

La relación con la persona que sufre de toxicomanía. (Puntos a tener en cuenta antes de relacionarme con el paciente)

Luis Cibanal Juan

Enfermero, Catedrático del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante y Psicólogo.

Resumen

En este breve artículo pretendemos recordar algunos puntos sobre la comunicación que nos ayuden a relacionarnos mejor con las personas que sufren de toxicomanía. En efecto, estos individuos los consideramos a menudo conflictivos en sus relaciones interpersonales y sociales, llegamos a pensar que con su forma de comportarse sacan provecho y que son indiferentes a los problemas que crean con su comportamiento; sin embargo a veces no nos paramos a considerar cómo es nuestra manera de acogerlos y de comunicarnos con ellos. Hemos de admitir que muchas veces los acogemos con muchos prejuicios, prejuicios que van a reforzar lo que tal vez haya pasado en sus vidas, no haberse sentido acogidos y comprendidos.

INTRODUCCIÓN

Pretendemos con este trabajo aportar unas reflexiones sobre la comunicación –relación con la persona que sufre de toxicomanía.

Entendemos por persona que sufre de toxicomanía a todo aquel que abusa de una droga (heroína, cocaína, cannabis... e incluso los medicamentos y el alcohol.

Como habrán observado, matizamos la palabra que *sufre de toxicomanía*, y no la relación con el *toxicómano*, por varias razones:

La primera, porque en la comunicación o relación es muy importante, a nuestro parecer; no lo que decimos, sino el cómo lo decimos; oír o decir el toxicómano es, para bas-

tante gente, como algo despreciativo, es ver a estas personas como quien ha escogido un camino fácil ante la vida, personas que son incapaces de fuerza de voluntad, etc.. Para otros toxicómano es como indicar una persona cuyo ser es estar metido en la droga, como cronificado en ella, es como cosificarlo en su ser.

La segunda y más importante es porque si las palabras son portadoras de significado, si digo *que sufre de toxicomanía*, ya estoy partiendo de que es una persona enferma, una persona a la que con nuestros cuidados podemos aliviar su sufrimiento; por tanto en estas palabras hay implícita la creencia de una actitud humana empática ante el sufrimiento de alguien a quien podemos ayudar a dismi-

– Correspondencia a: _____

Luis Cibanal. Teléfono: 965903517.



nuir o aliviar su sufrimiento. Esta forma de hablar o de expresarnos nos parece más humana y menos cosificante. Esta forma nos parece incluir de forma más clara la idea de creer en la posibilidad de la curación o cuando menos, de la disminución del sufrimiento; mientras que la palabra toxicómano, provoca más bien rechazo y la reacción de que no hay casi nada que hacer:

La tercera, es considerar a esta persona menos negativa ante sus actitudes o comportamientos, ya que estas actitudes las considero como síntomas anejos a su enfermedad y no como formas caprichosas de actuar:

Con esta forma de hablar ya estamos mostrando una manera de comunicarnos con estas personas. Vamos a recordar, en este breve trabajo, algunas de las actitudes que puedan ayudarnos a una mejor comunicación con ellas.

¿Cómo me relaciono con estos pacientes?

Intentamos dar solamente unas pinceladas de algunos puntos que nos ayuden a revisar nuestra comunicación y relación con estas personas.

I. Vamos a observarnos y preguntarnos: *¿qué imagen me viene a mi cuando estoy ante una persona que sufre de toxicomanía?* Es frecuente oír comentarios como estos: *¡Cuidado! Son personas manipuladoras; personas que mienten como respiran; en todo momento intentan ver cómo te la pueden pegar...* Si parto de esta concepción ante estas personas, lógicamente mi forma de abordarlas, o mejor dicho de acogerlas va a ser una actitud defensiva, de alerta, de estar atento más que a lo que me dice a ver cómo no me dejen manipular, chantajear, etc., con estos pensamientos, sentimientos y actitudes, no es posible que se dé la relación, pues sin darme cuenta

