

**Quan la persona gran resident agradeix el professional. Un estudi prospectiu per conèixer la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran a Catalunya**

**Cristina Vidal Martí**

<http://hdl.handle.net/10803/79001>

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

**A les persones que estimo**

## Agraïments

Fa uns anys, vaig iniciar el llarg camí per a assolir el doctorat. Durant aquest trajecte, hi ha hagut moments d'il·lusió, d'incertesa i de satisfacció. En aquest període de temps en el qual he compaginat la meva tasca professional amb aquests estudis, he estat envoltada de persones que m'han donat suport per continuar i poder arribar aquesta meta. A través d'aquestes paraules, voldria donar-los les gràcies per acompanyar-me i fer-me créixer acadèmicament i com a persona.

En especial, voldria agrair el suport, la confiança i l'ajuda del meu director de tesi, el Dr. Carles Pérez Testor. En Carles ha estat una persona cabdal per assolir aquest projecte personal en el qual havia dipositat moltes expectatives, ganes i il·lusió. Les seves orientacions i directrius han estat crucials per fer-ho possible com també el seu tarannà positiu i la seva expertesa, que m'ha anat impregnant durant aquest procés per a continuar endavant. Moltes gràcies, Carles.

Aquesta tesi també ha estat possible gràcies a les persones i institucions que hi han participat: els professionals i la direcció de les residències de gent gran. La predisposició i les ganes de millorar han estat dos valors que he retrobat a l'hora de realitzar aquest treball. Voldria aprofitar aquesta oportunitat per agrair-los sincerament la seva voluntarietat i per expressar que, en un sector tan castigat com és l'atenció residencial a les persones grans per les seves condicions laborals i salarials, m'enorgulleix haver trobat professionals que han volgut compartir amb mi les seves vivències i han promocionat des de les seves experiències la visualització d'un fenomen com és l'objecte d'aquest estudi. Gràcies a tots ells.

També voldria agrair l'acompanyament del grup de recerca *Parella i Família* de la Universitat Ramon Llull, del qual formo part, perquè m'ha ajudat a la reflexió, anàlisi i autocrítica durant tot aquest procés.

En el temps que m'he dedicat a aquesta tasca, he rebut el suport de persones properes a mi: la família, els amics i els companys de feina. També voldria expressar-los unes notes d'agraïment. Especialment a la Núria per donar-me suport en aquest procés; a la

Nathalie per compartir moments, reflexions i comentaris estimulants; al Jordi i al Xavier per les seves orientacions metodològiques; a l'Emili per ajudar-me a trobar el camí de l'aprenentatge i a l'Elena per ajudar-me a recollir les dades.

Per últim i de manera molt especial, voldria agrair a la meua família la seva confiança i l'estima que m'han donat i que em transmeten. Una vegada més, han estat al meu costat, tant en els moments d'il·lusion com en els de desànim i aquest fet m'enorgulleix, em fa sentir viva, esperançada i especialment estimada. Gràcies a tots i cada un de vosaltres. Us estimo.

Ítaca

Quan surts per fer el viatge cap a Ítaca,  
has de pregar que el camí sigui llarg,  
ple d'aventures, ple de coneixences.  
Has de pregar que el camí sigui llarg,  
que siguin moltes les matinades  
que entraràs en un port que els teus ulls ignoraven,  
i vagis a ciutats per aprendre dels que saben.  
Tingues sempre al cor la idea d'Ítaca.  
Has d'arribar-hi, és el teu destí,  
però no forçis gens la travessia.  
És preferible que duri molts anys,  
que siguis vell quan fondegis l'illa,  
ric de tot el que hauràs guanyat fent el camí,  
sense esperar que et doni més riqueses.  
Ítaca t'ha donat el bell viatge,  
sense ella no hauries sortit.  
I si la trobes pobra, no és que Ítaca  
t'hagi enganyat. Savi, com bé t'has fet,  
sabràs el que volen dir les Ítaques.

Més lluny, heu d'anar més lluny  
dels arbres caiguts que ara us empresonen,  
i quan els haureu guanyat  
tingueu ben present no aturar-vos.  
Més lluny, sempre aneu més lluny,  
més lluny de l'avui que ara us encadena.  
I quan sereu deslliurats  
torneu a començar els nous passos.  
Més lluny, sempre molt més lluny,  
més lluny del demà que ara ja s'acosta.  
I quan creieu que arribeu, sapigieu trobar noves sendes.

Bon viatge per als guerrers  
que al seu poble són fidels,  
afavoreixi el Déu dels vents  
el velam del seu vaixell,  
i malgrat llur vell combat  
tinguin plaer dels cossos més amants.  
Omplin xarxes de volguts estels  
plens de ventures, plens de coneixences.  
Bon viatge per als guerrers  
si al seu poble són fidels,  
el velam del seu vaixell  
afavoreixi el Déu dels vents,  
i malgrat llur vell combat  
l'amor ompli el seu cos generós,  
trobin els camins dels vells anhels,  
plens de ventures, plens de coneixences.

