

El profesional de enfermería ante la claudicación familiar

Nursing professional in the face of family claudication

Eduardo Alberto García-Pulido^{1a}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No.1, Servicio de Urgencias. Tepic, Nayarit, México

ORCID

^a0000-0002-6113-784X

Palabras clave

Enfermedad

Cuidador Familiar

Enfermería

Keywords

Disease

Caregivers

Nursing

Correspondencia:

Eduardo Alberto García-Pulido

Correo electrónico:

zourtse121@hotmail.com

Fecha de recepción:

18/07/2018

Fecha de aceptación:

16/01/2020

En el hospital, el personal de enfermería a diario se encuentra con enfermos con un alto nivel de dependencia y con su cuidador familiar, el llamado *paciente invisible*, quien modifica su vida cotidiana para responder a las necesidades que el enfermo requiere. Ahora bien, los cuidadores familiares sin capacitación y orientación tienen más riesgo de presentar claudicación familiar; por consiguiente, la enfermera es esencial para la prevención de la claudicación familiar, el contacto directo con el paciente permite realizar intervenciones oportunas que minimicen las repercusiones del cuidado del enfermo en la salud de los cuidadores.

R
e
s
u
m
e
n

In the hospital, nursing staff daily encounters patients with a high level of dependency from their family caregiver, the so-called *the invisible patient*, who modifies his daily life to respond to the needs that the patient requires. However, family caregivers, without training and orientation is more likely to present family claudication, therefore, the nurse is essential for the prevention of it. Direct contact with the patient allows timely interventions that minimize the impact of patient care on the health of caregivers.

A
b
s
t
r
a
c
t

Introducción

En el transcurso del año 2018 una numerosa cantidad de pacientes asistió al servicio de Urgencias, esto es emocionante porque no sabes qué historia encontrarás, ni cómo terminará; lo importante es que durante la jornada laboral otorgues todo tu esfuerzo para dibujar una sonrisa en tus pacientes, porque quienes trabajamos en un hospital estamos aquí porque nos gusta y lo consideramos parte de nuestra vida. Sin embargo, me llamó la atención que es común encontrar pacientes recurrentes.

Muy frecuentemente junto al paciente siempre están los cuidadores familiares que asumen la responsabilidad de ejecutar las actividades que el enfermo requiere, esta situación conlleva incertidumbre y estrés que incrementan el riesgo de presentar problemas físicos y emocionales en los cuidadores familiares.¹

De acuerdo con Ferré *et al.*, los cuidadores familiares presentan ansiedad, impotencia, indefensión, soledad, insomnio, inseguridad, aumento de consumo de medicamentos y agravamiento de los problemas de salud propios; esta circunstancia supone una preocupación porque puede provocar claudicación familiar.¹

De ahí que los profesionales de enfermería también deben tener en cuenta a los cuidadores familiares durante el proceso de hospitalización y ser conscientes de que el proceso no finaliza con el alta del paciente, los cuidados continuarán en su casa.

La prevención de la claudicación familiar permite que las familias se fortalezcan a través de reajustes o adaptaciones a lo largo de la evolución de la enfermedad de su familiar, esto mejora la calidad de atención del enfermo y la salud física y emocional de la familia.

Habría que decir también que disminuye la carga económica para las instituciones de salud, porque disminuye el ingreso de pacientes recurrentes por claudicación familiar; según Muñoz *et al.*, cuando se presenta esta situación, la familia implora de forma reiterada el ingreso del paciente al hospital para transferir la responsabilidad y ejecución de los cuidados al sistema de salud.²

De acuerdo con Pérez *et al.*, la familia es “*un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, que cumple funciones reproductivas, económicas, educativas, afectivas, y de socialización para el desarrollo biopsicosocial del ser humano*”.³

En el transcurso de las diferentes etapas del desarrollo familiar, la familia enfrenta circunstancias que requieren cambios en cuanto a su estructura y funcionamiento. Asimismo, cada familia tiene una forma particular de enfrentar estas situaciones, porque poseen recursos diferentes (sociales, culturales, religiosos, educativos, económicos y médicos).