y por mucho que quiera disimular, mi actitud no verbal no es una actitud acogedora, empática, sino de prejuicio, y si no hay acogida, no hay relación, y si no hay empatía ¿cómo pensamos se estará sintiendo la persona? Salvo que pensemos que estas personas son todas unas "psicópatas", como piensan algunos, y que por tanto no te puedes fiar, ni confiar, pues no tienen sentimientos. En este caso ya nos estamos posicionando con una actitud de no comunicación porque partimos de que esta es imposible. Por tanto, concluimos este punto: escuchemos nuestros sentimientos y pensamientos, paseemos por nuestra cabeza a estas personas antes de relacionarnos con ellas, para que cuando entremos en relación, la imagen que tengamos de la persona que sufre de toxicomanía, no esté tejida de ideas preconcebidas, sino que centrados en ella veamos qué es lo que les preocupa, sienten o cuál es su demanda.

También es importante que el profesional tome conciencia de su estado psíquico y espiritual o de valores - pensamientos, sentimientos, conflictos, valores, creencias...- antes de tener una entrevista o relación terapéutica con el cliente que sufre de toxicomanía ya que éstos le pueden influir positiva o negativamente.

Por ejemplo: imponer al cliente lo que el profesional considera desde su punto de vista como verdadero o normal; no aceptar las diferencias, etc., o bien proyectarse en el cliente, o defenderse por todos los medios, cuando su persona o la idea que él se hace de sí mismo, se siente amenazada.

Ya se trate de observarse a sí mismo o de observar a la persona que está frente a él, una mejor comprensión de sus comportamientos, o una mayor lucidez, son condiciones necesarias en el dominio de la relación de ayuda.



Es un hecho que por naturaleza cada uno de nosotros somos diferentes. Entre los rasgos de los que la naturaleza nos ha dotado ocupa un gran lugar la emotividad. Observamos que un número considerable de profesionales de la salud experimentan una ansiedad más o menos intensa durante la primera fase de la relación de ayuda. El experimentar cierta ansiedad es cosa normal, y no es necesariamente un factor de inhibición. El profesional debe tomar conciencia de lo que él vive, de lo que puede sentir como una "amenaza", y decidir lo que debe hacer. Es importante tomar conciencia de los recursos con los que él cuenta para abordar la ansiedad, ya que ésta va a ser captada por el cliente y puede dar como resultado una falta de confianza en el profesional, o pensar que éste no sabe cómo ayudarle.

El profesional puede manifestar su ansiedad de diferentes maneras:

- Comenzando la entrevista sin presentarse.
- No respetar el ritmo del cliente, atosigándolo con preguntas.
- No acoger al paciente. Comenzar la relación interrogando al cliente o sin exponerle el objetivo u objetivos de la misma (como señalaremos más adelante).
- Confrontar al cliente de forma brutal.
- Estar más preocupado por la respuesta que va a darle al cliente, que por escuchar verdaderamente lo que éste le está diciendo.
- No respetar los silencios.
- No estar atento al lenguaje no verbal, y al paralenguaje...

- Es posible que su "incompetencia" le preocupe hasta el punto de temer dañar al cliente.

Ante una dificultad o una agresión inesperada, en efecto, es la emotividad, la ansiedad, la que nos hace reaccionar a veces de forma estrictamente irracional. Es esta la que nos arrastra hacia conflictos cuyas consecuencias son absurdas y desproporcionadas a la causa que los originaron.

Por otra parte, la ansiedad se comunica de tal manera que el paciente, de por sí ya ansioso, no debería añadir a su ansiedad la del mismo profesional. Éste último debe identificar la causa de su ansiedad; ésta sería la primera etapa del proceso necesario para superarla. La ansiedad no es siempre el único sentimiento que el profesional experimenta durante la fase de acogida. Puede también sentir aburrimiento, irritación, indiferencia, descorazonamiento... De la misma manera que hemos dicho respecto a la ansiedad, conviene identificar la causa de estos sentimientos. Es aceptando su emotividad y sentimientos, viviendo con ellos sin lamentos, como uno llega a controlarlos mejor. Y esto por dos razones principales:

- Las manifestaciones más intempestivas, las que más agotan nuestra emotividad son debidas de hecho, a la negación que nosotros intentamos oponer.
- Es preciso rechazar, además, la idea de que la emotividad es en sí misma un defecto. No es una debilidad. Puede ser una riqueza considerable, si se acepta y canaliza adecuadamente.