Lluís Llach (Adaptació del poema de Kavafis)

---

<b>Introducció</b>	10
<b>Primera part. Fonaments teòrics i conceptuals</b>	14
<b>Capítol 1. La violència laboral</b>	17
1.1. Conceptualització de la violència laboral	19
1.2. Incidència de la violència laboral	24
1.3. Tipus de violència laboral	26
1.4. Teories explicatives	28
1.4.1. T. de la violència i l'agressió en el treball	29
1.4.2. Model interactiu	32
1.5. Conseqüències de la violència laboral	37
1.6. Prevenció de la violència laboral	39
1.7. Instruments de mesura	43
<b>Capítol 2. La violència laboral de tipus II en col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat</b>	44
2.1. Sectors d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat	47
2.1.1. Hospitals	47
2.1.2. Serveis d'urgència	49
2.1.3. Serveis de salut mental	51
2.1.4. Residències de gent gran	52
2.1.5. Atenció domiciliària	52
2.2. Incidència en els diferents sectors	53
2.2.1. Hospitals	54
2.2.2. Serveis d'urgència	55
2.2.3. Serveis de salut mental	56
2.2.4. Residències de gent gran	56
2.2.5. Atenció domiciliària	57
2.3. Factors de risc de la violència laboral de tipus II	57
2.4. Repercussions en el sector d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat	64

---

2.5. Programes de prevenció	66
<b>Capítol 3. La violència laboral de tipus II en les residències de gent gran</b>	<b>68</b>
3.1. Agressió per part de la persona gran resident versus violència laboral de tipus II	69
3.2. Investigacions de l'agressió del resident cap al professional de les residències de gent gran	70
3.2.1. Incidència de l'agressió	71
3.2.2. Factors de risc	73
3.2.3. Factors protectors	73
3.3. Operativització del constructe de l'agressió del resident cap al professional	76
3.4. Factors de risc que promouen l'agressió per part del resident cap al professional de les residències de gent gran	74
3.5. Efectes de l'agressió per part del resident cap al professional	76
3.6. Propostes per a disminuir l'agressió	83
<b><i>Segona part. Quan la persona gran resident agredeix el professional. Un estudi prospectiu per conèixer la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran de Catalunya</i></b>	<b>86</b>
<b>Capítol 4. Plantejament de la recerca</b>	<b>88</b>
4.1. Justificació	89
4.2. Objectius	90
4.3. Disseny de la investigació	91
4.4. Marc d'estudi	91
4.5. Consideracions ètiques	93
<b>Capítol 5. Mètode</b>	<b>94</b>
5.1. Variables de l'estudi	95
5.2. Participants	95
5.3. Instrument	99
5.4. Procediment de reclutament	101

---

<b>Capítol 6. Resultats</b>	103
6.1. Característiques sociodemogràfiques i nivell d'estrès autopercebut dels participants	104
6.2. Freqüència de la consideració d'agressió	107
6.3. Relació de la consideració d'agressió i les variables dels participants	108
6.4. Característiques de l'agressió en funció del gènere del resident	110
6.4.1. Freqüència del gènere de l'agressor	111
6.4.2. Relació entre el gènere del resident agressor i les variables dels professionals	111
6.5. Tipus d'agressió	115
<b>Capítol 7. Discussió</b>	120
7.1. Freqüència de la consideració d'agressió	124
7.2. Variables relacionades amb la consideració d'agressió	125
7.3. El gènere del resident que realitza l'acte d'agressió	128
7.4. Tipus d'agressió per part del resident cap al professional	130
<b>Capítol 8. Conclusions, limitacions i prospectiva</b>	132
8.1. Conclusions	133
8.2. Limitacions de l'estudi	134
8.3. Prospectiva	136
Referències	137
<b>Annexos</b>	168
Annex 1. Actes de les reunions per a l'elaboració del qüestionari	169
Annex 2. Instrument QViLab II (versió 1)	172
Annex 3. Fitxa per registrar el primer contacte amb la residència	178
Annex 4. Document per registrar les residències on s'administraren els qüestionaris	180
Annex 5. La definició dels ítems del tipus d'agressió	182



