

## UT 6: APOYO PSICOLÓGICO

1. NECESIDAD DE APOYO PSICOLÓGICO AL USUARIO EN LA OFICINA DE FARMACIA
2. FUNDAMENTOS DE PSICOLOGÍA
3. ESTRÉS
4. ANSIEDAD
5. DEPRESIÓN FRENTE A LA ENFERMEDAD
6. OTRAS MANIFESTACIONES FRENTE A LA ENFERMEDAD
7. POSIBLES REACCIONES
8. TÉCNICAS DE APOYO PSICOLÓGICO
9. CUIDAR AL CUIDADOR

### 1. NECESIDAD DE APOYO PSICOLÓGICO AL USUARIO EN LA OFICINA DE FARMACIA

**Justificación:** La oficina de farmacia es un lugar desde el cual se presta un apoyo psicológico en ocasiones poco perceptible para el usuario, e incluso poco perceptible para el que lo presta (auxiliar de farmacia, farmacéutico). Los profesionales que trabajan en la OF se convierten a menudo en confidentes de los clientes más habituales, ya que estos no sólo dan a conocer sus problemas de salud si no también sus emociones con naturalidad. Motivos para ello es el fácil acceso a esta relación personal, la confianza que crece con el tiempo, y la no existencia de distancia personal que se siente con otros profesionales de la salud como puede ser el médico. El profesional farmacéutico se percibe muy cercano por el cliente. Lo anterior hace que la OF se convierta en un establecimiento en el que se presta apoyo psicológico con frecuencia.

**Definición** de apoyo psicológico/psicosocial: cualquier actividad que mejore la capacidad de las personas para funcionar bajo el nivel de estrés que ocasiona un acontecimiento negativo en su vida, “ayudar a la persona a que se ayude a sí misma”. En el caso del usuario de la OF los acontecimientos negativos a los que nos referimos son las enfermedades. Estas generan en el usuario un estado psicológico específico.

Como profesionales de la OF para realizar este apoyo **necesitaremos** dos cosas:

**1º:** tener conocimientos de psicología, para poder “ver, conocer, intuir” qué le pasa a la persona y de esa manera poder ayudarla mejor.

**2º:** haber desarrollado previamente habilidades sociales y psicológicas que me permitan realizar ese apoyo, que sean las herramientas para hacer ese apoyo.

No hay que olvidar que en muchas ocasiones en la OF el usuario no es el propio enfermo si no un miembro de la familia o un **cuidador** profesional. En ambos casos es posible que esta

persona necesite también apoyo psicológico (este aspecto se ve en el punto 4 de esta UD). Este apoyo también se presta de manera más evidente en la Farmacia Hospitalaria.

## 2. FUNDAMENTOS DE PSICOLOGÍA

La **Psicología** es el estudio científico de la conducta y los procesos mentales.

La psicología humana tiene por objeto el estudio del hombre desde dos puntos de vista, por un lado su comportamiento y conducta y por otro sus estados de conciencia. Intenta formular leyes sobre estos fenómenos y explicar su origen, con el fin de poder modificarlos en caso necesario.

Su **objetivo** como ciencia es por tanto describir, explicar, predecir y modificar el comportamiento.

### Procesos cognitivos

Son aquellos que permiten captar y procesar información y así permiten el aprendizaje. Incluyen la sensación, percepción, atención, memoria, pensamiento y lenguaje.

### Inteligencia

Existen diversos enfoques en el estudio de la inteligencia. Se considera:

- Conjunto de facultades más o menos diferentes como la memoria, el razonamiento y la capacidad de expresarse en un lenguaje fluido
- Capacidad de aprender
- Capacidad de adaptarse al medio con eficacia

Definiremos **inteligencia** como la capacidad general de utilizar unos medios para conseguir ciertos fines que permiten que el sujeto se adapte a nuevas situaciones por medio de su conducta.

El **cociente de inteligencia** (CI) expresa el rendimiento relativo en una prueba de inteligencia, ya que la inteligencia no puede medirse directamente al ser una capacidad general, para llevar a cabo determinadas actividades mentales.