Percibir y observar a las personas y a las cosas sin prejuicios, teniendo en cuenta su individualidad, es la mejor escuela de objetividad y de estabilidad. Tal actitud puede ser



una pauta de gran seguridad en los casos difíciles. Es el mejor medio para mantenerse sereno.

También el profesional puede, por ejemplo, estar cansado, si éste toma conciencia de su cansancio, puede, tal vez sobreponerse al mismo, o bien si esto no es posible, comunicárselo al paciente, con el fin de que pueda comprender su cansancio y de esta manera que no interprete el cliente que es que no quiere escucharle, o que pasa de él. No olvidemos que muchas personas que sufren de toxicomanía son muy susceptibles y cualquier comportamiento nuestro lo pueden interpretar como un rechazo. Por tanto entre más clarifiquemos, todo aquello que pueda ser motivo de interpretación, mejor:

Ejemplo:

Prof. Buenos días, Juan.

Pac. Hola buenos días.

Prof. Mire, voy a atenderle durante quince minutos, como de costumbre, sin embargo, me va a perdonar que debido a la mañana tan agotadora de trabajo, me siento muy cansado; por tanto, si hay algo que le digo que me repita, o ve algún gesto como de falta de atención es debido al cansancio. Así que le pido que usted me ayude a atenderlo lo mejor posible. Porque me imagino que cuando usted está cansado también le cuesta concentrarse, ¿verdad...?

Pac. ¡Ya lo creo!, incluso a veces se me pone un mal humor que no hay quién me aguante...

Prof. Vale, gracias por su comprensión y ayuda...

2. Otro punto que nos parece muy importante es preguntarnos: *¿Cómo me siento con esta clase de personas? ¿Cómo me siento aquí*

y ahora para entrar en comunicación con esta persona? Sin duda ninguna, que clarificar nuestros sentimientos nos va a permitir estar atentos a no proyectar sobre ellas mis ansiedades o miedos y por consiguiente interpretar ciertos comportamientos o actitudes como tuyas, cuando son el fruto de mis transferencias o contratransferencias. Preguntarme cómo me siento, me va a permitir tomar conciencia de mi estado, de mis sentimientos, y darme cuenta si estoy disponible, abierto a la relación, o por el contrario hay ciertos mecanismos de defensa que me pueden hacer no tomar conciencia de que si no hay relación, el problema puede ser mío y no del paciente.

Recordemos que el estudio ligado a las relaciones terapéuticas sería incompleto si no incluyéramos los problemas causados por la transferencia y la contra-transferencia. Dado que a menudo nos enfrentamos a estas, creemos conveniente hablar aquí sintéticamente de la transferencia negativa y la transferencia psicótica.

Respecto a la *transferencia negativa*, hemos de decir que en este tipo de transferencia las reacciones del paciente están basadas en el odio (hostilidad, repugnancia, amargura, desprecio...). Aunque hay efectos positivos y negativos en cada transferencia, tenemos que reconocer que si domina la transferencia negativa esta se hace inconfortable o molesta tanto para el paciente como para el terapeuta. Al paciente no le gusta ser consciente de la expresión de su odio, y por supuesto al terapeuta o profesional ser la diana del mismo. Cuando no se puede llegar a resolver un problema negativo, pensamos que es mejor parar el trabajo terapéutico antes de provocar un aumento de disfuncionamiento en el paciente.



