil de comunicació (verbals i no verbals)

Agressiu

cnv:

Picar la porta fort.
No mantenir les distàncies.
Gesticulació amenaçant.

CV:

To alt de veu i crits.
Paraules ofensives.
No deixar parlar l'altre.
To burleta en algunes frases.

Assertiu

CNV

Actitud d'escolta activa.
Gestos de comprensió durant el diàleg.
Mirar els ulls.

CV:

Voler parlar del conflicte.
Expressar el desacord.
Buscar punts comuns en el discurs.

Capítulo 3. Comunicación ineficaz con los familiares en pacientes en situación de final de vida

Autor: Adela Amat Huerta

Estilo de comunicación

Agresivo: Familiar de paciente terminal, que estalló por las emociones.

Asertivo: La supervisora (yo), que le escuché intenté buscar soluciones y al mismo tiempo proteger a los profesionales de su agresividad verbal.

Descripción de la situación

El día anterior había ingresado en la unidad un paciente procedente de otra unidad donde había estado un mes mientras le hacían pruebas. Una vez diagnosticado el equipo médico que lo llevaba decidió trasladarlo a nuestra unidad, ya que es la unidad de referencia para este equipo médico.

Al segundo día de estar el paciente en la unidad observé que el hijo caminaba nervioso por la unidad desde una punta a la otra, incluso hasta llegar a la sala de familiares y volverse, iba de un lado a otro hablando por teléfono en un tono alto, prácticamente gritando para que le oyera todo el mundo. Durante diez minutos le estuve observando como preguntaba a varias personas las mismas cosas, primero a una enfermera, luego a otra, a una auxiliar, a otra persona que encontró en el control de enfermería, sin soltar el teléfono. Y como con la expresión de su cara demostraba que no estaba conforme con las respuestas que le daban.

Viendo que empezaba a utilizar un tono más agresivo al dirigirse al personal y que sus respuestas eran ofensivas decidí intervenir.

Fui hasta la habitación donde estaba ingresado su padre, lo saludé, hablé con él de cómo se encontraba, si tenía dolor, mientras hacía una valoración del entorno y de la situación actual del enfermo, aunque conocía el caso. Mantuve una conversación animada con él y su compañero de habitación. Al salir el hijo me siguió hasta fuera de la habitación, con una expresión de crispación y me miraba fijamente. En la misma puerta de la

habitación me preguntó de forma brusca, si yo sabía que tenía su padre y que tuviera cuidado de que no se me fuera a escapar nada, porque ellos no querían que él supiera lo que tenía. El día antes del traslado a la unidad les habían informado de que su padre padecía una enfermedad terminal, y que lo único que podíamos hacer por él era controlar que no tuviera dolor y hacer que estuviera lo más confortable posible.

Le pregunté su nombre y dirigiéndome a él por este, la invité a que viniera a mi despacho para que pudiéramos hablar más tranquilos y que así su padre no nos oiría.

Cuando llegamos al despacho, le ofrecí una silla para que se sentara pero no quiso, prefería estar de pie. Para dar pie a que me explicara que le estaba pasando le dije:

-“CCC veo que estás muy nervioso y que lo estás pasando mal. ¿Hay alguna cosa en la que te pueda ayudar?”-

En ese momento estalló, y empezó a gritarme que no tenía ni idea de lo que estaba pasando, que desde que había llegado a esta unidad todo se estaba haciendo mal, que las enfermeras no se enteraban de nada de lo que había que hacer, que los médicos nos habían ordenado hacer cosas que no habíamos hecho, que no sabíamos hacer las cosas...etc. Estuvo gritando y desgranando queja tras queja durante 10 minutos, mientras yo le escuchaba. Se mantenía de pie, hacía gestos con las manos y apoyaba bruscamente las manos en la mesa haciendo ruido y enfatizando las cosas con pequeños golpes con el pie.

Alguna vez que intentaba intervenir me cortaba diciendo:

-¡“Y tú te callas! Que ahora hablo yo”.

En su argumento explicaba que ya sabía lo que tenía su padre, que estaba dispuesta a tomar el toro por los cuernos, pero que no entendía porque no le hacíamos más pruebas y más cosas. Y que los médicos le decían que estaba bien, pero que ella no veía a su padre mejorar. Que les decíamos que le habían pedido más pruebas pero que nadie tenía ni idea de cuando se las iban a hacer. Que cada vez que preguntaba cada persona le daba una información distinta. Y que ellos eran los que nos tenían que decir las cosas que teníamos que hacer porque no nos enterábamos.

Resolución de la situación

Cuando el tono se fue apagando y terminó, quería irse, le comenté que si quería después o al día siguiente volviera y hablábamos de todos esos puntos que había mencionado para poder ver que podíamos hacer. Tras una breve pausa no se fue, se sentó en la silla que le había ofrecido y empezó a llamarme por mi nombre mientras desgranábamos todas las situaciones que le parecían mal. En muchos puntos había habido una comunicación ineficaz entre los profesionales y la familia y en otros había habido interpretaciones erróneas. En primer lugar en la preparación para la prueba que tuvo el primer día al llegar a la unidad, vinieron a buscarlo antes de la hora y no estaba preparado, pero se hizo lo antes posible y lo bajaron antes de la hora prevista. Pero nadie les había informado del cambio de hora. Nadie le podía informar porque nadie nos había avisado a nosotros tampoco. Se realizó la preparación según el protocolo de nuestra unidad, que según ella era diferente y que el correcto era el que le habían hecho en la otra unidad la semana anterior. La diferencia consistía en que allí le pusieron la bata verde y aquí la poníamos blanca. Durante la prueba presentó una complicación de causa médica que requirió que al subir necesitará control intensivo de constante y transfusión. Al día siguiente nadie les informó que ya no precisaba de estos controles y ellos interpretaron que la enfermera, desconocía su trabajo. Todas estas situaciones que ocurrieron en el primer día, tras la información del mal pronóstico y traslado de unidad, habían creado una sensación de desconfianza en el equipo asistencial, así como una búsqueda de información en todos los profesionales sin confiar en lo que se les decía.

Mientras la escuchaba me di cuenta que la familia había llegado a esta situación porque no habíamos sido capaces de mantener una comunicación eficaz y adaptada a sus necesidades según el momento que estaban viviendo.

Estuvimos hablando durante una hora, finalmente más tranquilo y convencido, manifestó su voluntad de dar una oportunidad a los profesionales que cuidaban a su padre.

Durante el resto del ingreso se presentaron nuevas situaciones en que las emociones la desbordaron y nuevamente se produjeron situaciones de comunicación agresiva. Para minimizar el impacto que estaba teniendo sobre los profesionales y evitar que se dieran informaciones diferentes se acordó que solo un médico informara, que la unidad de

cuidados paliativos y psicooncología nos hiciera apoyo en el seguimiento del caso y que solo las enfermeras responsables del enfermo dieran explicaciones o información a la familia, evitando que fueran preguntado a otros profesionales y que hubiera malos entendidos.

Elementos que identifican los estilos de comunicaciones (verbales y no verbales)

Componentes que identifican la comunicación agresiva, respecto a la comunicación no verbal pude observar los siguientes aspectos permanecer de pie, en constante movimiento, mover mucho las manos y dirigirlas hacia el receptor. Aproximarse excesivamente a la persona, mantener la mirada fija y expresión facial de crispación, rigidez. Respecto a la comunicación verbal; el tono, el volumen alto, las frases cortantes, hablar sin pausas para no permitir que le interrumpiera.

Componentes que identifican la comunicación asertiva: las no verbales intentar permanecer calmada, mostrar interés con gestos de asentimiento por lo que me estaba explicando. Evitar mostrar una barrera física al colocarme junto a ella en vez de ponerme al otro lado de la mesa en mi despacho. Aspectos de la comunicación verbal: Hablar con un tono tranquilo y conciliador. Ofrecerme yo en primer lugar para que me explicara que le ocurría. Dejar que hable y que agote sus argumentos. Dar opción a seguir luego con la conversación para intentar acercar posiciones.

Capítulo 4. Asalto al corporativismo

Autor: Montse Capdevila Olivas

Estilo de comunicación

El estilo de la comunicación es agresivo y pasivo, no hay resolución de la situación.

Descripción de la situación

Hacia doce horas que no parábamos, mis compañeras y yo no recordábamos un día igual de tanto trabajo, llegaba la hora de marchar y dejar en la contienda todo el nerviosismo, desasosiego y preocupación de no poder llegar a asumir todas las necesidades que el servicio demandaba sin parar y sin ningún tipo de compasión.

La coordinación de recursos sanitarios pasa por muchos momentos de inflexión, pero aquel día no habíamos tenido ni un momento de respiro.

La gente de la noche entraba fresca, tranquila, descansada, con fuerzas. Son diferentes, siempre lo he creído, su presión laboral es diferente, no me digáis porqué, sé que es así... afrontan las situaciones con una gran diferencia en tranquilidad y paciencia. Aquel día quería salir rápido, llegar a casa y que me recibieran mis peques, les quiero tanto... sus abrazos me compensan cualquier estado de malestar.

Esperaba en mi mesa a la compañera de noche, pero no llegaba, todos estaban ocupando sus lugares y los compañeros del turno de día se iban despidiendo. Marc estaba frente a mí i le vi la cara de agobio al ver los servicios pendientes, me miró y resopló... le explique la situación que habíamos tenido durante todo el día, la falta de unidades, hospitales colapsados, retenciones de ambulancias, traslados demorados por falta de recursos...La justificación no era muy tranquilizante y la perspectiva de la noche no era muy buena.

Pasaban los minutos y mi compañera Sara no llegaba, de pronto sonó el teléfono del jefe de guardia y noté que me miraba... pensé: buff, a ver; se me acercó y me comentó si podía quedarme hasta la llegada de Sara que estaba retenida en la autopista y no tenía posibilidades de salir. Mi cara lo decía todo, pero evidentemente no iba a decir que no, y ahí me quedé. La verdad, no me apetecía nada y ya me había hecho a la idea de marchar y estar en casa tranquila, pero con todo aquel caos no era la mejor opción.

Marc se sentaba al lado de Javier, el ayudante de supervisión, entre las pantallas de ordenadores que nos separaban pude escuchar su siseo, estaban los dos comentando un servicio de mi turno, no logré saber que era, continué con mi trabajo.

Javier cogió el teléfono: “Buenas noches unidad 23, soy Javier de noche el ayudante de supervisión...” “No conseguía escuchar muy bien, había ruido en la sala, pero sospechaba que podía ser.

Sobre las cinco de la tarde salió un servicio de traslado del Hospital Santa Ana de Orense para bajarlo a Verín, era bastante urgente, no por la patología del paciente ya que el traslado era al hospital de referencia por su lugar de residencia, era por dejar camas libres en el Hospital de Santa Rosa y poder así ingresar un nuevo paciente. Se le asignó el servicio a la unidad 23, era la única que podía realizarlo sin tener que plegar tarde, iba a ir justo pero una vez comentado con la misma unidad y al estar también ellos de acuerdo realizaron el servicio. El servicio se complicó, el hospital referente no tenía la historia preparada lo cual demoró el servicio y el hospital receptor en Verín no tenía la habitación preparada, un cúmulo de despropósitos que hacía que la unidad 23 finalmente no plegara a la hora. Yo personalmente estaba en contacto con ellos durante todo el servicio, sabiendo en todo momento lo que estaba sucediendo, y tenía constancia por parte de la unidad que no había problema, ellos asumían que a veces ocurren estas cosas, por tanto daba por hecho que ya estaba todo más que hablado. Hemos de considerar que estas unidades no son propias de la empresa, por tanto no son personal propio, no quería pensar en la mala imagen que esto podía ocasionar de la central.

Javier continuaba hablando con ellos: “... de verdad, me sabe muy mal y esto no ha sido bien gestionado, no puede ser que se os asigne un servicio a Verín a las cinco de la tarde... Yo no lo hubiera hecho nunca, desde luego que dejaré constancia...”

Javier se iba recreando en su conversación, dejándonos a los de turno de día como unos malos profesionales y disculpándose continuamente por lo que había pasado y dejando bien claro que él nunca lo hubiera hecho.

Yo notaba poco a poco como por dentro me iba subiendo un calor que iba a explotar como un volcán en cualquier momento.

Javier:”... pues nada chicos, os pido mil disculpas por lo sucedido... cualquier cosa contar conmigo... Buenas noches.”

En ese momento me levanté de la mesa, lo miré fijamente y sin casi respirar empecé mi discurso: “me parece Javier fuera de lugar tu conversación con la unidad 23, me parece una falta de respecto a mí y a mis compañeros tus palabras y me parece una falta de delicadeza que estando yo presente no te cortes un poco para hablar. No tienes ni idea como ha ido el día, ha sido horrible, no teníamos unidades y este servicio se tenía que hacer sí o sí, creo que te has pasado, y me duele que un compañero hable así de nuestro trabajo... además estoy delante tuyo, en ningún momento me has preguntado si sabía de qué iba el servicio, simplemente te has hecho tu historia sin más y sin tener en cuenta otra visión. Yo he llevado el servicio, y sé de qué va todo, me tendrías que haber preguntado a mí antes de llamar a la unidad y dejarnos por el suelo, no has sido correcto...”. No podía parar de hablar y de hacerle ver lo mal que me parecía su intervención, me sentía decepcionada, yo no lo hubiera hecho nunca.

Javier se levantó y no sabía que decirme, lo vi cohibido e intentó justificar sus palabras. No recuerdo lo que me decía, yo no podía tolerar lo que había hecho, me parecía grave, no podemos culparnos entre nosotros, no entra en mi idea de trabajo en equipo. Se acercó a mí y me llamó para que me retirara con él y hablar, me giré y le dije: ahora no Javier, ahora no quiero hablar. Él se retiró a su sitio y no volvimos a comentar nada.

Sara llegó al rato, gracias a Dios, no soportaba estar allí más, no podía acabar peor el día. Llegué a casa con sensación desagradable de lo que había ocurrido, pero tenía claro que para mí Javier ya no iba a ser el mismo y que no quería hablar con él, tuve suficiente con sus comentarios a la unidad, no me lo podía arreglar de ninguna manera, había dicho lo que había dicho, sin más.

Entré en la habitación, y allí estaban mis angelitos, dormidos, con ese olor a inocencia que no dejaría de respirar nunca, los observé, les da un beso de buenas noches y la paz sobrevino.

Resolución de la situación

No ha habido resolución de la situación, ya que no he querido hablar con esta persona sobre el tema, considero que no hay manera de justificar sus palabras. Me parece una falta de respeto hacia mí y mis compañeros que otro compañero critique la manera de trabajar.

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

Comunicación verbal: en todo momento hablo en un tono poco armonioso y con un volumen que va aumentando de manera rápida. Ni un silencio, en ningún momento dejo de hablar. Muy segura de mí discurso.

Comunicación no verbal: Me levanto de la mesa para hablar al compañero.

Gesticulo bastante.

Expresión facial es de enfado.

Postura cerrada

Capítulo 5. La importancia del manejo de los riesgos en salud mental.

Autor: Regina Carreras Salvador

Estilo de comunicación

Estilo de la comunicación asertivo

Descripción de la situación

La situación que a continuación se detalla, trata de explicar una de las funciones menos agradables que un responsable, supervisor, coordinador o jefe de unidad debe llevar a cabo, y es la de comunicar a una persona que hace suplencias, que no trabajará más porque la valoración de los días trabajados no es apta. En concreto, el caso que motiva este autoanálisis reflexivo del estilo de comunicación del jefe de la unidad en el momento de comunicar la decisión de no continuidad, es el de una persona que desde el inicio de su contrato de suplencias en la unidad de hospitalización, surgen continuas quejas de su compañera por iniciativas, actitudes y comportamientos que lleva a cabo en el trabajo que son inadecuados y potencialmente yatrogénicos.

La unidad de hospitalización pertenece a la especialidad de salud mental y como tal, la dinámica, funcionamiento y prestación de los cuidados tiene entre otros objetivos, el de identificar posibles riesgos para las personas hospitalizadas; como por ejemplo, detectar precozmente posibles conductas imprevistas que puedan motivar agresividad verbal, física hacia uno mismo o los demás, así como observar posibles riesgos autolíticos para trabajarlos y poner en marcha un plan de actuación. En esta unidad, hay un enfermero especialista en salud mental y un técnico en cuidados auxiliares enfermeros por turno; si uno de los dos no ha trabajado nunca en la unidad, tiene la consigna de seguir las indicaciones del compañero. En este caso, la persona que empezó de suplencias, desde un inicio no siguió las indicaciones de los diferentes compañeros que tuvo. Tras unas semanas de trabajo y de no modificación de la conducta del trabajador, el jefe de la unidad la llamó por teléfono y le pidió que se presentara media hora antes del inicio de su jornada para hablar en el despacho.

Resolución de la situación

Antonia: Buenas tardes Jorge, muchas gracias por venir antes de tu hora.

Jorge: Buenas tardes.

Antonia: Jorge, siento comunicarte que por ahora no harás más suplencias aquí; te elegí por tu formación en salud mental pero me equivoqué porque en esta unidad no hay un compañero de la misma profesión de quién aprender y esto dificulta que puedas llevar a cabo el trabajo en planta. Es por esto que se ha decidido finalizar tu contrato en esta unidad, hablaré con los jefes de unidad de salud mental dónde hay más compañeros de tu profesión para que cuenten contigo si surge alguna cobertura de varios días seguidos para que puedas aprender a trabajar en salud mental. Pienso que si pudiéramos darte la oportunidad de aprender con un compañero que te supervise, sería una opción para saber si funcionas en salud mental ¿compartes mi opinión?

Jorge: Pero, ¿qué ha pasado? No estoy de acuerdo. Yo quiero trabajar aquí.

Antonia: Han pasado varias cosas que me han hecho comunicarte esta decisión. En primer lugar, como te expliqué en la entrevista que tuvimos hace un mes, se trata de una unidad en la que necesitamos profesionales que funcionen de manera autónoma puesto que sólo hay dos personas trabajando. Es cierto que tu motivación e interés por la salud mental me llevaron a ofrecerte estas suplencias, pero he hablado con las personas que has trabajado y me han explicado las dificultades con las que se han encontrado trabajando contigo.

Jorge: ¿Qué he hecho mal?

Antonia: Creo que no se trata de actuaciones que has hecho mal, sino que tras explicarte cómo se deberían hacer, cuando vuelven a ocurrir, tu actuación no cambia y a pesar de volver a explicarte cómo hay que proceder, tu conducta es la misma. Sinceramente, creo que es falta de experiencia para poder entender el porqué de las intervenciones y sobretodo, en esta unidad es fundamental detectar posibles riesgos para evitar que sucedan. Si uno no los conoce, es muy difícil que los pueda detectar y durante los días que has trabajado han habido posibles riesgos que no has detectado.

Jorge: ¿Cuáles?

Antonia: Por ejemplo, un paciente te solicitó hacer una llamada desde la unidad. Muy bien porque preguntaste al compañero cómo hacer en este caso, te lo explicó y al rato el compañero entra en la enfermería y se encuentra al paciente solo dentro de la enfermería.

Jorge: Me dijo que le podía dejar nuestro teléfono inalámbrico para llamar porque no tenía dinero para utilizar el de la cabina.

Antonia: Sí, es cierto pero te dijo que le acompañaras y él se lo encontró sólo en la enfermería.