El CI indica el rendimiento del individuo en cierta prueba, comparándolos con otros de su misma edad. Se obtiene entonces la “edad mental” que se divide entre la edad cronológica y se multiplica por 100.

### Inteligencia emocional

Aunque las definiciones tradicionales de inteligencia hacen hincapié en los aspectos cognitivos, se comienza a reconocer la importancia de los aspectos no cognitivos. Se habló de inteligencia social para describir la habilidad de comprender y motivar a otras personas.

En 1983, Gardner introdujo la idea de incluir tanto la **inteligencia interpersonal** (la capacidad para comprender las intenciones, motivaciones y deseos de otras personas) y la **inteligencia intrapersonal** (la capacidad para comprenderse uno mismo, apreciar los sentimientos, temores y motivaciones propios). Para Gardner, los indicadores de inteligencia, como el CI no explican plenamente la capacidad cognitiva. Por lo tanto, aunque los nombres dados al concepto han

variado, existe una creencia común de que las definiciones tradicionales de inteligencia no dan una explicación exhaustiva de sus características.

## Motivación

La **motivación** es la fuerza que impulsa a las personas a iniciar, mantener y dirigir su conducta para lograr un objetivo o meta.

La motivación siempre está dirigida a conseguir un objetivo, aunque a veces las personas no son conscientes de los motivos reales de su conducta.

Los motivos se pueden clasificar en:

- **Motivos primarios.** Son biológicos o innatos, están relacionados con procesos fisiológicos (hambre, sed, evitar el dolor, dormir, impulso sexual). En el hombre están muy mediatizados por la cultura y por intereses de orden superior (huelga de hambre, anorexia nerviosa)
- **Motivos secundarios.** Son aprendidos, psíquicos o sociales, y están totalmente determinados por la cultura (aprobación de los demás, éxito, experiencias nuevas, contacto con los otros). Al ser aprendidos es relativamente fácil crear motivos o necesidades nuevas.

## Estados afectivos

Todas las experiencias humanas tienen una dimensión afectiva.

Las emociones están muy relacionadas con la motivación. Las emociones son respuestas psicológicas adaptativas que nos preparan para la acción y que se caracterizan por tener tres componentes:

- Reacciones fisiológicas: taquicardia, etc.
- Estado subjetivo o experiencia emocional: alegría, tristeza, miedo. Este puede tener valencia negativa, positiva o neutra.
- Componente expresivo. Expresión facial, gestos, movimientos corporales.

Hay seis estados emocionales básicos: alegría, miedo, ira, sorpresa, desagrado, tristeza. De la combinación de emociones básicas se derivarían muchas otras, más complejas que aparecen más tarde en el desarrollo y suelen ser de tipo social.

Las emociones son procesos intensos pero muy breves. Hay que diferenciarlas del estado anímico ("humor") que es más duradero que la emoción (puede durar varios días) pero menos intenso, y el sentimiento, que es la experiencia subjetiva de la emoción (son impresiones pasajeras).

Las emociones tienen función:

- Adaptativa: nos prepara para la acción adecuada
- Social: ya que permite comunicar nuestro estado a los demás y permite predecir nuestro comportamiento
- Motivacional: ya que dirige la conducta hacia una meta

Emociones primarias

- Sorpresa. Aparece en situaciones novedosas, es una emoción neutra y facilita las conductas de atención y exploración.
- Asco. Provoca el rechazo y favorece el desarrollo de hábitos saludable e higiénicos.
- Alegría. Ayuda a acercarnos a los demás, aumenta la capacidad de disfrute y genera actitudes positivas hacia otros, así mismo, favorece los procesos cognitivos.
- Miedo. Tiene una función protectora, focaliza la atención en el estímulo que lo provoca, moviliza gran cantidad de energía y favorece el escape o la evitación.
- Ira. Moviliza gran cantidad de energía y se orienta hacia la autodefensa, orientándonos hacia la eliminación de obstáculos.
- Tristeza. Su función es la reintegración, reduce la actividad del organismo y nos orienta hacia nosotros mismos. Favorece la cohesión con otras personas y la reclamación de ayuda.