Cuando un integrante posee una enfermedad (aguda, crónica o terminal) o discapacidad, la familia se implica emocionalmente y ejecutan actividades para responder a las necesidades de su familiar, según Zambrano *et al.*, el promedio de tiempo que se invierte en cuidados de personas dependientes mayores a 65 años es de 10.9 horas al día.⁴ Ante esta situación, cada integrante presenta comportamientos que influyen en el funcionamiento familiar y en el bienestar o sufrimiento del enfermo.

La vivencia de este hecho, provoca sufrimiento tanto al paciente como a los familiares, pero es imposible desligarlos de la atención del enfermo, porque son el principal soporte durante todo el proceso de la enfermedad. Los cuidadores familiares son el intermediario entre los profesionales de salud y el paciente; juegan un papel importante como informante, asistente de actividades básicas (comer, baño, vestir, aseo y traslados), apoyo médico (administración de medicamentos, curaciones, traslados a citas médicas, etc.), brindan apoyo emocional y toma de decisiones en la vida del enfermo.⁵

Empleando las palabras de Ferré *et al.*, un cuidador familiar es “*aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía, o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales*”. No obstante, la acción de cuidar puede provocar repercusiones en la salud física y emocional, así como en la vida cotidiana y laboral del cuidador familiar.¹

Muñoz *et al.*, argumentan que “*el cuidador familiar está sometido a una carga física y psicoafectiva derivada de*

las responsabilidades y actividades del cuidado, de la vivencia continua del sufrimiento del enfermo, de los sentimientos propios respecto a la pérdida y de lo que ello representa para su vida futura".²

Estas repercusiones en los cuidadores familiares pueden desencadenar el *síndrome del cuidador*, el cual se caracteriza por la presencia de cefalea, estrés, irritabilidad, frustración, preocupación, trastornos del sueño, cansancio, detrimento de la calidad de vida, disminución de las expectativas de desarrollo personal, aumento de los problemas de salud, mayor consumo de medicamentos y abandono del autocuidado.¹ De acuerdo con Tirado *et al.*, el síndrome del cuidador está presente en el 50% de los cuidadores familiares.⁶

Citando a Muñoz *et al.*, la incertidumbre, el temor, la ansiedad y la depresión son comunes en el individuo que padece el síndrome del cuidador, y pueden conducir a la claudicación familiar,² definida por Maza como "*la incapacidad de los miembros para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente*".⁷

La claudicación familiar es la rendición de la familia ante el padecimiento de su ser querido, esta coyuntura provoca sufrimiento en la familia y en el enfermo, el cual será víctima de acciones como ser llevado al hospital de forma reiterada, pues la familia exigirá el ingreso del paciente para transferir el compromiso y la realización de los cuidados al sistema de salud.³

De acuerdo con Pérez *et al.*, la claudicación familiar es frecuente en las familias de pacientes oncológicos en etapas avanzadas; presentan sentimientos de lástima, miedo a la muerte de su familiar e intranquilidad por la insuficiente economía para enfrentar el proceso de la enfermedad.³

Otro rasgo de la claudicación familiar es que puede ser momentánea, temporal o definitiva; esta última conduce al abandono del enfermo, o a la expresión de un impedimento real de cuidado en el hogar por la ausencia de recursos. En México, de acuerdo con Zúñiga *et al.*, en las diversas instituciones de salud pública de Guadalajara son abandonados 30 adultos mayores al mes.⁸ Ruipérez *et al.*, definen el abandono como "*la no administración de los cuidados o supervisión necesaria respecto a:*

alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados".⁹

Ahora bien, la búsqueda de apoyo a través del ingreso del paciente al sistema de salud por la falta de manejo de los signos vitales y síntomas físicos no se considera claudicación familiar; esta es una acción lógica para remediar el malestar del enfermo. De acuerdo con Muñoz *et al.*, la claudicación familiar engloba la permanencia de dudas, miedos sobre el estado de salud del enfermo, agotamiento físico y emocional de la familia.²

A su vez, la enfermera juega un papel muy importante, tanto para la prevención como para la solución de la claudicación familiar, ya que es capaz de identificar esta situación por el hecho de estar en contacto directo con el paciente y su familia; razón por la cual tiene que conocer los síntomas de la claudicación familiar para realizar intervenciones en la familia y el paciente que permitan recuperar el control de los cuidados por parte de la familia.