## Índex de taules i figures

### a) Taules

Taula 1. Causes que afavoreixen la violència laboral (Bowie, 2002)	25
Taula 2. Tipus d'agressió (elaborat a partir de Neuman i Baron, 1996)	29
Taula 3. Programes de prevenció primària	41
Taula 4. Estudis d'incidència de la violència laboral de tipus II en els hospitals	48
Taula 5. Estudis de la incidència d'agressió per part de les persones grans institucionalitzades cap als professionals	72
Taula 6. Definició i operativització de l'objecte d'estudi	75
Taula 7. Característiques sociodemogràfiques de la mostra i nivell d'estrès autopercebut	105
Taula 8. Freqüència de la consideració d'agressió	107
Taula 9. Freqüència (n) i percentatge (%) de la relació de la consideració d'agressió amb les variables sociodemogràfiques i el nivell d'estrès autopercebut	108
Taula 10. Descriptius del nivell d'estrès autopercebut en funció de la consideració d'agressió	109
Taula 11. Consideració d'agressió en funció del nivell d'estrès i professió	110
Taula 12. Freqüència de l'agressió per part de l'home, la dona i ambdós gèneres dels residents	111
Taula 13. Freqüència de l'agressió per part de l'home, la dona i ambdós gèneres dels residents en funció del grup d'edat del professional considerat agredit	111
Taula 14. Freqüència de l'agressió per part de l'home, la dona i ambdós gèneres dels residents en funció del gènere del professional considerat agredit	112
Taula 15. Freqüència de l'agressió per part de l'home, la dona i ambdós gèneres dels residents en funció del nivell d'estudis del professional considerat agredit	112
Taula 16. Freqüència de l'agressió per part de l'home, la dona i ambdós gèneres dels residents en funció de la professió	113

Taula 17. Freqüència de l'agressió per part de l'home, la dona i ambdós gèneres dels residents en funció del grup d'anys d'experiència del professional considerat agredit	113
Taula 18. Freqüència de l'agressió per part de l'home, la dona i ambdós gèneres dels residents en funció del nivell d'estrès autopercebut del professional considerat agredit	114
Taula 19. Descriptius de l'agressió per part de l'home, la dona i ambdós gèneres dels residents en relació al nivell d'estrès autopercebut	115
Taula 20. Relació entre el gènere del resident i tipus d'agressió	115
Taula 21. Percentatge del tipus d'agressió en funció del gènere del resident agressor i la freqüència	116
Taula 22. Percentatge de l'agressió física en funció del gènere del resident agressor i la freqüència	117
Taula 23. Percentatge de l'agressió sexual en funció del gènere del resident agressor i la freqüència	118
Taula 24. Percentatge de l'atac a la dignitat en funció del gènere del resident agressor i la freqüència	118

## **b) Figures**

Figura 1. Representació gràfica del model de Neuman i Baron (1998)	30
Figura 2. Representació gràfica del model de Chappell i Di Martino (2000)	33
Figura 3. Distribució de les residències de gent gran per províncies a Catalunya	93
Figura 4. Passos per seleccionar els participants	96
Figura 5. Selecció de la mostra	98
Figura 6. Distribució de la mostra segons la província en la qual està ubicada la residència	99
Figura 7. Distribució de la mostra en intervals d'edat	106
Figura 8. Distribució de la mostra en intervals d'anys d'experiència	107

## **Introducció**

---

La preocupació social per la violència ha anat creixent en els últims anys. Aquest fet ha facilitat visualitzar un fenomen que en el dia a dia es tendeix a menysvalorar, tot i les greus conseqüències que té en la persona, l'entorn on es produeix i la societat.

En els anys seixanta, la psicologia social començà a interessar-se per l'agressió i la violència com a fenòmens d'estudi. Uns fenòmens que amb els anys d'estudi i recerca s'aniran ampliant, redefinint i deconstruint per la multiplicitat de matisos i disciplines que els aborden. La recerca sobre aquest tema ha contribuït a aprofundir-hi més i a poder establir diferents tipologies de violència. Una manera de classificar-la és en funció del context on es desenvolupa, i alguns exemples d'aquest tipus són la violència familiar i la violència en els mitjans de comunicació laboral.

En aquesta recerca focalitzarem la nostra atenció en la violència laboral. La violència en el treball o laboral, tot i ser un fenomen existent al llarg de la història industrialitzada, no comença a ser objecte d'estudi fins als anys vuitanta. Organismes internacionals, com l'Organització Mundial del Treball (OIT) i de la Salut (OMS), varen ser els primers a evidenciar aquest fenomen i d'una manera clara exposaren els seus efectes perjudicials, establint que tant el treballador que la pateix, l'organització empresarial on succeeix, com la societat en són víctimes o coresponsables.

Aquests gairebé trenta anys de recerca han facilitat establir diferents taxonomies de la violència laboral. La complexitat del fenomen, el nombre d'agents implicats, la gran quantitat de variables implicades en les relacions humanes i del treball, l'agent que propicia que es desenvolupi l'acció violenta, entre d'altres, són factors que els investigadors han analitzat per al estudi i la classificar de la violència laboral. La que hem escollit en aquesta recerca és la de Cal/OSHA, de l'any 1995, en la qual s'estableix la classificació en funció de qui exerceix l'acte violent.

Fa aproximadament quinze anys que a nivell professional compagino la docència amb la intervenció amb gent gran. Durant aquests anys, les dues tasques m'han enriquit mútuament. La docència m'ha ajudat a estructurar pensament, reflexionar, conèixer més l'envelliment i les tècniques per a afavorir una millor atenció integral. I la intervenció m'ha facilitat posar en pràctica els diferents sabers. Aquest binomi formació-intervenció

m'ha enriquit professionalment i personalment perquè m'ha fet promocionar el meu sentit crític i les ganes de saber i conèixer. És per aquest motiu que vaig iniciar la formació de doctorat, per endinsar-me en el camp de la recerca com a un nou repte.