Emociones secundarias

Otras emociones son: la hostilidad, el humor, la felicidad, el amor, la culpa, la vergüenza, el orgullo, etc.

### **3. ESTRÉS**

El estrés es una respuesta general del organismo ante demandas internas o externas (en principio amenazantes. Para afrontarlas se produce una movilización de recursos fisiológicos y psicológicos. Si persiste se produce el agotamiento de los recursos.

Está determinado por la interacción entre situaciones potencialmente estresantes y características personales y la valoración que la persona hace.

#### **Situaciones estresantes**

En general son situaciones de pérdida o cambio o que exigen un sobreesfuerzo. Pueden ser:

- Eventos de gran importancia que ocurren una vez: situaciones traumáticas, despido, accidentes.
- Sucesos importantes que requieren exposición prolongada: enfermedad crónica, cuidadores, separación, jubilación, embarazo.
- Sucesos menores repetidos: problemas laborales, exámenes, convivencia familiar, atascos, etc.

#### **Características personales**

- Personalidad tipo A (competitiva, impaciente, hostilidad)
- Estilos de afrontamiento: puesta en marcha de mecanismos de defensa, evitación, huida, culpa.
- Valores, creencias y actitudes: valoraciones sesgadas, rigidez, valoraciones poco objetivas
- Recursos y habilidades de solución de problemas.
- Apoyos sociales: amortiguan el efecto del estrés, lo controlan, aumentan la autoconfianza

## Respuesta de estrés

Activación. Si aumenta puede llevar en un principio a motivación, pero si se excede lleva a ansiedad u hostilidad. Si disminuye puede llevar a indefensión y depresión

Problemas de salud:

- Aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular, cáncer, al elevar la adrenalina y/o el cortisol e indirectamente al aumentar el consumo de tabaco y alcohol y la alimentación rica en sal, azúcares y grasas.
- Deterioran el funcionamiento normal por otras alteraciones como el asma, dolor crónico alteraciones gastrointestinales y trastornos del sueño.
- Se relaciona con trastornos psicológicos como la ansiedad o la depresión.

## 4. ANSIEDAD

**Concepto:** La ansiedad es una sensación desagradable de temor/tensión que se genera en la persona ante una amenaza, real o no, interna o externa. Existen muchos sinónimos para esta palabra y suele hablarse de angustia cuando predominan las manifestaciones físicas y de ansiedad cuando predominan las manifestaciones psicológicas.

### Manifestaciones de la ansiedad

**-Físicas:** Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, "nudo" en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

**-Psicológicas / emocionales:** Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre. En casos más extremos, temor la muerte, la locura, o el suicidio.

**-De conducta:** Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.

**-Intelectuales o cognitivos:** Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, dificultad para tomar decisiones, en general interpretación amenazante de los estímulos ambiguos.

**-Sociales:** Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o

responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, en general, pérdida de actividad.

No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni éstos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/ o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas.

Según sus características existirían **dos tipos de ansiedad** que serían:

\* la ansiedad **fisiológica ("buena")** que es aquella que aparece ante un estímulo externo, dura un tiempo adecuado, es de intensidad adecuada, y es beneficiosa porque nos prepara para mantener un estado de alerta durante un tiempo, manteniendo nuestra atención en algo que es importante para nosotros, nos prepara para enfrentarnos mejor a esa situación. (ejemplo: tenemos que hacer un examen, tenemos un entrevista de trabajo o "una cita" y estamos algo nerviosos, atentos a lo que sucede, despiertos,...lo cual es bueno en esa situación, mejor incluso que estar "demasiado tranquilo"). Este tipo de ansiedad nos sirve para prepararnos ante determinadas situaciones, repercute favorablemente sobre el desarrollo de la personalidad en la infancia en el camino hacia la madurez.

