

AGRESIVIDAD DE FAMILIARES CUIDADORES DE ENFERMOS ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS

Miguel Ángel Moreno* y M^a José Mateos**

* Centro de Salud de Mancha Real (Distrito Sanitario de Jaén). Mancha Real (Jaén).

** Hospital Médico-Quirúrgico del Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.

Resumen

Fundamento: La agresividad contra el personal sanitario provoca desgaste y cambios de actitudes profesionales. Pudiendo la sobrecarga de familiares estar asociada a su agresividad, nuestro objetivo es conocer la relación entre sobrecarga de familiares y agresividad, su capacidad predictiva, factores asociados y valorar soluciones.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en Hospital General con aplicación de un cuestionario anónimo autoadministrado a 70 familiares acompañantes de enfermos oncológicos hospitalizados incluyendo escala de Zarit (CZ), una escala tipo Likert sobre agresividad de familiares cuidadores (AC) (fiabilidad alfa de Cronbach 0.8852) y una propuesta de soluciones. Se determinaron razones de probabilidad (RP).

Resultados: La sobrecarga (CZ>20) se encontró en un 62,5%. En sobrecargados fue mayor la AC=15'6 (DE 7'3) (p<0,001). La correlación con la sobrecarga fue significativa r=0,405 (p=0,001). Mediante regresión lineal múltiple la correlación fue R=0,68 (R²=47%) estando asociada a tener inseguridad con relación al cuidado (b=0,40), haber sufrido violencia durante la estancia (b=0,31) y carecer de suficiente vida privada (b=0,27). La RP+ para agresividad oscilo de 1'2 (si CZ>14) a 3'9 (si CZ>40). Las soluciones mas adecuadas fueron aumentar el personal sanitario y reducir el numero de camas. La mas inadecuada poner denuncias. La agresividad de familiares sobrecargados fue mayor para cada una de las soluciones propuestas en el estudio, salvo poner denuncias.

Conclusiones: La agresividad de familiares acompañantes de enfermos de cáncer hospitalizados está relacionada con su sobrecarga, incertidumbre en la necesidad de cuidados, falta de privacidad y sufrir actitudes agresivas durante la estancia con una RP baja-moderada. Podría reducirla mejorar la ratio pacientes/enfermera.

Palabras clave: agresión, cuidadores, relaciones interpersonales, relaciones médico-paciente, cuestionarios, violencia.

Abstract

Background: Aggressiveness to health personnel causes burnout and changes interpersonal relationship. The burden of relatives can be related to aggressiveness. The aim is to know this relation and to value solutions.

Patients and methods: Cross-sectional descriptive study applying a selfadminister anonymous questionnaire to 70 relatives, caregivers of cancer in-patients, including the Zarit Scale questionnaire (ZS), a Likert scale on aggressiveness of relatives (AR) (reliability alpha of Cronbach 0,8852) and solutions. Likelihood ratios were determined (LR).

Results: Burden was 62,5% and correlate with AR to health professional r=0,405 (p=0.001). In multivariant analysis correlation was R=0,68 (R²=47%) related to caregiver uncertainty about what to do about their relatives (b= 0,40) to have undergone violent attitudes during hospital stay (b=0.31), to feel not to have as much privacy as caregiver would like (b= 0,27). The LR+ for aggressiveness range from 1'2 (ZS>14) to 3'9 (ZS>40). The suitable solutions were to reduce available patient rooms or increase patient-to-nurse ratio. The unsuitable to report the court. The aggressiveness in case of burdened relatives was higher by each solution except to the latter.

Conclusions: Aggressiveness in caregivers' relatives of cancer in-patients, is related to burden, uncertainty, lack of privacy or suffer violence, with a low-moderate LR. Could be lessen improving patient-to-nurse ratio.

Key words: aggression, caregivers, interpersonal relations, physician-patient relations, questionnaires, violence.

Correspondencia:

Miguel Angel Moreno Jiménez.
Islas Canarias, s/n. 23100 Mancha Real. Jaén
E-mail: med015108@saludalia.com

INTRODUCCIÓN

La exploración de las vivencias y experiencias del paciente y su familia son aspectos importantes para comprender la enfermedad. La amenaza de la integridad del enfermo y su familia despiertan emociones y sentimientos que van desde la tristeza y la rabia hasta la protesta y desesperación⁽¹⁾.

La prevalencia de actitudes violentas hacia el personal sanitario puede superar el 50% siendo el abuso verbal y la amenaza sus formas más frecuentes⁽²⁻⁴⁾. Las agresiones al personal sanitario, están relacionadas con la deshumanización de la asistencia, la masificación, la imposición de la autoridad, el manejo inadecuado de situaciones emotivas, la demora en la atención, la denegación de peticiones, la frustración de expectativas y la percepción de negligencia, entre otras causas⁽⁵⁾. La aparición de actitudes violentas hacia el personal sanitario es causa de cambios en la actitud en el ejercicio profesional y fuera de él, pudiendo suponer una nueva causa añadida de desgaste de los profesionales sanitarios^(6, 7).