Respecto a la *transferencia psicótica* esta es una situación no deseada en la cual la relación con el terapeuta suplanta todas las otras relaciones del paciente, incluso aunque el paciente no sea consciente de la transferencia, la cual niega. Lógicamente esta transferencia necesita de recordarle al paciente los elementos de la realidad para llegar a separar al profesional de otros individuos importantes en la vida del paciente. Además de hacer llamadas a la realidad, también ayuda disminuir la frecuencia del tiempo de contacto con el paciente.

Por otra parte, tenemos la *contratransferencia*, a veces esta no está muy clara, lo cual impide al paciente una comprensión de lo que está pasando, llegándole a producir en algunos casos manifestaciones de agresividad o de tensión. Lógicamente para todos estos casos si existe una buena supervisión esta le ayudaría al terapeuta a tomar conciencia de sus reacciones personales de contratransferencia. Entre los índices contratransferenciales tenemos: la ansiedad, las reacciones de preocupación anormal o de bondad excesiva hacia el paciente, etc. Cuando la transferencia se convierte en una situación problemática, el profesional o terapeuta puede presentar algunos signos como: sentirse de forma inconfortable durante y después de la relación; llegar tarde, o estar más tiempo del previsto en la entrevista; estar preocupado por el paciente durante su tiempo libre o en su vida cotidiana, etc.

Durante el proceso de contratransferencia, algunos profesionales pueden vivir o sentir ciertas emociones que sus pacientes han sido incapaces de controlar o de comunicar debido a su relación con el paciente. En cuanto el profesional detecta esta, debe de clarificarla con el paciente.

3. Tener en cuenta los puntos anteriores va a favorecer en nosotros una mejor acogida, sabiendo que *si no hay acogida no hay relación*. La acogida es la puerta de entrada a la comunicación con el otro y si ya voy con la puerta cerrada, ¿cómo pienso que va a poder entrar la persona con la que me quiero relacionar? Por tanto es importante preguntarnos, ¿cómo me gustaría a mí, si estuviera en el lugar del paciente, que me acogieran? En caso de duda, preguntarle al paciente cómo se está sintiendo con nosotros aquí y ahora. Creo que estas consideraciones nos van a ayudar a que nuestra acogida sea mucho más cálida.

4. Una buena comunicación, es aquella que es transparente, que todo está claro, que no hay nada que se preste a interpretación o a un doble mensaje y esto tanto a nivel verbal como no verbal. Por tanto al ir a relacionarnos con el paciente *tener muy claros cuáles son nuestros objetivos* para el paciente; pero también no olvidar que si bien es verdad que muchas veces nos hemos preparado nuestros objetivos o lo que le vamos a hablar con el paciente, resulta que estos objetivos están claros para mí pero no para él; así pues no sólo digámosle claramente por qué venimos a verle, o cuáles son los fines de nuestro encuentro, sino que debemos explicarle claramente el porqué de los mismos o de nuestro encuentro, pues no me cansaré de repetirlo, porque se nos olvida con frecuencia, que: *lo que está claro para mí sólo lo está para mí, y que hablando de lo mismo no hablamos lo mismo, y que el significado no está en las palabras sino en las personas*.

5. Junto con el punto anterior; como mi relación o comunicación con el paciente debe estar *centrada* en él, es decir partir de él, tenemos que, una vez presentados mis objeti-



vos y la explicación de los mismos y antes de abordar estos, centrarnos en él, no diciéndole cuáles son sus objetivos para este encuentro, pues lógicamente no lo entendería, pero sí, decirle, por ejemplo, *cómo se siente para abordar lo que le hemos presentado o si hay algo que le preocupe que quiera hablar con nosotros antes de hablar de nuestras propuestas*. Esto permitirá que sea él el que nos lleve donde necesita que le ayudemos, bien sea para una información, clarificación, o desangustarse por algo que le preocupa. De esta manera es más fácil que nos escuche, pues a veces debido a su preocupación o ansiedad, o interpretaciones no nos puede escuchar o interpreta de forma diferente lo que le queremos transmitir.

