	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

### Tabla de Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. OBJETIVO.....	3
2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	3
3. ALCANCE: .....	3
4. DEFINICIONES:.....	3
5. RECURSOS NECESARIOS:.....	7
5.1 TALENTO HUMANO: .....	7
5.2 EQUIPOS BIOMÉDICOS:.....	7
5.3 MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.....	7
5.4 OTROS RECURSOS:.....	7
6. CONTENIDO.....	7
6.1 NORMAS GENERALES PARA LA COMUNICACIÓN Y ATENCIÓN DE USUARIOS .....	7
6.2 GENERALIDADES DE LA COMUNICACIÓN .....	8
6.3 ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN .....	10
6.4 DURANTE LA ATENCIÓN .....	14
6.5 NEGOCIAR .....	17
6.6 COMUNICACIÓN CON FAMILIARES.....	19
6.7 COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES.....	19
6.8 COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS .....	21
7. BIBLIOGRAFÍA .....	25
8. ACTUALIZACIÓN Y APROBACIÓN.....	25
9. CONTROL DE CAMBIOS.....	26

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

## 1. INTRODUCCIÓN

La comunicación eficaz es esencial para realizar una medicina de alta calidad: mejora la satisfacción del paciente, su comprensión, su adherencia terapéutica y los resultados en términos de salud de la atención médica.

La comunicación, junto con los conocimientos médicos, la exploración física y la toma de decisiones constituyen los componentes esenciales de la competencia clínica. Estos cuatro elementos son la verdadera esencia de la buena práctica clínica.

La comunicación entre el personal asistencial y el paciente es aprendida generalmente de forma empírica, como fruto de la experiencia y muchas veces basado en criterios de prueba-error. Al tratarse de un servicio en un tiempo relativamente corto, se establecen los elementos que condicionan la calidad técnica y sentida por los usuarios, de ahí que todos los sistemas de salud sientan una especial atención por la comunicación personal asistencial- paciente, entendiendo que la experiencia por sí sola no es suficiente, aunque es un valor importante a la hora de establecer el estilo de comunicación propio.

El tener acceso por parte de los profesionales a las técnicas de comunicación, permite mejorar sus habilidades en este campo y hacer más productivos los esfuerzos intelectuales y profesionales del personal de salud. Un apartado específico supone la comunicación de malas noticias entendidas como situaciones consideradas de mal pronóstico, que drásticamente o negativamente alteran la visión del paciente sobre su futuro. La comunicación de las malas noticias viene dado por gran poder diagnóstico y pronóstico de la medicina actual pero sobre todo, por la dificultad y reacciones emocionales que suscita en el paciente y por tanto en el impacto que provoca en su calidad de vida. Para el profesional es un dato difícil que supone un impacto personal por la interacción que se produce.

La complejidad de la relación personal de la salud y el paciente, la abundante bibliografía existente, alguna de la cual ha sido consultada mediante búsquedas específicas, plantean la necesidad de ceñirse a los aspectos prácticos para los profesionales. Hay que tener en cuenta que cuando se plantea una guía de estas características hay que huir de recetas que no siempre se adaptan a las condiciones concretas de los profesionales y por tanto exige su validación que no es otra cosa que valorar su utilidad.

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

## 2. OBJETIVO

Establecer los lineamientos generales que permitan una comunicación eficiente, eficaz y efectiva entre el personal asistencial-administrativo de Quirófanos El Tesoro y sus usuarios y acompañantes durante el proceso de atención, teniendo en cuenta enfoques diferenciales y ante situaciones especiales (duelo, paciente difícil o agresivo, disconfort, entre otras).

### 2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Descripción de los factores condicionantes que inciden en el intercambio de información con el paciente.
- Establecer criterios para mantener y concluir una relación asistencial y terapéutica adecuada.
- Prevenir (disminuir la incidencia) de casos de vulneración de derechos por la inadecuada comunicación a pacientes con enfoque diferencial
- Acordar con el paciente la acción a seguir más apropiada para cada problema.
- Informar y educar según las necesidades del paciente.
- Conocer técnicas para situaciones concretas.

### 3. ALCANCE:

Aplica a todos los procesos de atención de cara al paciente en Quirófanos El Tesoro S.A.S.

### 4. DEFINICIONES:

- **Seguridad del paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

- **Atención en Salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **Indicio de Atención Segura:** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso.
- **Falla de la Atención En Salud:** Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.
- **Fallas activas o acciones inseguras:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo misional de salud, que tiene el potencial de causar daño. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.

Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:

1. La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
2. La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.

Ejemplos de acciones inseguras:

- No monitorizar, observar o actuar.
  - Tomar una decisión incorrecta.
  - No buscar ayuda cuando se necesita.
- **Fallas latentes:** Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (personal administrativo).
  - **Evento adverso:** Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial, no por la patología de base. Aunque no hay una única definición de evento adverso, en general todas las definiciones incluyen: "daño causado por el manejo médico más que por la enfermedad de base, el cual prolonga la hospitalización, produce discapacidad durante esta o en el momento de la salida o en ambos y que puede estar asociado a pérdidas económicas". Adicionalmente también se tiene en cuenta el daño moral y psicológico. Los eventos adversos pueden ser prevenibles o no prevenibles.
  - **Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, no intencional que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. Lesión o daño que no está asociado a la patología del paciente, el concepto de no prevenible está asociado al término de complicación.
  - **Evento adverso prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base. El evento adverso prevenible

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

puede generarse tanto por acción u omisión.

