

Influencias del colapso del cuidador sobre el paciente

Sr. editor:

He leído con profundo interés el artículo de Martínez Pizarro sobre el síndrome del cuidador quemado¹. Considero pertinente mencionar los efectos sobre la otra cara de la moneda de esta interacción, ya que es por su naturaleza una relación bidireccional en la que un componente ejerce profundos efectos sobre su contraparte, recibiendo una retroalimentación continua. No se puede comprender de manera integral el panorama si no se toma en cuenta el binomio en conjunto. Para alcanzar el estado de colapso del cuidador, el paciente debe generar demandas que superan sus capacidades de adaptación. Una vez establecido el desgaste del cuidador, sobreviene un profundo impacto en la atención que proporciona, volviéndose esta de menor calidad y con múltiples facetas negativas.

La mayoría de estudios sobre el colapso del cuidador han abordado el tema desde el punto de vista de la persona que ofrece los cuidados, eludiendo en muchos casos los efectos que genera en el paciente. Sin embargo, se ha descrito en la literatura algunas de estas consecuencias. El incremento de los ingresos hospitalarios se ha asociado directamente con el cuidador quemado²; para comprender por qué ocurre así, debemos tener en cuenta que los pacientes que se encuentran bajo la atención de un cuidador presentan altos niveles de fragilidad y dependencia, múltiples morbilidades, polifarmacia y la necesidad de soporte para realizar las actividades básicas diarias e instrumentales. Cuando el cuidador se desgasta, descuida aspectos tan cruciales como el horario de los medicamentos, el aseo diario del paciente, su alimentación, la prevención de accidentes, etc., además de verse afectado su estado de ánimo. Todo esto favorece que el precario estado de salud del paciente se deteriore aún más; el resultado visible es la petición recurrente por parte del paciente de consultas de urgencia e ingresos frecuentes y prolongados. Coadyuva a este aumento de necesidad de atención médica urgente la presencia de cuadros de maltrato, que se vuelven mucho más habituales cuando el cuidador ha colapsado. No se debe olvidar que, en esta relación tan estrecha, la presencia de ingresos o consultas reiteradas nos debe llevar a investigar el desgaste en el cuidador. Asimismo, ante el diagnóstico de colapso del cuidador, se debe indagar en cómo ha podido afectar en los cambios del estado basal del paciente.

La hostilidad hacia el paciente es una de las reacciones primarias que el síndrome del cuidador quemado genera³. Esta hostilidad puede ser evidente mediante actos de agresión visibles hacia el paciente, aunque también podemos encontrar hostilidades reprimidas que se mantienen ocultas en la relación ejerciendo un efecto negativo de forma enmascarada. El cuidador puede focalizar su resentimiento en un solo aspecto de la relación (por ejemplo, los problemas económi-

cos y sociales que el cuidado le genera, culpando en todo momento al paciente por su realidad financiera). La hostilidad que contextos como este propician puede evolucionar hacia conductas de abuso, que generan mayor discapacidad al paciente y un grado más elevado de dependencia. Esta hostilidad puede adquirir diversas manifestaciones: una de estas puede ser el deseo desmedido por librarse del paciente, lo cual incide sobre una mayor tasa de institucionalización.

El desgaste sin atención tiene un mayor riesgo de generar conductas que provoquen maltrato. Es tan estrecha la relación entre el colapso del cuidador y el maltrato del paciente que, si se encuentra una, se debe indagar sobre la posible existencia de la otra, y aunque no se encuentre el maltrato ya establecido como tal, si hay factores de riesgo, lo más probable es que el maltrato se haga realidad en un futuro inmediato. El maltrato viene causado directamente por el desgaste del cuidador⁴, lo más grave del asunto es que muchas veces se mantiene oculto, prolongándose en el tiempo y volviendo aún más difícil la crítica situación del paciente. El maltrato puede tomar varias expresiones, que van desde los aspectos psicológicos, físicos o económicos a los abusos sexuales y la negligencia en el cuidado. Se han identificado algunos factores de riesgo para que se desencadene el maltrato, tales como: cuidador con antecedentes de abuso o violencia, disfunción familiar, mal manejo de la sobrecarga, dificultades económicas y abuso de sustancias. Por el lado del paciente, son características que favorecen el maltrato: la edad avanzada, la presencia de deterioro funcional progresivo, las enfermedades somáticas que requieren grandes cuidados y los trastornos conductuales y cognitivos. La conducta alterada de los pacientes es una de las dificultades más grandes que los cuidadores deben afrontar; esta realidad se vuelve germen para conductas de maltrato, que pueden llegar a ser tan graves como la ideación homicida⁵. Es importante tomar en cuenta este aspecto en todos los pacientes, pero en especial en aquellos con deterioro cognitivo grave y los que sufren enfermedades mentales, quienes por esta condición están en un riesgo mayor de sufrir maltrato del cuidador, situación que se ve agudizada cuando el cuidador sufre colapso.