Dentro de los factores de riesgo para un colapso en el cuidador se encuentran: la falta de capacitación sobre cuidados, autocuidado deficiente por parte del cuidador, desconocimiento de recursos comunitarios (unidades de respiro, centros de atención social, etc.), entorno físico inadecuado (acondicionamiento del hogar, seguridad, etc.), recursos económicos insuficientes, mala relación familiar, alto nivel de dependencia del enfermo y que el cuidador sea de sexo femenino.⁵

García *et al.*, señalan que la principal fuente de estrés en mujeres jubiladas es la enfermedad de un familiar, esto se asocia a que en México socialmente se atribuyen los cuidados a la mujer, de ahí que tengan que cumplir con sus actividades personales y ejecutar cuidados al enfermo; esta situación ocasiona preocupación, percepción de menos tiempo libre y responsabilidad.¹⁰

Por otro lado, según Tirado *et al.* existen cuatro fases en el proceso de adaptación al cuidar:

1. Negación: se considera una acción de defensa, porque permite al individuo protegerse de una emoción desagradable; el cuidador se aleja, por lo menos, temporalmente de la amenaza,

intranquilidad o incertidumbre que genera la enfermedad de su familiar. Necesita tiempo para percibir de forma objetiva los problemas que presenta el enfermo y cómo impactarán en su vida cotidiana como cuidador.

2. Búsqueda de información y aparición de sentimientos negativos: el cuidador empieza a aceptar la situación del enfermo y cómo interfiere en su vida cotidiana. Aparecen sentimientos de preocupación, enojo, culpa, frustración e infortunio.
3. Reorganización: conforme avanza el tiempo la vida cotidiana del cuidador se reorganiza, sin embargo pueden presentarse períodos de ira, frustración, tristeza y soledad. Progresivamente, el cuidador obtiene más control ante la situación, pues acepta los cambios que el contexto amerita y adapta su vida a las necesidades del enfermo.
4. Resolución: el cuidador está más tranquilo y está preparado para resolver las demandas de cuidados presentes. Pero cuando el proceso de la enfermedad de su familiar se complica, se enfrentan situaciones difíciles como el traslado del enfermo a una residencia u hospital, o a la muerte del mismo.⁶

Ahora bien, no se puede explicar de forma estática y progresiva la transición de los cuidadores por cada una de las fases, por el hecho de que cada cuidador es diferente. Citando a Tirado *et al.*, menciona que en el transcurso del proceso de cuidar, se manifiestan sentimientos y conductas de diferentes etapas, asimismo pueden observarse progresos y retrocesos. Lo significativo es que la enfermera conozca los síntomas negativos en el proceso de cuidar para poder ofrecer cuidados que prevengan la aparición del síndrome del cuidador o, en el peor de los casos, la claudicación familiar.⁶

En primer lugar se incita a la reflexión familiar acerca de que para cuidar bien, los cuidadores tienen que cuidarse; es decir, brindarse tiempo para sí mismos (relaciones, pasatiempos, etc.) y cuidar su salud (comer, dormir, asearse, realizar actividad

física, adoptar técnicas de movilización de paciente, etc.). Orgeta *et al.*, recomiendan la actividad física a los cuidadores de pacientes con demencia, con el propósito de mejorar su bienestar psicológico.¹¹

Este ejemplo basta para que ilustremos lo dicho, si se observan cambios en el patrón de sueño, lamentos verbales acerca de no sentirse bien descansado y disminución de energía del cuidador familiar, se explicará al cuidador sobre la importancia del sueño, con base en la *Nursing Interventions Classification*, y se deberá fomentar el uso de técnicas de relajación (musicoterapia, masaje, relajación muscular progresiva, etc.) y el manejo nutricional (consumir alimentos que favorecen y evitar los que limitan el sueño).¹²