6. Nuestra relación con la persona que sufre de toxicomanía tiene que estar todo el tiempo envuelta en unas actitudes de *empatía, autenticidad, aceptación incondicional*, etc., sin las cuales no será posible la relación, pues nuestros prejuicios a veces son tan fuertes, que no nos relacionamos con la persona que tenemos delante, sino con la imagen que nos hemos hecho de ella. Sabemos que vivir estas actitudes en nuestra vida personal y profesional no son fáciles, pero si no las vivimos y practicamos creemos que no hay posibilidad de relación ni humana ni terapéutica.

7. Con el fin de saber si ambos, profesional y paciente hablamos lo mismo y de lo mismo, es conveniente practicar continuamente el *feedback* y el *resumen*, esto nos permitirá a nosotros ver si el paciente nos está comprendiendo, y al paciente sentirse escuchado y comprendido por nosotros. Sobre todo no olvidemos de terminar nuestra relación-comunicación con el cliente, haciendo un resumen de lo que hemos hablado y de las conclusiones a las que hemos llegado. Esto, a parte

de ser una forma de concluir la relación, es también una ayuda para que al final queden claros y concretos todos los problemas y las soluciones que junto con el paciente hemos ido abordando y concretando, a modo de un puzzle, en el que al final todas las piezas aparecen ensambladas.

8. El *método de resolución de problemas* tiene que ser el hilo conductor de nuestra relación. En efecto, no sólo porque es el método considerado por todos como científico para resolver problemas, sino también porque permite centrarnos en el paciente y que junto con él vamos a definir su problema, vamos a buscar las causas y las soluciones partiendo de él y de sus recursos en sentido amplio. Como vemos, partir de este método es ayudar al cliente a que se sienta agente y responsable de su vida tanto en su problema como en las soluciones del mismo. De esta forma podrá echarnos menos en cara que nuestras propuestas no le han ayudado, sintiendo a veces la sensación de fracaso porque no hemos "salvado" a nuestro paciente, con lo cual nos responsabilizamos del éxito o fracaso de nuestra terapia, pensando que todo lo tenemos que hacer nosotros, y sin embargo nos olvidamos que es el paciente quien tiene que asumir su responsabilidad en el éxito o fracaso. Un punto que creo merece la pena recalcar es ser muy concretos a la hora de hacer el plan de acción con el paciente. Es decir, el plan de acción se hace **con** el paciente no por y para él. Y también en las actividades ser muy concreto, una actividad debe de responder a las preguntas: *quién lo hará, cuándo, cómo, de qué manera, con quién, durante cuanto tiempo*, etc. Si se realizan así las actividades estas se podrán evaluar y ver lo que ha ido bien y si no ha sido así, en qué se ha fallado o dónde ha encontrado obstáculos el paciente.



9. Como es lógico durante toda relación se producen *silencios*. Por su complejidad y su riqueza, el silencio es una parte esencial de la comunicación y es importante no trivializarlo o eliminarlo - sea cual fuere la razón. Debido a que este muchas veces nos crea un cierto malestar o incomodidad por no saber qué decir o hasta dónde respetarlo con frecuencia lo amueblamos o lo evitamos con preguntas, o desviando el tema de la conversación.

El silencio, como lenguaje para-verbal o metacomunicación, se presta a múltiples interpretaciones e hipótesis, que al no ser confirmadas o afirmadas producen cierta ambigüedad, y en numerosos casos llevan a la ruptura de la comunicación.

Los silencios pueden estar provocados por diversos factores: Emocionales (bloqueos, angustias, amenazas...). Intelectuales (reflexiones, falta de ideas,...). De interacción entre el profesional y el cliente (el cliente no confía en el profesional mostrando por ello resistencias...) etc.

ACTITUDES DEL PACIENTE FRENTE A LOS SILENCIOS

El silencio del paciente puede ser debido a:

- Su ansiedad o angustia, la cual le puede llevar experimentar ciertos bloqueos en la relación. Puede ser que, preocupado por sus problemas o inquietudes no escuche al profesional.
- Falta de claridad y de precisión en su pensamiento y en su lenguaje, así como en la exposición de su problema.
- Pensar que el tema ha concluido.
- Una confrontación que resulta muy amenazante para el paciente.