En la meua intervenció com a professional que treballa en residències de gent gran, un dels temes que més m'ha cridat l'atenció és les relacions entre professional i resident. Aquest interès per saber com millorar la comunicació i intervenció entre aquest dos actors em plantejà el següent dubte: per què s'estudia la relació de poder del professional cap a l'usuari i no a l'inrevés. És que els professionals no són víctimes de les situacions d'agressió per part del resident? Aquesta pregunta va ser el motor per començar a investigar aquest fenomen. Un fenomen que en la literatura científica s'anomena violència laboral de tipus II. Aquesta descoberta i l'interès creixent per aquest tema hem conduïren a tractar-lo i a buscar un títol en el qual quedés reflectit l'objecte d'estudi. És per aquest motiu que el títol del treball és *Quan la persona gran resident agredeix el professional. Un estudi prospectiu per conèixer la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran de Catalunya*.

Realitzar aquesta recerca respon a dues finalitats. La primera és conèixer el fenomen de la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran de Catalunya. La nostra voluntat a través d'aquest treball és fer una radiografia de la situació per saber quina és la realitat i, en cas que es produeixi el fenomen, difondre i compartir la informació amb els professionals, directrius, patronals i altres persones interessades per cercar, en la mesura del possible, estratègies per abordar el problema de manera eficaç. I la segona finalitat és arribar a assolir el final del meu procés formatiu com a doctorand i capacitar-me per fer la recerca amb equips i institucions.

La investigació que presentem parteix del mètode quantitatiu. Hem triat aquest mètode perquè ens ha permès descriure les característiques generals de la població que volíem investigar a través de casos individuals. Val a dir que, en el moment del disseny, ens plantejàrem un estudi combinant els dos mètodes: quantitatiu i qualitatiu. No obstant això, pel fet de no disposar d'investigacions d'incidència del fenomen en el sector residencial en el nostre país ni en territoris propers, optàrem per focalitzar els nostres esforços a quantificar el fenomen per a definir-ne les característiques amb més precisió.

Aquest treball s'estructura en dues parts clarament diferenciades i complementàries. La primera, anomenada *Fonaments teòrics i conceptuals*, es divideix en tres capítols que conformen el marc teòric d'aquest estudi. En el primer capítol, s'ofereix una aproximació a la conceptualització de la violència laboral; el segon, possibilita conèixer l'objecte d'estudi en situacions i/o col·lectius d'especial vulnerabilitat; i l'últim se centra en la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran. La segona part està configurada per cinc capítols i constitueix la part empírica de la recerca. En el primer, es presenten els fonaments de la recerca; en el segon, es descriu el mètode; en el tercer, es presenten els resultats obtinguts; en el quart, s'analitzen a través de discussió, i en el cinquè es presenten conclusions, les limitacions que s'han trobat en l'estudi i les propostes de millora per a futures recerques.

Una vegada hem descrit el contingut d'aquest treball en línies generals, iniciem la primera part.

Primera part

**Fonaments teòrics i conceptuals**

En aquesta primera part del treball exposem els fonaments teòrics i conceptuals que sustenten aquesta investigació. En el transcurs dels tres capítols que configuren aquesta part presentem l'objecte d'estudi d'aquesta recerca, la violència laboral, i de manera progressiva ens endinsem en el context concret del nostre estudi: les residències de gent gran. La influència del model interactiu de Chappell i Di Martino (2000) en aquest treball explica l'estructura del marc teòric, ja que l'iniciem amb una visió general i introductòria de la violència laboral; a continuació, en el segon capítol, ens introduïm en els col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat i, en el tercer, abordem com la literatura científica ha descrit aquest fenomen en les residències de gent gran.

El primer capítol, anomenat *La violència laboral*, és un preàmbul en el qual es defineix el fenomen i la seva incidència a nivell mundial. Focalitzarem l'atenció en dos elements bàsics d'aquesta investigació: la tipologia i els models explicatius de la violència laboral. El treball que presentem se centra en un subtipus de violència laboral i és per això que aquest capítol tot i ser introductori és cabdal perquè permet contextualitzar amb més precisió l'objecte d'estudi. La violència laboral ha estat estudiada per dues teories que expliquen per què es produeix el fenomen. En aquest primer capítol, les presentem, tot i que n'hem escollit una, la de Chappell i Di Martino (2000), com a referent.