Jorge: Pero me llamó otro paciente para que le abriera el armario de la habitación que lo tenía cerrado y necesitaba su bolso para salir de permiso.

Antonia: Jorge, en esta situación ¿cómo crees que se hubiera podido actuar de otra manera más adecuada?

Jorge: No lo sé.

Antonia: La enfermería es el lugar dónde está el estoc de medicación de la unidad, por no decir utensilios potencialmente peligrosos, si se ha decidido entrar a un paciente para hacer una gestión siempre tiene que haber un profesional con él, si éste tiene que salir porque prioriza que hay una intervención que no puede esperar, hay que comunicar al paciente que salga y que continúe hablando en un lugar dónde no exista el riesgo de sobreingesta medicamentosa, etc. Insisto, estoy convencida que es falta de conocimiento y es probable que ni se te pase por la cabeza lo que te estoy planteando pero en salud mental no se pueden cometer estos errores porque pueden acabar en un riesgo importante para el paciente o los profesionales.

Jorge: No volverá a suceder.

Antonia: Te he explicado este ejemplo de desconocimiento del potencial de riesgo para que intentes tomar conciencia de la necesidad de aprendizaje de práctica asistencial y en esta unidad no es posible llevarlo a cabo.

Jorge: Pero a mi me gusta la salud mental.

Antonia: Lamento decirte que no es suficiente que te guste la salud mental, es un óptimo punto de partida pero es necesario aprender habilidades y actitudes que junto al

conocimiento del curso de las enfermedades permiten ser competente en salud mental y para esto se necesita tiempo. Sería ideal disponer de un tipo de contrato de formación para que pudieras estar a más a más junto a un equipo para aprender pero actualmente no disponemos de esta opción. Si en algún momento surge la opción te avisaremos.

Jorge: Entonces, los días que recursos humanos me habían dicho para la semana que viene, ¿los haré?

Antonia: Esta tarde te llamarán de recursos humanos, hoy es tu último día aquí, como te he explicado si surge la opción de contratarte en una unidad donde hay más personal que pueda formarte, te llamaremos.

Jorge: ¿Pero por un error ya no voy a trabajar más?

Antonia: Entiendo que no es agradable lo que te estoy transmitiendo pero no se trata de un error, se trata de que en esta unidad no podemos tener personas trabajando que desconozcan los riesgos que existen en salud mental. Es cuestión de seguridad del paciente, afortunadamente son muy poco frecuentes los incidentes graves en salud mental pero cuando ocurren y se revisa el incidente, es inadmisibles que haya sucedido por desconocimiento de un profesional, espero que entiendas lo que te estoy explicando ¿Te planteas qué hubiera podido pasar si el paciente que se quedó solo en la enfermería hubiese tenido ideas de suicidio con fármacos?

Jorge: Lo entiendo y hubiera podido pasar una desgracia.

Antonia: Espero que esta conversación te pueda servir de reflexión y oportunidad de aprendizaje, puesto que insisto en qué me equivoqué al elegir una persona sin experiencia para una unidad en la que está sola en muchas intervenciones. Espero que puedas reiniciar tu actividad profesional en una unidad de salud mental en la que hayan otros profesionales para enseñarte.

Jorge: De acuerdo, muchas gracias.

Antonia: De nada y mucha suerte.

Elementos verbales y no verbales que identifican el estilo de comunicación

El principal elemento verbal es el contenido en primera persona que lleva a cabo el jefe de la unidad, Antonia cuando informa de la situación enfatiza lo positivo y la oportunidad de aprendizaje que se le presenta a Jorge planteando de otra manera de resolver sus dificultades. A lo largo de la conversación Antonia verbaliza algún refuerzo positivo a Jorge “muy bien en preguntar” “que a uno le guste la salud mental es un óptimo punto de partida” propio de un estilo asertivo de comunicación, también intenta dar opción a un discurso abierto a través de alguna pregunta abierta para permitir la expresión de sentimientos de Jorge a quién reconoce pronunciando su nombre al inicio de la conversación. Cuando Jorge pregunta sobre qué errores ha cometido, Antonia pretende no entrar en discusiones improductivas y le explica la situación con el potencial más grave para que reaccione y pueda darse cuenta de la gravedad del problema, hace hincapié en la actitud y la necesidad de formación para detectar posibles riesgos.

En cuanto a elementos no verbales, destacar el contacto ocular directo que se mantuvo durante la conversación, mostrando una expresión facial amistosa, con algún contacto físico de coger del brazo a Jorge para que se sintiera reconfortado de que esta decisión es un bien para el mismo, una oportunidad para adquirir competencia profesional y evitar errores. En todo momento se utilizó un tono de voz agradable, cordial, pausado y conciliador ofreciendo pausas y silencios para la reflexión.

Capítulo 6. La deshumanización del éxito

Autor: Alexandra Chapado Andres

Identificación del estilo de comunicación

Estilo agresivo: Enfermera

Estilo pasivo: Alexandra

Estilo asertivo: Alexandra

Descripción de la situación

En la unidad donde trabajo, la UCI de un hospital de tercer nivel, los equipos de enfermería de los tres turnos, mañana, tarde y noche, se componen de 5 enfermeros/as y dos auxiliares de enfermería. La UCI está formada por tres unidades, con un total de 15 enfermeros/as y 6 auxiliares de enfermería por turno, sin contar con los tres equipos médicos a cargo de las tres especialidades que tratamos, estos son: equipo de medicina intensiva, equipo de anestesia y equipo de cardiología. Como puede imaginarse uno, son unidades donde trabajan un gran número de profesionales y por tanto, es relativamente sencillo encontrar a personas que cumplen con el perfil de estilo agresivo, pasivo, manipulador, intelectual y asertivo. A continuación nos centraremos en una persona que se identifica con el estilo agresivo.

Esta persona trabaja durante el turno de tarde, de 14h a 21h, con lo que recoge el cambio de turno de enfermería de la mañana y da el cambio al turno de noche. Cada enfermera del turno de tarde intenta recibir el cambio de enfermería de los pacientes que están a su cargo, pero, la gran mayoría de las veces, escuchas a las compañeras de la mañana para que puedan plegar de su jornada laboral y, una vez han explicado sus pacientes a todas las enfermeras de la mañana, las de la tarde hacemos mesa redonda y por orden de Box (las habitaciones donde se encuentran los pacientes) vamos comentando el estado y novedades de cada uno de los pacientes. Pues bien, este es el momento donde la persona en cuestión realiza comentarios respecto a las enfermeras que le ha dado el cambio de manera despectiva, con tono irónico y altivo, como si no tuvieran ni idea del trabajo realizado o dejaran a los pacientes con múltiples tareas por realizar y totalmente desamparados. Es obvio que estos comentarios son sobre

compañeras más “débiles” que ella; que llevan trabajando menos tiempo y que nunca se han enfrentado a ella por tener unos caracteres menos agresivos. Es cierto que esta persona cuyo comportamiento define a la perfección el estilo agresivo, posee un amplio conocimiento sobre el tratamiento y patología del tipo de paciente que se trata en la UCI y por ello, muestra una actitud de indiferencia hacia los conocimientos del resto de compañeras mostrándose en un estatus superior, muchas veces al criterio médico. Deja en evidencia tanto a compañeros enfermeros/as como médicos/as, usando términos despectivos, críticos, incluso humillantes y burlescos.

El conflicto que me afectó directamente como persona y profesional fue el siguiente: justo habían pasado unos 15 minutos desde que llegamos a la unidad, eran las 14:15h aproximadamente, que nos avisan de la entrada por la puerta del segundo quirófano de la mañana. Este paciente iba a ser adjudicado a la enfermera de quien nos referimos porque ocupaba el box que llevó el día anterior, y porque siempre procura hacerse cargo de algún quirófano si las condiciones lo permiten. El caso es que entré con ella y dos auxiliares más al box para ayudar y agilizar los primeros cuidados más inmediatos para poder terminar el cambio de enfermería. Éramos unas tres enfermeras y dos auxiliares dentro del box, lo que ya amenazaba la tranquilidad de su enfermera a cargo, pero realizábamos cada una tareas independientes de manera que no nos interferíamos en el trabajo. Con la tensión del momento, viendo que la compañera en cuestión se iba angustiando porque “todo debe realizarse como ella quiere”, quise extraer la analítica sanguínea post-intervención y enviarla, para desalojar el box, a no ser que me necesitara para alguna otra tarea. Existen dos accesos venosos para realizar dicha extracción, dependiendo de la enfermera, cada una utiliza el que le resulta más cómodo o de mejor acceso en el momento del ingreso en el box. Realice la extracción del acceso erróneo; por cánula arterial, en lugar del introductor central. Este hecho, que ella no pasó por alto hizo que me alzara la voz, delante del resto de compañeros que estaban dentro del box, para decirme que *“quien me había enseñado a realizar la extracción de un paciente post operado de cirugía cardiaca por el acceso arterial. Que si no tenía idea de cómo se hacían las cosas mejor no entrara en los boxes”*. Utilizó un tono elevado y agresivo, con una expresión facial de enfado, indignación, seriedad, gesticulando con la mano elevada con un punto amenazador y con aires de superioridad. No utilizó insultos, esta vez, pero no fue necesario, hizo uso de un tono y actitud despectivo, de desprecio y humillación. Todas las personas que estábamos en el box ya la conocemos y en muchas

ocasiones me avisaron de cómo reacciona si no actúa como ella considera, sobretodo cuando se trata de sus pacientes. Durante ese momento tan corto y, a su vez, tan intenso, permanecí en silencio asimilando la escena e intentando no hundirme en lo más profundo de mi existencia.

Resolución de la situación

Encontrar el momento para hablar con ella no fue nada sencillo porque el resto de la tarde estubo distante conmigo y, en general, con el resto de compañeras. Mi estado de desánimo se fue recuperando gracias a las palabras de consuelo y ánimo del resto de compañeros.

Hacia el final de la jornada laboral, ya olvidado el percance de primera hora, almenos aparentemente, aproveché un momento en el que coincidimos saliendo de la unidad para ir al servicio y hablé con ella. En primer lugar le hice ver que es reparable tanto su maera de trabajar como la mía u otras compañeras y que, no por realizar las cosas de distinta manera era necesario tal comentario fuera de tono delante de los compañeros. En todo caso, si alguna actuación mía o coportamiento le resultaba inapropiado podía decrimelo en privado y con otras palabras y entonación, ya que, con su actitud lo único que conseguía era perder credibilidad y dejarse en evidencia delante del resto de compañeros. En definitiva, intenté no desacreditarla ni dañar su manera de hacer, pero le hice ver que su actitud no le aportaba nada bueno y que era más productivo otro tipo de comportamiento más asertivo.

Su actitud, mientras le expresaba lo que, sentía era de escucha pero no precisamente activa, sin embargo me verbalizó que tendría en cuenta mis palabras. Después de este incidente no volví a tener otro con ella, también es cierto que he procurado cruzarme con ella lo mínimo e indispensable.

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

Comunicación verbal: Tono elevado de voz y agresivo, con una actitud despectiva, de desprecio y humillación. Expresar verbalmente: *“quien me había enseñado a realizar la extracción de un paciente post operado de cirugía cardiaca por el acceso arterial. Que si no tenía idea de cómo se hacían las cosas mejor no entrara en los boxes”*.

Comunicación no verbal: Levantar la mano con un punto amenazador y aires de superioridad. Expresión facial de enfado, indignación y seriedad.

Capítulo 7. Un mal día lo tiene cualquiera, incluso yo.

Autor: Teresa Eixarch Lanaspá

Estilo de comunicación

Agresivo-assertivo. Creo que en el primer momento por mi parte fui asertiva, reformulando, ofreciendo alternativas y argumentando el porqué de la decisión tomada. Por parte de la otra persona fue una comunicación agresiva a lo que yo respondí de manera agresiva también.

Descripción de la situación

Como objetivo de la unidad, una enfermera de cada turno tenía que revisar una caja de instrumental, eligieron la caja de laparotomía para consensuar que piezas debería haber en la caja, añadiendo o quitando instrumental. Este trabajo lo consensuaron con el equipo médico que realiza las intervenciones a diario.

Se formaron varios grupos para revisar las diferentes cajas. María, una enfermera quirúrgica muy experta participó en uno de los grupos. El resto de enfermeras aceptaron todas las revisiones, algunas realizaron propuestas de cambio que unas fueron aceptadas por el grupo y otras no se modificaron llegando a acuerdos.

Cuando se discutió sobre la caja de laparotomía, María dijo que había que poner más instrumental pero el resto coincidió en que estaba correcta. Se volvió a hablar con los cirujanos especialistas en laparoscopias y también la dieron por buena. Mi intervención con el grupo fue de mantenerla como había quedado y como y si veíamos que faltaba algo la revisaríamos y se añadiría. María no estuvo de acuerdo con esta opinión y vino a buscarme para hablar conmigo. Le dije que en breve la iría a buscar para hablar porque tenía un asunto por terminar y era urgente. Al rato fui a buscarla y de malas maneras entró en el despacho en tono elevado diciendo que lo que ella proponía era lo adecuado y que cambiaría el instrumental de la caja, cosa que le dije que por respeto al trabajo de sus compañeras creía que no debía hacerlo. Se levantó y se fue a sus actividades.

Al cabo de unos días había cambiado el contenido de las cajas a lo que sus compañeras vinieron a contármelo, ya habían hablado con ella y no entraba en razón. El resto

estaban muy enfadadas con ella y además manifestaban que no iban a colaborar conmigo en nada más si no intervenía y hacía que volviera a dejar la caja como estaba.

Resolución de la situación

En ese mismo día consideré que no iba a poder hablar tranquilamente con ella, pues ya se había discutido acaloradamente con sus compañeras y posiblemente no iba a escucharme.

Al siguiente día de trabajo, nada más llegar, la llamé para que viniera al despacho. Lo hice nada más llegar para que no tuviera ningún encontronazo con el resto, así no habría discutido y por otra parte las compañeras no pensarían que yo estaba dejando pasar la situación.

Una vez sentadas, le pregunté cómo se sentía y me contestó que todas estábamos en contra de ella. Le pregunté si realmente creía que estábamos en su contra. María se puso muy nerviosa atacándome y acusándome que hacía caso a las demás cuando ella era la más experta. Le contesté que se habían formado diferentes grupos y cada uno de ellos había revisado una caja y habían consensuado el contenido de las mismas, que la que habían revisado su grupo también se había consensuado por todos los miembros del equipo enfermero y médico y que debía dejarla como se había quedado. Su respuesta fue que ya la había cambiado y que si la volvían a rehacer, la desmontaría de nuevo y que ella era la más veterana y eso le daba el poder de hacerlo...su intención era de marcharse sin dejarme decir nada pero la advertí que se sentara de nuevo y me escuchara. Yo empecé a subir el tono de voz y ya de manera más seria le dije que la caja estaba revisada y quedaba de esa manera y que si la volvía a cambiar le haría un parte a dirección y se atendería a las consecuencias, además que la consideraba una persona muy válida profesionalmente pero nada válida como compañera. Entonces María se puso a gritarme, diciendo que la estaba amenazando y que esto no iba a quedar de esta manera, se marchó del despacho dando un portazo, me levanté fui detrás de ella y le dije que era una maleducada.

Esto fue en el pasillo y lo oyeron sus compañeras. Todo el mundo puede tener un mal día, incluso yo.

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

Estilo asertivo:

CV: Dar información, ofrecer alternativas, argumentar, preguntar, posponer la conversación.

CNV: Mantener un acercamiento físico prudente, mirar de forma que la invite a dialogar, utilizar las manos de manera suave.

Estilo agresivo:

CV: No dar alternativa, utilizar tono de voz elevado.

CNV: Postura hacia adelante y con los brazos cruzados, levantarse de golpe, dar portazo

Capítol 8. La traïció

Autor: Georgina Feixas Orellana

Estil de comunicació

L'estil de comunicació va canviant en la mesura que van tenint lloc les diferents converses que anem trobant al llarg del relat.

Pel que fa al desenvolupament, l'estil de la comunicació es manté assertiu, però un cop assolim la resolució de la situació, aquest canvia i es transforma en un estil més agressiu-assertiu en ambdues parts implicades.

Descripció de la situació

En la situació que presentaré intervenen dos actors, jo mateixa i una companya meva de la feina, a la que he volgut anomenar Clara. La Clara és infermera i té l'especialitat de llevadora. Abans d'aquesta experiència la identificava com una noia intel·ligent i sincera i manteníem una relació cordial de companyes de feina.

Per tal de contextualitzar la nostra situació laboral, cal afegir que la Clara va denunciar a l'hospital i li van adjudicar una plaça al servei on jo estava treballant des de feia més de deu anys, mentre que la meua plaça d'aleshores estava vinculada al servei de Neonatologia i cap l'any 2012, degut a la crisi, van decidir eliminar-la. En aquell moment vaig quedar com a excedent del servei de Neonatologia i, al no haver-hi lloc per a mi dintre d'aquest servei vaig ser ressituada al servei d'Obstetrícia i Ginecologia.

La situació es va desenvolupar així. La Clara va venir a parlar amb mi i em va proposar un canvi de servei, ja que ella preferia estar a obstetrícia, atès que era llevadora. Això em permetria a mi tornar a Neonatologia. La idea em va semblar positiva, ja que tal i com estava la situació laboral a l'hospital no semblava senzill que pogués retornar al meu servei. La Clara em va plantejar fer una carta al cap d'infermeria amb la nostra proposta i que la signéssim totes dues.

Vaig prendre la iniciativa i vaig redactar la carta. Al mostrar-li va fer notar alguns defectes i vaig plantejar-li que la modificués al seu gust i me la ensenyés quan la tingués redactada per tal de signar-la. Mai va redactar cap carta. Atès que el tema no avançava vaig exposar-li que aniria a parlar amb el nostre cap d'infermeria. Em va proposar que anéssim les dues juntes i la meva resposta va ser que el més oportú seria que cadascuna defensés els seus interessos per separat. En aquell moment va reconèixer que tenia por de parlar amb el cap pel fet d'haver denunciat a l'hospital i que creia que si hi anava sola no tindria cap possibilitat que l'escoltés. Malgrat això, vaig decidir reunir-me amb el cap, el qual es va mostrar positiu, pendent de que l'altre part, la Clara, expressés també la voluntat de canviar de servei.

A partir d'aquest moment la Clara va canviar la seva actitud vers a mi. Enlloc de la persona interessada i còmplice, vaig trobar una persona distant, neguitosa, que evitava el contacte visual amb mi i fins i tot m'evitava. Tot i això, durant les poques converses que vam tenir sempre va mantenir la seva voluntat de realitzar el canvi.

Resolució de la situació

Passat l'estiu, vaig anar a parlar amb el meu cap novament. Per a la meva sorpresa, ell va expressar que per realitzar el canvi, la Clara i la seva coordinadora havien d'estar d'acord i que no tant sols no ho havien demanat sinó que la coordinadora de la Clara havia expressat l'esforç remarcable de la Clara per adaptar-se i consolidar-se al servei.

Tot va encaixar en aquell moment, especialment la seva actitud. Malgrat sentir-me traïda, vaig intentar posar-me en contacte amb la Clara. Va seguir evitant-me durant uns mesos fins que vaig parlar amb ella personalment.