La carga de los cuidadores de enfermos se sabe que está relacionada con su nivel de ansiedad^(8,9), preparación⁽¹⁰⁾, calidad de vida⁽¹¹⁾, capacidad funcional del enfermo⁽¹²⁾ nivel de ansiedad del mismo⁽¹³⁾ o la necesidad de ayuda domiciliar especializada⁽¹⁴⁾, pero no se ha descrito relación alguna entre la carga que soporta el cuidador y el desarrollo de actitudes violentas hacia el personal sanitario. El cuestionario de Zarit, fue diseñado inicialmente para valorar efectos negativos en el cuidador de enfermos con demencia explorando tres factores: sobrecarga, competencia y rechazo (a través de la exploración de la salud física y psíquica del cuidador, actividades sociales, recursos económicos, creencias o expectativas y relación del cuidador con el cuidado) y para valorar la necesidad de institucionalización⁽¹⁵⁾ habiéndose universalizado su utilización para todo tipo de enfermos, entre ellos los oncológicos en los que se ha establecido su correlación con la ansiedad del

enfermo o del propio cuidador y su preparación.

La consideración de los familiares como cuidadores, abre la posibilidad de conocer a través de su nivel de sobrecarga la relación de la misma con el desarrollo de actitudes violentas, así como la consideración de soluciones que pudieran reducir dicha agresividad. Por otro lado, datos recientes evidencian cómo ratios inadecuadas de pacientes/ profesional de enfermería en los hospitales influyen en peores resultados de salud del paciente y mayor insatisfacción y desgaste de dicho personal⁽¹⁶⁾. Desde este punto de vista, la consideración del aumento del personal de enfermería como solución para reducir el nivel de agresividad de familiares cobra mayor interés.

Los objetivos del presente estudio son conocer la relación entre la sobrecarga de familiares cuidadores de enfermos oncológicos hospitalizados y su agresividad hacia el personal sanitario, conocer la capacidad que los niveles de carga tienen para predecir reacciones agresivas, identificar los factores asociados al cuidador agresivo y valorar soluciones para reducir la agresividad de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal durante la segunda quincena de marzo del 2003, en el área de Hospitalización del Servicio de Oncología Médica del Hospital General de Especialidades de Jaén, dotado de 32 camas en 12 habitaciones (2 individuales), siendo el ratio pacientes/enfermera de 12, la estancia media de 8.68 días y el índice de ocupación del 80,97%.

Se aplicó un cuestionario anónimo autoadministrado y entregado por el personal de enfermería del área de Hospitalización a 70 acompañantes familiares de enfermos oncológicos encamados, seleccionados mediante muestreo consecutivo no probabilístico. Dicha muestra representa una población prevalente teórica de hasta 200 acompañantes (o una media de 8 familiares acompañantes/ paciente durante

la estancia), con una confianza del 95%, para prevalencias de sobrecarga del $30\pm 10\%$ o superiores.

Dicho cuestionario incluía las siguientes variables sociodemográficas del familiar: edad, sexo, si se trataba del cuidador principal, situación laboral, relación con el enfermo, duración de la enfermedad, estado civil, nivel de estudios, personas a su cargo, convivencia con personas discapacitadas, antecedentes de haber sufrido actitudes violentas durante la estancia hospitalaria u otros tipos de violencia habituales, y toma de psicofármacos. Se incluyó el cuestionario de Zarit (CZ) para sobrecarga de cuidadores en versión de 22 ítems (puntuación máxima: 88)⁽¹⁷⁾. Se consideraron los niveles de corte para sobrecarga de la siguiente forma: leve (puntuación >21-40), moderada (puntuación >41-60) y grave (puntuación >61). Se midió también la agresividad de acompañantes (AC), mediante la aplicación de una escala tipo Likert con 8 preguntas sobre causas de violencia conocida (puntuación máxima 32) (ver tabla 1) no utilizando, para evitar sesgos, preguntas directas sobre agresiones a personal sanitario.

Se comprobó la consistencia interna mediante análisis de fiabilidad (alfa de Cronbach 0,8852), y validez de contenido (índice KMO 0'89 y significación estadística, test de Bartlett $p=0,00$). Se asumió la validez de constructo, al medirse reacciones ante causas de violencia conocidas y publicadas en la literatura, estableciéndose arbitrariamente como nivel de corte, indicador de actitud agresiva, la mediana de AC, en paralelismo a la prevalencia de agresiones a sanitarios, superiores al 50%⁽²⁻⁴⁾. Se asumió dicho nivel de corte así mismo, en ausencia de datos fiables sobre agresiones a personal sanitario en Oncología Médica considerando los datos de prevalencia globales provinciales que indicaron una prevalencia del 58,8% de médicos de atención primaria agredidos⁽⁷⁾.

Se indagó mediante preguntas cerradas la adecuación de posibles soluciones (ver tabla 2) para disminuir la frustración referida por causa de las situaciones referidas de AC. La capacidad predictiva de la carga del cuidador para desencadenar su reacción agresiva se valoró mediante el cálculo de razones de probabilidad positivas (RP+) y