En el segon capítol i arran de la influència del model interactiu ens endinsem en la violència laboral en el sector on s'atenen col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat. Aquest segon capítol, més específic i concret que l'anterior, permet exposar amb precisió quins sectors són els implicats i les principals conclusions dels estudis que hi ha en relació amb la incidència, factors de risc i efectes protectors per minimitzar el seu impacte. Aquest segon capítol, a diferència del primer, se centra en la violència laboral de tipus II i els continguts i la visió que s'aborden s'aproximen més a l'objecte d'estudi de la nostra recerca.

I en l'últim, anomenat *La violència laboral de tipus II en les residències de gent gran*, expliquem d'una manera ordenada i amb una seqüència semblant a la del segon capítol els coneixements que hem trobat en la literatura científica del nostre objecte d'estudi.



Un apunt a destacar d'aquest capítol és definir per què hi ha diferència terminològica del fenomen entre la literatura científica i el dia a dia professional.

## Capítol 1. La violència laboral

---

En la vida diària utilitzem els termes *agressivitat* i *violència* com a sinònims i rarament ens pensem a pensar si hi ha diferències entre aquests dos conceptes. Tot i que poden semblar sinònims, tenen significats diferents.

José Sanmartín, investigador i director del Centro Reina Sofía per a l'estudi de la violència, afirma que l'home és agressiu per naturalesa, entenent l'agressivitat com una de les característiques intrínseques de l'home com a ésser animal. En canvi, defineix la violència com un fet cultural que la persona adquireix en el seu procés de socialització. Això significa, segons Sanmartín, que la conducta violenta s'expressa en funció de la història individual i cultura a la qual pertany. Per tant, s'entén l'agressivitat com una potencialitat de la qual tots els éssers vius disposem; per contra, la violència s'entén com "el resultat de la interacció entre l'agressivitat natural i la cultura" (Sanmartín, 2004, p. 26).

La violència posseeix tantes formes d'expressió com capacitats d'acció té la persona (Trinidad, 2003). La manifestació de la violència més coneguda és l'acció física, com un dels models més representatius socialment (Pueyo i Redondo, 2007). No obstant això, en la nostra societat la progressiva permissibilitat de la violència ha comportat la seva diversificació i, actualment, ens trobem convivint amb diferents tipus de violència.

En els últims quinze anys, la violència ha estat objecte d'estudi científic i social perquè s'ha convertit en un problema col·lectiu de primer ordre amb greus conseqüències per al desenvolupament social, polític i econòmic dels grups humans (Pueyo i Redondo, 2007). La investigació durant aquest període de temps s'ha orientat en tres línies principals (Pueyo i Redondo, 2007). Una primera, centrada a conèixer la naturalesa i els processos que produeixen la violència; una segona, de caràcter més pragmàtic i preventiu, que té la finalitat de definir la violència en termes de perillositat i entenent-la com un conjunt de factors de risc que contribueixen a desencadenar-la. I una última línia, més recent, orientada a la creació i al desenvolupament de protocols i instruments per a valorar el risc de la violència.

La violència està present en tots i cada un dels contextos socials i culturals en els quals es desenvolupa l'home. Un dels contextos amb més transcendència és el laboral ja que,

a través d'aquesta activitat, la persona obté els guanys necessaris per a viure i desenvolupar-se. En aquest context, la violència també està present i la persona pot exercir-la i/o ser-ne víctima.

Al llarg d'aquest capítol conceptualitzarem la violència laboral amb la finalitat d'explicar-ne el significat.

### **1.1. Conceptualització de la violència laboral**

Definir la violència no és una tasca fàcil ja que la seva conceptualització és complexa per la multidimensionalitat del constructe, pel gran nombre de factors i agents implicats, per la quantitat de disciplines que aborden el fenomen i per la complexitat del context on es desenvolupa.

Tota definició està mediatitzada per factors culturals i temporals. La violència, també. Per exemple, en la nostra cultura entenem la violència d'una manera diferent a com l'entén una altra en què hi ha permissibilitat d'armes. Aquesta diferència que, en ocasions no es valora, suposa una acceptació i definició en funció de la cultura en la qual s'emmarca. Passa el mateix amb la variable temporal. Avui el concepte de violència és molt distint al que s'emprava en la societat dels nostres antecessors, en què s'associava a valentia i coratge, valors bàsics i necessaris per a la supervivència de la persona i la comunitat en la qual vivia.

La violència laboral s'emmarca en el context del treball remunerat i, a l'igual que succeeix amb el terme violència, en un sentit genèric, trobem un ampli ventall de conceptualitzacions com a conseqüència del gran nombre d'agents implicats i de la gran quantitat d'abordatges i ciències que defineixen el concepte. A continuació, presentem algunes de les definicions existents amb la finalitat de posar de relleu aquesta varietat.

L'Occupational Safety and Health Administration (OSHA) va ser un dels primers organismes a definir la violència laboral. Segons aquesta institució sanitària, la violència laboral s'ha d'entendre com “un assalt psicològic, una conducta amenaçadora o un abús verbal que succeeix en un lloc de treball” (OSHA, 1996, p. 4).