En algunos casos, la conducta del cuidador ante el colapso es en sentido contrario al maltrato. Algunos cuidadores sobreprotegen al paciente, sobrevolando en todo momento sus necesidades. Este comportamiento antagónico puede ser el resultado de sublimar conductas hostiles presentes en el cuidador. Los deseos de agresión, al entrar en pugna con las prohibiciones morales y sociales que ha interiorizado, se manifiestan en sobreprotección, que alivia la culpa generada por las verdaderas intenciones. Esta conducta aparentemente contradictoria en la relación podría parecer algo bueno, pero no lo es, porque permite que el paciente se adapte al exceso de cuidados, descuidando su propio autocuidado, y esto repercute de forma negativa sobre su capacidad funcional y hace que se vuelva más dependiente y que su incapacidad se profundice más⁶. Esta situación muestra su verdadero rostro cuando el cuidador,

por la causa que sea, deja de brindar ese exceso de cuidados al paciente, y este se encuentra en un estado tan vulnerable que es incapaz de hacer cualquier cosa por sí mismo, lo que sin duda favorece la aparición de complicaciones y genera un efecto marcado en la mortalidad de estos pacientes.

El médico de familia goza de una situación privilegiada para la detección de cuadros tanto de colapso del cuidador como de maltrato a los pacientes. Su cercanía con la comunidad, su atención centrada en la persona y su enfoque biopsicosocial le permiten reconocer esta realidad tanto en el contexto de las instituciones como en el cuidado domiciliario. La presencia de manifestaciones sugestivas de estas entidades, que afectan seriamente la calidad de vida de quienes las sufren, debe hacerle buscar la existencia de estos cuadros. Nunca está de más indagar en aquellos familiares que sabemos que son cuidadores de pacientes expresiones y manifestaciones de colapso y, en caso de encontrarlas, tomarse el tiempo para profundizar en el tema, brindando un abordaje oportuno. Asimismo, conviene estar atentos a la presencia de exteriorizaciones que podrían sugerir maltrato en el paciente, sean estos signos físicos evidentes de violencia o expresiones encubiertas como las consultas frecuentes por caídas, la búsqueda insistente de institucionalización del paciente por parte del cuidador o la observación de maltrato verbal, que obligarían a un tamizaje de violencia completo en el paciente. Es importante conocer que en todas las legislaciones existen puntos jurídicos que protegen al paciente de situaciones de maltrato, aunque difieren los mecanismos en cada país sobre los procesos que se deben seguir en caso de la detección de estas situaciones. Es imperativo hacer uso de las figuras legales y sociales para salvaguardar la integridad del paciente cuando se revelan cuadros de maltrato. De igual manera, es preciso la intervención con un enfoque integral en la familia que presenta estas alteraciones.

Se hacen necesarios más estudios que aborden los efectos del cuidador quemado sobre los pacientes, con el fin de comprender mejor la dinámica que esta situación genera, a fin de poder intervenir y prevenir sus efectos indeseables. No se puede perder de vista que hablar del cuidador conlleva irremediablemente la valoración del paciente, porque ambos están ligados de manera ineludible y representan dos versiones de la misma realidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Pizarro S. Síndrome del cuidador quemado. *Rev Clín Med Fam.* 2020;13(1):97-100.
2. Orfila F, Coma-Solé M, Cabanas M, Cegri-Lombardo F, Moleiras-Serra A, Pujol-Ribera E. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. *BMC Public Health.* 2018;18(1):167.
3. Nuralita NS, Camellia V, Loebis B. Relationship between caregiver burden and expressed emotion in families of schizophrenic patients. *Open Access Maced J Med Sci.* 2019;7(16):2583-9.
4. Saraiva Lino VT, Pinheiro Rodrigues NC, Silva de Lima I, Athie S, Ramos de Souza E. Prevalence and factors associated with caregiver abuse of elderly dependents: the hidden face of family violence. *Cien Saude Colet.* 2019;24(1):87-96.
5. O'Dwyer ST, Moyle W, Taylor T, Creese J, Zimmer-Gembeck MJ. Homicidal ideation in family carers of people with dementia. *Aging Ment Health.* 2016;20(11):1174-81.
6. Nakken N, Janssen DJA, Van den Bogaart EHA, Wouters EFM, Franssen MFE, Vercoulen JH, et al. Informal caregivers of patients with COPD: home sweet home? *Eur Respir Rev.* 2015;24(137):498-504.

Javier Lovo

Universidad de El Salvador.
Correo electrónico:
jvrlovo@gmail.com