- Necesitar más tiempo para clarificar su pensamiento o sus emociones.
- Haber dicho, él mismo, alguna cosa que le ha perturbado, o bien que el profesional, por equivocación, haya dicho alguna cosa o mostrado, a veces sin darse cuenta, algún gesto no verbal que el paciente ha malinterpretado.
- Resistencias. El paciente puede permanecer silencioso porque se está resistiendo a lo que él considera una intrusión. Puede ver en el profesional, una figura autoritaria o la proyección de algo que él no ha aceptado y quiere evitar a toda costa. Etc., etc.

ACTITUDES DEL PROFESIONAL ANTE LOS SILENCIOS

A ciertos profesionales, sobre todo los principiantes, el silencio les resulta difícil de soportar, piensan que este ha sido provocado por ellos, tal vez porque piensan que no saben llevar bien la relación terapéutica y por ello creen que lo deben evitar a toda costa.

En la medida en la que el profesional quiere implicarse en la situación expuesta por el cliente, entrando en su mundo y preguntándose: ¿qué siente el cliente?, ¿dónde se encuentra? ¿adonde quiere llegar? ¿cómo se encuentra en este momento?, etc., en definitiva, si el profesional empatiza con el paciente, sabrá respetar y detectar y hacer frente a los silencios de forma adecuada, sin interpretarlos o salirse por la tangente.

El profesional debe ser consciente de lo que siente (paciencia, nerviosismo, indiferencia, ansiedad, dificultad en soportarlo..., fenómenos estos, de alguna manera, contratransferenciales), así como tener en cuenta los



fenómenos transferenciales del cliente con el fin de transmitirle calma, serenidad y respeto de su ritmo.

También pensamos que el profesional, a fin de evitar nerviosismos y malentendidos, debe explicar al cliente que los silencios y las pausas forman parte de la relación y que por tanto se deben respetar. En caso de duda, es necesario clarificarlo con el fin de que no aparezca un cierto malestar o tensión entre los interlocutores.

En resumen: con el fin de que el profesional no se sienta incómodo o molesto ante los silencios, lo más adecuado es clarificarlos, o bien aprovechar el silencio para abordar con el cliente el sentimiento que le produce lo que está diciendo.

Por ejemplo:

[...]

Pac. Ayer estuve hablando con mi mujer sobre los diversos problemas que tenemos y (se queda en silencio).

Prf. (No enseguida, sino después de unos cuantos segundos de silencio le hace un *feedback*)... Me decía que ayer estuvo hablando con su mujer y se ha quedado callado, no sé lo que me quiere decir con su silencio (al decirle esto, el profesional intenta que el paciente clarifique el por qué de su silencio. De esta forma no lo interpreta ni lo prolonga de una forma indefinida que puede crear malestar para ambos). O bien, también le puede decir: Ayer estuvo hablando con su mujer de los problemas que tienen, ¿cómo se sintió y cómo se siente al hablar de este tema? (De esta manera no hablará sólo de contenidos, sino de lo que le remueve este tema, es decir de los sentimientos que esto le produce). No nos olvidemos que en la comunicación es el sentimiento el que humaniza la relación; es el

sentimiento el que nos da la importancia y gravedad que tiene para nosotros lo que decimos, o cómo vivimos los acontecimientos; sabemos que no son las cosas las que nos crean problema, sino mi forma de sentir o vivir las mismas. El sentimiento nos permite sacar lo que hay más dentro de nosotros, hace que la comunicación-relación se profundice.