- **Incidente:** ("Near Misses" en la terminología inglesa). Acción u omisión que podría haber ocasionado daño pero que por consecuencias del azar, barreras naturales o medidas de prevención o alcanzó al paciente.
- **Factores contributivos:** Son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el protocolo de Londres son:
- **Paciente:** un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad inconsciente.
- **Tarea y tecnología:** Toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumo ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnologías con fallas.
- **Individuo:** EL equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, auxiliar de enfermería, etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de la historia clínica.
- **Equipo de trabajo:** todas las conductas de equipo de salud que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
- **Ambiente:** referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- **Organización y gerencia:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto Institucional:** referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad, etc.
- **Comunicación:** La comunicación es un acto esencial del ser humano. El hombre es un ser social que se comunica, se relaciona y que por su necesidad de interactuar con su entorno, transmite informaciones con la intencionalidad de crear unos efectos en el objeto de recepción de esa información. A través de nuestros sentidos, somos capaces de percibir e interpretar la multitud de información que recibimos en todo momento.
- **Enfoque Diferencial:** Se entiende como el método de análisis, actuación y evaluación, que toma en cuenta las diversidades e inequidades de la población en situación o en riesgo de desplazamiento, para brindar una atención integral, protección y garantía de derechos, que cualifique la respuesta institucional y comunitaria". Involucra las condiciones y posiciones de los/las distintos/as actores sociales como sujetos/as de derecho, desde una mirada de grupo socioeconómico, género, etnia e identidad cultural, y de las variables implícitas en el ciclo vital - niñez, juventud, adultez y vejez.
- **Enfoque de Género:** Identificación de características e intereses con base en las variables

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

género y sexo, el cual determina los roles que llevan a cabo hombres y mujeres. Esta herramienta de trabajo permite luchar contra el sexismo, la exclusión y la desigualdad.

- **Enfoque Diferencial - Discapacidad:** La discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad.
- **Enfoque Diferencial - Discapacidad Física:** La discapacidad funcional motora se puede definir como la disminución o ausencia de las funciones motoras o físicas (ausencia de una mano, pierna, pie, entre otros), disminuyendo su desenvolvimiento normal diario.
- **Enfoque Diferencial - Discapacidad Sensorial - Auditiva:** Condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia en la percepción sonora.
- **Enfoque Diferencial - Discapacidad Sensorial - Visual:** Condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia en la capacidad de interpretar su entorno gracias a los rayos de luz que alcanzan el ojo.
- **Enfoque Diferencial - Orientación Sexual:** Tendencia sexual o inclinación sexual, refiere a un patrón de atracción sexual, erótica, emocional o amorosa a determinado grupo de personas definidas por su género.
- **Enfoque Diferencial - Orientación Sexual - Lesbiana:** Se utiliza para hacer referencia a una mujer homosexual que siente atracción sexual, física, emocional y sentimental hacia las mujeres únicamente.
- **Enfoque Diferencial - Orientación Sexual - Bisexual:** El término bisexualidad se utiliza principalmente en el contexto de la atracción humana para denotar sentimientos románticos o sexuales hacia los hombres y las mujeres.
- **Enfoque Diferencial - Orientación Sexual -Intersexual:** La intersexualidad se refiere a una situación donde no es posible saber, con absoluta certeza, cuál es el sexo del bebé si únicamente se observan sus genitales. Se puede producir por discrepancias entre genitales externos e internos o entre cromosomas y genitales, ambigüedades genitales o presencia simultánea de tejido ovárico y testicular.
- **Enfoque Diferencial - Orientación Sexual -Gay:** La palabra gay (sustantivo o adjetivo, plural: gais) es una manera de designar a las personas homosexuales masculinas, es decir, a los hombres que tienen una orientación sexual hacia individuos de su mismo sexo.
- **Orientación Sexual —Queer:** es un término global para designar las minorías sexuales que no son heterosexuales, heteronormadas o de género binario. En el contexto de la identidad política occidental, la gente que se identifica como queer suele buscar situarse aparte del discurso, la ideología y el estilo de vida que tipifican las grandes corrientes en las comunidades LGBT (lesbianas, gais, bisexuales y transexuales), que consideran opresivas o con tendencia a la asimilación.
- **Enfoque Diferencial - Orientación Sexual -Transgénero:** Es el estado de la identidad de género (identificarse como hombre, mujer, ambos, ninguno, etcétera), que no se corresponde con el asignado (la identificación por parte de los demás de si se es hombre o mujer en función del sexo genético o genital).

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

## 5. RECURSOS NECESARIOS:

### 5.1 TALENTO HUMANO:

Todo el personal de Quirófanos El Tesoro S.A.S.

### 5.2 EQUIPOS BIOMÉDICOS:

No aplica.

### 5.3 MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

No aplica.

### 5.4 OTROS RECURSOS:

- Computador.
- Software de historia Clínica (GHIPS).
- Lapicero.
- Formatos Institucionales físicos.

## 6. CONTENIDO

### 6.1 NORMAS GENERALES PARA LA COMUNICACIÓN Y ATENCIÓN DE USUARIOS

a) Todo el personal de Quirófanos El Tesoro debe dar cumplimiento al Manual de Comunicaciones Interno.

b) Mantener siempre un trato cordial y respetuoso con los pacientes, acompañantes (denominados de ahora en adelante usuarios), no estando permitido gritar o levantar la voz para ser escuchado.