Un any més tard, la Comissió Europea definí aquest constructe com “el conjunt d’incidents en què les persones són maltractades, amenaçades o assaltades en circumstàncies relacionades amb el treball, amb la participació d’un compromís explícit o implícit de desafiament a la seva seguretat, al seu benestar i a la salut”. (Wynne *et al.*, 1997, p. 10).

Amb un accent lleugerament diferent, la National Occupational Health and Safety Commission (NOHSC) definí la violència laboral com “l’intent o l’exercici realitzat per una persona amb la finalitat de causar lesions a un treballador; això inclou tant qualsevol declaració com amenaça real, fet que suposa per al treballador creure que està en perill”. (NOHSC, 1999, p.1).

En l’any 2000, la conceptualització de Chappell i Di Martino afegeix una nova manera d’entendre la violència laboral ja que són els primers a introduir qui és l’agent causal en la definició. Concretament, aquests assessors d’organismes internacionals conceptualitzen “la violència en el lloc de treball com qualsevol incident en el qual un treballador és abusat, amenaçat o bé agredit per un membre del públic: pacient, client i/o company de treball” (Chappell i Di Martino, 2000, p. 12).

Dos anys més tard, l’Organització Mundial de la Salut i l’Organització Internacional del Treball (2002), amb la finalitat de clarificar i presentar unitàriament una conceptualització, redefeixen la de la Comissió Europea, que havien presentat cinc anys enrere, entenent que: “La violència laboral està constituïda per incidents en els quals la persona pateix abusos, amenaces o atacs en circumstàncies relacionades amb el seu treball –inclosos els viatges d’anada i tornada– que posin en perill, implícitament o explícitament, la seva seguretat, el seu benestar o la seva salut” (OIT, 2002, p. 3).

I per últim, volem presentar una de les definicions més actuals i, a la vegada, més concreta i clarificadora. La pretensió de Plante, el seu autor, és conceptualitzar la violència laboral en funció de la seva naturalesa i tipologia. Aquesta definició diu:

“La violència en el lloc de treball és qualsevol incident relacional que implica la intervenció d’individus o de grups en circumstàncies relacionades amb el treball

que comporten conseqüències negatives per a la seva seguretat i la seva dignitat. En principi, la violència laboral no inclou els conflictes simples i aïllats que es resolen a través de la negociació i el diàleg sinó els hiperconflictes i les agressions, l'assetjament psicològic, moral o sexual, l'abús de poder i també les amenaces amb armes, els robatoris, els homicidis i els suïcidis en el treball” (Plante, 2005, p. 6).

Una vegada hem presentat algunes de les definicions més representatives de la violència laboral, observem que tot i ser un concepte àmpliament definit no hi ha una única conceptualització, tot i la gran quantitat d'esforços per assolir-ho. A continuació, n'exposem els sis principals motius.

El primer és que la violència laboral és un nou camp d'estudi. El fenomen començà a ser visible a mitjan anys 80 però no va ser fins quinze anys més tard que va ser objecte d'estudi. Per tant, és un fenomen que fa pocs anys que s'estudia i s'investiga.

En la producció científica trobem diferents conceptes per anomenar la violència laboral. Alguns són similars, d'altres tenen punts en comú i n'hi ha que són totalment diferents. La violència en el lloc de treball, la violència ocupacional, l'assetjament, *mobbing*, *workplace violence*, *violence at work*, *aggression*, *abuse*, *injury*, *threat*, *assault...*, en són alguns exemples.

El tercer motiu que dificulta la conceptualització de la violència laboral és que cada disciplina la defineix des de la seva perspectiva. Per exemple, la definició i el tractament realitzat per la criminologia és diferent al del dret, la filosofia o la psicologia. Cada disciplina té el seu propi corpus teòric, llenguatge i context d'estudi. És per aquest motiu que el concepte de violència laboral és explicat, analitzat i justificat en funció de la disciplina que aborda el fenomen. Entenem aquest motiu com una dificultat perquè parcialitza i restringeix l'objecte d'estudi, encara que som conscients que aporta riquesa perquè ajuda a veure altres visions del mateix fenomen.

L'experiència de la violència és quelcom subjectiu; condicionat a la pròpia experiència, aptitud i personalitat. I és per aquest motiu que el límit entre el que constitueix una

conducta acceptable o inacceptable sol ser difús. Aquesta quarta dificultat s'accentua encara més en l'entorn laboral ja que un mateix acte pot ser considerat per una persona com un tracte poc adequat i, en canvi, per una altra pot ser una conducta inadmissible, refutable i violenta.

La multiplicitat d'expressions és el cinquè motiu. La violència en el lloc de treball és un problema multifacètic que s'expressa de distintes formes: abús verbal, agressió física, assetjament, intimidació, agressió verbal, conducta amenaçant, entre d'altres.