Tabla 1. Escala de valoración de la agresividad de acompañantes

Indique según la siguiente escala cómo se siente con relación a los aspectos que se refieren a continuación:	
0 NUNCA,	1 RARAMENTE, 2 A VECES, 3 MUY A MENUDO, 4 CASI SIEMPRE
1. Me siento enojado cuando me deniegan peticiones	0 1 2 3 4
2. Me siento enojado cuando me atienden con demora	0 1 2 3 4
3. Me siento indignado e impotente cuando el personal sanitario me impone su voluntad sin contar con mi opinión	0 1 2 3 4
4. Me siento engañado porque las expectativas de la publicidad del S.A.S. no se corresponden a los servicios que recibo	0 1 2 3 4
5. Cuando pierdo los nervios o me afecta una noticia, no me tratan como merezco	0 1 2 3 4
6. Me siento indignado cuando percibo que puedan tratarnos con negligencia y/o incompetencia profesional	0 1 2 3 4
7. Siento que la masificación de la asistencia me provoca agresividad	0 1 2 3 4
8. Siento que la asistencia deshumanizada me provoca frustración y agresividad	0 1 2 3 4

Tabla 2. Soluciones propuestas para reducir agresividad

1. Reducir el número de camas por enfermera.
2. Aumentar la plantilla de personal sanitario.
3. Que cambiasen al personal de planta que me trate mal.
4. Que el personal aprendiese a tratar a la gente mejor.
5. Que el personal de enfermería mejorase sus conocimientos profesionales.
6. Que las enfermeras descansaran más.
7. Cambiar de compañeros de habitación.
8. Que no se pongan tratamientos que no prolonguen la vida o causen más sufrimiento (sueños, análisis, etc.).
9. Que enviasen a los enfermos cuanto antes a su domicilio.
10. Hablar con el Director Médico o de Enfermería.
11. Poner quejas/reclamaciones.
12. Poner denuncias en el juzgado.

negativas (RP-), y probabilidades postest (PP) según las directrices sobre valoración de evidencias de pruebas diagnosticas citadas por Sackett⁽¹⁸⁾.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS 6.1 para Windows. Se aplicó el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar el ajuste de las variables a la distribución normal. Se aplicó el test de Student y análisis de la varianza de un factor para comprobar asociación entre variables cuantitativas dicotómicas o de respuesta múltiple respectivamente. La correlación bivariada se comprobó mediante cálculo de coeficiente de Pearson. La correlación y el análisis multivariantes se realizaron mediante regresión lineal múltiple.

RESULTADOS

Se incluyeron 70 sujetos con una mediana de edad entre 35-44 años. El 42,9% eran cuidadores principales. El 74,3% eran mujeres de las cuales el 56,9% eran amas de casa. Las características sociodemográficas quedan reflejadas en la tabla 3.

La prevalencia de sobrecarga fue del 62,9%: leve (CZ 21-40) en el 45,7%, moderada (CZ 41-60) en el 12,9% y grave (CZ >60) en el 4,3%. En el cuestionario de AP la media fue de 12.6 puntos (DE 8,1) con una mediana de 13.

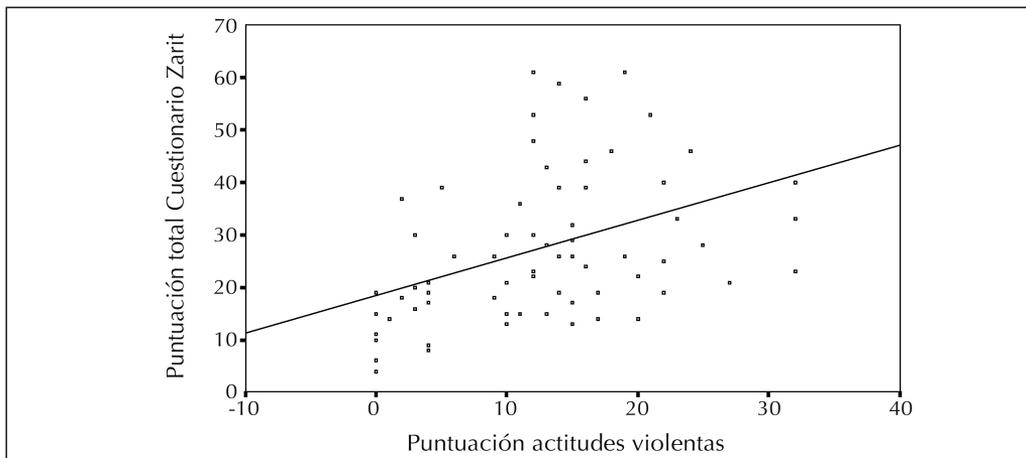
La agresividad en presencia de sobrecarga fue de 15,6 puntos (DE 7,3) mientras que en los acompañantes sin sobrecarga fue de 7,6 (DE 7,1), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Se observó una asociación entre la agresividad y la severidad de la sobrecarga estadísticamente significativa, siendo la correlación débil-moderada ($r = 0,405$) ($p = 0,001$) (ver figura 1). En el análisis bivariado, la agresividad fue independiente de la edad, sexo, situación laboral, duración de la enfermedad, relación familiar, estado civil, personas a su cargo, toma de psicofármacos, sufrir habitualmente otro tipo de violencia, ser cuidador principal o convivir con personas necesitadas de cuidados especiales. Fue mayor (AC=17,6 puntos) entre los que tenían estudios secundarios, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (test de Scheffe $p < 0,05$). La agresividad fue también mayor entre aquellos acompañantes que referían haber sufrido actitudes violentas durante su estancia AC=25,4 puntos (DE 9,3) ($p < 0,001$).