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

c) No está permitido comer, mascar chicle en el área de trabajo. En ningún caso se deberá contestar el teléfono o atender a un usuario bajo estas condiciones.

d) Se debe cumplir con puntualidad el horario de trabajo y pausas de descanso, de tal manera que siempre se tenga cobertura permanente en las áreas, considerándose áreas críticas aquellas en donde se atienden directamente usuarios.

e) Los puestos de trabajo deben permanecer ordenados y limpios, ubicando en el escritorio solo los elementos de trabajo necesarios para desempeñar las labores diarias.

f) Porte siempre el uniforme completo asignado al cargo y manténgalo limpio y aseado. Las mujeres deberán utilizar maquillajes en tonos claros y discretos. Los accesorios deben ser limitados, sobrios y discretos. En áreas asistenciales no está permitido el uso de accesorios grandes. Recuerde siempre que su imagen personal que usted proyecta influye en la primera impresión, que será de más confianza si se caracteriza por la pulcritud, sobriedad y discreción.

g) No está permitido el uso del celular, chat e ingreso a internet (redes sociales y demás ajenos a fines laborales) o uso de cualquier otro dispositivo durante la jornada laboral. El uso de celulares debe limitarse y podrán utilizarse durante las pausas establecidas.

h) Durante la atención presencial de los usuarios mantenga siempre el contacto visual, una buena actitud y disposición positiva para la atención, un lenguaje claro, tono de voz moderado y comprensible. Verifique siempre con los usuarios la comprensión del mensaje entregado.

i) Durante la atención telefónica recuerde la responsabilidad principal de garantizar la buena imagen de la Institución a través de un trato cordial y amable, manteniendo siempre una buena actitud, disposición positiva y de servicio. Tenga presente siempre que las actitudes se expresan a través de su tono de voz. Evite el uso de frases negativas durante la conversación telefónica. Si le es posible sonría aun estando en el teléfono.

j) En ningún momento está permitido tratar o dirigirse a los usuarios por "Tu" (tutear). En todo momento diríjase por Usted, e identificándolo con su nombre.

## 6.2 GENERALIDADES DE LA COMUNICACIÓN

Uno de los puntos clave en la atención en salud es que el mensaje llegue al paciente y que éste lo interprete de forma correcta.

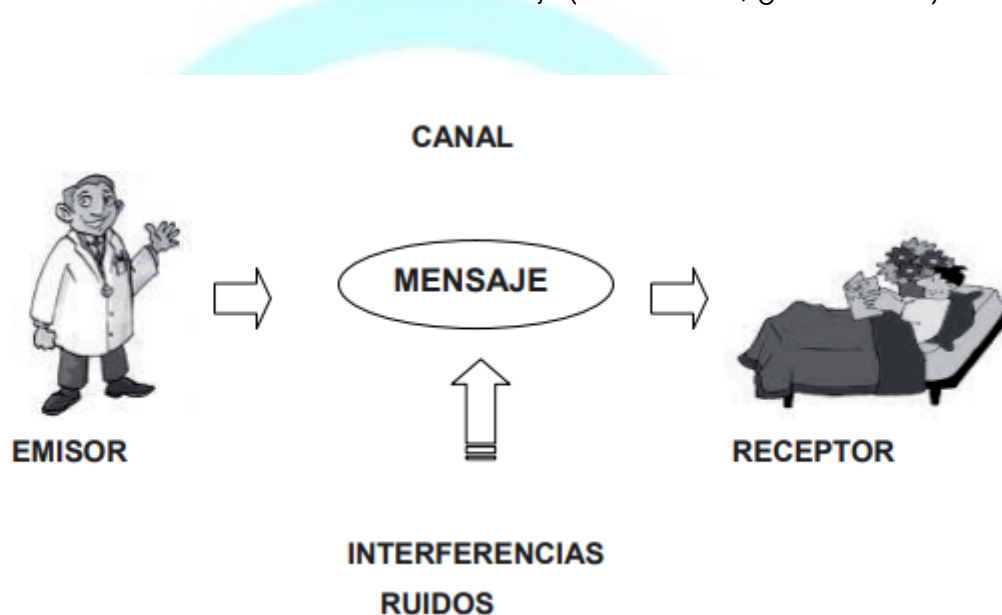
Clásicamente se han definido como elementos básicos de la comunicación:

- Emisor.

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

- Receptor.
- Mensaje.
- Canal.

En el caso de la consulta médica, el emisor sería el médico, el receptor el paciente, el mensaje toda aquella información que el médico trasmite al paciente sobre la procedimiento a realizar y el canal es el medio a través del cual se emite el mensaje (auditivo-oral, gráfico-visual).



La transmisión del mensaje puede verse entorpecida por interferencias y ruidos. Los ruidos son todos aquellos factores ambientales que pueden afectar negativamente al clima de la entrevista:

- Interrupciones.
- Consultas Masificadas.
- Decoración Inapropiada.
- Espacio Físico de la IPS.
- Barreras Servicios de Salud-Cliente.
- Otros

Las interferencias son factores que pueden alterar el clima de la entrevista, pero en este caso, no se trata de factores ambientales sino de aspectos relacionados con el emisor y el receptor (factores humanos):

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

### Interferencias Cognitivas:

- Incapacidad del paciente para expresarse de manera comprensible.
- Creencias o fuertes convicciones sobre resultados mágicos.
- Creencias del entrevistador que tienden a ignorar los aspectos psicosociales de sus pacientes.

### Interferencias Emocionales:

- Paciente afecto de trastorno mental, por ejemplo, o emociones extremas (agresivo...)
- Entrevistador disfuncional. La No-responsabilización, excesiva proyección sobre el paciente.

### Interferencia Social:

- Notable diferencia sociocultural entre el paciente y el profesional de la salud.

## 6.3 ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN

El 30% del contenido total de un mensaje viene dado por las palabras, lo demás es no verbal.

### 6.3.1 COMUNICACIÓN NO VERBAL

Tiene los siguientes componentes:

#### 1. El Aspecto General del Paciente

La atención que el paciente recibe depende del estereotipo que el profesional se hace de él: forma de vestir, forma de arreglarse.

Son aquellos mensajes que percibimos, no a través de lo que nos dice el paciente, sino cómo lo dice. La voz y la forma de hablar nos dan datos claves sobre el interlocutor.

Influye en gran medida el nivel de agrado o desagrado que el paciente despierta en su relación con el personal asistencial.