L'últim motiu és la negació del fenomen. La persona tendeix a negar una realitat concreta quan aquesta li fa mal o bé quan la seva intensitat és tan gran que la situació és difícil de suportar. La violència és un fenomen que es tendeix a negar socialment perquè no es desitja veure, per les conseqüències que se'n desprenen i el dany que genera. Aquesta premissa s'accentua encara més quan es produeix en el context laboral.

Tot i aquestes dificultats per arribar a una única conceptualització, hi ha hagut diferents intents, com per exemple l'esforç realitzat pel grup de treball de la Comissió Europea (Wynne *et al.*, 1997); tanmateix no ha estat suficient i això obstaculitzà, en part, la investigació. Segons Warshaw (1998), a part d'aquestes sis dificultats anteriorment citades, se n'hi haurien de sumar d'altres de caràcter metodològic.

La primera, segons aquest autor, és l'acceptació cultural de la violència. La violència és admesa socialment i culturalment; i tot i que hi ha persones que a títol individual la desaproven, davant una situació de desigualtat on hi ha l'ús de la violència, aquesta s'entén i es justifica per part de les persones no implicades directament en la situació.

La segona és l'absència de denúncies o altres procediments per visibilitzar la violència. Segons Warshaw (1998), un nombre reduït d'organitzacions empresarials han definit polítiques específiques en matèria de violència, centrades en l'elaboració i l'aplicació de protocols per després d'haver-se produït l'acte violent. Segons aquest autor, la predisposició de l'organització a afrontar la situació és una situació contradictòria perquè es demana al treballador complimentar tanta quantitat de documents que fa que només aquells incidents més greus es denunciïn.

El tercer motiu expressat per Warshaw (1998) és la por de la culpabilització o de les represàlies. Els treballadors temen que se'ls faci responsables de les agressions dels clients o pacients i minimitzen el fenomen per evitar la culpabilització. Una altra situació dissuasiva és la por de les revenges de l'agressor, especialment quan són d'un treballador de rang superior i poden influir en la situació del seu lloc de treball.

El quart i últim motiu és la manca d'interès de les patronals i organitzacions empresarials per posar fi a la violència laboral. El desinterès de l'empresari a investigar o actuar enfront els incidents desmotiva el treballador a presentar denúncies. Paradoxalment, els supervisors, com a càrrecs intermedis, o els directius es mostren preocupats perquè la violència laboral no afecti negativament la seva capacitat de lideratge i gestió però, contràriament al que hom espera, tendeixen a dissuadir o obstaculitzar els treballadors perquè presentin denúncies.

Després d'haver exposat les quatre dificultats expressades per Warshaw (1998), ens adonem que n'hi ha dues que afecten la investigació. És per aquest motiu que, a continuació, les hi afegim.

La primera és la falta de registres. En un percentatge important de països, la violència laboral no es registra. Per contra, els que ho fan, centren les dades en el dany o nombre de morts que s'ha produït a nivell físic o psicològic. Això significa que ens trobem davant d'una situació doblement complexa i que té incidència en la investigació. Per una banda, la dificultat de realitzar estudis comparatius perquè només un nombre reduït de països recullen dades, i, per l'altra, la informació és escassa i pobre.

La segona és la deficiència metodològica, en un gran nombre d'estudis, que s'observa en la dificultat per definir conceptes i per recollir dades i en la manca d'operativització de les variables.

En resum, la violència laboral és un constructe que ha estat àmpliament definit, i tot i que s'han realitzat esforços per unificar i establir uns criteris mínims per a definir-lo a dia d'avui no s'ha aconseguit.



## 1.2. Incidència de la violència laboral

La violència en el lloc de treball, segons confirma l'informe de l'Organització Mundial de la Salut i Internacional del Treball (OMS i OIT, 2002), afecta tots els països independentment del seu nivell de riquesa. Tanmateix, “en els països en els quals és un assumpte de debat públic, les dades registrades són superiors respecte als altres” (Merecz *et al.*, 2006, p. 442). Un exemple és els Estats Units, un país sensibilitzat pel fenomen i que ha fet un gran esforç per a conèixer l'abast de la situació.

La violència en el lloc de treball afecta pràcticament tots els sectors i totes les categories professionals (Nordin, 1993). No obstant això, hi ha professions amb un índex més elevat de violència laboral que d'altres. Segons l'Organització Internacional del Treball (1998) són:

- Banca
- Transport
- Policia i cossos de seguretat
- Venta al menor
- Correus
- Docència
- Taxistes
- Professionals que treballen amb malalts o amb persones amb alts nivells d'estrès.

A l'igual que la nostra societat, el món laboral també està en continu canvi. És per aquest motiu que les ocupacions que fa uns anys no eren de risc, actualment ho poden arribar a ser. Això mateix succeeix amb les categories professionals; és a dir, perfils professionals intermedis que no semblen de risc, però que poden arribar- ho a ser.

Un segon element a tenir en consideració és que, en els darrers anys, s'observa un augment de la violència en el lloc de treball. Aquesta tesi recolzada per Bowie (2002) s'explica pels tres elements que s'exposen en la taula següent.