Los aspectos del CZ, con asociación estadísticamente significativa con una mayor agresividad de los familiares acompañantes, fueron: sentir no tener suficiente vida privada debido al cuidado del familiar, sentir resentimiento por el perjuicio de la vida social del cuidador, tener sentimiento

Tabla 3. Características sociodemográficas de los familiares acompañantes

Cuidadores principales	42,9%
Sexo	
Mujeres	74,3%
Hombres	25,7%
Edad mediana (años)	35-44
Estado civil	
Solteros	25%
Casados	70,6%
Viudos	2,9%
Nivel de estudios	
Sin estudios	18,6%
Primarios	30%
Secundarios	28,6%
Universitarios	22,9%
Situación laboral	
Ama de casa	42,6%
Autónomos/asalariados	41,2%
Parados	8,8%
Estudiantes	7,4%
En tratamiento psicofarmacológico	13%
Sufren otros tipos de violencia	5,7%
Conviven con personas que precisan cuidados especiales	17,9%
Personas a su cargo	
<3	59,7%
3-5	32,8%
>5	7,5%
Relación familiar con el enfermo	
Padre/madre enfermo	22,4%
Hermano/hermana	10,4%
Hijo/hija	16,4%
Marido/mujer	50,7%
Duración de la enfermedad (meses)	8,45 (D.E 2,9)

Figura 1. Gráfico de dispersión y línea de regresión lineal ajustada para puntuaciones de violencia según nivel de sobrecarga



de claudicación inminente en el cuidado, la inseguridad en la necesidad de cuidados y el sentimiento de culpa por pensar que pueden hacer un trabajo mejor (Scheffe $p < 0,05$).

En caso de ser cuidador principal, mujer y ama de casa la agresividad se asoció a las características anteriores, salvo en el sentimiento de claudicación, añadiéndose el sentimiento de que el enfermo pide más cuidados de los que necesita (Scheffe $p < 0,05$).

En el análisis factorial de las causas de agresividad, la deshumanización fue el único factor aislado, explicando el 55,9% de varianza con una comunalidad de 0,62, seguidos de la demora en la atención (comunalidad 0,69) y la imposición de la autoridad (0,67). La correlación mediante análisis multivariante entre las causas de agresividad y la puntuación final fue máxima para la negligencia ($\beta = 0,23$) seguido de la deshumanización de la asistencia ($\beta = 0,21$) y la demora de la atención ($\beta = 0,20$) y en último lugar la imposición de autoridad ($\beta = 0,13$) ($p < 0,001$).

Tras realizar una regresión lineal múltiple, la correlación entre agresividad del acompañante, los aspectos evaluados en el CZ y las características sociodemográficas,

fue de $R = 0,68$, con una explicación de variabilidad (R^2) del 47%, siendo significativas, haber sufrido actitudes violentas durante la estancia en planta ($\beta = 0,31$), sentir que se carece de la suficiente vida privada por culpa del cuidado del familiar ($\beta = 0,27$) y sobre todo sentir inseguridad sobre qué hacer con relación al cuidado del familiar ($\beta = 0,40$) ($p < 0,001$).

La razón de probabilidad de presentar actitudes violentas en función de la sobrecarga, fue significativa desde los 14 hasta los 40 puntos en el CZ, siendo las RP+ de valor intermedio-bajo, oscilando desde 1,2 ($CZ > 14$) hasta 3,9 cuando el grado de sobrecarga fue moderado ($CZ > 40$). Las RP- tuvieron un valor intermedio-alto para descartar la presencia de actitudes violentas, solo en ausencia de sobrecarga (RP- = 0,15 para $CZ < 14$) (ver tabla 4). Por tanto, en caso de sobrecarga moderada siendo la prevalencia de agresividad del 50%, la PP+ de agresión por familiares acompañantes sería del 78% y en caso de ausencia de sobrecarga la PP- iría del 30% ($CZ < 20$) al 12% ($CZ < 14$) (ver figuras 2 y 3).

Las soluciones consideradas más adecuadas para reducir la agresividad fueron por el siguiente orden, aumentar el personal sanitario o reducir el número de camas,

Tabla 4. Razones de probabilidad positivas (RP+) y negativas (RP-) según diferentes valores de la Escala de Zarit (CZ) para predecir actitudes violentas contra personal sanitario, (OR) odds ratio para diferentes valores de CZ e intervalos de confianza

CZ	RP+	RP-	ODDS RATIO	INTERVALO DE CONFIANZA	VALOR DE P
CZ 14	1,20	0,15	OR 7,96	0,92-68,6	Fisher $p = 0,055$
CZ 16	1,27	0,38	OR 3,30	0,93-11,6	Fisher $p = 0,08$
CZ 18	1,33	0,41	OR 3,27	1,02-10,53	$p < 0,05$
CZ 20	1,53	0,47	OR 3,25	1,16-9,07	$p < 0,05$
CZ 22	1,76	0,45	OR 3,88	1,41-10,67	$p < 0,01$
CZ 24	1,87	0,51	OR 3,70	1,37-9,94	$p < 0,01$
CZ 26	1,94	0,53	OR 3,66	1,36-9,84	$p < 0,01$
CZ 28	2,23	0,59	OR 3,80	1,38-10,47	$p < 0,01$
CZ 32	2,80	0,63	OR 4,44	1,47-13,42	$p < 0,01$
CZ 36	2,30	0,61	OR 3,09	1,01-9,45	$p < 0,05$
CZ 40	3,90	0,73	OR 5,26	1,32-20,97	Fisher $p < 0,05$

Figura 2. Probabilidad postest positiva de sufrir actitudes agresivas para diferentes valores de CZ según la prevalencia de agresiones de familiares acompañantes.