El paralenguaje incluye: voz, volumen, entonación, claridad, velocidad, timbre, tiempo de habla, perturbaciones del habla, pausas/silencios en la conversación, muletillas, vacilaciones, fluidez del habla.

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

## 2. La Posición del Cuerpo

La forma de posición del paciente en la consulta nos puede informar sobre su estado:

- I. Posición Abierta: postura relajada y sin defensa.
- II. Posición Cerrada: posturas de defensa (cruce de brazos y piernas).
- III. Posición de Huída: deseo de finalizar el encuentro.
- IV. Posición de Apoltronamiento: Indolencia, desidia, no vinculación con la relación.


## 3. Los Gestos

- I. Regulador Conversacional: Gestos o sonidos con los que ordenamos los turnos de palabra, e iniciamos o acabamos una conversación. Por ejemplo:
  - Levantamiento de cejas.
- II. Ilustradores: Gestos con los que remarcamos y enfatizamos lo que estamos diciendo. Cuanto más segura esté la persona, utilizará más ilustradores. Por ejemplo:
  - Aspavientos.
- III. Adaptadores: Gestos con los que tratamos de recuperar la autoconfianza y el confort. Por ejemplo:
  - El aburrimiento que se mitiga con el tamborileo del dedo.
- IV. Emblemas: Gestos estereotipados cuya significación viene determinada por el uso social. Por ejemplo:
  - Alzar la mano para indicar: "pare".
- V. Gestos o expresiones faciales: Las expresiones faciales nos dan la clave del estado emocional. El rostro puede manifestar una mezcla de emociones:
  - Emociones mixtas: Mezcla de más de una emoción.
  - Señales Filtradas: Inhibir determinada expresión emocional para dar a nuestro interlocutor una falsa imagen de nuestro estado.
  - Micro-expresiones: Expresiones que duran décimas de segundo en el rostro del sujeto.
  - Apenas son observables.
  - Normalmente ocurren porque el individuo enmascara (filtra) su primera expresión por otra.

## 4. La Imagen del Profesional

El usuario cuando interactúa con el personal de salud tiene principalmente dos preocupaciones:

- ¿Se interesa por mi problema?

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

– ¿Tiene competencia técnica para solucionarlo?

La imagen del profesional junto con otros componentes de su comunicación no verbal, ayuda al paciente a responder estas preguntas.

Los aspectos que componen la imagen del profesional son:


- Escenografía: Mobiliario, accesorios.
- Aspecto Físico: Forma de vestir, manera de arreglarse.
- Modales:
  - ✓ Recibimiento
    - Cálido, estrechándole la mano y saludándole por su nombre.
    - Sonrisa de "identificación personal": Sé quién eres, bienvenido.
  - ✓ Estilo de movimientos.
  - ✓ Posturas.
- Errores no verbales:
  - ✓ Carraspeos, sonrisas no justificadas, repetición de monosílabos, para acompañar la narración del paciente: "ya, ya", "claro, claro".
  - Manos debajo de la mesa (sentados) o en los bolsillos (de pié).
  - Mirada esquiva o "clavada" en los ojos del paciente.
  - Estar sentados en el borde de la silla, con movimientos frecuentes.
- Escucha: manifiesta con su cuerpo que está prestando atención.
- Cómo mira: Nuestra mirada debe aparentar interés.
- Utilización de silencios: El entrevistador experimentado no tiene miedo a los silencios que proporcionan un ritmo adecuado para la reflexión y dan sosiego a la entrevista.

### 6.3.2 COMUNICACIÓN VERBAL

Lenguaje:

El indicador más utilizado por el paciente para saber si somos o no competentes, desde el punto de vista técnico, es el grado de seguridad que comunicamos: Asertividad.

- Hablar despacio.
- Utilizar frases cortas.
- Utilizar términos comprensibles. No utilizar lenguaje muy técnico (jerga).
- Pronunciar con seguridad.
- Evitar vacilaciones o cambios bruscos de tema.

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

- La dicción se acompaña de cabeceos e ilustradores.
- Dar mucha información.
- Lenguaje con alto contenido emocional.
- Pasar por alto datos del paciente.

Asegurar una comunicación abierta entre los miembros del equipo y desde los miembros del equipo, el paciente y los cuidadores es muy importante.

Definiciones e instrucciones simples permiten disminuir las equivocaciones que pueden ser provocadas por el uso de tecnicismo profesional o palabras inapropiadas.

Asimismo, debe considerarse que los diferentes niveles educativos también pueden ser un obstáculo para el correcto entendimiento. "Jergas, vocabulario típico, escasez de tiempo, rigidez de roles, elitismo, etc, son posibles causas de estos desaciertos comunicativos que complican la relación entre el personal asistencial y el paciente y/o sus cuidadores". Sin más, el objetivo de la comunicación deberá ser desarrollar una explicación con palabras sencillas y claras a fines de asegurar la comprensión mutua.

#### **Se establecen directrices para el manejo adecuado de la comunicación verbal en los equipos de trabajo de QET tales como:**

- No aceptación de Ordenes Verbales a no ser que sean situaciones urgentes.
- Reforzamiento de órdenes.
- En caso de duda con ordenes médicas escritas la enfermera debe aclarar la orden con el médico especialista.
- Con Anestesia se verifica orden en forma verbal o enseñando las ampollas de medicamentos de alto riesgo a administrar.
- Educación continuada con temas que responden a una necesidad y priorización.

#### **Aspectos esenciales en la entrevista clínica.**

La entrevista clínica es la principal herramienta que utiliza el profesional en su quehacer diario. Es importante destacar que, si bien, el profesional puede confiar para su desarrollo en su talento innato, los resultados pueden ser mucho mejores si se lleva a cabo una estandarización y sistematización de las técnicas de comunicación en la consulta.