Durant aquella conversa vaig expressar de forma clara i concreta que la proposta des de l'inici havia estat seva, que en moltes ocasions li havia preguntat si havia canviat d'opinió i que mai havia estat sincera amb mi. També li vaig retreure que em deixés entrevistar-me i pressionar al nostre cap quan ell no va arribar mai a posar-se en

contacte amb ell. Li ho vaig dir molt seriosament i amb un tó molt respectuós. La resposta de la Clara va ser la que ja m'imaginava. No tenia gens clar el fet de canviar de servei. Havia trobat la manera de sentir-se còmoda i opinava que la realització del canvi ja no era la millor opció pels seus interessos professionals. El que ella desitjava era anar a Sala de Parts, i no faria cap moviment que no l'ajudés a assolir aquest objectiu.

Em vaig enfadar, li vaig dir que no tenia paraula i li vaig recordar que ella havia vingut a buscar-me a mi. La vaig acusar d'haver deixat que em creés unes expectatives, de no haver estat prou valenta d'haver-me dit la veritat des de l'inici. Li vaig dir que era molt lícit canviar d'opinió però que, al meu parer, les coses no es feien d'aquesta manera.

Des d'aleshores ens saludem quan ens trobem, però ja no tenim res a dir-nos.

Elements que identifiquen l'estil de comunicació (verbals i no verbals)

Pel que fa a l'estil de comunicació, l'utilitzat a l'inici de la conversa va ser del tipus assertiu. Opino que vaig expressar els meus sentiments de forma clara i concreta i tenia la sensació de control ja que estava defensant el meu dret a saber la veritat. No m'aprofitava de que portava la raó i no intentava que perdés la discussió sinó que volia fer-li entendre el que pensava. Parlava de manera respectuosa i relaxada i no la jutjava.

En la darrera conversa amb la Clara, en canvi, vaig utilitzar un estil comunicatiu més aviat agressiu-assertiu. Estava enfadada i se'm notava a l'expressió facial, tenia les celles arrufades, els llavis apretats. No la deixava parlar, la interrompia i la mirava desafiadament a consciència. Reconec que estava a la defensiva.

Em vaig posicionar a una certa distància d'ella i mantenien una postura ferma i tensa gairebé in mòbil amb els braços creuats.

Els missatges cap a la Clara van deixar de ser positius i potser, una mica elevats de to. La vaig culpabilitzar i ja no vaig tenir en compte si les meves paraules podien estar fent-li mal.

Capítulo 9. Hablando se entiende la gente.

Autor: Mercedes Fernandez Serrano

Estilo de comunicación

Agresivo- Asertivo

Descripción de la situación

Una enfermera del centro de salud está muy enfadada porque no le ha sido reconocida la categoría profesional que ella considera que le corresponde, me llama por teléfono muy alterada, pidiendo que quiere hablar conmigo cuanto antes.

Se trata de Carla, una profesional muy competente y con muchos años de experiencia en el centro sanitario que se dirige a mí porque soy su inmediata superior para exponerme que a partir de ahora no está dispuesta a hacer más que lo justo y lo estrictamente necesario puesto que la empresa no le reconoce sus méritos y su valor profesional.

Durante su discurso me explica que como la empresa no la valora como ella cree que debería, a partir de ahora, se va a limitar a cumplir con su horario laboral pero si la empresa le pide hacer algún tipo de colaboración o actividad, ella no está dispuesta a colaborar y menos si es fuera de la jornada laboral. También me comenta que no va a realizar ninguna tarea que no le toque hacer.

Le comento que el motivo por el que no ha conseguido la categoría profesional que esperaba es porque le falta realizar un curso que ella no tiene y que es considerado por la empresa requisito imprescindible para poder conseguir la categoría que ella desea pero que la empresa, conoce y valora su profesionalidad de tantos años, a lo que ella responde irónicamente que la empresa la valora mucho pero no le da la categoría que le corresponde.

Me habla de lo injusto que le parece el sistema de promoción profesional que tiene organizado la empresa y de lo dolida que se siente por lo poco que se valora a los profesionales como ella, con muchos años de experiencia y que por falta de un curso no pueden acceder a la siguiente categoría. Además su enfado es mayor porque le preocupa el hecho de que se le pasa el plazo para poder alcanzar la categoría que desea y luego a pesar de tener el curso tampoco podrá cambiar de categoría.

Yo le explico que no le puedo asegurar cuando podrá realizar este curso que tanto necesita pues está muy solicitado y la empresa lo organiza muy esporádicamente pero que haré cuanto pueda para ver, si dadas sus circunstancias, puede hacer este curso antes de que se le pase el plazo. Me aclara que su enfado no es conmigo y que entiende que la solución no está en mi mano pero que como la empresa se porta tan injustamente con ella, no está dispuesta a colaborar ni en protocolos ni en proyectos que se pongan en marcha. Me dice que no cuente con ella para nada.

Le reitero que a pesar de no tener la categoría que desea, tanto la empresa como yo la consideramos una buena profesional y como tal yo por mi parte la seguiré teniendo en cuenta siempre pues no podemos permitirnos dejar de contar con ella. Se despide de mí diciendo que ella su carrera profesional la realizará fuera del centro puesto que la empresa no colabora ni le facilita la promoción profesional y a continuación sale del despacho.

Resolución de la situación

Al poco tiempo me vuelvo a encontrar con Carla y me comenta que ha tratado el tema con sus compañeros que estos le han hecho ver lo equivocado de su decisión y las consecuencias negativas que podrían derivarse para ella y para el resto del equipo de modo que a pesar de seguir pensando lo mismo sobre el tema ya se le ha pasado el enfado y que cuente con ella como siempre, a lo cual le digo que me alegro que haya recapacitado y que igualmente intentaré ayudarla en lo que pueda para ver si puede hacer este curso. Ahora estoy con Amparo, una compañera que casualmente lleva los temas relacionados con este curso y cuando le expliqué la situación de Carla me dijo que dadas las circunstancias no veía problema en que Carla pudiese acceder a él en la próxima convocatoria. Me hizo mucha ilusión poder darle esta buena noticia a Carla quien también se alegró mucho. Carla está ahora realizando el curso que le permitirá poder conseguir la categoría profesional que tanto desea.

Elements que identifiquen l'estil de comunicació (verbals i no verbals)

Ex: CV: cridar/ CNV: tancar la porta amb força

Estilo agresivo

Ex CV: Carla se expresa en voz muy alta y su tono es seco y poco agradable.

Se expresa de forma desafiante y amenazadora cuando me dice que no piensa colaborar ni hacer nada que no le “toque”.

Al principio habla atropelladamente y monopoliza la palabra hasta que me dice todo lo que desea y después cuando yo le hablo no atiende mis explicaciones, hay veces que me interrumpe para hacer algún comentario irónico.

Ej CNV: Carla entra en el despacho de forma brusca, sin saludar y cuando se marcha lo hace airadamente y tampoco se despide. Sus movimientos mientras habla son bruscos y gesticula mucho con las manos y los ojos. A veces me mira pero enseguida aparta la mirada.

Estilo asertivo

Ej CV: Al principio cuando veo de qué forma entra Carla en mi despacho, la dejo hablar y que me explique, sin interrumpirla y sin hacer ningún comentario. Mi aptitud es de escucha, prestando atención a lo que me está diciendo. Después cuando ella hace una pausa y me parece que ha bajado un poco su tono de agresividad, le hablo de forma clara y sincera, adopto una aptitud dialogante, utilizo un volumen de voz intermedio y constante, sin subidas de tono y sin hacer ninguna crítica o juicio sobre lo que me ha dicho, sólo explicándole la situación que me comenta pero desde mi punto de vista, con un mensaje claro y siempre el mismo sin expresar contradicciones y sin intención de crear falsas expectativas por mi parte.

Ej CNV: Procuero mantener el contacto visual frecuentemente, evito que la expresión de mi cara sea seria y utilizo una aptitud conciliadora sin mostrar enfado en ningún momento.

Voy asintiendo en ocasiones a cosas que me explica y en las que deseo mostrarle que comparto su opinión. Nos encontramos en mi despacho sentadas, una frente a otra, yo en ocasiones me adelanto un poco para escuchar mejor lo que me está explicando.

Capítulo 10. A mí no me toca.

Autor: Mónica Góngora Vilardell

Estilo de comunicación

Supervisora del turno de tarde (yo):

Estilo de comunicación *asertivo* con la compañera supervisora, con el camillero y con la enfermera. No obstante, en el primer momento en el que hablo con la enfermera, el estilo de comunicación es *agresivo*, a pesar de que, posteriormente, rectifico mi actitud, pasando a la asertividad.

- Estilo asertivo: expreso de manera directa y sincera lo que siento, generando confianza en los otros. Proyecto en los otros sensación de optimismo y bienestar, consiguiendo su respeto. Soy equilibrada, me respeto a mí misma y también a los demás.
- Estilo agresivo (primera vez que hablo con la enfermera): me muestro autoritaria y exigente. Hablo, sin acabar de escucharla.

Supervisora de la unidad: estilo de comunicación *agresivo*.

Camillero: estilo de comunicación *agresivo* con la enfermera y *pasivo* con su supervisora (yo).

Enfermera: estilo de comunicación *agresivo*.

Descripción de la situación

En la actualidad, ocupo el cargo de supervisora de enfermería del turno de tarde de un hospital.

Todo empieza cuando recibo la llamada de una supervisora de unidad que, muy enfadada, me explica que el camillero no ha querido llevar las pertenencias de una paciente de una planta a otra. Resulta que, la paciente, ha sido trasladada de la unidad a la sala de partos para hacerse una ecografía i, estando en la sala de partos, los médicos han decidido trasladarla directamente a la planta de maternidad, donde tenía una cama reservada. Así que, una vez finalizado el traslado, hacía falta llevar las pertenencias de la paciente, de la unidad donde estaba ingresada a la planta de maternidad y el camillero se ha negado a hacerlo, diciéndole, a la enfermera de la unidad, que él está para

trasladar a personas y no a objetos ni pertenencias. Ante la situación, la supervisora de la unidad, que ya debería haber finalizado su jornada laboral, me llama y me muestra su descontento, diciéndome que quien lo tiene que hacer es el camillero y no ninguna auxiliar ni enfermera de su servicio. Además, me dice que ha llamado al camillero para pedirle que se presente a su despacho para hablarlo.

Le explico, a la supervisora de la unidad, que el traslado de pertenencias no es un trabajo asignado a ningún profesional porque, en principio, quien las tiene que recoger son los acompañantes o familiares del paciente y no los profesionales que trabajan. No obstante, en este caso, en el que la paciente se encuentra sola porque la familia ha marchado, y necesitamos ocupar la cama que ha dejado libre en dicha unidad, alguien tiene que recoger las pertenencias y llevárselas. Por tanto, se trata de una tarea que no le corresponde a nadie y que, con buena voluntad, sin discusiones, uno u otro tiene que realizar. Por otro lado, le pido que no hable con el camillero, ya que no es personal que dependa de ella. Le comento que lo llamaré y hablaré con él de lo que ha sucedido, buscando una solución, diciéndole que no se preocupe más del tema porque, de una manera o de otra, las pertenencias serán recogidas.

Seguidamente, voy a hablar con la paciente, la cual me da autorización para ir a buscar sus pertenencias, ya que no sabe a qué hora va a llegar su marido para recogerlas. Así que, llamo al camillero para pedirle que me acompañe, explicándole que, efectivamente, recoger las pertenencias no le corresponde ni a él ni a cualquier otro profesional pero que, entre todos, hemos de intentar resolver el problema. La idea era recoger y llevar las pertenencias entre los dos, con la intención de que uno sea testimonio del otro (por si la paciente dijera que le falta alguna cosa y acusara a alguien de habérselo quitado). El camillero agradece la explicación y el soporte que le doy. Una vez estamos en la habitación, llega el marido, al cual se le explica que su mujer se ha trasladado a otra planta y se le pide que recoja sus pertenencias. Cuando me dispongo a marchar de la unidad, me llama, muy enfadada y nerviosa, una de las enfermeras del servicio, preguntándome con un tono agresivo: “¿Y el sacaleches, que hacía servir esta paciente, quién lo tiene que devolver a maternidad?”

Había tenido mucha paciencia dándole las explicaciones oportunas, tanto a la supervisora de la unidad como al camillero, haciendo mucha contención verbal, pero, al

recibir a la enfermera, en dichas condiciones de estrés y ganas de discusión, reacciono diciéndole, directamente y muy seria, que “el sacaleches, lo voy a devolver yo”.

La enfermera, que estaba buscando entrar en discusión, queda sorprendida ante mi respuesta, que no se la esperaba por dos motivos: 1) habitualmente soy una persona muy pausada, empática y con gran capacidad de escucha, 2) nadie quiere trasladar el material y ha sido la supervisora quien ha decidido hacerlo.

Seguidamente, reacciono y observo que mi actitud no ha sido del todo adecuada, ya que debería haberle escuchado y haber hecho contención verbal, tal y como es habitual en mí. Así que, rectifico la situación y, a pesar de que mantengo la idea de devolver yo misma el sacaleches, le pido a la enfermera hablar de la problemática que se ha generado hoy. Le hago entender que el traslado de pertenencias y de material no es una tarea asignada a nadie sino que, entre todos, con buena voluntad, tenemos que entender que, a veces, se tienen que realizar tareas que no tenemos asignadas, colaborando para que el trabajo salga bien. La enfermera, después de escucharme, cambia su actitud y se tranquiliza, reflexionando en todo lo que le he comentado y me dice que ella misma devolverá el sacaleches. No obstante, le digo que el sacaleches lo llevaré yo, a pesar de que tampoco es tarea mía hacerlo (lo hago para dar ejemplo), haciéndole ver que el trabajo es en equipo, entre todos.

Llamo al camillero y le comento que, cuando pueda, necesito verlo. Le pido que no entre nunca en conflicto con otro profesional, en referencia al tema de las pertenencias, indicándole ponerse en contacto con supervisión, para evitar la discusión y poder gestionar el problema desde la raíz. Si hubiese actuado de esta manera, la supervisora de la unidad no se habría visto involucrada en dicho conflicto, pudiéndolo haber gestionado la supervisora del turno de tarde desde el inicio.

Resolución de la situación.

Tal como se explica en el anterior apartado, el conflicto se resuelve hablando mucho con todas las partes (supervisora de la unidad, camillero y enfermera), haciéndoles ver que se ha de trabajar en colaboración y no solo ceñirnos en las tareas propias que nos han sido reconocidas. Ha hecho falta hacer mucha contención verbal para evitar y/o minimizar la situación, ya que se estaba entrando en fase de escalada de conflicto.

El hecho de dar ejemplo (me acerco a hacer de testimonio en la recogida y traslado de pertenencias / decido llevar yo misma el sacaleches) les hace reflexionar sobre lo sucedido.

Evito que la supervisora de la unidad se reúna con el camillero, ya que no se trata de personal que esté a su cargo. Por otro lado, tranquilizo tanto a la compañera supervisora, al camillero y a la enfermera de la unidad, que todos ellos habían vivido la situación, inicialmente, con mucha intensidad.

Soy una persona equilibrada, que tengo una buena relación con todo el equipo, siendo resolutiva y gestionando bien las incidencias con las que me encuentro diariamente. .

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

- Estilo asertivo: CV: escucha activa, lenguaje directo y claro / CNV: continuo y cálido contacto visual, tono de voz enérgico y seguro.
- Estilo agresivo: CV: hablar interrumpiendo, sin acabar de escuchar / CNV: contacto visual de hostilidad o enfado.
- Estilo pasivo: CV: se disculpa constantemente, no expresa claramente lo que realmente siente o piensa / CNV: se evita el contacto visual, tono de voz suave, sin altibajos.

Capítulo 11. Seguimos estando en el mismo punto

Autor: Carmen Jurado García

Identificación de los estilos de comunicación

Agresivo- Asertivo

Descripción de la situación

Carlos Pérez es un paciente que ingresa en una sala de hospitalización de traumatología por una infección de Hallux Valgus para tratamiento quirúrgico. El paciente está pendiente de intervención quirúrgica hoy. A media mañana nos comenta traumatólogo por vía telefónica que tras Interconsulta con cardiovascular se decide posponer intervención ya que previamente es preciso hacer una arteriografía. Nos informa de que está en quirófano y que no puede venir a informar al paciente pero que vendrá en cuanto le sea posible (cuando finalice la próxima intervención que tiene una duración de tres horas).

Justo acaban de traer las comidas. Entro a la habitación del Sr Pérez para informarle de que hoy no lo operarán y de que podrá comer. Previamente pido a la puerta que está cerrada. Al entrar veo al paciente acompañado de Ariadna (su mujer) que está sentada en una silla muy cerca de la cabecera de la cama.

-Hola buenos días Carlos, el médico nos ha informado de que hoy no lo operaran, con lo cual podrá comer.

-¿Cómo? Llevo desde las doce de la noche sin comer esperando y al final no me operan. Siendo hoy viernes y viniendo el fin de semana ya no me operarán hasta el lunes mínimo. Por otra parte no ha pasado ningún médico a explicarme nada. Me comenta Carlos de forma seca y con el tono más subido del que utiliza normalmente.

-Mire el Dr. nos ha comentado que después de la Interconsulta con cirujano cardiovascular se decide hoy no operar. El médico más tarde vendrá a informarlo ahora está en quirófano.

Mientras estoy pronunciando estas palabras entra en la habitación un señor de unos 45 años aproximadamente (intuyo que es el hijo del paciente) que empieza a mover la cabeza de forma horizontal de un lado para otro.

-Perdone no entiendo nada, a mi padre lo operaron hace un mes y a partir de ahí la evolución no ha sido buena. El dedo tiene mal aspecto le han dado antibiótico vía oral pero el cuadro no se acaba de resolver. Después de un mes lo ingresan para tratamiento quirúrgico y ahora lo tienen aquí esperando quirófano. ¡Al final perderá no sólo el dedo gordo sino el pie! Mire yo soy mecánico y cuando una pieza no funciona y no tiene arreglo se quita y se cambia por otra no entiendo aquí que es lo que pasa. Estoy intentando ser paciente pero ya estoy perdiendo la paciencia y al final voy a tener que tomar medidas. Nos explica el hijo.

-Es que si no nos hubiésemos preocupado... pero cada vez que hemos ido a consultas nos han dicho que había que esperar evolución y que no tenía tan mal aspecto, que tomase el antibiótico para que al final ¡Lo tengan que operar igual! Si lo hubiesen operado la primera vez que fuimos a consultas externas... ¡Ya estaría bien! Comenta la mujer del paciente de forma enérgica.

Al ver la cara que hace el hijo y escuchar sus palabras le pregunto a Ariadna.

-¿Que es su hijo?

-Sí. Responde Ariadna.

-Y dirigiéndome a él en un tono seguro pero suave le digo:

-Perdone ¿Cómo se llama?

-Me llamo Alberto.

-Mire Alberto yo me llamo Ana y soy la enfermera que llevaré a su padre por las mañanas. Entiendo que están muy cansados y preocupados ya que llevan tiempo con este problema, se está alargando mucho en el tiempo y les parece que no se va a solucionar nunca. Pero... piensen que cuando la solución es el tratamiento quirúrgico es porque previamente otros tratamientos más conservadores han fracasado. Si una

infección se puede solucionar con un antibiótico no se intervendrá. Y para ver si el ATB funciona se necesita ver la evolución. En este caso el ATB no ha funcionado pero en otros casos funciona y no es preciso tratamiento quirúrgico.