\* la **ansiedad patológica ("mala")** que es aquella que se produce sin estímulo externo o con estímulo externo, pero es de intensidad exagerada en relación al estímulo, dura demasiado tiempo, nos hace estar demasiado pendientes de nosotros mismos por lo que no prestamos atención a lo que sucede en el exterior, y por ello es perjudicial (ejemplo: en las mismas situaciones del ejemplo anterior estamos tan nerviosos que perdemos la memoria, balbuceamos, tenemos las manifestaciones de la ansiedad vistas anteriormente,...nos sale todo mal por estar así). Cuando la ansiedad patológica se mantiene en el tiempo (estado de ansiedad), y sobre todo, cuando no existe un estímulo externo claro que la produzca se convierte en un **trastorno psicológico** para la que se puede necesitar ayuda profesional. Este tipo de ansiedad, a diferencia de la otra, no es útil y puede llevarnos incluso a una situación de enfermedad.

## 5. DEPRESIÓN FRENTE A LA ENFERMEDAD

No se trata de una única situación, es más bien **una gama de situaciones**. En el extremo inferior tendríamos lo que se denomina **ÁNIMO ANORMALMENTE DEPRIMIDO**, y en el extremo superior la **DEPRESIÓN SEVERA**. Entre ambas habría varios grados de **ESTADOS DEPRESIVOS**.

**Definición:** sentimiento de tristeza intenso que persiste más allá de un período justificado. La persona deprimida no tiene ilusión, motivación, ganas de disfrutar, interés por el mundo que la rodea, le cuesta concentrarse y comunicarse con los demás, se encierra en sí mismo, puede tener ideas o conductas suicidas.

Un acontecimiento estresante puede ser el desencadenante en una persona predispuesta.

En cuanto a la **evolución en el tiempo** la depresión aparece de manera gradual, suele durar entre 6 y 9 meses (hasta 2 años), y tiende a recurrir.

## 6. OTRAS MANIFESTACIONES FRENTE A LA ENFERMEDAD

Junto con la ansiedad y la depresión en sus distintos grados cuando una persona enferma puede presentar **otras manifestaciones de su reacción frente a la enfermedad** como son:

- A) **BAJA AUTOESTIMA:** escasa valoración de uno mismo. Puede aparecer con motivo de la situación de enfermedad en personas que anteriormente tenían una autoestima alta.
- B) **DESINTERÉS O INACTIVIDAD:** no tienen ganas de hacer nada (se siente inútil, le falta motivación, no encuentra sentido a nada).
- C) **ANHEDONIA:** dificultad para disfrutar de las cosas (incluso cosas con las que antes sí disfrutaba)
- D) **AGITACIÓN:** estado de fuerte excitación mental y actividad motora, quejas, lamentos, incluso agresividad.
- E) **ALTERACIONES DEL SUEÑO:** **insomnio** (dificultad para conciliar el sueño o despertar precoz), pesadillas, sonambulismo.
- F) **ALTERACIONES DEL APETITO Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:** el apetito puede estar aumentado o disminuido, generalmente de manera transitoria. En ocasiones no es así y se produce un **TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA** (anorexia, bulimia, trastorno por atracón o sobreingesta, ortorexia, vigorexia).
- G) **SOMATIZACIÓN:** un problema psíquico se manifiesta en forma física (ej: cefaleas, palpitaciones, vértigos, vómitos,...).

## 7. POSIBLES REACCIONES

### Mecanismos de defensa

Frente a cualquier situación estresante, sea una enfermedad o no, las personas utilizan los llamados “mecanismos de defensa de la personalidad”: comportamientos inconscientes, automáticos que nos protegen de la ansiedad generada en nosotros por situaciones estresantes. En principio son beneficiosos pero al no eliminar la causa que produjo la ansiedad si el mecanismo se mantiene excesivamente en el tiempo se convierte en un problema. Se dividen en tres tipos:

- **PRIMER TIPO:** Aquellos que mantienen el problema fuera de la conciencia mediante conductas evitativas o de evasión. En este grupo tendríamos:
  - En el caso extremo se encuentra la **NEGACIÓN:** un enfermo que niega que lo está, un alcohólico que niega que lo es,...la persona se obstina en no reconocer un aspecto negativo.
  - En una situación intermedia tendríamos la **REPRESIÓN:** expulsar de la conciencia los sentimientos que producen malestar, no pensar en ello, no hablar de ello, no escuchar a nadie hablar de ello, como si no existiera,...Ejemplo: una persona enferma no piensa ni habla nunca de su enfermedad.
  - Una persona da explicaciones racionales pero falsas de su situación: **RACIONALIZACIÓN:** un drogadicto dice que toma la droga temporalmente porque está en paro y que cuando encuentre trabajo la dejará.
- **SEGUNDO TIPO:** Aquellos que distorsionan la propia imagen o la ajena adjudicando cualidades excesivamente:

- Positivas : IDEALIZACIÓN. Por ejemplo del personal sanitario
- Negativas: DEVALUACIÓN. Por ejemplo del personal sanitario o de uno mismo.
- **TERCER TIPO:** Adoptando conductas REGRESIVAS: REGRESIÓN: cuando la persona enferma se comporta como un niño (llora, es caprichoso con la comida, hace travesuras, tiene celos de otros,...).

## Resiliencia

La resiliencia es la capacidad de afrontar la adversidad saliendo fortalecido y alcanzando un estado de excelencia profesional y personal. Se considera que las personas más resilientes tienen mayor equilibrio emocional frente a las situaciones de estrés, soportando mejor la presión. Esto les permite una sensación de control frente a los acontecimientos y mayor capacidad para afrontar retos.

La Resiliencia, es el convencimiento que tiene un individuo o equipo en superar los obstáculos de manera exitosa sin pensar en la derrota a pesar que los resultados estén en contra, al final surge un comportamiento ejemplar a destacar en situaciones de incertidumbre con resultados altamente positivos.

Esa capacidad de resistencia se prueba en situaciones de fuerte y prolongado estrés, como por ejemplo el debido a la pérdida inesperada de un ser querido, al maltrato o abuso psíquico o físico, a prolongadas enfermedades temporales, al abandono afectivo, al fracaso, a las catástrofes naturales y a las pobreza extremas.

Podría decirse que la resiliencia es la entereza más allá de la resistencia. Es la capacidad de sobreponerse a un estímulo adverso.

Las personas resilientes ha sido definidas con las siguientes características:

- Sentido de la autoestima fuerte y flexible
- Independencia de pensamiento y de acción
- Habilidad para dar y recibir en las relaciones con los demás
- Alto grado de disciplina y de sentido de la responsabilidad
- Reconocimiento y desarrollo de sus propias capacidades
- Una mente abierta y receptiva a nuevas ideas
- Una disposición para soñar
- Gran variedad de intereses
- Un refinado sentido del humor
- La percepción de sus propios sentimientos y de los sentimientos de los demás
- Capacidad para comunicar estos sentimientos y de manera adecuada
- Una gran tolerancia al sufrimiento
- Capacidad de concentración
- Las experiencias personales son interpretadas con un sentido de esperanza
- Capacidad de afrontamiento



- Apoyo social
- La existencia de un propósito significativo en la vida
- La creencia de que uno puede influir en lo que sucede a su alrededor
- La creencia de que uno puede aprender con sus experiencias, sean éstas positivas o negativas.