La entrevista clínica se ha clasificado: según sus objetivos, el método de entrevistar, el receptor de cuidados de salud y el canal de comunicación utilizado.

#### **Según los objetivos la entrevista a pacientes con enfoque diferencial, puede ser:**

- Operativa: Objetivos acordados previamente.

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

- Diagnóstica o de escucha: La finalidad de la entrevista no ha sido acordada previamente.

Según el método de entrevistar:

- Libre: Libertad total del entrevistado para escoger los contenidos a explicar.
- Dirigida/estructurada: Contenidos totalmente predeterminados por el personal de salud.
- Semidirigida/semiestructurada: Contenidos parcialmente determinados por el médico, con espacio para libre narración del paciente.

Según el receptor de los cuidados de salud:

- Dual: El profesional de salud entrevista a un solo paciente.
- Múltiple: Se produce en la misma consulta varias visitas a a distintos pacientes (por ejemplo, varios familiares).
- Grupal y/o familiar: Un colectivo de personas (por lo general una familia), es objeto de la entrevista.

Según el canal de comunicación:

- Cara a cara: Profesional y paciente están frente a frente.
- Por teléfono: la entrevista se produce por este medio.

Además, teniendo en cuenta en quién se centra la entrevista, podemos clasificarlas en:

Entrevista Centrada en el Profesional: El profesional se erige como experto en problemas.

El objetivo de la entrevista es asignarle un diagnóstico al paciente.

Las opiniones del paciente son tenidas en cuenta si no interfieren en la asignación de diagnóstico y / o tratamiento.

Acepta con frustración los desacuerdos del paciente.

Entrevista Centrada en el Paciente: El profesional se convierte en un colaborador del paciente.

La entrevista tiene como objetivo conocer la realidad psicosocial del paciente.

Las opiniones del paciente son buscadas por el profesional para la toma compartida de decisiones.

Los desacuerdos del paciente son asumidos como algo normal en un proceso de hipotético cambio.

## 6.4 DURANTE LA ATENCIÓN

Una buena relación entre el personal asistencial-administrativo y los usuarios pacientes se puede explicar de la siguiente manera:

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

El usuario idóneo es aquel que se implica, ejerciendo responsablemente su autonomía, en las decisiones clínicas-administrativas y que mantiene una relación de respeto hacia la experiencia y conocimientos clínicos de los profesionales de la salud y trámites administrativos de la Clínica.

Un usuario con acceso a la información en salud, que la utiliza en beneficio propio y de la comunidad, para afrontar eficazmente procesos de enfermedad, un paciente competente es una persona capaz de trabajar por su calidad de vida y que estando aconsejado adecuadamente por el médico puede emplear sus propias habilidades y estrategias para tomar el control sobre el cuidado de su enfermedad y su vida.

### **El personal asistencial, por otra parte, debe ser**

- Proveedor de la asistencia de salud de la máxima calidad, que considere al paciente como individuo integrado en la familia y la comunidad, con un trato personalizado e integral (adaptándose de forma adecuada a cada paciente con el que se relaciona). Cuando nos comunicamos, usamos palabras y gestos que adquieren un significado dentro de un contexto determinado. En consecuencia, para que la comunicación sea efectiva debe ocurrir que tanto el médico y/o personal asistencial como el paciente doten a las palabras de un mismo significado. Por lo tanto, es necesario que ambos compartan y comprendan un lenguaje para garantizar prácticas seguras.
- Resuelto. Debe tomar las decisiones adecuadas desde el punto de vista ético, pero con eficacia y al menor costo posible, es decir, con eficiencia.
- Muy buen comunicador, capaz de orientar y de promover, por medio de explicaciones, estilos de vida que lleven a mejorar la salud, que tanta incidencia tienen en nuestro medio.
- Capaz de asumir un papel de liderazgo en la comunidad ganándose la confianza de sus colaboradores y conciliando las necesidades de salud individual con las de la comunidad.
- Buen gestor, para encontrar las mejores prácticas y tecnologías adecuadas a cada momento y armonizar con los individuos y organizaciones dentro y fuera del sistema, detectar las necesidades de los individuos y de la sociedad y hacer uso apropiado de la información de salud disponible.

La evidencia científica demuestra que determinados estilos de relación entre médico y pacientes son más eficaces que otros en el cumplimiento de regímenes terapéuticos.

La satisfacción del paciente con el sistema de salud, la propia evolución de los problemas clínicos y la disminución de litigios por prácticas inadecuadas, el tipo de relación que establecemos con nuestros pacientes ejerce una influencia directa en la efectividad misma de la asistencia médica.

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

Generar diferentes medios e incentivar el uso de las tecnologías tanto a nivel intramural como extramural para que el personal que participa de la atención se mantenga en contacto frecuentemente.

**Tenga presente las siguientes pautas durante la atención de usuarios y acompañantes:**

- a) Siempre al iniciar una atención preséntese con su nombre y cargo en la institución y explique brevemente que actividad a realizar con el usuario.
- b) Diríjase siempre al usuario por su nombre.
- c) Durante la atención por parte del personal asistencial se debe interactuar con el usuario y sus acompañantes, siempre dando prioridad a la identificación de sus necesidades, temores y expectativas. La efectividad de la comunicación incluye la participación del paciente.
- d) Durante la conversación afirme o niegue utilizando “Si Señor(a)” o “No Señor(a)”. Nunca utilice: “Aja”, “mmm” o similares.
- e) Durante la entrega de información brindada al usuario se verificar su comprensión por parte del paciente y familia de las órdenes médicas verbales y escritas.
- f) Se Instaura comunicación preventiva con el registro en la historia clínica de la actividad.
- g) Se invitar al paciente a preguntar e indagar sobre las recomendaciones ofrecidas.
- h) Se generar una comunicación oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe.
- i) Efectuar una comunicación redundante por parte del grupo que atiende el paciente
- j) Si durante la atención el usuario manifiesta inconformidad con los servicios prestados, la atención debe limitarse a escuchar al usuario e informarle que se le estará dando respuesta por parte del Jefe Inmediato. En caso que el usuario no desee hablar con el jefe se debe orientar al usuario a hacer uso de los buzones de sugerencias.