-¡Ya! Pero ahora que ya sabemos que el tratamiento es quirúrgico tenemos que seguir esperando. ¡Seguimos en el mismo punto que antes de ingresar! Me comenta el hijo con el mismo tono empleado desde el principio.

Resolución de la situación

- ¿Que podría hacer yo para ayudarles? Les pregunto.

-No usted nada. Usted no tiene culpa. Responde el hijo pero esta vez baja el tono y lo dice de una forma más suave. Tanto el paciente como la mujer asienten con la cabeza.

-Miren ahora Carlos está ingresado y el objetivo del traumatólogo que lo lleva es solucionarle el problema. Lo operarán lo antes posible, pero previamente sus médicos consideran que es importante realizar una prueba complementaria. Cuando venga el médico les explicará cuál, en qué consiste, porque es importante... y les resolverá cualquier duda que tengan al respecto. Les explico dirigiéndome a los tres en todo momento con la mirada.

-¿Y cuándo le harán la prueba? Nos pregunta Alberto.

-Cuando la solicite el traumatólogo la programarán. Tan pronto sepa el día y la hora les informo, por eso no sufran y cualquier cosa que necesiten me avisan. Una vez hecha la prueba no creo que tarden en operarlo. De todas formas cuando venga el médico lo clarificamos todo. De momento sigue con antibióticos endovenosos y curas diarias.

-Muchas gracias Ana.

-De nada.

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

El estilo comunicativo de la familia y el paciente es agresivo en un principio.

CV:

- Comunicación verbal oral.
- Expresión verbal de amenaza.

CNV:

- Tono de voz agudo y volumen elevado.
- Ritmo rápido.
- Mirada fija y hostil hacia la enfermera.
- Expresión facial denota estado emocional de enfado/rabia (más la de la hija).
- Movimientos de cabeza de forma horizontal de un lado para otro.
- Posición y orientación hacia enfermera.

El estilo comunicativo de la enfermera es asertivo.

CV:

- Comunicación verbal oral.
- Contenido verbal dirigido a ayudar a eliminar el temor y la preocupación dando seguridad y confort al paciente por un lado y a informarlo por el otro.

CNV:

- Tono de voz suave pero firme y segura. Volumen medio.
- Ritmo ni rápido ni lento (intermedio).
- Mirada atenta dirigida en todo momento al enfermo y a la familia. Manteniendo más el contacto visual cuando habla la familia y menos cuando habla ella.
- Expresión de la cara denota interés.
- Movimientos de la cabeza de asentimiento en algunos momentos para reforzar que la familia siga hablando y en otros para indicar que está de acuerdo.
- Posición y orientación hacia la familia.

Capítol 12. Mantenir-se assertiu davant la resiliència.

Autor: Meritxell López Hernández

Identificació de l'estil de comunicació

Agressiu- assertiu: la supervisora manté inicialment una actitud assertiva però davant l'adversitat de la situació finalment no aconsegueix mantenir-se assertiva i reacciona amb una actitud agressiva.

La infermera que participa en la conversació manté una actitud agressiva des de l'inici de la conversa.

Descripció de la situació

Treballo en un Hospital que disposa de 100 llits. Està distribuït en quatre Unitats d'Hospitalització Quirúrgica i Mèdica, el Servei d'Urgències, cinc Quiròfans i del Servei de Consultes Externes.

Sóc supervisora Infermera de tres Unitats d'Hospitalització i en total formem un equip de 40 persones (Infermes i Auxiliars d'Infermeria). Una de les funcions assignades al càrrec de supervisió és la de coordinar les sol·licituds de permisos i vacances del personal que tens assignat. Ocupo un càrrec intermig on la meua funció recau en gestionar la demanda amb el servei de RRHH i comunicar-li la decisió al personal afectat.

Disposem d'un circuit establert i d'una normativa interna creada pel servei de Persones que està a l'abast de tot el personal. Un matí una de les persones del meu equip infermer va entrar al meu despatx i sense preguntar si podia atendre-la em va preguntar quin era el motiu pel qual encara no li havia acceptat les vacances.

Vaig consultar la seva petició en el portal del programa de RRHH per comprovar que tot estigués correcte i li vaig explicar el circuit que teníem establert amb el Servei de RRHH per a la gestió de permisos i vacances.

Em vaig disculpar dient-li:

-Perdona que encara no t'hagi respost però encara no m'he pogut reunir amb el departament de RRHH aquesta setmana per tal de gestionar les sollicituds del personal. Tant aviat com tracti el tema et respondré.

La persona esmentada amb una mirada desafiant em va contestar amb un to de desconfiança:

-Es que no entenc que has de gestionar si no necessites cap persona per cobrir-me perquè normalment no em cobriu. Ets poc resolutiva.

Amb una actitud conciliadora vaig explicar-li la situació:

-Les teves sol.licituds, al igual que la resta, són comentades amb el departament de RRHH i és cert que no et cobrim però la confirmació dels teus permisos estan condicionades a l'activitat assistencial que es preveu per a la data sol.licitada.

Quan ens reunim, anem tractant les demandes per ordre de data de gaudiment i vaig responnent-les en el programa de gestió dels permisos. Tant aviat com pugui tractar la teva sol.licitud et respondré a través del programa.

La infermera va continuar insintint amb un to agressiu i em va comentar:

-No entenc perquè actues així , estàs actuant amb mala fe i no entenc per què no em respons ja. A més si tu no em pots confirmar les vacances sense consultar-ho no entenc perquè te les haig de demanar a tu.

Després de respondre-li varies vegades la situació i al veure que ella presetnava una actitud poc conciliadora mantenint-se la conversació en un cercle tancat, vaig continuar treballant la feina que estava fent avans d'acudir ella al despatx.

La infermera davant de la meva actitud, dreta al costat de la meva taula va donar un cop amb les mans i cridant i em va replicar:

-No entenc ara la teva actitud, per què no em mires ni em parles?.

Jo li vaig contestar:

-Es que jo ja t'he respòs vàries vegades els teus dubtes però si creus que actuo amb mala fe ja he acabat la conversa.- Vaig continuar treballant.

La meva resposta va donar peu a que continués aixecant el to de veu i em digués:

-Veus com actues amb mala fe. T'estic preguntant un tema i tu no em vols atendre.

Em vaig mantenir amb la mateixa actitud i sense mirar-la ni parar d'escriure li vaig dir:

-Jo ja he acabat la conversa. La infermera va sortir del despatx donant un cop de porta amenaçant que em faria un informe negatiu per a la Direcció Infermera.

Resolució de la situació

La situació es va resoldre quatre dies després d'aquesta conversa a favor de la infermera acceptat la seva sol·licitud de vacances. Malgrat això l'actitud de la infermera durant la conversa amb mi, i durant els dies següents, va estar molt distant i freda.

Jo com a supervisora hauria d'haver mantingut una actitud assertiva en tot moment intentant la conciliació de la situació però a vegades és molt difícil aconseguir-ho.

Elements que identifiquen l'estil de comunicació

En relació a la comunicació no verbal mantinguda per la infermera durant la conversa: el fet de donar un cop de porta, mantenir una mirada de desconfiança i desafiant i donar un cop de mans a la taula, són elements que identifiquen l'estil de comunicació agressiu.

Per altre banda, la supervisora indirectament també acaba mantenint una actitud agressiva i poc conciliadora perquè deixa de mantenir un contacte visual amb la infermera. El fet de cridar, mantenir una actitud de desconfiança amb paraules com “actues amb mala fe”, o “ets poc resolutiva” i fins i tot una actitud amenaçant arribant a dir “et faré un informe negatiu” són elements de comunicació verbal que manifesta la infermera i que identifiquen un estil agressiu. Tanmateix la supervisora també adopta un estil de comunicació agressiu quan encara no s'ha resolt la situació i en canvi li diu a la infermera

“jo ja he acabat la conversa”.

Capítulo 13. No quiero dar el motivo

Autor: Sandra Parés Tercero

Estilo de comunicación

Durante toda la situación, mi estilo de comunicación cambia dependiendo de la respuesta recibida por el interlocutor.

Inicialmente utilizo un estilo de comunicación asertivo, que pasa a ser agresivo como respuesta al estilo agresivo de una compañera y al pasivo del resto de personas del equipo.

Descripción de la situación

Desde hace 16 años, trabajo como enfermera asistencial en un servicio de Neonatología. Hace 10 años, además de mi trabajo habitual en la unidad, también formaba parte de un equipo de enfermeras, que se encargaban de cubrir guardias en una ambulancia de emergencias pediátricas. Era un trabajo remunerado y voluntario, en el que podía participar cualquier enfermera del Servicio con experiencia en el cuidado del niño crítico.

Al ser un trabajo voluntario, y fuera del horario laboral, cada miembro del equipo podía decidir el número de guardias a realizar y los días, siempre que la planilla mensual estuviera cubierta.

Con el paso de los años, el número de profesionales que conformaban el equipo se fue reduciendo, cada vez era más difícil cubrir la planilla, y inevitablemente empezaron a surgir los problemas y desavenencias.

En el equipo había dos grupos bien diferenciados, y varias personas que se situaban en un punto neutral, donde me encontraba yo.

Debido a la creciente dificultad para cubrir la planilla, entramos en una dinámica en la que debías justificar el motivo por el cual no podías cubrir determinada guardia. Este hecho creaba en ocasiones situaciones incómodas.

Una noche, hablando con Gema, una compañera de uno de los dos grupos, me comentó que ella no quería tener que justificar el motivo por el cual no podía hacer una guardia,

ya que estaba pasando por un momento personal difícil y no le apetecía tener que explicarlo a nadie del grupo contrario. Esta forma de pensar, en realidad la compartía, creía que debería bastar con nuestra palabra. Sabía que si esta persona sacaba el tema en la reunión, sería atacada sólo por el hecho de ser ella la que lo proponía, así que decidí que lo más adecuado sería que yo expusiera el punto de vista que ambas compartíamos.

Cuando empezó la reunión, decidí sacar el tema, y exponerlo de forma tranquila:

- Me gustaría comentar antes de empezar la reunión, el problema que tenemos para cubrir las guardias mensuales. Todos tenemos una vida privada a parte de nuestra vida laboral, y muchas veces puede no apetecernos explicar cual es el motivo por el que no podemos trabajar. Creo que todos somos adultos, y nuestra palabra debería ser suficiente motivo para el resto.

Claudia, muy indignada y alzando la voz me contestó:

- ¡Sí hombre, pero tu que te has pensado! Si yo tengo que fastidiarme un fin de semana o venir a trabajar en mi día libre porque tú no puedes, tengo derecho a saber el motivo.

Yo, muy sorprendida por su airada reacción le contesté:

-Pero Claudia, no te pongas así. Tampoco estoy diciendo ninguna barbaridad. Puede ser que yo tenga alguna cosa personal y que no me apetezca compartirla con el resto del mundo.

- Pero puedes decir que no te da la gana venir y pasarte el fin de semana tocándote la barriga mientras otra compañera empalma su trabajo por ti.

Yo, cada vez más molesta por su ataque, y porque ninguna otra compañera, incluyendo a Gema, salió en mi defensa, repliqué en un tono más alto:

- Mira Claudia, si te tengo que mentir te voy a mentir igual diciéndote el motivo como si no. Además, quien sea capaz de engañarte, allá ella con su conciencia si luego es capaz de dormir por las noches.

Cada vez más enfadada Claudia sentenció:

- Mira, haz lo que te de la gana.

Durante el resto de la reunión, cubrimos estrictamente las guardias sin mediar una palabra más de la necesaria.

El resultado de mi propuesta fue que Claudia, la persona que llevaba más años en el equipo, y de las que se podría considerar como neutral se enfadó de tal manera que estuvo sin hablarme durante un año. No sólo ningún otro miembro del equipo secundó mi propuesta, sino que incluso posteriormente la persona con la que yo había hablado aquella noche terminó dándole la razón a la otra enfermera.

Después de aquella reunión nunca más tuve que volver a justificar el motivo por el que no podía cubrir una guardia.

Resolución de la situación

Con el paso del tiempo, Claudia volvió a hablarme, y pude explicarle que es lo que en realidad pasó aquel día.

Con Gema las cosas fueron distintas, nuestra relación cordial pasó a ser una relación más tensa y mi posición neutral dentro del equipo dejó de serlo.

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

Inicialmente utilizo un estilo de comunicación asertivo porque expreso de forma directa y sincera lo que pienso y siento, utilizando un lenguaje directo y claro.

Mi expresión es clara y relajada, utilizando un tono de voz enérgico y firme.

Posteriormente utilizo un lenguaje más agresivo elevando el tono de voz y manteniendo un contacto visual de hostilidad y enfado.

Capítulo 14. De la Agresión a la Asertividad

Autor: Francisco Jesús Pérez Moreno.

Estilo de comunicación

En la siguiente historia se describen dos estilos diferentes de comunicación, ejecutados por cada uno de los interlocutores. Uno de ellos emplea un estilo agresivo y el otro uno asertivo.

Descripción de la situación

Los gritos se escuchaban desde el pasillo. La puerta del despacho había permanecido entreabierta todo el tiempo y quizás esto tenía cierto carácter de intencionalidad. El supervisor de noche, intuía que esa noche tendría problemas y tuvo la precaución de no cerrar la puerta cuando la persona en cuestión apareció en el despacho. Quería protegerse por si las cosas se ponían feas y no iban por los cauces que él esperaba.

Desde hacía dos meses aproximadamente, había notado un cambio en su carácter, ya no se reía y los problemas de relación con sus compañeros se habían hecho patentes. Podría decirse que poco a poco se había ido quedando solo, y eso no había ayudado en nada. Cuando lo conocí por primera vez, puedo asegurar que tuve la imagen de una persona trabajadora, responsable y dedicada a hacer su trabajo lo mejor que sabía. Era camillero y como llevaba muchos años en el servicio, para mí, que acababa de aterrizar en el servicio, me era de gran ayuda su apoyo. Conocía poco de su vida privada, pero era fácil hablar con él, pedirle consejo o directamente seguir sus inteligentes sugerencias. Sus compañeros lo respetaban y cuando hablaba lo escuchaban y lo tenían en cuenta.

Era evidente que es del tipo de personas que cohesionan al grupo y podría decirse que ejercía de líder.

Pero, ahora delante de mí, sus maneras y arrogancia no me dejaban reconocerlo.

Entró en el despacho, pasada la medianoche, después de llamarme al teléfono y pedirme que quería verme a solas y en mi despacho, para hablar de algo que había pasado. Yo le dije que ahora mismo no podía ser pero que en media hora lo esperaba allí.

Cuando entró lo hizo, con gestos amenazadores, su tono de voz era elevado, se situó delante de mí invadiendo por completo mi espacio, y no dejaba de mirarme con

hostilidad. Me estaba costando centrarme en lo que me estaba contando, no dejaba de utilizar insultos y no me atrevía en ese momento a interrumpirlo.

Me contaba que hacia un rato había tenido que hacer un traslado de un enfermo al cual le habían dado cama y que en el momento de pasarlo de la camilla de traslado a la cama se había hecho daño en la espalda. Y que esto él sabía que pasaría, porque llevaban mucho tiempo trabajando en situaciones de falta de personal, donde todo el trabajo se concentraba en pocas horas y que tampoco tenía ayuda de sus compañeros. Por todo ello, se encontraba cansado de denunciar esta difícil situación y que no se sentía escuchado ni encontraba respaldo. Ahora él se había hecho daño en la espalda y eso lo estaba cabreando mucho. Ya no aguantaba más. Se quejaba de todo, amenazaba con ir a hablar con la dirección del hospital, reconocía que sus compañeros no lo ayudaban cuando necesitaba. La situación se hacía insostenible, llegaba a su puesto de trabajo enfadado. No lo soportaba más. Exigía una solución inmediata. Su tono de voz seguía siendo alto.

En las pocas ocasiones en que intenté hablar, no me dejó. No encontraba el momento de hablarle. No me atrevía a interrumpirlo.

No recuerdo cuanto pudo durar la acometida, pero sentí que se hizo eterna. Estábamos de pie. Sus exabruptos iban cediendo y su enojo inicial iba dejando sitio a una actitud de abatimiento propio de un combate donde después del ataque entre púgiles busca uno la silla del rincón, para recuperarse del primer ataque.

Le pedí que se sentara, su tono se fue suavizando, ya no insultaba, sus brazos que antes articulaban movimientos amenazadores, descansaban ahora sobre sus rodillas, y su mirada era ahora huidiza, con la cabeza hundida entre los hombros.

Pensé que era mi momento, la oportunidad que había esperado para intervenir, debía manejar desde este momento la situación. Y así lo hice.

Intenté entablar con él una mirada cálida, donde mis gestos faciales fueran relajados y acordes con lo que me disponía a decirle. Y aunque mi tono de voz era firme y enérgico, no pretendía que sonase autoritario, sino más bien, sincero. Me dispuse a hablarle con claridad, no intentaría frases largas, pretendía establecer una comunicación lo más fluida dadas las circunstancias y por supuesto no quería vencedores ni vencidos.

Resolución de la situación

Primero solo hablaba yo, le dije que mi opinión con respecto a su trabajo seguía siendo la misma. Que intentaba ponerme en su situación y comprendía su reivindicación. Yo había hablado con mis jefes, para decirles, que desde hacía un tiempo, los camilleros trabajaban en situaciones de mucha presión asistencial y que esto podía traer problemas, como son lesiones, quejas por parte de los propios pacientes, etc.

El asentía con la cabeza desde su silla, y poco a poco empezó a relatar todos los problemas con los que se encontraba diariamente y a lo que se deberían poner solución.

Puedo decir que poco a poco se fue imponiendo la serenidad en la conversación y sentía que me volvía a otorgar su confianza. Nos vimos dialogando con reciprocidad y me dispuse a establecer una serie de compromisos que fuesen alcanzables y asumibles por mí, y que me permitieran ofrecerle algo a cambio.

Reconozco que con mi actitud asertiva posterior a su agresión verbal, pude reconducir la situación logrando recuperar el tono de la conversación y reconducir una situación de conflicto.

Sin embargo no quise dejar escapar la oportunidad que me ofrecía la situación de abatimiento que mostraba el camillero, para preguntarle por el motivo por el que desde hacía un tiempo su carácter había cambiado, así como su propia accesibilidad en cuanto al trato personal.

Su respuesta me incomodó de inmediato. Comprendí que se incorporaba en esta historia un elemento que yo interpretaba como doloroso y que podría ser detonante del cambio en su carácter.

Hacía dos meses que su mujer lo había abandonado, por otro más joven que él. Y cada día, su hija de cinco años, le preguntaba por su madre, y él ya se había quedado sin excusas.

Le dije que lo sentía y que allí estaba yo para ofrecerle mi apoyo y mi tiempo si quería hablar del tema, cuando se sintiera con ganas.

Con respecto al trabajo, y sus quejas, como ya he dicho, adquiriré una serie de compromisos para intentar mejorar toda la situación que estaban viviendo y le pedí confianza y un tiempo razonable.

Elementos que identifican los estilos de comunicaciones (verbales y no verbales)

Estilo Agresivo:

C.V:

Verbalizar amenazas.