I: prevalencia: 12,5% (agresión de 1 de cada 8 familias acompañantes),
 II: 15% (agresión de 1 de cada 6),
 III: 25% (agresión de 1 de cada 4) o
 IV: 50% (agresión de 1 de cada 2).

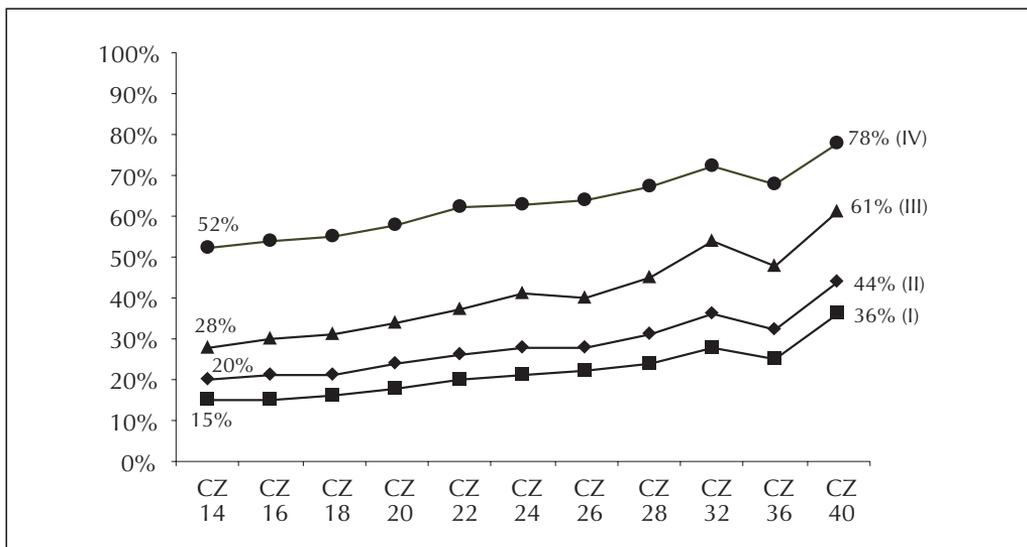
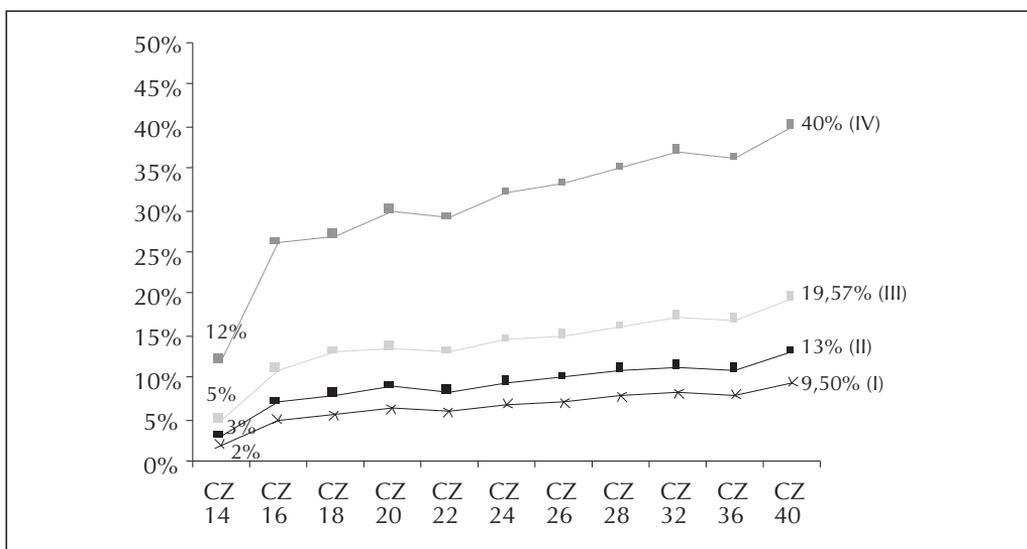


Figura 3. Probabilidad postest negativa de sufrir actitudes agresivas para diferentes valores de CAZ según la prevalencia de agresiones de familiares acompañantes.

I: prevalencia: 12,5% (agresión de 1 de cada 8 familias acompañantes),
 II: 15% (agresión de 1 de cada 6),
 III: 25% (agresión de 1 de cada 4) o
 IV: 50% (agresión de 1 de cada 2).



hablar con la dirección médica/ enfermería y mejorar el trato del personal sanitario. Las soluciones menos adecuadas fueron por el siguiente orden, poner denuncias en el juzgado, trasladar compañeros de habitación, trasladar al personal sanitario disruptivo y reducir la estancia hospitalaria. Sólo consideraron que era inadecuado reducir el número de camas o aumentar el personal sanitario un 2,9% y 8,6% de acompañantes respectivamente.