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

- k) Nunca entre en conflicto con el usuario, mantenga siempre la calma y buen tono de voz, en caso que el usuario utilice palabras despectivas o groseras en contra suya o de la Institución, solicítele siempre un trato respetuoso: "Señor(a) Nombre por favor en estos términos me es imposible continuar con la atención", diríjase a su jefe inmediato para comentar la situación, si es factible solicite relevo para la atención.
- l) Por ningún motivo reemplace el nombre del usuario por frases tales como "Mi amor", "Mi corazón", etc. Refiérase siempre al usuario como "Señor(a) Nombre".

## 6.5 NEGOCIAR

El paciente tiene derecho a que se respete su autonomía de criterio. Todos los pacientes tienen opiniones sobre lo que les pasa y sobre lo que habría que hacer con lo que les pasa.

La negociación incluye, por tanto, el contraste de opiniones por ambas partes, el persuadir y ser persuadido, el pacto y la corresponsabilización.

Se trata de pasar de un modelo de relación paternalista, en el que el personal asistencial intenta persuadir al usuario y convencerle a una relación en la que el flujo de la información es bidireccional y la responsabilidad se comparte entre personal de la salud y el usuario.

### Marco general de la negociación

Las actitudes determinan las conductas de los pacientes.

Tienen los siguientes elementos constitutivos:

- Emoción: por ejemplo, sentimos bien haciendo una determinada cosa.
- Cognición: todos los razonamientos que nos hacemos para mantener cierta coherencia entre nuestros valores y nuestra conducta real.
- Conducta: aquellos rituales o rutinas a las que estamos acostumbrados

### Técnicas Utilizadas en la Negociación

- Transferencia de responsabilidad.

Deriva la petición del paciente a otros profesionales o instituciones.

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

- Cesión:

Acepta una petición o sugerencia para aplicarla de manera inmediata, (cesión real) o para aplicarla de manera diferida (cesión intencional).

- Discutimos las creencias del paciente:

- Mostrando sus incoherencias.
- Indicando sus contradicciones.
- Contraponiéndolas a otra información.

Debe hacerse en clima empático:

- Sin vencedores ni vencidos.
- Facilitando cambios de actitudes

- Doble pacto

Ofrecemos ceder en un punto a cambio de otra cesión.

- Paréntesis

Posponer la resolución de la demanda ya sea evitando la emisión de un diagnóstico o terapia, o posponiendo otra medida solicitada por el paciente.

- Disco rayado

El entrevistador repite su posición entendiendo que es el punto final de la negociación, sin cambios en la tonalidad de voz ni otras indicaciones que den la impresión de que puede reabrirse el proceso.

- Reconducción por objetivos

El entrevistador desvía la atención del paciente hacia el objetivo principal: qué hacer para mejorar su estado de salud.

- Toma de precauciones

El entrevistador advierte al paciente de una posible evolución desfavorable, y le invita a una nueva consulta si se produjera tal situación.

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

## 6.6 COMUNICACIÓN CON FAMILIARES

Habitualmente, el personal de la salud se centra en la atención individual del paciente. Sin embargo, es muy importante que dé un enfoque familiar al diagnóstico y tratamiento.

### Niveles de Implicación

La implicación del personal de la salud en la atención familiar se ha dividido en 5 niveles

- **Nivel 1:** Desconoce el papel de la familia en el proceso: salud-enfermedad individual. Realiza una atención individualizada sin prestar atención a los familiares.
- **Nivel 2:** Recibe y aporta información. Da consejos médicos y de cuidados a la familia. El personal de la salud comprende la importancia que tiene la familia en la asistencia sanitaria.
- **Nivel 3:** Aprende a usar instrumentos para abordar familias. Este nivel implica un conocimiento sistémico de la familia para relacionar los problemas del usuario identificado con la interacción familiar. Conoce la trascendencia de acontecimientos vitales estresantes.
- **Nivel 4:** El personal asistencial se capacita para dar respuesta a problemas familiares y para realizar hipótesis sistémicas.
- **Nivel 5:** El personal asistencial está en condiciones de realizar intervenciones familiares.

La atención de los acompañantes y familiares debe centrarse en invitar a la familia a que contextualice en la atención en salud, sus cuidados postoperatorios de su familiar, identificación de signos de alarma y actuación inmediata.

## 6.7 COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

### PACIENTE AGRESIVO

Las conductas agresivas en las consultas médicas son una realidad que debe ser conocida por los profesionales para poder hacerles frente cuando se presenten.

La agresividad es un tipo de respuesta emocional y conducta extrema que surge como reacción secundaria a diferentes emociones: frustración, pérdida de un ser querido, ansiedad, temor a ser menospreciado, etc.

No siempre se trata de una respuesta adaptativa, en ocasiones los resultados de la agresividad conducen justamente a efectos contrarios a los perseguidos, se trata de una respuesta desadaptativa.

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

El nivel de agresividad puede oscilar entre insultos y recriminaciones hasta la agresión física. Esto depende de:

#### **Factores personales:**

- Experiencias vitales durante la infancia.
- Grado de éxito previo en experiencias vitales.
- Inmediatez de las reacciones.

#### **Del entorno:**

- Sensación de peligro percibida por el agraviado.
- Situación psicológica de los actores.
- Consecuencias esperadas/temidas.
- Percepción de derechos adquiridos.
- La reciprocidad de los actores.