## **Manejo de la ansiedad**

Ante una situación de ansiedad mantenida en el tiempo la persona puede tomar una serie de medidas, sencillas pero eficaces cuando se aplican en conjunto y se mantienen en el tiempo como son:

- MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS:
  - Dormir 7 u 8 horas en un ambiente adecuado, silencioso, buena temperatura, “no se recupera lo no dormido”
  - Hacer 3-5 comidas al día, con desayuno abundante y una cena temprana y escasa, con un horario fijo y una dieta equilibrada
  - Hacer ejercicio físico de manera regular (andar, otros, continuo y adecuado a cada uno)
  - Llevar una vida organizada, “tener tiempo para uno mismo”
  - Cuando sea necesario usar técnicas de relajación física y mental/ de control de la respiración (yoga, masajes, hidroterapia,...)
- REFLEXIÓN: dedicar un tiempo a la reflexión y al autoconocimiento, buscando las causas de nuestra ansiedad e intentando evitarlas. Si llegamos a la conclusión de que no existe una causa para encontrarnos así, o no somos capaces de reconocerla, debemos buscar ayuda profesional .
- ENSAYO MENTAL: cuando conocemos , por experiencias anteriores, que una determinada situación futura es causante de ansiedad en nosotros, podemos imaginar mentalmente la situación ensayando lo que vamos a hacer/decir de manera repetitiva hasta que nos sintamos más seguros y relajados.
- Tener una BUENA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL: con familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo,... Tener un círculo social consistente, sin ser imprescindible que sea muy amplio, nos puede ayudar en momentos de stress para sentirnos escuchados y comprendidos.
- Llegado el caso RECONOCER QUE SE NECESITA AYUDA PROFESIONAL Y BUSCARLA (psicólogo, psiquiatra), bien porque no evidenciamos la causa de nuestra ansiedad o bien porque aún haciéndolo no somos capaces de controlar la situación.

## **Estrategias de afrontamiento**

En este caso ante la enfermedad la persona “ le planta cara” y tiene actitudes y conductas encaminadas a enfrentarse a su situación. Entre ellas están:

- AFILIACIÓN: se trata de buscar el apoyo y ayuda de otras personas, de su entorno (familia, amigos) o de ONG o grupos de ayuda mutua donde la persona recibirá en un principio ayuda y después ayudará a otros.

- **ANTICIPACIÓN:** reflexionar y con actitud realista anticiparse a lo que pueda suceder considerando las diferentes alternativas.
- **BUSCAR ALTERNATIVAS:** realizar actividades que distraigan temporalmente su atención del problema que tienen (actividad física, trabajos manuales, ayudar a otros,...). No se debe utilizar la distracción de manera sistemática porque supondría una respuesta evitativa.

## **8. TÉCNICAS DE APOYO PSICOLÓGICO**

El auxiliar de farmacia, y en general el personal sanitario, para poder ayudar/apoyar al paciente/cliente/cuidador debe haber desarrollado previamente habilidades sociales y psicológicas que le permitan realizar ese apoyo, que sean las herramientas para hacer ese apoyo. Entre estas herramientas están:

### **Inteligencia emocional, empatía, habilidades sociales, gestión emocional**

- Inteligencia emocional
- Habilidades sociales: asertividad, empatía, escucha activa, autocontrol y gestión emocional (Material complementario)

#### **Escucha activa**

La que permite al emisor tener la certeza de que su mensaje a llegado al receptor porque hay retroalimentación, la que permite al receptor entender lo que oye, interpretando los sentimientos, ideas o pensamientos que envía el emisor (IE). La retroalimentación se consigue “demostrando” que se escucha. ¿cómo se demuestra la escucha activa?

- Manteniendo contacto ocular
- Decir sí, asentir
- Postura corporal adecuada
- Demostrar que se comprende lo que se escucha
- Usando las pausas para animar a que siga hablando o para hacer preguntas abiertas, no para hablar
- No cambiando de tema
- No hablando constantemente de uno mismo
- No convertirlo en un interrogatorio
- Redirigir la conversación si el emisor se pierde, resumir o reafirmar algunos aspectos

#### **Relación de ayuda**

Es una técnica de apoyo psicológico cuyo fin es ayudar en un problema concreto al paciente /cliente. En este proceso de comunicación el Técnico en Farmacia debe captar las necesidades del Paciente / Cliente (ver qué problema tiene) y orientarle para que él mismo descubra otras posibilidades para hacer frente a su problema, que no ha sido capaz de ver por sí mismo. Las fases de una RA son:

- . acogida: crear un clima de confianza con el P/C, usar un saludo adecuado a su edad y cultura, dedicarle un tiempo suficiente, usar la comunicación no verbal.
- . presentación del problema por el P/C: utilizando la escucha activa el Técnico en Farmacia conduce al paciente para que le cuente su problema.
- . reestructuración del problema: el Técnico en Farmacia hace que el P/C vea el problema desde otro punto de vista, con realismo (sin pesimismo). Con frecuencia cuando tenemos un problema no somos objetivos al analizarlo y, sobre todo cuando nuestro estado de ánimo es bajo, lo vemos peor de lo que es.
- . plan de acción: el P/C decide qué va a hacer, teniendo en cuenta los recursos con los que cuenta.
- . evaluación: en un encuentro posterior el AF valora si el P/C ha conseguido su propósito o no.

## **Intervención en el entorno social del enfermo**

Cuando una persona dispone de un entorno social rico (familia, vecinos, amigos, asociaciones, ...) es más fácil que supere la situación estresante que supone la enfermedad. Por ello se puede aconsejar al P/C en este sentido:

- . que refuerza sus vínculos familiares, de vecinos, de amigos, que en ocasiones por distintos motivos se han ido perdiendo.
- . que mantenga una imagen cuidada de sí mismo lo que aumentará su autoestima.
- . que se mantenga activo en la medida de lo posible (tareas cotidianas, trabajo, estudios, aficiones, actividades de ocio,...).
- . que participe en nuevas redes sociales (casa de cultura, tercera edad, asociaciones de ayuda mutua , asociaciones vecinales, voluntariado,...).

## **9. CUIDAR AL CUIDADOR**

### **El rol de cuidador**

El cuidador de un enfermo crónico dependiente puede ser un profesional o en muchos casos un miembro de la familia que con frecuencia trabaja las 24 horas del día 7 días a la semana. Esta situación produce en la vida del cuidador una serie de consecuencias a distintos niveles:

- . físico ( mover al paciente, no dormir, no ocuparse de uno mismo,...)
- . emocional/psicológico: desgaste psicológico (ansiedad, depresión, irritabilidad)
- . económico ( no poder trabajar, no tener medios para cuidarlo bien,...)
- . social ( no tener vida propia, perder relaciones sociales,...)

Cuando una persona se convierte en cuidador suele pasar por las siguientes fases:

- . fase inicial de entusiasmo: tiene expectativas positivas sobre la tarea que va a realizar, espera que todo le salga bien

. fase de estancamiento/frustración/apatía: lo que sucede es peor que las expectativas que se tenían, desaparece el entusiasmo inicial y aparecen las consecuencias citadas anteriormente.

. fase de “quemado” o burnout”: muchas veces es más difícil atender las necesidades afectivas y emocionales del enfermo que las físicas. El cuidador llega a una fase de colapso ( emocional, mental, físico) que puede llevarle a la ansiedad y la depresión.

### **Apoyo al cuidador:**

. **Valoración del nivel de carga** :\_puede medirse de distintas formas. Una de ellas es usando un cuestionario o realizando una entrevista (en ellas se pregunta al cuidador sobre distintos aspectos de su vida: alimentación, sueño, descanso, manifestaciones de ansiedad,...).

. **Métodos de apoyo:** todos las herramientas comentadas anteriormente (escucha activa, relación de ayuda,...) pueden servir para ayudar al cuidador.

También el cuidador debe aprender a “cuidarse a sí mismo.

Por otro lado el cuidador debe conocer los diversos recursos existentes para ayudarle en su tarea:

. servicios de atención domiciliaria (Ley de dependencia)

. teleasistencia.

. programas de respiro familiar (lugares donde el enfermo puede ser atendido temporalmente para que el cuidador pueda descansar=centros de día, centros de noche, apoyo durante los fines de semana, estancias temporales en residencias).

. **ONG y grupos de ayuda mutua:**\_ en los grupos de ayuda mutua no sólo se ocupan de los enfermos sino también de los cuidadores.

-----