El orden de prioridad en las soluciones no cambió cuando se abordaron las preferencias de los familiares sobrecargados. Para cada una de las soluciones consideradas más adecuadas, la agresividad en el caso de los familiares sobrecargados fue mayor en relación con los no sobrecargados, siendo las diferencias estadísticamente significativas en todas las soluciones salvo cuando se trató de interponer denuncias o cambiar de compañero. Fue máxima

cuando la solución considerada era poner hojas de reclamaciones: AC=18,6 (DE 7,7), evitar la realización de técnicas o tratamientos en moribundos que no prolonguen la vida o causen más sufrimiento, AC=18,5 (DE 7,9) y hablar con los órganos de dirección AC=17,6 (DE 7,6) (ver tabla 5).

DISCUSIÓN

La agresividad, como reacción ante la amenaza que la vivencia de la enfermedad ocasiona al enfermo y sus familiares, es un hecho sufrido con gran frecuencia por el personal sanitario dando lugar en el mismo al desarrollo de cambios en las actitudes en el trabajo (defensivas, desmotivación, absentismo, miedo a enfrentarse al enfermo o familiares, deslealtad a los objetivos institucionales) y fuera del mismo, fundamentalmente por el temor a la denuncia judicial y a la repercusión familiar. Es sobre todo

Tabla 5. Valoración de soluciones propuestas globalmente y en los familiares sobrecargados para soluciones más adecuadas (SI), menos adecuadas (NO) o indiferentes (NS), así como, nivel de agresividad, error estándar y nivel de significación para cada solución entre los familiares sobrecargados

SOLUCIONES	V. GLOBAL (%)			SOBRECARG. (%)			AGRESIVIDAD SOBRECARG. (E.E.)	SIGNIFICACIÓN
	SÍ	NO	NS	SÍ	NO	NS		
Aumentar la plantilla de personal sanitario	72,9	8,6	18,6	75,0	11,4	13,6	16,8 (7,5)	p<0,001
Reducir el número de camas	72,9	2,9	24,3	70,5	4,5	25,0	17,2 (7,4)	p<0,001
Hablar con el Director Médico o de Enfermería	54,3	21,4	24,3	59,1	25,0	15,9	17,6 (7,6)	p<0,001
Que el personal aprendiese a tratar mejor	50,0	25,7	24,3	52,3	18,2	43,2	16,9 (8,5)	p<0,01
Que no se pongan tratamientos que no prolonguen la vida o causen más sufrimiento	47,1	31,4	21,4	50,0	34,1	15,9	18,5 (8,0)	p<0,01
Mejorar la formación profesional	47,1	27,1	25,7	52,3	15,9	31,8	15,4 (8,4)	p<0,01
Que las enfermeras descansen más	45,7	21,4	32,9	45,5	22,7	31,8	15,8 (8,2)	p<0,01
Poner quejas u Hojas de reclamaciones	42,9	32,9	24,3	50,0	29,5	20,5	18,6 (7,7)	p<0,01
Cambiar al personal que me trate mal	37,1	41,4	21,4	38,6	43,2	18,2	13,3 (7,5)	p<0,05
Cambiar compañeros de habitación	34,3	48,6	17,1	38,6	43,2	18,2	15,7 (8,6)	p=0,12
Que envíen los enfermos cuanto antes a su domicilio	25,7	40,0	34,3	27,3	38,6	34,1	16,9 (7,9)	p<0,05
Poner denuncias en el juzgado	25,7	50,0	24,3	31,8	43,2	25,0	16,1 (9,6)	p=0,08

causa en el profesional de un sentimiento de abandono, motivado por la creencia de que el enfermo es el máximo responsable de las agresiones y el sistema sanitario público no dispone las medidas institucionales oportunas para combatirla⁽⁷⁾.

El presente trabajo pone en evidencia la existencia de una relación entre el agotamiento de los familiares acompañantes de enfermos oncológicos y el desarrollo de actitudes agresivas hacia el personal sanitario, como una vivencia progresiva y continua en función del nivel de sobrecarga. Este estudio ha sido anidado en un área hospitalaria de Oncología Médica con sobrecarga asistencial de enfermería y teóricamente elevado nivel de reactividad, no pudiendo concluir que sus resultados sean aplicables a cuidadores informales de enfermos crónicos distintos y en el ámbito de la atención primaria.

El cuestionario de Zarit, desarrollado inicialmente para valorar los efectos del cuidado en el cuidador y la necesidad de institucionalización de enfermos con demencia ha sido validado recientemente en España para este tipo de enfermos midiendo tres factores principales subyacentes: sobrecarga competencia y rechazo, no habiéndose validado niveles de corte en enfermos oncológicos, por lo que se adoptaron los niveles de corte iniciales⁽¹⁹⁾.

La muestra fue seleccionada de forma no probabilística por lo que cabe la posibilidad de que existan sesgos. Estos sesgos probablemente podrían, de no haberse dado, haber influido aun más positivamente en la valoración de los resultados, toda vez que la administración de los cuestionarios, realizada por el personal de enfermería, pudiera haber tendido a evitar a los acompañantes de familiares más agresivos.