Utilizar palabrotas y lenguaje brusco.

Monopolizar la conversación.

C.N.V:

Contacto visual de hostilidad y enfado.

Invasión del espacio físico del otro.

Movimientos y gestos amenazadores.

Tono de voz elevado.

Estilo Asertivo:

C.V.:

Mensaje congruente en cuanto a la verbal y no verbal.

Lenguaje directo, claro y sin manipulaciones.

Saber escuchar.

C.N.V:

Contacto visual cálido y continuo.

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

Tono de voz firme, enérgico y en concordancia con la comunicación.

Capítulo 15. Viaje en el tiempo

Autor: Jaume Roca Sarsanedas

Estilo de comunicación

Estilos: pasivo - asertivo - agresivo

Descripción de la situación

Con la adquisición de una máquina de última generación para la realización de exploraciones de tomografía computarizada en el servicio de radiología, se reorganiza la planificación para dar cabida a exploraciones que no se podían realizar con la antigua máquina, y también se aumenta el número de pacientes en la misma jornada de trabajo ya que la adquisición de las imágenes es mucho más rápida.

Así que se decide programar una primera parte, que consiste en unas pruebas cardíacas, desde el servicio de cardiología con un tiempo de exploración de 30 minutos por paciente y un máximo de 6 programados, que ocupan la máquina desde las 8h hasta las 11h que empezará la segunda parte, donde se programan otras exploraciones desde el servicio de radiología, con una frecuencia de veinte minutos cada una.

Como es lógico, antes de una exploración se necesita un tiempo para poder preparar y colocar a los pacientes, así como la posterior despedida, que también requiere de unos cuidados. Al ser un centro hospitalario de tercer nivel, se realizan pacientes de dispensario, ingresados y de unidades de cuidados críticos con lo que los tiempos de preparación y despedida son muy variables dentro de una misma programación. Esta planificación parece adecuada, ya que si encontramos dificultades en algún paciente, o es complejo, podemos intentar recuperar tiempo en otros pacientes menos complicados, lo que permite terminar la programación a tiempo y evitar esperas interminables a los pacientes

También se determina que al ser el único aparato para realizar exploraciones cardiológicas, se asumirán las urgencias de pacientes que necesitan este tipo de exploraciones de forma no programada y los códigos ictus del turno de la mañana,

porque “queda mejor”. De manera que la programación no será el tope máximo de pacientes que se deban realizarse en este turno de mañana.

Sin embargo, lo que parecía una planificación más o menos acertada, de repente un día, aparecen algunas citas de veinte minutos duplicadas y triplicadas. Es decir, que a una cita determinada se programan dos o tres pacientes a la vez.

El primer día que sucede, lunes, doy por supuesto que hay un error de programación y seguramente se han cambiado pacientes pero que el sistema informático no se ha actualizado. De hecho, dos pacientes de dispensario no acuden y se anula otro ingresado, con lo que al final, se puede terminar la programación, corriendo un poco más de la cuenta.

El segundo día, martes, aparecen dos citas triplicadas y otra duplicada, lo que significa que existen 5 pacientes de más programados. Por lo cual aviso a la coordinadora para que vea la programación...

- Hola Carmen... ¿Has visto la programación que tengo esta mañana?
- Hola Jaume, no... no me he fijado... déjame ver. ¡Caray! –exclama-, sí que hay pacientes.
- Pues esto... que ayer ya me encontré lo mismo pero asumí que debía ser un error y gracias a que no vinieron tres pacientes se pudo terminar, pero hoy al ver lo mismo, ya no sé qué pensar. Si te fijas tengo dos citas triplicadas y otra duplicada. Si vienen todos/as, no podré terminar.
- Vale, no te preocupes que ya averiguo el tema y te digo algo.
- De acuerdo, mientras yo voy haciendo.

A mitad de la mañana y al no recibir respuesta alguna, llamo por teléfono a la coordinadora...

- Hola Carmen... ¿Sabes algo de la programación que hemos hablado a primera hora?
- Si... algo me han comentado... parece ser que para cumplir los números es necesario esta programación.
- ¿Cómo?... ¿me lo puedes explicar de manera que pueda entenderlo?
- No sé muy bien cómo va el tema... tengo que hablar con el supervisor.
- Bueno Carmen, habla con quién quieras, pero ya sabes que es imposible poder asumir esta programación. Mi previsión es que quedaran tres pacientes para el turno de tarde.

En este momento empiezo a pensar que no habrán sido capaces de hacer lo que me ha dicho. Al finalizar la mañana, consigo hacer lo que puedo y quedan dos pacientes para el turno de la tarde añadidos a su programación, sin contar la demora que representa a estos pacientes, que además vienen en ayunas.

Al día siguiente, miércoles, aparece la misma programación, con lo que antes de empezar voy al despacho de supervisión para hablar del tema.

- Buenos días Roberto.
- Buenos días Jaume...
- Supongo que ya te imaginas porque estoy aquí... ¿te ha comentado algo del tema la Carmen?
- Pues si... ayer estuvimos averiguando... y parece ser que hay que hacer los números previstos de pacientes por aparato.
- ¿Me puedes explicar en qué consiste esto exactamente?- pregunto con un tono de curiosidad-
- Resulta que la previsión es que hay que realizar de 16 a 18 pacientes en cada aparato y claro... los pacientes cardíacos, al ocupar más tiempo del previsto, hay que recuperarlo en la segunda parte de la programación- me dice con un tono y mirada de cordero degollado.. y sigue – Ya sé que me dirás que esto no puede ser, pero hay que ver cómo funciona.

Me lo miro con un gesto de incredulidad, a la vez que voy inspirando profundamente y pensando... “No puede ser que haya personas que estén cobrando el doble que yo para pensar estas cosas”... así que después de unos segundos le contesto:

- Roberto... en fin... como te lo digo... a ver..., el efecto de la bilocación lo estoy practicando y aunque me cuesta horrores, a veces creo que hasta lo podré conseguir con el tiempo, pero lo que nunca me he planteado es poder tirar para atrás el tiempo. Quizás me falta estudiar un poco la ley de la relatividad, pero mucho me temo, que en este caso, ni por mucha práctica que le ponga será difícil que lo consiga... Dicho de otra manera, hacer un paciente y conseguir que el siguiente se haga en la misma hora no creo que pueda y menos con un tercero.
- No... si ya te entiendo -me contesta- lo vamos a hablar con el jefe de servicio a ver que se puede hacer.
- Muy bien... mientras hablas con el que corresponda, le haces entender a la persona que ha tomado esta decisión que no tienen ni idea de cómo se hacen las exploraciones, ni los diferentes grados de complejidad que existen en nuestro centro -ya lo digo con un tono más elevado y de enfado- que no voy a disminuir un ápice los sistemas de seguridad en ningún paciente y que por supuesto no voy a correr, si es lo que se pretende, porque es cuando se comenten los errores... Y espero que la programación de mañana ya se haya arreglado el tema... O ¿También debo explicarte porque existen diferentes tiempos de programación según las exploraciones que deben realizarse?

Después de un segundo de pausa, me despido, señalando que no puedo perder más el tiempo en el despacho porque tengo pacientes que me están esperando.

A partir de ese momento ya no recuerdo si quedan pacientes por la tarde ni como fue durante el turno de trabajo. Por lo que llego al cuarto día.

Jueves, la programación sigue igual... y empezamos la mañana con un paciente extra de código ictus que requiere de todo el proceso de atención de adquisición de imágenes, además que debemos prepararlo, quitándole las joyas, dentadura postiza, etc., lo que el tiempo de exploración se alarga más del habitual.

Todo y la presión a la que ya estaba sometido, con un retraso provocado por este paciente extra y lo que me esperaba, aparece el supervisor con un acompañante...

- Hola Jaume!.. ¿me puedes atender un momento?... te presento a Javier que es un enfermero que hará suplencias y he pensado que podría estar contigo para ir viendo las formas de trabajar.
- Sí... ¡Perfecto! – le contestó con tono alto y desafiante- ¡¡Así se dará cuenta a qué clase de manicomio vendrá a trabajar!!

Con tono alto y enfadado, le digo que me parece increíble que la programación siga igual, haciendo además pacientes extras que solamente pueden realizarse en este aparato que aún me retrasan más los tiempos previstos, que la demora final de la mañana la calculo en dos horas de espera, por lo que los pacientes pueden empezar a poner reclamaciones.

Añadiendo un ritmo rápido a mis palabras le pregunto si le parece coherente que a las 11:40h tenga programado un paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos (intubado), al mismo tiempo que una exploración abdominal (que precisa de una fase tardía a los cuatro minutos de la primera adquisición), a la vez que un paciente de dispensario (que no recuerdo su exploración), para hacerlo todo al mismo tiempo y en veinte minutos.

Siguiendo con el mismo tono y gesticulando de forma airada, le indico que solamente me hace falta una persona que venga a “mirar” como trabajamos. Que si lo que pretende es que se marche corriendo lo deje a mi cargo, pero si quiere convencerle que este es un buen sitio para venir a trabajar, le recomiendo que busque otro lugar.

Sin esperar a su réplica, le digo que ya no puedo perder más tiempo con ellos, ya que tengo un paciente en la sala de exploración que precisa de mis cuidados. Le doy la mano a Javier y me despido con un...

- ¡Encantado de conocerte!

Y entro en la sala de exploración para continuar con mi trabajo.

Parece que mi forma de exponer el día que tenía por delante provoca alguna reacción, ya que no vuelvo a ver a Javier y al cabo de poco rato aparece la coordinadora Carmen, para “repartir” pacientes entre los otros aparatos.

El viernes, no cambió la tónica de la programación y se hizo lo que se pudo, pero también vino la Coordinadora Carmen y “repartió” algunos pacientes con las otras máquinas, redistribuyendo esta sobrecarga asistencial programada.

Al cabo de una semana desaparecieron los pacientes triples. Solamente se mantienen dos citas duplicadas pero con exploraciones “sencillas” en primera instancia y sin que puedan ser programadas dos exploraciones de cuidados intensivos en el mismo aparato, en el mismo turno de trabajo. Los pacientes urgentes y extras se siguen produciendo, como es normal en los trabajos sanitarios.

Elementos identificativos:

Primer día: No hay comunicación. -Pasivo-

Segundo día:

- Primer diálogo: Tono verbal de extrañeza y de curiosidad (¿qué está pasando?). volumen bajo. – Asertivo-
- Segundo diálogo: Tono verbal entre extrañeza y credulidad – Asertivo agresivo-

Tercer día: Tono irónico y de cierto enfado. Mirada de incredulidad. – Agresivo-

Cuarto día: Tono desafiante y volumen alto. Ritmo rápido. Gesticulaciones airadas. No dejando una posible replica. – Agresivo-

Capítulo 16. “En dejú?”

Autor: Bibiana Ros Nebot

Estil de comunicació

Assertiu-Agressiu

Descripció de la situació

Eren les 4 de la tarda, començàvem el torn de tarda a quiròfan en el servei d'anestèsia. En el programa del dia, teníem la intervenció d'un nen de 5 anys de hernia inguinal i fimosi.

Del parte del matí ens informen de que havia trucat la infermera de sala d'hospitalització que en fer-li l'anamnèsi a l'ingrés, havia detectat que la mare li havia donat un got de llet amb galetes, en un temps molt just per complir les hores de dejuni necessàries per a la intervenció. Tot i així es va decidir demanar el nen segons l'horari previst per tal d'intervenir-lo.

Quan va arribar a la zona d'inducció, la infermera d'anestèsia assignada a aquell quiròfan va dirigir-se cap al nen per verificar la documentació de la història clínica i fer el corresponent check-list d'anestèsia previ a la cirurgia. És en aquest moment quan va poder observar que el nen de 5 anys presentava un sobrepes important, doncs pesava 35 kg. Dialogant amb ell, i tot i registrar-se anteriorment a sala que el nen estava en dejú, li pregunto que què havia dinat (pregunta trampa que sovint utilitzem per rebre una negativa de l'infant i verificar una vegada més el dejuni); però en aquesta ocasió, el que es va rebre va ser un seguit de detalls del menú que segons el nen havia ingerit durant aquell matí.

Davant aquesta resposta, se sol·licita la presència de la família per tal de donar credibilitat o desmentir aquesta informació donada per l'infant.

Al cap d'uns minuts, la mare ja era al departx de quiròfan. La infermera va anar a parlar amb ella, com a infermera assignada al cas i per treure'n més informació per poder transmetre a l'anestesiòloga que també l'atendria.

Una vegada allà se li va explicar el que el nen havia comentat sobre el que havia menjat, la mare va començar a mostrar-se intranquila (propi de la situació de tenir un fill a punt d'internevir-lo) i inclús a la defensiva (cosa ja més estranya):

Infermera: Bona tarda, Sra. València, en Marc ens ha dit que ha menjat un plat de macarrons aquest matí, és així?

Mare: El nen tenia gana.

Infermera: Quina hora era?

Mare: Això és molt important?

Infermera: Molt important. És necessari que el nen es trobi en dejú per tal de poder-lo anestesiari.

Mare: No ho recordo exactament, estic molt nerviosa.

Infermera: Més o menys. Intenti recordar-ho.

Mare: Era cap a mig matí. Vivim fora de Barcelona, i ens hem despertat molt d'hora, aleshores ha pres un got de llet amb galetes i més tard, m'ha demanat més menjar. Ha menjat quatre macarrons. Potser era a quarts d'una.

Infermera: És a dir, que és veritat. Però... l'han d'operar i l'hem de dormir, havia d'estar en dejú.

Mare: el nen no aguanta tantes hores sense menjar.

Infermera: En Marc, està amb un pes una mica elevat per el que li correspondria a la seva edat, no li passa res si avui no menja durant 6 hores.

Mare: Li està dient gordo al meu fill?

Infermera: No, el que jo li dic és que no ha de patir si no menja durant unes hores.

Mare: Vostè qué sabrà!! Si el nen em demana menjar què vol que faci!! Que li faci passar gana?

Infermera: El que li dic és que hauria de controlar-li més la dieta, i a banda d'això, avui és per un tema de seguretat.

Mare: Però vostè què s'ha cregut? Vostè qui és per dir-me com he d'alimentar al meu fill!

Infermera: Ara no és el lloc ni el moment, ni potser jo la persona adient, per parlar de quina seria una alimentació equilibrada per al seu fill, però el que és cert, és que no ha complert les hores de dejú i això és un impediment per poder intervenir-lo d'una cirurgia programada.

Mare: Que m'està dient que no sé com he de cuidar al meu fill? Vull posar-li una reclamació!

Infermera: A mi? I quin és el motiu?

Mare: Li has dit gordo al meu fill i que no el cuido bé. M'has faltat al respecte!

Infermera: Jo en cap moment li he dit això. Vostè ja sabia que el nen no podia dinar, no ha dit res a dalt al ingrés, li ha donat de menjar i em diu que el nen no aguanta el dejuni, i jo li he dit que el nen està per sobre de la mitja de pes per la seva edat i que no li pasaria res si no menja unes hores. Si vostè creu que amb això li he faltat al respecte, endavant.

En aquest moment de la conversa, va arribar l'anestesiòloga que l'hauria hagut de dormir. La infermera va fer-li cinc cèntims de la situació. L'anestesiòloga en veure el caire de la conversa i l'actitud que presentava la mare, va ser taxativa i es va limitar a dir-li que s'esperés allà o pugés a l'habitació a esperar el seu fill que pujaria en breu perquè no l'operarien. La mare estava enfurismada, va tornar a amenaçar amb la reclamació, i l'anestesiòloga ho va acabar ràpidament dient-li que fés el que creiés convenient, però que el nen no s'operaria aquell dia i que parlés amb el seu cirurgià pediàtric per reprogramar-la en les condicions idònies.

Resolució de la situació

Se li van explicar els motius a la mare per els quals era molt important que el nen estigués en dejú i que en cap moment vam voler faltar al respecte al nen ni a la família. Es va retrasar la cirurgia uns dies i es van demanar disculpes a la mare per els malentesos que s'haguéssin pogut generar durant la conversa.

Elements que identifiquen l'estil de comunicació (verbals i no verbals)

La postura corporal de la mare en tot moment va tenir un caire altiu i soberbi important, parlava sense mantenir distàncies, envaïa l'espai de la interlocutora, en aquest cas la infermera. Gesticulava continuament els braços amunt i avall, i posant-se les mans al cap en forma de no entendre el que se li deia. En un moment de la conversa, va reduir les distàncies formals, passant de dirigir-se de "vosté" a la infermera a usar el "tu", amb un caire intimidatiu. El to de la veu va ser elevat desde el primer instant. La seva mirada desafiant, sobretot al final quan va amenaçar de posar una reclamació.

L'estil de comunicació de la infermera va intentar ser assertiu, possiblement amb alguna mancança a jutjar com va rebre l'interlocutor (la mare) les seves paraules.

Capítulo 17: El abuelo

Autor: Antonio Rosa Castillo

Estilo de comunicación

Asertivo - Agresivo

Descripción de la situación

En la Unidad de Pediatría teníamos ingresado un niño de 10 años tras una apendicetomía. Era su segundo día después de la intervención. Se le diagnosticó una apendicitis flegmonosa y si la evolución seguía favorable era candidato al alta a la mañana siguiente, tras cumplir la dosis de antibiótico que marcaba su protocolo.

Durante la primera ronda de la mañana, el niño estaba animado. Lo encontramos sentado en la silla y en esa misma posición quiso tomar su desayuno. En ningún momento tras la operación presentó ningún síntoma que pudiese hacer pensar que se estaba iniciando una complicación postquirúrgica.

Fue a media mañana cuando tuvimos el privilegio de formar parte de una situación comunicativa que muestra y demuestra lo difícil que puede llegar a ser la comunicación entre personas cuando la parte emocional, cultural y afectiva juegan desacompadadamente.

Todo empezó cuando el abuelo de Antonio llegó a la unidad y empezó a poner orden. Lo primero fue mandar a casa a su hija, madre del niño ingresado, para que descansase. Así, una vez siendo el responsable de la criatura, se acercó al control de enfermería y la situación comunicativa evolucionó más o menos como sigue:

Abuelo: Hola, buenos días. Yo no estaba esta mañana cuando el médico ha pasado visita y me gustaría saber cómo está mi nieto.

El enfermero, que se encontraba escribiendo un informe en el ordenador, se pone de pie para hablar a la misma altura que su interlocutor al otro lado del mostrador de la enfermería.

Enfermero: Hola, buenos días. Antonio se encuentra muy bien, está evolucionando según lo esperado y, si todo sigue su curso, mañana se podrá ir a casa, según nos ha dicho el cirujano que lo ha visto esta mañana.

Abuelo: Sí, sí, por eso vengo a hablar con vosotros, porque para ver no hace falta ser médico.

Empieza aquí a subir el tono de su argumentación y de su voz.

Abuelo: Para ver a mi nieto, lo veo yo también. Me pongo delante, lo miro y ya lo estoy viendo, y mira que yo no entiendo de medicina, pero lo que es verlo, lo veo.

El enfermero empieza a sospechar que se avecina alguna dificultad comunicativa con este usuario. El enfermero sabe cómo actuar porque ha estudiado técnicas de comunicaciones verbales y no verbales. Además, lleva veinte años trabajando en la unidad. Decide modular su tono de voz de forma que su mensaje se transmita de manera agradable, pero de una manera autoritaria.