Asimismo, la etapa de *negación* se considera como ineficaz, si dura mucho tiempo es porque se convierte en un mecanismo de huida que limita que el cuidador siga avanzando en el proceso del cuidado. Tirado *et al.* refieren que la negación ineficaz se caracteriza por la presencia de comentarios de rechazo al dialogar sobre la situación, así como por la incapacidad de aceptar el impacto del padecimiento del enfermo en su vida cotidiana y no admitir tener temor a la discapacidad o muerte de su familiar.⁶

En el momento que aparece la negación ineficaz, Tirado *et al.*, sugieren utilizar el silencio-escucha para alentar al cuidador familiar a que exprese sus sentimientos, pensamientos e inquietudes, posteriormente se aclaran las preocupaciones desde una perspectiva positiva, mediante el uso de preguntas y retroalimentación; con el objetivo de brindar el cuidado a través de una estrecha relación enfermera-paciente y familia.

Con base en Saucedo, es esencial una comunicación clara y fluida, para otorgar información concreta, este hecho brinda seguridad, evita visitas innecesarias al servicio de urgencias y ayuda a tomar decisiones.¹³

Hay que mencionar que la actitud tiene que ser de comprensión y se contemplan las opiniones del cuidador familiar para que se sienta parte del equipo en cuanto a la planeación de cuidados, en consecuencia se sentirá más apoyado, aumentará su autoestima, disminuirá su temor, incertidumbre y

frustración ante los pensamientos de incapacidad paulatina o muerte del familiar.¹

En cuanto a la etapa de *búsqueda de información y aparición de sentimientos negativos*, se implementan intervenciones psicoeducativas (psicoterapia, terapia cognitiva y conductual), psicosociales (grupos de apoyo y actividades sociales) y capacitación respecto a cuidados. Desde el punto de vista de Saucedo, la interacción entre enfermera y el paciente no debe limitarse a la realización de procedimientos, es una oportunidad para capacitar al cuidador familiar en relación a técnicas de higiene, nutrición, actividad, eliminación y con información referente a la seguridad para la administración de medicamentos con el propósito de fortalecer la continuidad de los cuidados en el hogar.¹³

Asimismo, los cuidadores necesitan apoyo social (material, instrumental, emocional y cognitivo), de ahí que sea fundamental averiguar y ejecutar el apoyo formal (servicios de salud y contratación de cuidador profesional) e informal (familiares, amigos o vecinos) que tiene la familia, para evitar sobrecarga física y emocional en algún miembro, principalmente en el cuidador familiar primario.⁵

A continuación, en la etapa de *reorganización*, si bien existe una adaptación al rol de cuidar, esta situación permanente puede ocasionar cansancio físico y emocional, por lo tanto es elemental una entrevista familiar donde se ofrezca y facilite un contacto estrecho para planear y llegar a acuerdos acerca de los cuidados del enfermo y cuidadores; la Secretaría de Salud recomienda utilizar la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit para identificar el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores.⁵

También se actualiza la información acerca de los servicios públicos disponibles (salud mental, atención hospitalaria a domicilio, grupos de diabéticos, etc.) o asociaciones no gubernamentales civiles o religiosas, y se proporciona su gestión dentro del equipo multidisciplinario.⁵

Cuando el proceso de la enfermedad del familiar se complica, se incrementa la demanda de cuidados, esta situación puede sobrepasar los recursos del cuidador, de ahí que se sugieran los

servicios de respiro temporal (centro de día, residencia nocturna, etc.) con el fin de disminuir la carga física, emocional y social del cuidador.

También, se valoran periódicamente los síntomas depresivos en los cuidadores, para evaluar la necesidad de derivación al psicólogo y/o psiquiatra; dentro de los instrumentos para detectar la depresión se encuentra el inventario de síntomas depresivos de Beck o la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

Por último en la etapa de *resolución*, es primordial otorgar soporte para la adquisición de decisiones, reconocer el esfuerzo de la familia, alentarlos para que manifiesten sus sentimientos y motivar a los cuidadores familiares a dedicar tiempo para sí mismos, a fin de reestablecer las redes sociales. Finalmente, es imperioso preparar la separación final entre el enfermo y la familia, es decir prevenir el riesgo de un duelo complicado por el fallecimiento del familiar cuidado.