#### **FACTORES DE RIESGO PARA LAS INTERACCIONES AGRESIVAS**

- Institucionales. El clima institucional.
- Personalidad del paciente y del profesional.
- Personalidad Pasivo agresiva.
- Personalidad paranoica.
- Personalidad compulsiva.
- Personalidad histriónica.
- Personalidad border line o limite.
- Situación clínica.
- Mayor riesgo en especialidades y servicios donde entre la variable urgencia; resolución imprevisible de la demanda.
- Mayor riesgo en las instituciones que fomentan un premio a la agresividad.
- El estilo de pasar visita: técnico o culpabilizador

#### **PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS SITUACIONES DE AGRESIVIDAD**

##### Prevención

Recepción adecuada del paciente:

- Salas de espera no saturadas.
- Ambiente tranquilo y distendido.
- Saludo inicial.
- Evitar subir el tono de voz.

##### Abordaje

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

- Autocontrol

El objetivo de esta técnica es evitar dejarnos llevar por las emociones negativas. Para ello debemos identificarlas antes de que se manifiesten en una conducta. Ejemplo: "contar hasta diez".

- Contrabalanceo Emocional

Consiste en impregnar al paciente con nuestro clima emocional y no caer en su clima de agresividad.

- Personalización de los Mensajes

Se trata de demostrarle al paciente la importancia que damos a su caso y nuestro interés en ayudarlo.

- No Razonar en Medio de la Agresividad

Cuando el paciente está agitado, es imposible hacerle entrar en razón. Tenemos que esperar y confiar que funcione el contrabalanceo.

- Reconocimiento de Errores

Debemos reconocer aquellos errores que ciertamente hayamos cometido, sin culpabilizar a otras áreas o personal de la clínica.

- Reconducción de Objetivos

Consiste en centrarnos en aquello que realmente es importante y replantear los objetivos de la relación.

- "Self disclosure".(Revelación propia)

En los casos en los que el paciente se muestre agresivo desde el inicio de la consulta o nos resulte imposible reorientar la relación, debemos mostrarle nuestras sensaciones al paciente: "la manera en la que se está dirigiendo a mí desde el inicio de la consulta me parece inadmisibles".

- Propuesta de nueva relación

A veces es necesario proponer al paciente que le atienda otro profesional. Debe utilizarse como última opción y no siempre es posible.

## 6.8 COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

A lo largo de su vida profesional, el médico se enfrenta a diferentes situaciones en las que tiene que transmitir al paciente o a sus familiares una información desfavorable. La experiencia puede ser desagradable o estresante tanto para el profesional como para el paciente o sus familiares. Además, si se es poco hábil al informar de las malas noticias, se puede generar un sufrimiento añadido para el paciente o su familia y como consecuencia, deteriorar la relación posterior con el

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

profesional que dio las malas noticias. Por el contrario, saber manejar las malas noticias puede disminuir el impacto emocional sobre el paciente en el momento de ser informado, permitiendo ir asimilando la nueva realidad poco a poco y, al mismo tiempo, afianzar la relación personal de salud paciente.

## DEFINICIÓN DE MALAS NOTICIAS

Malas noticias son aquellas que afectan negativamente a las expectativas de la persona, pudiendo tratarse de:

- Eventos adversos derivados de la atención en salud
- Complicaciones debido a las patologías de base
- Diagnósticos inoportunos: ejemplo complicación dos días antes de realizar un viaje.

En definitiva, una mala noticia es un conflicto entre las expectativas que tenía el paciente antes de recibirla y las expectativas que ésta le proporciona. La reacción del paciente ante una mala noticia depende de su edad, obligaciones personales y profesionales, experiencia previa, etc.

## FORMA DE DAR MALAS NOTICIAS

La forma en que se dan las malas noticias influye significativamente en la percepción que el paciente tiene de su enfermedad, en la relación médico-paciente a largo plazo y en la satisfacción de ambos, paciente y médico.

Lo que más le importa al paciente cuando recibe malas noticias es que el médico sea competente, claro, honesto y atento con él; que permita que se le hagan las preguntas necesarias; que proporcione un diagnóstico concreto y que pueda entender.

La familia va a ser, seguramente, el principal soporte emocional y físico del paciente; por lo tanto, deberemos concederles el protagonismo que ese papel de cuidador principal les confiere, e intentar establecer una alianza terapéutica en lugar de una barrera para la comunicación con el paciente.

## Entorno: Dónde, Cuándo, Con Quién, Cuánto Tiempo

Es importante buscar el espacio físico adecuado, siendo conveniente evitar pasillos y habitaciones compartidas. Si esto último es inevitable, existe la posibilidad de aislar relativamente la cama del paciente indicando así al otro enfermo que queremos hablar de temas delicados o íntimos para su compañero de habitación.

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

A ser posible, informar personalmente y evitar el teléfono porque no podemos prever la respuesta emocional ni modular la información según esta respuesta. Propiciar que el paciente esté acompañado cuando le vayamos a informar o esperar con él hasta que llegue algún familiar si hemos tenido que informarle estando solo. También es importante evitar las horas nocturnas para dar la información.

Tener en cuenta determinadas circunstancias personales y familiares del paciente, siempre que su consideración no implique agravamiento del proceso. Es muy importante tener en cuenta la edad del paciente intentando siempre ser veraces en lo que decimos y adecuándonos al impacto de nuestra información. El profesional debe buscar un tiempo sin prisa para, tras informar, responder inicialmente a las emociones que se van a despertar en el paciente. Intentar que no le pasen llamadas telefónicas, ofrecer un tiempo de calidad, sentarse junto o enfrente del paciente y decirle con la mirada: "aquí estoy, vengo a contarte lo que pasa y a apoyarte en todo lo que pueda".

### Qué Decir y Cómo Decir

Al informar al paciente y a su familia debemos intentar que nuestro lenguaje verbal, el paralenguaje y el lenguaje no verbal sean coherentes.