Enfermero: Sé que puede estar usted nervioso por la salud de su nieto, pero puedo asegurarle que todo está bien y que...

Se hace imposible hablar cuando una voz que multiplica por cien los decibelios que estás utilizando se superpone a la tuya, así que, siguiendo el manual de recomendaciones de lenguaje verbal, decide mantener silencio y practicar la escucha activa. Asimismo, según recuerda del manual de recomendaciones no verbal, decide transmitir imagen de seguridad y autoconfianza.

Abuelo: Está bien ni está bien... ¡Qué va a estar bien! Si ni siquiera le habéis puesto una bolsa de esas de comida que le colgáis a los enfermos con los sueros para que se le pongan grandes los glóbulos. ¡Que mi nieto ha estado un día sin comer! Le tendréis que dar algo para que se le recuperen y engorden los glóbulos, ¿no?

Como bien sabe el enfermero, controlar el silencio te puede hacer controlar la situación, así que decide esperar para dar respuesta a las dudas del abuelo, cosa que al parecer no es muy bien interpretada por este, al continuar argumentando, con un tono de voz más elevado que el que venía utilizando hasta entonces, tras dos segundos de silencio.

Abuelo: Pero es que no le habéis hecho ni una prueba para saber que todo va bien... Le podríais haber hecho una analítica (*sic*) para ver al menos cómo tiene los bronquios, ¿no? Que aquí nada más sabéis que ver y que mirar, pero lo que tenéis es que hacer. Tanto ver, tanto ver... ¡Para ver, ya miro yo! Por favor, un poco de humanidad, que estamos hablando de un niño... Un poco de humanidad es lo que os hace falta...

De nuevo, el enfermero mantiene silencio, esta vez no porque aplique ninguna técnica sino porque sabe que lo que pueda decir es posible que empeore bastante una situación ya de por sí delicada. También es consciente que un silencio prolongado puede acelerar el resultado de esta situación comunicativa a un nuevo escenario más complicado que el anterior.

Resolución de la situación

Es de suponer que, por los gritos que daba el abuelo en el pasillo, Antonio, su nieto, decidió salir de la habitación y, al estar enterado en primera persona de todo lo que aconteció entre el abuelo y el enfermero, decidió participar también y poner fin a la situación, sin saber, el que esto escribe, si lo hizo para poder escuchar la televisión de su habitación, para disfrutar de la compañía del abuelo o para salvar al pobre enfermero.

Antonio: “Abuelo, me han pinchado (*sic*) esta mañana”.

Al escuchar estas palabras en la boca de su nieto, el abuelo mira al enfermero y le dice ya con un tono de voz igual al inicial:

Abuelo: Ah, pues si ya le han pinchado (*sic*), ya está bien, gracias.

Antonio entra en su habitación y del abuelo solo nos queda su espalda en el pasillo mientras se dirige al encuentro de su nieto.

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

Comunicación asertiva: postura respetando la altura, tono de voz cálido, control del silencio, escucha activa.

Comunicación agresiva: tono de voz fuerte, exageraciones, acusaciones, exigencias, imposiciones

Capítulo 18: Porque lo digo yo!!

Autor: Francisco Selva Freire

Matilde es una paciente con un trastorno psiquiátrico de larga evolución, está en una etapa residual de su enfermedad, destaca de su conducta su comportamiento infantil, su nula tolerancia a la frustración y el gran número de rituales o manías que inundan su día a día.

Desde hace un tiempo Matilde tiene problemas de salud, ha tenido en poco tiempo dos crisis epilépticas, por lo que surge la necesidad de tenerle que hacer una analítica para mirar niveles de ácido valproico en sangre.

El problema es que llevamos una semana que cada mañana se está intentando realizar la extracción pero la paciente se niega en rotundo, mostrándose opositora he incluso agresiva, esto a llevado a que su terapeuta referente, ante la importante necesidad de tener los resultados de la analítica, para poder ir teniendo datos clínicos, haya autorizado que se sujete a la paciente para realizar la extracción.

La sujeción consiste en un primer momento, la presencia de al menos 5 personas en la habitación de Matilde, para proceder a la inmovilización de la paciente encima de la cama utilizando la fuerza física, para posteriormente, colocar unas sujeciones mecánicas que sujeten a Matilde a su cama. La sujeción se retiraría después de hacer la extracción cuando se valore que Matilde podrá comportarse y no se agitará, su terapeuta también a dejado pautada una medicación intramuscular en caso de agitación.

Esta noche me toca trabajar a mí, conozco a Matilde desde hace 8 años, tengo conocimientos sobre el abordaje más idóneo que tengo que hacerle a Matilde para conseguir que ceda a realizarse la extracción.

En los anteriores intentos, en los que Matilde se había negado, se seguía el procedimiento de manera estricta, el extractor acudía a la habitación y le informaba a la paciente del procedimiento que se iba a realizar, utilizando un tono cordial y cercano, este tipo de abordaje daba a la paciente la posibilidad de negarse y no colaborar en la extracción, lo que provocaba que el extractor desistiera de intentarlo. Intuyo que la conducta infantil de Matilde había llevado a convertir esta situación en un mero juego, Matilde se sentía el centro de la situación y conseguía su propósito, negarse porque sí.

Este comportamiento infantil me hace entender que el abordaje que necesita Matilde para conseguir la muestra de sangre es uno agresivo, autoritario y directo que no deje margen de maniobra y que transmita a Matilde mi seguridad de que voy a conseguir mi objetivo. Sabiendo de antemano que no es lo más ético, y con la convicción de que si funciona, será lo mejor para Matilde y el equipo asistencial ya que una contención mecánica es una técnica invasiva que expone a que Matilde o algún miembro del equipo sufran lesiones durante el procedimiento.

Ejecución de la técnica...

Las extracciones se realizan sobre las 7 de la mañana, acudo a la habitación en compañía de un auxiliar de enfermería, llevo todo el material necesario para realizar la extracción, Matilde está durmiendo, Pico a la puerta y abro, enciendo la luz de la habitación y Matilde se incorpora en la cama de golpe.

-Ni te levantes!! Vuelve a tumbarte en la cama!! Hombre!! Ya está bien.

-Venga dejame el brazo!!! Y no quiero oír ni mu!!

-(mi lenguaje no verbal, transmite seguridad y firmeza, me acerco a Matilde con agilidad y sin mostrar temor alguno).

-(El tono de mi voz, necesita ser alto, claro y explícito, no irritable, sino firme)

-Realizo la técnica de extracción, de sangre, de forma segura, ya no vuelvo dirigirme a ella, con la intención de que mi lenguaje no verbal le transmita que estoy enfadado con ella por su comportamiento.

-Cuando finalizo la extracción, recojo el material y me dispongo a marchar, despidiéndome con un simple adiós en el mismo tono de toda la situación.

-En el lindar de la puerta escucho, ¿estas enfadado? ya no me quieres?

-Tengo claro que si mi tono en este momento cambia y le digo que no lo estoy y que claro que la quiero mucho, en futuras ocasiones puede que recuerde que todo mi comportamiento anterior era fingido y no me vuelva a funcionar, por lo que me despido...

-Si, estoy enfadado, no me gusta que te portes mal, solucionalo, adiós Matilde.

Capítulo 19. Evitando discusiones

Autor: M^a Antònia Serra Barril

Identificación del estilo de comunicación

Agresivo por parte del médico/Asertivo por parte mía.

Descripción de la situación:

El contexto es un Hospital de Día onco-hematológico de un hospital de tercer nivel cuya ubicación está alejada de las Consultas Externas donde el paciente es visitado por el oncólogo y se le prescribe el tratamiento.

La organización del Hospital de Día es responsabilidad de enfermería, quién en base a los diferentes tipos de tratamiento organiza la agenda y la actividad del servicio. La protocolización es imprescindible para asegurar una asistencia de calidad y consensuada por los diferentes profesionales que participan de todo el proceso de administración de la quimioterapia. También permite el poder trabajar de una manera más autónoma y segura por parte de todos los profesionales, siempre teniendo en cuenta que la seguridad del paciente es un requisito primordial en este proceso por a su complejidad.

Físicamente, en el Hospital de Día no hay presencia médica por lo que ante cualquier eventualidad se debe llamar al médico responsable de cada paciente para que la resuelva o en el caso de una situación de urgencia relacionada con la vida de un paciente o si el estado del paciente lo requiere, se pasa el paciente a al equipo médico de un servicio anexo al Hospital de Día.

Por lo que los pacientes cuando acuden al Hospital de Día para tratamiento deben tener previamente el tratamiento prescrito por el médico, luego por parte del servicio de Farmacia se validará y preparará el tratamiento solicitado.

Para facilitar este circuito utilizamos un programa informático que abarca todo el proceso de la administración de la quimioterapia, desde la prescripción por parte del médico, la programación, la validación, preparación y la administración.

La situación que quiero referenciar está relacionada con la prescripción de un tratamiento: se detectó que un paciente, en un ciclo anterior de tratamiento había presentado una reacción alérgica grado 2-3, en el siguiente ciclo la prescripción médica no reflejaba ninguna modificación, por lo que revisé el curso clínico médico y constaté que el médico había registrado que paciente había presentado este tipo de reacción y que se prescribiría una mediación específica previa la tratamiento y se debería cambiar tiempo de administración del tratamiento pero no se indicaba.

Como responsable enfermera me puse en contacto telefónico con el médico que realizó la prescripción y le comenté, que no veíamos reflejados los cambios, descritos en el curso clínico, en la prescripción del tratamiento. Sin dejar de explicarme, el médico, comentó de no muy buenas maneras, en un tono alterado y de manera impaciente, que "todo" ya estaba registrado en el curso clínico y que ya especificaba que se administrara más lentamente. Ante este comentario le intenté explicar que debería prescribir el tiempo de administración y la medicación que considerara necesaria previa al tratamiento, y que debía registrarlo en el aplicativo de la prescripción. A lo que contestó que ya venía, que debía acercarse para otro paciente en una unidad de hospitalización cercana a la nuestra y pasaría por el Hospital de Día.

A los pocos minutos llegó al Hospital de Día con actitud de enfado, utilizando un tono de voz alto y agresivo aludiendo a que "quería yo que hiciera", que las enfermeras ya sabíamos mejor que él a qué velocidad administrar los tratamientos en caso de reacciones alérgicas y lo mismo con las premedicaciones.

Resolución de la situación:

Le repetí sin alterarme, con actitud lo más relajada posible, sin ponerme a su altura, que era lo que necesitaba y recalcando que era imprescindible para la administración del tratamiento, explicándole que si el paciente toleraba el tratamiento, ya quedaría reflejado para los ciclos siguientes y nos evitaríamos futuras complicaciones. Ante lo que, el médico, de nuevo, despotricó sobre lo pesado que era registrar en dos aplicativos a la vez, que no era nada fácil, que tenía mucho trabajo y que no estaba para perder el tiempo.

Mi actitud en todo momento, fue mirarlo con tranquilidad, como si no pasara nada ante su actitud y repetirle que si debíamos administrar el tratamiento necesitábamos la

prescripción. Por lo que, viendo que no conseguía que yo adoptara su actitud, salió de mi despacho y se dirigió al control de enfermería para coger una hoja de órdenes médicas en papel, registró los cambios en la prescripción y la dejó sin más, encima de la mesa de mi despacho sin mediar palabra y se fue.

Por lo que posteriormente me puse en contacto con la farmacéutica y le expliqué lo sucedido e introdujo en el aplicativo informático de la prescripción los cambios y quedó resuelto el incidente en relación al paciente, administrándose el tratamiento sin incidencias, lo mismo que los ciclos posteriores ya que al tener la posibilidad de duplicar la prescripción ya quedaban registrados los cambios.

Pero evidentemente, hice llegar mi queja por escrito al jefe médico y a mi superior inmediata.

Elementos que identifican el estilo de comunicaciones verbales y no verbales

Por parte del médico: tono de voz alto, impaciente, no escucha e interrumpe, se muestra enfadado, la mirada altiva.

Por parte mía: mostrarme tranquila, mirarlo a la cara, no me muevo de mi sitio, explico claramente que es lo que se necesita y no se ha hecho.

Capítulo 20. La autoridad

Autor: Erika Sánchez Ortiz

Identificación de estilo de comunicación

Pasivo-assertivo-agresivo

Descripción de la situación

Trabajo en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de Neonatología, donde hay ingresados desde recién nacidos a término a prematuros extremos.

Existe una extensa bibliografía que evidencia los beneficios de los cuidados centrados en el neurodesarrollo en pacientes prematuros, practicándose en los países nórdicos desde hace años. En nuestro entorno cada vez hay más hospitales que trabajan basándose en el paciente y la familia, aunque todavía existen reticencias al respecto, predominantemente entre los profesionales más veteranos.

¿Cuáles son las diferencias entre trabajar de forma “clásica” a trabajar siguiendo unas pautas que favorecen un mejor desarrollo del cerebro en formación? Si seguimos el primer modelo, el “clásico”, manipularemos al paciente durante horas, sin respetar su descanso, los padres serán meros observadores de los cuidados de su hijo y no tendremos presentes todos los agentes externos que pueden estresar al paciente. Mientras que si nos basamos en los cuidados centrados en el neurodesarrollo intentaremos respetar las horas de descanso, evitaremos introducir las manos en la incubadora más veces de lo absolutamente necesario, es decir, tendremos presente la mínima manipulación, observando la comunicación no verbal que nos transmite el paciente a través del llanto, gestos y constantes vitales. Lo posicionaremos asemejando a la postura que presenta dentro del útero materno mediante nidos, evitaremos el dolor mediante succión no nutritiva y contención. Intentaremos aislar al paciente de la luz directa tanto de día como de noche y disminuir el tono de voz cuando estemos cerca del paciente. Ofreceremos la posibilidad de que los padres participen activamente en los cuidados de sus hijos e invitaremos a iniciar el contacto piel con piel lo antes posible.

En nuestra unidad un grupo de enfermeras elaboramos hace ya 3 años un protocolo para agrupar e individualizar todos los cuidados. Dicho protocolo, antes de entrar en vigor, tuve que presentarlo en una sesión médica, para consensuarlo con todos los profesionales de la unidad. En aquella sala estaban los médicos, residentes de medicina, el jefe del servicio y la supervisora de enfermería, mis compañeras ese día no pudieron asistir.

Entre los asistentes había gente que estaba a favor pero también muchos detractores entre ellos el jefe de servicio, que me cuestionó punto por punto las palabras que estaba exponiendo:

-“¡Es imposible realizar mínima manipulación durante la mañana! – dijo con tono elevado, “¡se respetará a partir de las 15h! ya que por la mañana tienen que realizarse pruebas diagnósticas y los residentes tienen que explorar a los pacientes junto con el médico responsable” dijo gritando.

Me mantuve en silencio mientras asentía con la cabeza, evitando el contacto visual porque no estaba de acuerdo con su aportación.

Otro punto conflictivo fue el que proponía que todos los niños prematuros deberían estar protegidos de la luz y el sonido durante las 24 horas del día, por mantas acolchadas que se han confeccionado especialmente con esta finalidad.

-“¡Eso sí que no! los niños tiene que verse”, dijo elevando el tono de nuevo.

-“Disculpe, pero no cree que es posible protegerlos de la luz directa si cubrimos la parte superior de la incubadora, dejando al descubierto un lateral que nos permita ver y acceder al paciente ¿qué le parece?”, dije con tono seguro.

-“De acuerdo, pero que se les vea bien”-aclaró- “aunque sólo hasta que tengan 32 semanas de edad corregida, una vez superen estas semanas les quitamos la manta”, dijo con un tono suave.

Negociado este último punto, se dio por finalizada la sesión.

Al salir de la sala me sentía abrumada por lo que allí acababa de pasar; aunque existía evidencia científica sobre el tema, el defendió vehementemente que siempre se había trabajado así y las cosas habían funcionado bien.

Dos días después de dicha presentación, tras haber atendido durante mi turno de 12 horas a dos recién nacidos a término, uno, Albert, con patología pulmonar consistente en una atelectasia y que debía evitar el llanto y el otro, Pol, con convulsiones y que había pasado gran parte de la noche muy irritable sin descansar y que concilió el sueño a las 7.00h, decidí, aun sin estar indicado en el protocolo, cubrir sus incubadoras con una manta intentando mejorar su descanso. Al entrar el jefe a la unidad y ver a ambos pacientes con la incubadora cubierta, cogió la primera manta y la retiró bruscamente con una mirada desafiante y diciéndome con tono autoritario” ¡esto no es lo que hablamos!”.

Rápidamente le dije con tono energético y seguro: “es que no ha descansado en toda la noche” pero no sirvió para nada pues con el siguiente paciente hizo exactamente lo mismo pero tirando la manta al suelo bruscamente. Se giró y me dijo “este niño podría estar en su casa y ¡le estaría dando la luz! “. Acto seguido el niño empezó a llorar.

Realmente tenía razón porque no eran niños que cumpliesen criterios para estar cubiertos.

Resolución de la situación

No hice ningún comentario, y tranquilamente me aproximé al niño intentando calmarlo mediante succión con un chupete.

Todo este lamentable espectáculo fue presenciado por mis compañeras y los médicos de guardia, nadie dijo nada al respecto pero notaba que sus miradas estaban centradas en mí. En ese momento mi único objetivo era consolar aquel niño que se sobresaltó de forma abrupta en cuanto le dio la luz directa.

Minutos después estaban todos los médicos de pie alrededor de la incubadora pasándose el parte del paciente que ya se había relajado. En cuanto el jefe oyó el diagnóstico del paciente, se aproximó a mí, y me susurró amigablemente: “este sí que precisaba la manta”. “Quería evitar que llorase, por eso la llevaba, otra vez pregúntemelo antes, por favor” respondí mirándole fijamente a los ojos. Mi respuesta fue clara y concisa. Me sonrió y se marchó de la unidad.

Elementos que identifiquen el estilo de comunicación.

Tanto en el primer como en el segundo conflicto inicialmente utilizo un estilo de comunicación pasivo, le doy la razón y acato sus normas aun no estando de acuerdo, utilizo un tono suave y comedido evitando el contacto visual.

Mientras que en la segunda parte de ambos conflictos mi estilo de comunicación es más asertivo sintiendome más cómoda y relajada ya que expreso lo que pienso de forma directa y educada, manteniendo un tono firme y seguro.

La actitud del resto del equipo en ambas conversaciones es pasivo, se mantienen en silencio, mientras que la actitud del jefe del servicio es agresiva y autoritaria, utiliza tonos elevados de voz acompañados de gestos enérgicos.

Capítulo 21. Consecuencias de una comunicación tardía.

Autor: Mercedes Valentin Rodriguez

Estilo de comunicación

Agresiva- Asertiva

Agresiva: Manifestada a través de la negativa por parte del personal a administrar el tratamiento pautado según el procedimiento establecido ante el temor de sufrir daños a nivel de salud.

Asertiva: Manifestada por la supervisora, en primer lugar por la detección del problema y en segundo lugar por la búsqueda de estrategias y apoyo de personal cualificado de diferentes ámbitos para proporcionar toda la información posible con la finalidad de transmitir seguridad y tranquilidad a todo el personal.