10. *Las preguntas.* Muchísimas veces sometemos a nuestros interlocutores a un verdadero interrogatorio, el cual piensa el profesional que es necesario (y nos preguntamos ¿es necesario?), pero él cree que sí son necesarias sus preguntas para poder hacer un buen diagnóstico; sin embargo no piensa que sólo este interrogatorio está claro para él y no para su interlocutor (pues lo que está claro para mí sólo lo está para mí) dando como resultado el que la mayoría de las personas experimenten incomodidad cuando se sienten interrogadas o investigadas. *Pensamos que la causa de este malestar radica en que se pregunta sin explicar el por qué de la misma.* Por tanto, a fin de que el cliente o nuestro interlocutor no se sienta molesto con las preguntas del profesional, y sepa el por qué de tantas preguntas o su interrogatorio, es conveniente que éste tome la actitud de: pregunta que haga pregunta que le explica el por qué se la hace. Esto también llevaría al profesional a hacer menos preguntas, o a no llenar el tiempo con preguntas cuando no sabe qué decir; o no sabe a dónde va con su entrevista. Una pregunta, aparentemente anodina, puede esconder un doble mensaje, o una interpretación distinta de la evocada por el interlocutor. Si el profesional explica el por qué de su pregunta, entonces no caben las dobles intenciones o las preguntas con doble sentido, ni por supuesto el estar a la defensiva o responder con evasivas.



Lo mismo cabe decir por parte del paciente, pregunta que nos haga, intentar clarificar lo que nos quiere decir con eso, y esto, insistimos, por muy claro que nos parezca, pues: lo que está claro para mí sólo lo está para mí.

11. Debemos puntuar e insistir sobre los aspectos positivos que nos revela el paciente con la finalidad de valorarlo y reforzarlo, máxime sabiendo lo que para él puede significar cualquier avance y esfuerzo. El paciente presenta generalmente muchas cosas negativas, conviene que nosotros veamos los aspectos positivos que durante la relación va expresando el y se los remarquemos o señalemos; por ejemplo, "me imagino que este cambio del que me hablas te habrá costado mucho, pero te ha merecido la pena, de verdad que me alegro y te valoro tu gran esfuerzo, pues muestra que aunque te cuesta, poco a poco lo vas consiguiendo." esto permite aumentar su autoestima – la cual muchas veces está muy disminuida – y tener más confianza en sí mismo, pues se da cuenta que no todo en su vida es negativo. Así mismo, se le confirmará en todo lo que está haciendo y le sirve o es bueno para él. Por ejemplo, supongamos que el paciente nos dice que para dormir, todas las noches se da un paseo y toma una tisana y que esto le ayuda a tener un buen sueño. El profesional debe reforzarle esto y decirle de alguna manera que eso está muy bien.

CONCLUSIÓN

Hemos pretendido dar solamente unas grandes pinceladas de algunos puntos, a nuestro parecer muy concretos, que debemos tener en cuenta cada vez que estamos en

relación con el paciente. Estos puntos nos permitirán estructurar mejor nuestra entrevista o relación terapéutica, así como poder hacer después una evaluación de la misma, la cual nos va a permitir saber lo que ha ido bien o ha fallado en la relación.

BIBLIOGRAFÍA

Cibanal, L.; Siles, J.; Arce, M. C. (2001). El significado está en las personas, no en las palabras (Hacia una comprensión cultural de la comunicación) 2º Congreso Virtual de Psiquiatría. WWW.psiquiatria.com. congreso

Cibanal, L. y Arce, M.C. (1991). *La relación Enfermera-Paciente*. Alicante: Universidad de Alicante.

Cibanal, L. (1991). *La interrelación Enfermera-Paciente*. Barcelona: Doyma.

Cibanal, L.; Arce, M.C.; Carballal, M.C. (2003). *Técnicas de Comunicación y Relación de ayuda en Ciencias de la Salud*. Madrid: Elsevier.

Satir, V. (1991). *Nuevas Relaciones Humanas en el núcleo familiar*. México: Pax.

Watzlawick, P.; Beavin, J. Y.; Jackson, D. (1983). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

Wilson et Kneisl. (1982). *Soins infirmiers psychiatriques*. Montreal (Québec) Editions du Renouveau Pédagogique INC.