En el presente trabajo desarrollamos un cuestionario que pretende medir agresividad de cuidadores hacia el personal sanitario, con buena fiabilidad y validez de contenido. No se midieron las agresiones al personal sanitario hospitalario durante el tiempo de aplicación del cuestionario para comprobar su correlación, sensibilidad y

especificidad y asumir la validez de constructo, basándose ésta en que se mide la reactividad ante causas de violencia conocidas y publicadas en la literatura, lo que puede suponer un sesgo en la interpretación de los resultados. Asumimos el nivel de corte indicativo de agresión arbitrariamente en el valor de la mediana, considerando la elevada incidencia de agresiones a sanitarios, que en nuestro medio en atención primaria está cerca del 60%. Esto supone asumir, que durante el tiempo de aplicación del cuestionario a acompañantes la incidencia de actitudes agresivas pudiera haber sido de hasta el 50% de acompañantes, esto es, que uno de cada dos acompañantes causase durante la estancia de su familiar una agresión a sanitarios, lo cual supone un sesgo y una limitación a la validez del punto de corte, que sobre todo puede restar validez a los datos sobre validez predictiva que se aportan.

Finalmente, el perfil del familiar acompañante agresivo es el de aquel que siente indecisión en la necesidad de cuidados de su familiar, no tiene la suficiente vida privada como le gustaría, y se siente maltratado durante la estancia, especialmente cuando la atención fuese negligente, el trato deshumanizado y se sintiese atendido con demora.

A la vista de nuestros resultados, la agresividad de los familiares hacia el personal sanitario puede ser el resultado de la falta de respiro del cuidador y la propia ignorancia e incompetencia en los cuidados, lo cual parece reflejar la inseguridad y el miedo a lo desconocido, una vivencia humana lícita ante la amenaza angustiada que el cáncer y sus complicaciones pueden acarrear para la integridad y el equilibrio familiar. En relación con estos datos, podría ser peligroso ignorar que cuando se diese negligencia o demora percibidas en la atención, y sobre todo cuando la atención se deshumanizase, esto es, se ignorase el aspecto trascendente y humano de la enfermedad en el enfermo y sus familiares y no se concibiesen sus vivencias, creencias y expectativas, una agresión podría

tener lugar. Así mismo, es peligroso ignorarlo cuando no se transmite el necesario respeto, o incluso en el límite, a la vista de nuestros resultados, el familiar se sienta maltratado, a pesar de que la asistencia tenga un alto nivel profesional, aunque quizás frío y aséptico, en la indicación y ejecución de técnicas y tratamientos. Estos datos abundan la necesidad de considerar las vivencias y expectativas del enfermo y familiares, y ser humanos en el trato de los mismos, abundando en los factores considerados como muy importantes por ellos no solo para mejorar su atención⁽²⁰⁾, sino también para reducir su agresividad, como son el manejo del dolor y sus síntomas, el trato integral como persona y la participación en las decisiones.

La necesidad de la consideración humana en los cuidados se manifiesta así mismo al manifestar una alta agresividad aquellos que piensan que su familiar moribundo no debería recibir técnicas o tratamientos que no prolonguen la vida o causen sufrimiento indebido (la segunda puntuación en agresividad después de la que manifiestan los acompañantes que pondrían hojas de reclamaciones como solución mas adecuada) (ver tabla 5).

La inseguridad en los cuidados es especialmente manifiesta en las mujeres cuidadoras principales y amas de casa al asociarse su agresividad con la sensación de que deberían hacer más por sus familiares, de que sus familiares piden más de lo que necesitan y de que carecen de decisión en la necesidad de cuidados. De igual modo que aumentar la preparación del cuidador puede reducir su nivel de sobrecarga⁽⁶⁾ las actuaciones dirigidas a reducir la inseguridad de las mujeres, amas de casa y cuidadoras principales podrían reducir su nivel de agresividad.

El profesional sanitario coincide con la percepción del familiar del enfermo en que la deshumanización y la demora son causas principales de la violencia en el medio sanitario⁽⁷⁾. Sin embargo no percibe con igual importancia, que son el manejo inadecuado de las situaciones emotivas, el ejer-

cicio rígido de la autoridad y sobre todo la negligencia, las causas que se asocian con diferencia estadísticamente significativas, a la agresión⁽⁷⁾. Esto puede suponer una vez más la importancia de la consideración en la relación con el enfermo y sus familiares de la dimensión humana de la enfermedad para prevenir la violencia. La mejora en el trato efectivamente, después de la mejora de la ratio pacientes/ enfermera fue la segunda solución considerada más adecuada para reducir la violencia tanto por los acompañantes sobrecargados como no sobrecargados, siendo en aquellos la agresividad significativamente superior (ver tabla 5).

La probabilidad de recibir una agresión en la presencia de sobrecarga fue baja, con una RP+ de 1'2 a 3'9. En el supuesto teórico que planteamos en este estudio, supondría que para trabajadores sanitarios, con sobrecargas asistenciales altas y que tuviesen que soportar que uno de cada dos familiares acompañantes fuese agresivo, que tuviesen que tener presente en todo momento que nunca se puede descartar la agresividad de los acompañantes independientemente de la ausencia de sobrecarga (probabilidad postest negativa superior al 10%) y que deberían poner los medios necesarios para prevenirla. La probabilidad de sufrirla en función del nivel de agotamiento sin embargo, no la convertiría en un hecho inevitable ya que incluso en caso de sobrecarga moderada (CZ>40) y en poblaciones con un nivel teórico tan alto de agresividad la probabilidad de padecerla, del 78% (RP+ 3,9), no la convierte en algo fatal, siendo tanto menor cuanto menor fuese la incidencia de agresiones. Por tanto, en un supuesto mas real de actitudes agresivas, de 1 de cada 8 familiares acompañantes, incluso en presencia de sobrecargas leves (CZ>20), se podría descartar la agresividad (ver figuras 2 y 3).