Descripción de la situación

Os situaré explicando que la situación venía por tener que preparar una medicación, concretamente un antiviral, en la unidad. Se trata de un fármaco considerado de riesgo, el cual tiene que prepararse en unas condiciones de protección adecuadas, en un medio adecuado, con campana de flujo laminar y por personal formado y adiestrado; en este caso por técnicos en farmacia.

A los pocos días de incorporarme en la unidad fui conocedora de la preparación de este fármaco por parte del personal. Sin duda era uno de los temas prioritarios a tratar con las personas responsables y evitar que esta acción se prolongase en el tiempo. Fui consciente que la preparación y administración de este fármaco era de forma puntual. Contacté con el facultativo responsable de la unidad, así como con la responsable médica del servicio de farmacia. Y tras una conversación amena y colaboradora se tenía previsto, no tardando mucho, que dicho fármaco se preparase en las condiciones, lugar y personal adecuados.

Por mi parte he de decir que esta información no dio tiempo a ser transmitida ya que no estaba confirmada en su totalidad y quedaban algunos puntos a tratar en cuanto a circuitos de dispensación.

El despacho de supervisión que ocupó, está ubicado en la 5 planta.

Entro en la unidad, las puertas están como siempre, abiertas. La celadora de quirófano transporta los carros de material por la unidad. Encuentro a los compañeros de turno de noche en el control de enfermería; unos registrando las curas de enfermería en los aplicativos correspondientes; otros recogiendo material; la señora de la limpieza vaciando papeleras. Están cansados, sus caras reflejan la actividad nocturna a la que han sido sometidos y al mismo tiempo las ganas de verme entrar; señal que su turno está concluyendo. Solo queda transmitir verbalmente lo más significativo de la noche o aquellos temas que quedan pendientes de solucionar.

Sin embargo, noto algo diferente; noto miradas agresivas y de descontento. Miradas que no atienden al razonamiento. Miradas que reflejan el estado de ánimo puntual. Por suerte no se producen en todo el personal, sólo en dos enfermeras y una auxiliar.

Soy respetuosa y saludo con un "buenos días", como siempre. Las personas nombradas contestan con ironía: "serán para ti". El tiempo pasa despacio, los segundos parecen horas y se hace un silencio. Noto que están deseando hablar y no saben cómo empezar.

Una de ellas, la más antigua en el servicio y aparentemente con más carácter, se dirige a mí con desprecio, con un tono de voz altivo y estridente. Me acusa de permitir, como supervisora de la unidad, poner en riesgo sus vidas, de mala persona, de inconsciente y de aprovechada. ¡No entiendo nada! Al tiempo, se suman las otras dos personas en los comentarios despreciativos hacia mí.

Me quedé perpleja, no entendía nada. Me acusaban de mentirosa, de haber dicho cosas que luego no había cumplido. En realidad yo ya no sabía ni que había dicho ni que no. El tono de voz cada vez era más fuerte y más agresivo. Sentía que estas personas, sin conocerme de nada (hacia dos semanas que me había incorporado en la unidad como supervisora) iban contra de mí solo por el hecho de ser la responsable de la unidad; querían marcar su terreno, dejar claro que no estaban dispuestas a aceptar cambios (para ellas imposiciones), motivo por el cual aprovecharon para enjuiciar varios temas a la vez.

Mi opción, dentro del estado de nerviosismo en el que me encontraba fue avisar a la responsable de farmacia. Intentaba convencerlas que el tema estaba en vía de solución, pero que los cambios nunca se producen de un día para otro. Yo no entendía cómo podían acusarme de irresponsable cuando hacía dos semanas que me había incorporado

en la unidad y al fin y al cabo llevaban tiempo preparando este fármaco con otra supervisora como responsable. La responsable de farmacia, sin dudarlo acudió a mi petición de ayuda. Intentó explicarles cómo se habían sucedido los hechos, pero ellas no entraban en razón. También la acusaron de mentirosa y manipuladora. Al grupo también se unió la responsable de área; por su parte también intentó persuadirlas pero fue en vano. Fueron momentos de tensión, de nervios y de poco respeto. Fueron momentos que sin duda no se produjeron en el entorno adecuado y que marcarían mi aprendizaje en la etapa que acababa de comenzar para mí.

Resolución de la situación

Pasado un año aproximadamente volvimos a retomar el tema. Esta vez el equipo médico solicito a la dirección del hospital poder administrar dicho fármaco en presentación inhalada. Después de pasar todos los permisos necesarios y hacer las obras necesarias en la unidad (se necesita una habitación con presión negativa para administrar el fármaco), me tocaba mover ficha.

Para ello, concerte con el laboratorio comercial del producto realizar una sesión informativa para el equipo de enfermería. Al mismo tiempo me asesore con el farmacéutico de referencia del hospital sobre la composición del fármaco y con el servicio de riesgos laborales sobre las medidas preventivas a seguir, tanto por parte del personal sanitario como no sanitario y hacia el paciente, a la hora de administrar el fármaco.

Realicé el procedimiento de actuación de antes, durante y después de administrar el fármaco; así como las medidas protectoras necesarias. Contacte con todos los servicios implicados: mantenimiento y limpieza (por el control de la presión de la habitación y limpieza de esta). Sólo queda lo más importante; informar y formar al equipo para la administración; tener preparadas respuestas a las posibles dudas que pudieran surgir y sobre todo transmitir tranquilidad y seguridad a toda la plantilla de enfermería.

Con toda la información adquirida, programé sesiones formativas/informativas para todos los turnos de enfermería. Con la ayuda de profesionales responsables de las diferentes áreas citadas, solventamos las posibles dudas y transmitimos la máxima tranquilidad posible.

Dos meses más tarde, administramos el fármaco sin ningún tipo de complicación.

He de referir que la actitud de todo el personal fue de interés, colaboración y participación en todo momento. También citar que algunas de las personas que estaban implicadas en la situación primera ya no pertenecían a la unidad.

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

Ex: CV: cridar/ CNV: tancar la porta amb força

CV:

- Soy respetuosa y saludo con un "buenos días", como siempre. Las personas nombradas contestan con ironía: "serán para ti".
- Una de ellas, la más antigua en el servicio y aparentemente con más carácter, se dirige a mí con desprecio, con un tono de voz altivo y estridente.
- Me acusa... poner en riesgo sus vidas, de mala persona, de inconsciente y de aprovechada.
- Me acusaban de mentirosa.
- El tono de voz cada vez era más fuerte y más agresivo.

CNV:

- Están cansados, sus caras reflejan la actividad nocturna.
-noto miradas agresivas y de descontento.
- Miradas que no atienden al razonamiento.
- Miradas que reflejan el estado de ánimo puntual.
- Noto que están deseando hablar y no saben cómo empezar.
- ...dentro del estado de nerviosismo en el que me encontraba...
- Fueron momentos de tensión, de nervios y de poco respeto.

Capítulo 22. Suspende nunca fue tan difícil

Autor: Àngel Vara Ortiz

Estilos de comunicación

En el siguiente relato encontraremos dos estilos de comunicación: el agresivo y el asertivo.

Descripción de la situación

Ana era una estudiante de tercero de grado de enfermería, seria en todo su conjunto. El primer día de prácticas, estando en la reunión de acogida con los otros 5 estudiantes, yo, como profesora asociada a la universidad y encargada de coordinar toda su estancia en el centro, explicaba su funcionamiento, los trabajos a realizar en todo el período y la asignación de las enfermeras referentes. Explicué que, las enfermeras que trabajábamos allí, no hacíamos turnos puros de mañana o tarde, sino que hacíamos turnos cambiantes. Prometí ser flexible en todas sus necesidades, pero también esperaba que ellos lo fueran con las nuestras, es decir, que si a le tocaba una enfermera que trabajaba un día por la tarde, ellos se pudieran adaptar a su mismo horario, por ejemplo. Al hacer esta petición, ella se giró hacia mí y de un tono un tanto grosero me dijo que no estaba de acuerdo. Yo, intentando suavizar esta situación inesperada, ya que hasta entonces no me había encontrado con ninguna situación parecida, le dije que yo prefería que fuera así, ya que siempre iría tutorizada por la misma enfermera y que en el fondo era mucho mejor para ella y su aprendizaje. Mi tono fue suave, pero tajante. Aceptó de mala gana.

Pocos días después Rosa, enfermera del centro, altamente cualificada, eficiente y la encargada de tutorizar inicialmente a Ana, entró en mi consulta. No sabía muy bien cómo empezar la conversación conmigo, pero vi en su cara que algo no iba bien. Rosa, era bastante precavida, humilde y no le gustaba criticar a terceras personas. Se sentó en la silla que quedaba justo delante de mí y me contó que veía un comportamiento extraño de la alumna que le había asignado. Toda la conversación la hizo desde el respeto y las ganas de ayudar, tanto a Ana como a mí. Al parecer Ana le había estado preguntando a ella sobre los beneficios e intereses que podríamos tener las enfermeras al tutorizar a los alumnos. Curiosamente, ésta es una profesión donde la vocación está por encima de

cualquier otro interés, y en este caso, el tutorizar alumnos lo hemos hecho siempre y lo haremos, por vocación. A nosotros ellos nos aportan riqueza, alegría, conocimiento y orgullo de estar formando a futuros profesionales. ¿Cómo es que alguien nos cuestiona esto? Me imagino que a Rosa le impactó este comentario, pero no fue lo único. Parecía ser, mientras pasaba consulta, ésta no se levantaba de la silla para valorar al paciente, no colaboraba en las intervenciones, se quejaba si, por casualidad, algún día se tenía que quedar una hora más para asistir a los seminarios que las enfermeras les preparábamos para aumentar su conocimiento, teniendo en cuenta que éstos eran obligatorios, sin decir, que los días en que no había seminario, que eran más de la mitad de los días, se marchaba una hora antes. Al explicarme estos hechos y al ver las sensaciones de Rosa, decidí hablar con Ana.

Al día siguiente mientras hacíamos el descanso por la mañana, Ana estaba desayunando, me acerqué a ella y le pregunté que cómo le iban las prácticas. Me contestó que muy bien, pero seria, muy seria. Yo no vi que su respuesta verbal coincidiera con su no verbal, pero ante el poco contacto que había tenido con ella, no podía saber si ella era una chica así de sobria. Le dije que antes de irse a casa, pasara por mi consulta que quería comentarle algo.

Puntualmente a las 14 horas, picó a la puerta y entró a la consulta. Estaba, yo diría que asustada. Le dije que tomara asiento. Ella se desabrochó la bata y se ruborizó. Me preguntó que de qué quería yo hablar con ella. Tengo que decir, que era la primera vez que hacía entrar a alguien en mi consulta para hablar de algo que para mí no era agradable. Como sé cómo soy y que normalmente soy muy directa al hablar y que cuando tengo las cosas muy claras, tiendo a decir las cosas demasiado tajantes, hice un ejercicio de relajación previo. No quería que Ana se sintiera incómoda en la conversación ni que se llevara una impresión diferente a la que le quería transmitir. Empecé invitándola a sentarse. Le pregunté por las prácticas, qué le parecía el centro y si estaba bien adaptada. Ella en todo momento me contestó que sí, que estaba muy bien y que le gustaba mucho estar allí. Yo consideré que no me decía la verdad, porque seguía muy seria y creí que podía ser que tuviera algún problema que le estuviera

afectando. Yo arqueé una ceja, supongo que inconsciente al principio hasta que me cercioré que lo estaba haciendo y me relajé.

- ¿Seguro que estás bien?, insistí yo.

Viendo que no había manera de abrir más la conversación, le dije que en general, habíamos notado que estaba muy seria, que no participaba demasiado ni en la consulta ni en los seminarios. De repente empezó a colocarse la bata hacia atrás, a atusarse el pelo y a secarse las manos de sudor.

- Es que tengo dolor de espalda, tengo una contractura importante y me duele bastante. Estoy haciendo rehabilitación y puede que por eso esté un poco más seria - Dijo ella.

- ¿Y qué me dices del trabajo en consulta? Te vemos un poco tensa y poco participativa. Creemos que en según qué situaciones te bloqueas y no sabes cómo actuar - dije yo, con tono afable e intentando preguntar abiertamente.

- Yo estoy bien, hay veces que me pongo nerviosa, pero yo voy haciendo. ¿Es que Rosa te ha dicho algo? – Preguntó Ana preocupada.

Lo cierto era que Rosa me había comentado que Ana tenía errores constantes, cosa que era normal por el hecho de estar en prácticas, pero me insistió que tenía errores quizá ya algo más serio, y a pesar de corregirle, ella se justificaba continuamente.

- Rosa me ha dicho que cometes errores, que ella te los corrige y tú los justificas en vez de asumirlos y realizar el punto de mejora. Este es un punto donde nosotros somos bastante exigentes, saber que las correcciones son asumidas, entendidas y cogidas humildemente para mejorar – Dije yo contundentemente y mirándola fijamente. Para mí es un valor indispensable el ser humilde, aceptar la crítica constructiva y lo que es más importante, entender que trabajamos con personas y hay según qué cosas que no se pueden producir por el mal que le puedes provocar a otros. Ana se volvió a ruborizar y volvió retirarse la bata hacia atrás. Vio que yo me ponía un poco más nerviosa y que el tono era cada vez más serio y seco.

- ¿Qué errores son los que cometo, a ver? – espetó Ana. ¿Qué te ha dicho Rosa? Mis compañeras también cometen errores y nadie te dice nada, el otro día pasó una cosa con una de ellas y no te han dicho nada – dijo en tono amenazante.

- Lo que haya pasado con ellas, ahora mismo no es de nuestra incumbencia porque hoy estoy hablando contigo y de cómo te podemos ayudar a ti – aquí aumenté el tono de voz viendo que la conversación iba hacia donde no tocaba. Respiré.

- Si te parece bien – proseguí - el próximo período vendrás conmigo. Quiero que te aproveches de mí, que me utilices, que me preguntes, que hagas todo lo que creas necesario para aprender, para coger seguridad, porque yo te ayudaré. ¿Te parece bien? - le dije ya un poco más relajada.

- Vale, de acuerdo – dijo ella. ¿Me puedo ir ya?

Asentí. Se levantó sin mirarme y se fue.

Yo reconozco que no fue mi mejor conversación mostrando empatía y asertividad, pero hice el intento. A mí estas conversaciones me tensan muchísimo y me dejan agotada, puede porque reconozca mis limitaciones y la manera que tengo de decir las cosas, que, a pesar de que quiera transmitir las cosas de una manera pausada y tranquila, cuando creo que tengo razón, me sale todo de manera contraria.

El período entero de prácticas lo divido en tres subperíodos, pasando uno de ellos en pediatría. La idea de acabar el primer período con Rosa y hacerle pasar el segundo conmigo, creo que fue un acierto, incluso para ella. Así también me dio tiempo de pensar con quién creía yo que aprovecharía mejor el tercero y último. Así fue, el tercero la hice pasar con otra enfermera, un torbellino de energía y buen hacer.

Ana acabó el período con Rosa e inició el segundo según lo previsto. He de decir, que mientras estuvo conmigo estudió protocolos y guías, pero las aptitudes necesarias no las acababa de conseguir. Seguía cometiendo errores importantes y seguía sin

reconocerlos, no intervenía en las consultas ni participaba demasiado, tampoco tenía grandes destrezas con la técnica. Decidí ponerlo en conocimiento de la universidad donde estudiaba ella. Semanalmente, los viernes, nos sentábamos a hacer retrospectiva de cómo iba y de su evolución; seguían siendo charlas bastante intensas, ya que yo tenía que comunicarle cosas que no le gustaban, y que ella no entendía ni era capaz de reconocer. La última tutoría que hicimos antes de cambiar al tercer período, entre otros le sugerí que fuera a la universidad y hablara con algún profesor para que la aconsejara y la guiara. En esta tutoría le dije puntos positivos como que con los niños era bastante atenta y se relacionaba bien con ellos. Seguidamente le dije que, a pesar de eso, si yo hiciera un balance global y ese fuera el último día, mi balanza se decantaría hacia el suspenso, pero que se tranquilizara, porque le quedaba el último período donde tenía la oportunidad de darle un giro. Le dije también que le asignaba una enfermera excelente y que aprovechara.

Este tema, he de decir que me creó bastante inquietud e inseguridad, en el sentido que nunca había tenido ningún conflicto con ningún alumno y menos pensar en suspenderle unas prácticas. Lo que a mí más me preocupaba, o mejor dicho, me dolía, era que pese a todas las charlas que habíamos tenido y todos los esfuerzos que habíamos hecho, no sólo yo, sino todo el equipo y que no lográramos conseguir el objetivo. Ni nosotros como equipo, ni yo como coordinadora ni ella como alumna. Eso sí, la tercera semana de estar conmigo decidí que una vez pasara con María, la siguiente enfermera, dejaría las tutorías a no ser que las pidiera ella. Ya había hecho bastante por Ana. Ya había hablado unas cuantas veces, le había explicado la teoría muchas veces, le había incidido bastante y era el momento de dejarla hacer, de parar de estar encima de ella. Yo consideré que había hecho todo lo que podía y si ella no mejoraba, ya era cosa suya. Y así hice.

Finalizó el tercer período y después de dos horas de reunión entre las tres enfermeras que la habíamos tutorizado, decidimos suspenderla. Por ella, porque creíamos que no estaba preparada y haciendo un acto de responsabilidad hacia los pacientes o posibles usuarios, sabiendo que no podíamos aprobar una persona con riesgos de saltarse el principio bioético de la *no maleficencia*. El día de comunicárselo

fue duro. Estuvimos reunidas Ana, María y yo. Empecé yo la conversación, explicando cuales fueron los motivos del suspenso. Intenté estar seria y firme ante nuestra decisión, pero intentando escucharla y entenderla. Sabía que tenía que hacer mucha contención. Así lo hice. Creo que el tono utilizado fue el adecuado, intentando argumentar con hechos, buscando puntos fuertes donde reforzarse, puntos de mejora para el próximo período. Ella encajó la noticia muy mal. Nos respondía con algún que otro ataque. Yo intenté desviarlos y centrarme en aquello que le quería transmitir sin alzar la voz ni siendo impositiva y ni mucho menos enfrascarme en alguna discusión. María sí que se exaltó un poco más. Intentando ejercer la mediación, cuando María enfurecida le explicaba cómo el día antes estuvo a punto de enviar unas muestras de sangre al laboratorio sin etiquetar, Ana no hacía más que justificarse y compararse con sus compañeras. Le dije a María que bajara el tono de voz, que dejara hablar a Ana pero siempre todos desde el respeto y la comprensión. Después de una hora y media Ana se marchó, disgustada, claro está.

Resolución de la situación

Dos días después la profesora de la universidad me citó para tener una reunión ella, Ana y yo ya que Ana había pedido una tutoría con las tres. Allá fui. A las 11 en punto tal como habíamos quedado iniciamos la reunión. La profesora de la universidad inició su discurso explicando a Ana que ellos habían estado al corriente del caso en todo momento, ya que yo les había ido informando de todo lo ocurrido. Le explicó cómo el reconocimiento de los errores es importante para implantar las mejoras y que el no reconocimiento de los errores era un punto suficientemente importante como para no aprobar. Yo me mantuve callada casi toda la reunión. Llegó el turno de Ana. Inició su discurso diciendo que ella no estaba de acuerdo con la nota que le habíamos puesto ya que ella había asistido todos los días a las prácticas y que ella creía que había realizado las prácticas bastante bien. Que hasta el último día nadie le había notificado la gravedad del asunto. Yo había decidido mantener una actitud bastante distante, dejar que la profesora de la universidad hablara y mantenerme en un segundo plano, pero dicho esto tuve que añadir:

- Hombre Ana, no digas que no hemos hablado veces y hemos estado pendientes de ti y hemos intentado ayudarte. Te hemos dado feed-back todas las enfermeras con las que has estado y yo especialmente que hemos hablado durante cinco semanas seguidas.