La información la daremos utilizando frases cortas y un vocabulario lo más neutro posible y asegurando la bidireccionalidad.

Es importante resumir los temas tratados al final de la comunicación, siendo este momento final el adecuado para dar toda la esperanza e información positiva de que dispongamos, sin mentir.

### Habilidades

**Silencio.** El silencio es una herramienta de información y de terapia.

**Escucha activa.** El paciente conmovido por una enfermedad grave puede querer hablar o no. Debemos escuchar sus palabras y su silencio. Muchas veces el silencio del enfermo da más información que la expresión verbal.

- La escucha activa propicia una baja reactividad que significa no interrumpir, esperar a que el paciente acabe antes de empezar a hablar, e incluso, si la situación lo requiere mantener silencios ya comentados.

**Empatía.** Podríamos definir la empatía como la solidaridad emocional: "entiendo que debes estar sufriendo mucho", y la legitimación de esta emoción: "cualquiera en tu lugar sufriría".

- En alguna ocasión podemos oír a los profesionales argumentos del estilo de: "no puedo ponerme en el lugar de todos mis pacientes porque sufriría en exceso y no podría

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

ejercer bien mi profesión”.

Asertividad. Que el paciente crea que sabemos lo que hacemos y que se sienta respetado en sus opiniones. No basta con saber qué debemos hacer, si queremos ser asertivos el paciente debe percibirnos como profesionales seguros de nosotros mismos. Incluso en situaciones de incertidumbre debemos transmitir seguridad y que nuestras opiniones estén fundamentadas.

### FASES DEL PROCESO DE DUELO

El paciente y sus familiares pasan, desde el momento de recepción de la mala noticia, por diferentes fases o etapas:

- Embotamiento Afectivo: Cuesta aceptar la realidad. Experimentan pena y dolor.
- Anhelo y búsqueda del ser perdido: Predomina la rabia. Los sentimientos predominantes son miedo, ira, culpabilidad y resentimiento.
- Desorganización y desesperanza: En esta fase sienten apatía, tristeza y desinterés.
- Reorganización de la vida: Redefinición de sí mismo. Con el tiempo va reapareciendo la esperanza y la persona reconduce su vida.

El enfermo y la familia son la unidad a tratar. Nuestro objetivo debe ser integrarla en los cuidados al paciente. La familia tiene múltiples miedos en relación con:

- Sufrimiento del paciente.
- Inseguridad de si tendrán fácil acceso a la salud.
- Dudas sobre su capacidad de cuidarle.
- Problemas que puede haber en el momento de la muerte.

Dada la influencia que la dinámica familiar puede tener sobre el enfermo, todo el equipo asistencial debe trabajar:

- Valorando si puede emocionalmente y prácticamente atender de forma adecuada al enfermo.
- Educando a la familia.
- Dándole soporte práctico y emocional.
- Ayudándole en la rehabilitación y recomposición familiar.

Los pasos a seguir en la atención a la familia son:

#### 1. Valoración inicial de la familia:

- Situación económica que permita asumir costos que se generan (y más si alguien deja de trabajar).
- Condiciones básicas de habitabilidad y confort de la vivienda (agua caliente, calefacción, higiene).

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

– Capacitación cultural para comprender y ejecutar las indicaciones sobre tratamiento y cuidados.

2. Educación de la familia en cuidados:

- Alimentación.
- Higiene.
- Cuidados directos: Cambios posturales, curas específicas, hábitos de evacuación.
- Administración de medicamentos.
- Pautas de actuación ante posibles crisis.
- Orientación para la comunicación con el enfermo.

3. Aconsejar sobre la comunicación entre el paciente y la familia:


- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Animar a expresar las preocupaciones que produzcan intranquilidad y los sentimientos “negativos”: Ira, depresión, miedo, ansiedad.
- Analizar adecuadamente los sentimientos.
- Ayudar a prevenir sobreesfuerzo o agotamiento.
- Recordar la importancia de la comunicación no verbal y la expresión de emociones a través del contacto.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- GUÍA DE INSTRUCCIÓN DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN INTERNA HACIA EL PACIENTE. Ministerio de Salud, Colombia.  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Guia\\_comunicacion\\_interna\\_al\\_paciente.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Guia_comunicacion_interna_al_paciente.pdf)
- (<https://www.minsalud.gov.co/>)
- GESTIONAR Y DESARROLLAR LA ADECUADA COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN Y CUIDAN A LOS PACIENTES PAQUETES INSTRUCCIONALES GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” Versión 2.0

## 8. ACTUALIZACIÓN Y APROBACIÓN

Revisado por	Aprobado por
<b>Nombres y Apellidos:</b> Janeth Cristina Gómez Pareja <b>Cargo:</b> Coordinadora de Enfermería	<b>Nombres y apellidos:</b> Comité de Seguridad del Paciente <b>Cargo:</b> NA

	<b>Manual</b> <b>COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL ASISTENCIAL- ADMINISTRATIVO Y USUARIOS</b>		
	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad y Conocimiento <b>SUBPROCESO:</b> Seguridad del Paciente		<b>EDICIÓN:</b> 2
	<b>FECHA EMISIÓN:</b> 16/12/2019	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b> 13/07/2022	<b>CÓDIGO:</b> A-1.2.4-16

## 9. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
01	16/12/2019	Elaboración del documento.
02	13/07/2022	Actualización con base en la Resolución 3100.

## 10. LIINK DE SOCIALIZACIÓN

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdCwdtPY-7ghv2OkCBjy58yM7nUXbn7eD\\_-l4YSS7W9\\_5nCyQ/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdCwdtPY-7ghv2OkCBjy58yM7nUXbn7eD_-l4YSS7W9_5nCyQ/viewform)