En relación con la valoración de soluciones propuestas por los acompañantes, siendo el temor a la denuncia judicial la consecuencia mas temida por los sanita-

rios⁽⁷⁾, fue paradójicamente la solución considerada menos adecuada por los acompañantes, de las doce soluciones que se ofertaron para reducir la irritación ante las situaciones causantes de agresividad. Incluso el nivel de agresividad, mayor en los cuidadores sobrecargados que en los no sobrecargados para todas y cada una de las soluciones, curiosamente fue similar si se trataba de interponer denuncias, lo que permite concluir que la aprensión de los profesionales a la denuncia judicial y sus consecuencias pueda ser exagerada.

En hospitales con ratios pacientes/enfermeros elevadas, los enfermeros experimentan con mayor probabilidad insatisfacción profesional y desgaste, por lo que a la vista de estos resultados podría ser de la mayor importancia mejorar esta ratio dado que fue la solución mas adecuada para reducir la agresividad. En este estudio, la ratio pacientes/enfermeros fue de 12/1 lejos de la 5-6/1 aconsejada por la legislación estadounidense⁽¹⁶⁾. La gestión sanitaria cobra así un papel protagonista en la mejora de la situación. Además, poner en conocimiento de la Dirección Sanitaria la indignación de los acompañantes fue valorada como la solución mas adecuada para reducir la agresividad después de la mejora de la ratio pacientes/enfermería, y por otro lado la agresividad fue la máxima entre los que pensaban que interponer hojas de reclamaciones era la solución mas adecuada para reducir la agresividad (ver tabla 5).

El alivio del sufrimiento del paciente y el apoyo continuado del mismo compartiendo decisiones contribuyen a disminuir la sobrecarga afectiva que conduce a la claudicación⁽²¹⁾. El respeto, la formación continuada tanto en conocimientos como en técnicas de comunicación, la información del cuidador y la exploración del bienestar del paciente y familiares, su necesidad de descanso y una adecuada gestión sanitaria son los elementos mas sobresalientes para mejorar tanto la relación familiares acompañantes-enfermería como reducir su violencia en el área de hospitalización de Oncología Médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of Medicine. *New E J Med* 1982; 306: 639-45.
2. Hobbs FD. Fear of aggression at work among general practitioners who have suffered a previous episode of aggression. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 390-4.
3. Ness GJ, House A, Ness AR. Agresion and violent behaviour in general practice: population based survey in the North of England. *BMJ* 2000; 320: 1447-8.
4. Carter Y, Skelton JR, Kenkre JE, Hobs FDR. Analysis of primary care staff language about aggression at work using concordancing techniques to identify themes. *Fam Pract* 1997; 14: 136-41.
5. Hobbs FD. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. *BMJ* 1991; 302: 329-32.
6. Hobbs FD General practitioners' changes to practice due to aggression at work. *Fam Pract* 1994;11:75-9.
7. Moreno Jimenez MA, Vico Ramirez F, Herrera Serena P, Zerolo Andrey J, Rodríguez Lopez A, Mateos Salido MJ. Violencia en la consulta del médico de familia. XXIII Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. 2003, Diciembre 10-13; Barcelona.
8. Raveis VH, Karus DG, Siegel K Correlates of depressive symptomatology among adult daughter caregivers of a parent with cancer. *Cancer* 1998; 83: 1652-63.
9. Martín Carrasco M, Ballesteros Rodríguez J, Ibarra Gandiaga N, Loizaga Arnaiz C, Serrano Valenzuela B, Larumbe Lizarraga MJ, et al. Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distrés psíquico. Una asociación relegada en la valoración de las demencias. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002; 30:201-6.
10. Scherbring M. Effect of caregiver perception of preparedness on burden in an oncology population. *Oncol Nurs Forum* 2002; 29: E70-E6.
11. Morimoto T, Schreiner AS, Asano H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age Ageing*. 2003; 32: 218-23.
12. Caap-Ahlgren M, Dehlin O. Factors of importance to the caregiver burden experienced by family caregivers of Parkinson's disease patients. *Aging Clin Exp Res*. 2002; 14:371-7.

13. Andrews SC. Caregiver burden and symptom distress in people with cancer receiving hospice care. *Oncol Nurs Forum* 2001; 28: 1469-74.
14. Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Dane K, et al. Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *JAMA*. 2002; 287: 2090-7.
15. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *Gerontologist* 1980; 20: 649-54.
16. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288: 1987-93.
17. Zarit JM, Zarit SH. Measurement of burden and social support. Paper represented at the Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America. San Diego, 1982.
18. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Medicina Basada en la Evidencia. Cómo ejercer y enseñar MBE*. Madrid: Churchill Livingstone; 1987.
19. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol* 1996; 6: 338-46.
20. Steihauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsy JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* 2000; 284: 2476-82.
21. Muñoz Cobos F, Espinosa Almendro JM, Portillo Strempell J, Benítez del Rosario MA. *Cuidados paliativos: Atención a la familia. Aten Primaria* 2002; 30: 576- 80.