Ahora no digas que nadie te ha notificado nada – me salió del alma decir. Sería, mirándola y de una manera bastante seca. Debe ser que no soporto que mientan.

- Yo no me he sentido apoyada allí, ni querida, ni con ganas de ayudar. He ido a disgusto todas las prácticas – dijo Ana con un tono de voz bastante subido.

- ¿Ves cómo mentías cuando me decías que estabas bien? – le dije yo cerrando el puño, haciendo una muestra de rabia contenida.

- ¡Pues cómo quieres que esté, si te están mirando todo el rato lo que haces, si todo lo que digo se utiliza luego en mi contra! – Siguió Ana.

- Como comprenderás, no dejaremos de mirarte para que cometas un error y lo pague una persona. ¿Recuerdas que los responsables de tus actos también somos nosotras?- dije yo ya de muy mal tono.

Aquí ya intervino de nuevo la profesora de la universidad intentando poner paz entre nosotras. Habló durante unos 10 minutos intentando explicarle a Ana cuales eran ahora los pasos a seguir. Si volver a pagar la asignatura, cuándo volverlas a repetir, como hacer para que pudiera acabar la carrera en el periodo más breve posible, etc. Yo mientras intentaba calmarme y me repetía a mí misma que tenía que ser más asertiva con ella. Tenía que ponerme en su piel y hablarle más calmadamente, relajarme en cuanto a postura y bajar un poco el tono de voz.

Cuando la profesora acabó, me volvió a dar la palabra preguntándome si quería añadir alguna cosa más. Yo levanté la mirada de la mesa y me dirigí a Ana.

- Ana, entiendo perfectamente tu enfado. Sé que no es fácil para ti, pero me gustaría que entendieras que para mí tampoco lo ha sido. Yo creo que esto es lo mejor para todos. Ahora cuando vayas al nuevo centro ves tranquila, relájate lo que puedas y aprovéchalo al máximo. Sé que lo puedes hacer muy bien y en un sitio nuevo te sentirás menos coaccionada. Tu puedes – dije yo mucho más relajada con un tono mucho más suave y mirándola con compasión.

- Muchas gracias – me dijo mirando a la mesa.

La profesora le dijo a Ana que se podía quedar un rato en su despacho repasando la evaluación que le habíamos hecho. A mí me dijo que me podía marchar. Me despedí de ella y me giré mirando a Ana y le deseé mucha suerte. Ella me dio de nuevo las gracias y me marché.

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

Los elementos que han identificado el estilo de comunicación agresivo han sido, el tono de voz, suave, fuerte, tajante; la mirada fija, arquear una ceja, tono serio y seco.

Los elementos que han identificado el estilo de comunicación asertivo han sido el tono de voz suave, la mirada de compasión y la intención de ponerse en el lugar del otro.

Capítulo 23. Manejo de actitudes de equipo.

Autor: Conchi Vazquez Marmol

Estilo de comunicación

Agresivo- asertivo: la profesional mantiene una clara actitud agresiva, verbal y no verbal, con su responsable de unidad y ésta maneja la situación desde una actitud calmada y asertiva que consigue reconducir a la profesional a un diálogo tranquilo y empático.

Descripción de la situación

En la unidad, existe una rueda de festivos, acordada y consensuada por los miembros del equipo, en la que se define la rotación de festivos a trabajar, por cada uno de ellos, durante el año. Independientemente de esta rueda, está permitido el cambio de los festivos que pertocan, entre miembros del equipo, bajo autorización del responsable de unidad.

En relación a los festivos del período de Navidad, hacia el mes de octubre, una profesional, manifiesta a su responsable su deseo de librar el día 25 de diciembre y el 1 de enero, explicando que pedirá un cambio a alguno de sus compañeros.

Manifiesta verbalmente, con tono desafiante, a sus compañeros, su disconformidad de trabajar ese día. Exige que alguna persona le cambie ese día. Sus compañeros, intentan evitar la situación y para no entrar en conflictos, alegan a que esos días son complicados y todos quieren disfrutar del tiempo libre que les pertoca.

La situación se prolonga en el tiempo y el enfado y la actitud de esta persona incrementa conforme se aproxima la fecha.

Ante la imposibilidad de que alguno de sus compañeros, trabaje ese día, en su lugar, un día, al iniciar su jornada, acude al despacho de su responsable abriendo la puerta de golpe y gritando, muy enfadada, que no es justo, que ella siempre hace los cambios que le piden y que esos días son importantes para ella y que no piensa trabajarlos. Lanza un mensaje muy concreto a su responsable, en tono desafiante, manteniendo la mirada

activa y diciéndole que tiene un problema porque ese día no vendrá a trabajar, que ya verá como hace la cobertura porque su obligación es facilitarle fiesta.

Ante esta situación, su responsable, se levanta y en tono calmado le comenta que la ve muy exaltada y le pide que se calme, en tono de voz bajo, para empezar a hablar.

La invita a sentarse y le pide que le explique que problema tiene ese día.

La profesional, que continúa con un tono de voz elevado, hablando muy rápido dice que no tiene ningún problema, simplemente, que esos días quiere estar con su familia. Que esos días son su máxima prioridad, entre todos los festivos de diciembre y que está cansada de trabajar los días de fiesta.

La responsable le pregunta si ha buscado algún cambio y ésta le responde que lo ha intentado todo pero que nadie quiere hacérselos. Entonces, inicia un ataque verbal, con descalificaciones contra sus compañeros incluyendo a su responsable e introduciendo temas no relacionados con los festivos. Ante esto, la responsable, reconduce la conversación con el argumento de que si necesita hablar de otros temas, no hay inconveniente pero que es preferible no mezclar conceptos.

En ese momento, la supervisora, bajando aún más el tono de voz, pero hablando de forma firme y segura, le dice que lo lamenta, pero que en ese momento la ve muy alterada y que está dispuesta a hablar con ella y por descontado a ayudarla en lo posible, como siempre, pero que tendrán que posponer la conversación para hablar tranquilamente de ello.

Resolución de la situación

La supervisora, invita a la profesional a su despacho, en un momento que prevee sin interrupciones. Con un tono calmado firme y seguro, inclinándose hacia ella le pregunta si está más calmada. Ella responde afirmativamente y lamenta sus formas alegando que al no encontrar colaboración se puso muy nerviosa. De todas formas persiste en su argumento de librar esos días.

La responsable le deja claro que la rueda de festivos es consensuada entre todos ellos, y que sabe los días a trabajar desde principios de año. Que no es admisible su comportamiento con sus compañeros e intenta hacerle entender que no puede exigirles un cambio y menos cuando ella es poco colaboradora con ellos, en ese aspecto.

La profesional la escucha atentamente aunque la intenta interrumpir. La supervisora le pide que la escuche y que luego le dará la palabra, hecho que esta respeta.

Ante su turno de palabra, insite nuevamente con tono firme y desafiante, aunque esta vez desvia continuamente la mirada.

La supervisora le comunica, mirándola a los ojos, que quizá podría facilitarle uno de los dos días que desea librar, pero que es imposible planificarle fiesta los dos días. Que tendrá que escoger. En tono calmado y amigable le argumenta que hay que ser serio y respetuoso con los pactos de unidad, que de esa forma se mantiene el equipo y la equidad entre ellos.

Ante estos argumentos, la profesional, se disculpa reiteradamente, reconoce que fue una actitud desproporcionada y agradece mucho que le pueda facilitar al menos un día. Reconoce que ella siempre les ayuda, dentro de sus posibilidades.

Finaliza la conversación con un agradecimiento y con un pacto de no volver a repetir semejantes comportamientos además del compromiso de disculparse ante sus compañeros.

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

Comunicación verbal:

Agresivo: gritar, tono desafiante y exigente, descalificaciones, hablar rápidamente.

Asertivo: tono bajo, amigable, calmado, firme y seguro.

CNV:

Agresivo: abrir la puerta de golpe, mantenerse de pie, postura rígida, mantiene mirada desafiante y altiva, gesticular constantemente con movimientos rápidos.

Asertivo: Inclinación hacia la profesional, mirandola a los ojos.

Capítulo 24. ¿Ganas tú o gano yo?, ni uno ni otro...que gane el paciente.

Autor: Maria del Mar de la Vega Castosa

Estilos de comunicación

Enfermera: pasivo

Médico: agresivo

Mar: asertivo

Era una tarde cualquiera de trabajo en la UCI, con el crudo invierno acechando fuera de las paredes del hospital y llenándose las urgencias hasta límites que ni imaginábamos...pasillos llenos, pacientes ubicados en cualquier lugar...en el que solo era necesario que cupiera una camilla. Una de esas tardes, en las que deseas salir corriendo, pero en las que aún das más de lo que puedes.

Con el ambiente crispado por los nuevos recortes, afectándonos con reducción de personal por el cierre de boxes.

De nada sirvieron nuestras propuestas, ni la recogida de datos en los que se objetivaban las cargas de trabajo. Las órdenes fueron cerrar camas y reubicar al personal fijo...lo de siempre, pensamos nosotros...se pide más por menos.

Esa tarde, se necesitaban boxes de UCI, debido al gran volumen de pacientes críticos que llegaban a urgencias. El personal médico de guardia se vio desbordado por la situación y sin pensar en el trabajo de enfermería insinuaron que se podrían abrir boxes de forma temporal con el personal que allí estábamos.

Así, llegaron los médicos de guardia y en un tono un tanto brusco nos comunicaron que pretendían abrir las camas bloqueadas.

Nuestra supervisora, que no estaba presente, ya había previsto esa situación y por eso dentro de los boxes no se disponían de camas físicas ni aparataje para monitorización.

Los médicos ya conocían esa situación, pero en ese momento no atendían a razones. Gritaban diciendo que había mucha presión asistencial, que daba igual de lo que dispusiéramos, que buscáramos material de otros boxes para atender a los que vinieran y que si era necesario se haría en camillas de urgencias. De una forma más bien déspota, decían que no tendríamos que hacer mucha cosa... ¡poner tratamiento y ya!, pero acaso

saben cuál es el trabajo de una enfermera de UCI... ¿poner tratamiento, solo?, de verdad después de tantos años... ¿se atrevían a decir algo así?, el ambiente continuó crispándose.

Se comportaban como si fuera una emergencia nacional, un atentado o algo así, en esas situaciones no hay normas, todos hacemos lo que sea necesario. Pero esto era lo mismo de cada día.

Una compañera enfermera, no quiso enfrentarse al médico de guardia y le daba la razón asintiendo con la cabeza. No se atrevía ni a mirarle a los ojos, no le supo decir que no. Bajando el tono de voz aún más, justificaba que sería algo puntual y que era excepcional. Aunque ella creía lo contrario y pensaba que en casos así luego ya se crea un precedente.

El médico gritaba que... ¡había que pensar en los pacientes!...pues eso precisamente hacíamos algunos...hay que dar seguridad, si no hay medios ni material y sobretodo personal para atenderlos, pues no se puede hacer.

La compañera optó por una actitud pasiva ante la situación, no quiso expresar su opinión por miedo y prefería hacer algo con lo que no estaba de acuerdo en lugar de posicionarse.

El médico, perdió la compostura, hablaba alzando la voz, nos interrumpía cada vez que alguien quería hablar, se hizo valer incluso del “orden y mando” y “yo soy el médico”.

Mi actitud fue totalmente diferente y en ese momento ayudó a solventar esa situación y calmó un poco la tensión que teníamos. Aunque estaba nerviosa, pues a nadie le gusta enfrentarse a este tipo de problemas, lo que hice primero fue hablar con un tono más relajado, no sin antes hacer un esfuerzo para respirar hondo y mirar al médico de guardia, para pedirle que bajara la voz y que nos tratara con respeto como compañeras.

Al no esperarse esa actitud, se quedó callado y escuchó lo que le iba a decir. En primer lugar, él no decidía sobre nuestro trabajo y mucho menos sobre una decisión de la institución por temas económicos y políticos. Que todos somos compañeros y estamos para ayudarnos y no para ponernos trabas.

Le hice ver, que hay gente cualificada para decidir por nosotros en estas situaciones. Teníamos que dirigirnos a la supervisión de guardia que gestiona el tema de camas de

todo el hospital. Que valorara conjuntamente con las otras especialidades a que pacientes menos graves se podrían dar el alta de la UCI y así disponer de camas.

Le expliqué que el personal de enfermería colaboraría de forma rápida, como siempre, porque sí que nos importan los pacientes... ¿cómo lo podían dudar?, son la base de nuestro trabajo y por eso queremos seguridad para poder atenderlos.

Y no menos importante, queremos respeto por nuestro trabajo y tenemos derecho a luchar por lo que consideramos digno.

A medida que yo hablaba, la tensión se iba disipando y la cara del médico se iba relajando.

Le ofrecí mi ayuda para llamar a la supervisora de guardia y así poder empezar a gestionar lo más rápido posible todo el tema.

Finalmente, con ayuda de todos se pudo solucionar de la mejor manera posible y todos los pacientes recibieron la atención que necesitaban.

Cuando todo estuvo más calmado, el médico de guardia vino a pedirnos disculpas por cómo se había comportado y por las formas en las que habló. Se aceptaron las disculpas y seguimos trabajando como siempre lo habíamos hecho.

Capítulo 25. ¿Y si me dedicara a la peluquería?

Autor: Carmen Zamora Mediavilla

Estilos de comunicación

Estilo de comunicación agresiva

Descripción de la situación

Hace muchos años, unos treinta aproximadamente, me llamo la jefa de enfermeras a su despacho para darme una buena noticia; me ofrecía una plaza de tardes en el quirófano de cirugía cardíaca. Me hizo muchísima ilusión, pero había un problema; yo jamás había estado en ese quirófano, solo había trabajado en el quirófano de ginecología. Luisa como se llamaba la jefa, con voz tranquila me dijo: eso no es un problema, tu pon cara de que sabes.

En cuatro días tenía que incorporarme a mi plaza. Leí, me documente, busque todo tipo de información... pero no tenía ni idea de cómo poner cara de que sabía.

Decidí que, como mi turno era de tarde, durante una época iría mañana y tarde, para así aprender más rápido. La verdad es que todo el equipo me acogió muy bien, me enseñaron con paciencia. En un par de días conocía perfectamente todo el material, lo que aún no sabía eran todos los tipos de intervención para poder seguir los pasos de cada una y adelantarme a las necesidades del cirujano. Estaba muy orgullosa de mi misma, me estaba esforzando y aprendiendo mucho.

A las dos semanas aproximadamente de estar allí, vino el jefe de sección a operar. No lo conocía, porque se incorporaba después de sus vacaciones. A simple vista me resulto un poco prepotente, pero pensé que al yo ser joven y el rondar los 40 años intentaba impresionar un poco.

Me lavé pronto para tener todo el material preparado. El procedimiento para esa tarde era Bypass aorto- coronario. Iniciamos la intervención y todo salía a la perfección, hasta que en un momento el Doctor X. me mira, sonrío y pone la mano para que le diera el instrumental que necesitaba. Tímidamente, le digo:

- Perdona, ¿qué necesita?, llevo poco más de una semana y estoy aprendiendo.
- Vaya, a mí me gusta que me instrumente una enfermera que sepa, eh

Me sentí fatal, yo estaba trabajando 12 horas diarias, esforzándome para aprender rápido, y este señor no valoraba en absoluto mi esfuerzo. Ni me lo pensé, lo mire con la misma cara de desprecio que me miraba él, y le dije:

- Ha tenido usted mala suerte, le ha tocado una enfermera que no sabe.

Se hizo el silencio, nadie se atrevió a decir nada. El desconcertado y con un tono de voz alto pidió: “bengolea”. Continuamos la intervención y nadie más hizo ningún comentario, a los diez minutos aproximadamente el Doctor X volvió al ataque diciéndome:

- ¿Nunca se ha planteado dedicarse a la peluquería? Igual se le daba mejor que esto.

En ese momento una lágrima comenzó a deslizarse por mi mejilla, una detrás de otra. Y solo dije:

- A mí no me gusta la peluquería.

Simultáneamente cuando empecé a llorar, el cirujano ayudante me cogió por el brazo y me dijo; Carmen, no le hagas caso, lo estás haciendo muy bien. Ante esta actitud el Doctor X se enfadaba más, no entendía que la solidaridad de su colega fuera hacia mí.

La enfermera circulante, Roser, una compañera muy válida, experta en cirugía cardíaca y muy buena docente, le dijo:

- Dr. no es justo, no puede pretender que una persona que lleva cinco días lo haga como una que lleva cinco años.

- Roser, cállate, muchas de cinco años también tendrían que dedicarse a la peluquería.

Ella me decía que me deslavara, que se lavaba ella, pero me negué. Aguantaría todas las horas que durara la intervención, no pensaba sacarme los guantes aunque estuviera todo el rato llorando.

Continué la intervención en un ambiente tenso pero correcto, hasta el momento en que el cirujano descanulo el corazón, pues ya habíamos salido de la circulación extracorpórea con éxito, y el enfermo empezó a sangrar:

-¡Punto, punto!

-¿Qué punto? (En la mesa de mayo tenía todas las portas preparados con diferentes suturas que podía necesitar, pero no sabía cuál de todas ellas era la correcta para ese momento)

-¡El que te salga de los huevos. ¡

-Yo no tengo huevos.

-5/0 coñoóóó

La operación duró una hora más, aproximadamente. Al finalizar el Doctor X con voz chistosa dice:

-Bueno, ya que hay gente nueva y no nos conocemos, propongo quedar para cenar mañana todo el equipo. Dijo el restaurante, la hora y que se encargaría él de reservar mesa, nadie contesto. Todas las enfermeras dialogamos y decidimos no ir. A los dos días vino otra vez el Doctor X y preguntó por qué solo se habían presentado los médicos a la cena y no había nadie del personal de enfermería. A lo que una enfermera perfusionista respondió diciendo que como se podía imaginar que fuéramos después de cómo me había tratado. Él estaba sorprendidísimo, pues no era nada consciente de haberme tratado mal. Durante un año más o menos nuestra relación fue nula, él intentaba entablar conversación, pero yo me limitaba a contestar con monosílabos, esto no resultaba un problema, ya que él estaba poco en quirófano, podíamos pasar semanas sin trabajar juntos.

Resolución de la situación

Unas Navidades, en una cena de servicio, en el momento del baile me acerque al Dr. X y le dije:

-¿Fumamos la pipa de la paz? ¿Baila conmigo?

Con una sonrisa sincera abrió los brazos y nos pusimos a bailar, estuvimos mucho rato hablando, de la profesión, del respeto, del compañerismo, de la responsabilidad...

A partir de ese día nuestro trato fue cordial, como con cualquier otro compañero.

Elementos que identifican los estilos de comunicaciones (verbales y no verbales)

Comunicación verbal: comentarios y tono irónico, tono elevado en alguna ocasión.

Comunicación no verbal: miradas despectivas.