Es muy importante recalcar que la aparición de una enfermedad en algún integrante de la familia impacta en cada uno de sus miembros, ya que implica proveer cuidados y tomar decisiones en la vida del enfermo. Ahora bien, la acción de cuidar conlleva consecuencias en la salud física y emocional de la familia.

Incluso, los cuidadores familiares pueden padecer el síndrome del cuidador, el cual conduce a la rendición de la familia ante el padecimiento de su familiar, es decir, se presenta la claudicación familiar, la cual a la vez en su forma más grave puede conducir al abandono del enfermo.

Es necesario recalcar que la enfermera es clave para la prevención y solución de la claudicación familiar por el hecho del contacto directo con el paciente y familia. Por consiguiente es vital identificar los síntomas de claudicación familiar y conocer las etapas del proceso del cuidado para realizar intervenciones en la familia que permitan recobrar el control de los cuidados por parte de la familia.

Para concluir, dicho en palabras de la enfermera Paola Bautista: “*para dedicarse a esta profesión se requiere vocación para ayudar y estar preparadas para ser soporte emocional de los derechohabientes*”.¹⁴

Referencias

1. Ferré C, Rodero V, Cid D, Vives C, Aparicio MR. Guía de cuidados de enfermería: Cuidar al cuidador en atención primaria. Tarragona, España: Publidisa; 2011.
2. Muñoz-Cobos F, Espinosa-Almendro JM, Portillo-Strempell J, Benítez-del Rosario MA. Atención a la familia. *Aten Primaria*. 2002;30(9):576-680.
3. Pérez C, González BL. Claudication familiar with cancer patients in advanced stages of the disease. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*. 2016;13(1).
4. Zambrano EM, Guerra MD. Formación del cuidador informal: relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores a 65 años. *Aquichan*. 2012;12(3): 241-251.
5. Secretaría de Salud. Detención y manejo del colapso del cuidador. México, Distrito Federal: Secretaría de Salud; 2015.
6. Tirado G, López A, Capilla C, Correa A, Geidel B. La valoración en el síndrome del cuidador. *Desarrollo Cientif Enferm*. 2011;19(3):102-106.
7. Maza B. Realidad del cuidador informal. [Tesis]. Cantabria, España: Universidad de Cantabria; 2013.
8. Zúñiga A, Pasquel PE, Zamora A. Percepción del Adulto Mayor Hospitalizado en Cuanto al Abandono por sus Familiares. *Desarrollo Cientif Enferm*. 2012;20(4):34-139.
9. Ruipérez-Cantera I, Llorente-Domingo P. Reflexiones en torno al tema del maltrato al adulto mayor: una visión del Instituto de Normalización Provisional, INP. Chile: INP; 2007. Disponible en: <http://www.portalgeriatrico.com.ar/detalenotas.asp?id=109>
10. García-Pulido E, Mercado-Rivas M. Respuestas de afrontamiento a estrés en adultos en proceso de jubilación. *Revista Iberoamericana de Ciencias*. 2018;5(1): 61-71.
11. Orgeta V, Miranda-Castillo C. Does physical activity reduce burden in carers of people with dementia? A literature review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29(8): 771-83.
12. Bulechek GM, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. *Nursing Interventions Classification*. Barcelona: Elsevier; 2014.
13. Saucedo-Isidoro G. La comunicación enfermera-paciente: una estrategia para la humanización del cuidado. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2016;24(2):85-86.
14. Instituto Mexicano del Seguro Social. Enfermería, una profesión humanística. *Revista TU IMSS*. 2018;10:6-7.

Cómo citar este artículo / To reference this article:

García-Pulido EA. El profesional de enfermería ante la claudicación familiar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2019; 27(4):182-7.