Taula 1. Causes que afavoreixen la violència laboral (Bowie, 2002)

- 
1. Canvis en la polítiques socials:
    - a. L'afavoriment de la desinstitucionalització dels pacients psiquiàtrics i menors en risc. Aquest procés s'ha fet sense l'acompanyament i el suport dels serveis comunitaris per abaratir costos per part de les administracions públiques.
    - b. Decreixement de les prestacions i dels subsidis a causa del descens de l'estat del benestar.
  2. Augment de la violència domèstica.
  3. Descontentament actual o passat dels treballadors en les organitzacions. En determinats contextos i principalment en l'entorn laboral, hi ha una acceptació social d'utilitzar la violència com a mitjà per aconseguir el fi.
- 

D'altra banda, convé afegir tres raons més per ajudar a explicar aquest augment. En els últims anys, els treballadors disposen de més informació i d'organismes de suport per a denunciar la situació. Una segona raó és que hi ha una major sensibilitat per part dels treballadors a denunciar les situacions de violència perquè el nombre de sentències judicials a favor de treballadors que han patit situacions de violència laboral ha augmentat progressivament en els darrers temps. I la tercera és que les organitzacions governamentals són conscients del cost de la violència i creen campanyes de prevenció per a minimitzar els seus efectes.

En realitat, però, desconeixem l'abast real del problema. Avui dia, no hi ha suficients estudis per a conèixer amb exactitud la seva incidència i és ben possible que les dades de què disposem només ens permetin veure la punta de l'iceberg (Cooper i Swanson, 2002) ja que els estudis de la violència laboral, tal com s'ha posat de relleu, i a l'igual que els estudis de la violència en altres àmbits, tendeixen a negar o quantificar a la baixa el número de casos.

Val a dir, però, que dos organismes internacionals sensibilitzats per aquesta qüestió realitzaren estudis per saber l'abast del fenomen. El primer l'elaborà l'Organització Internacional del Treball, i el segon, la Fundació Europea per a la millora de les condicions de vida i treball.

L'estudi de l'Organització Internacional del Treball conduït pels investigadors Chappell i Di Martino, l'any 2000, posà de manifest que la incidència anual d'homicidis en el treball a Anglaterra és de l'1,41 per 100.000 treballadors. Aquest mateix estudi comparà aquesta xifra amb la d'Austràlia i el resultat que s'obtingué és lleugerament superior, ja que la taxa és 4,88 per 100.000 treballadors. Les xifres als Estats Units són més altes, concretament el 8,95 per 100.000 habitants, i aquest augment s'explica, segons els investigadors, per la permissibilitat d'armes en la seva societat.

L'estudi de la Fundació Europea per a la millora de les condicions de vida i de treball va realitzar-se a 21.703 treballadors de quinze estats europeus durant un any (Paoli, 2003). Les conclusions extreïtes de l'estudi són que el 16% dels treballadors van ser víctimes de la violència en el seu lloc de treball, el 4% van ser agredits per un client i/o pacient i el 1,5%, per companys o persones del treball. L'estudi també estableix que el 2% dels treballadors van patir assetjament sexual i el 9%, intimidació. En relació amb les dades per països, a Espanya el 5% dels treballadors expressaren haver patit violència laboral respecte al 14% d'Holanda, el 15% d'Anglaterra i Finlàndia.

En resum, la violència laboral afecta pràcticament tots els sectors i categories professionals; i la incidència del fenomen varia en funció del país i la seva predisposició a recollir dades.

### **1.3. Tipus de violència laboral**

Un aspecte important a l'hora de definir l'objecte d'estudi és la seva tipologia perquè facilita la conceptualització i, a la vegada, l'operativització del constructe. Hi ha diferents maneres de tipificar el tipus de violència en el lloc de treball.

La classificació escollida en aquesta investigació és l'elaborada per la California Division of Occupational Health and Safety –que a partir d'ara anomenarem Cal/OSHA. Hem escollit aquesta classificació perquè estableix la taxonomia en base a qui exerceix la violència i això facilita la comprensió i classificació del fenomen.

La taxonomia elaborada per Cal/OSHA (1995) estableix tres tipus de violència. A continuació, definim cada un d'aquests tipus i exemplifiquem quines són les ocupacions de més risc.

#### **a) Violència de tipus I**

La violència de tipus I es caracteritza perquè la persona que porta a terme les accions violentes no té cap mena de relació legítima amb la víctima; és a dir, no hi ha cap tracte entre qui fa l'acte violent i qui en rep les conseqüències.

Les situacions més pròpies d'aquest tipus de violència són les accions amb la intenció de robar. Els professionals de risc de violència de tipus I són: banquers, botiguers, treballadors de magatzems, d'objectes de valor, personal de gasolineres, taxistes, entre d'altres.

Segons estableix la National Institute for Occupational Safety and Health (2002), aquest tipus de violència té una alta incidència respecte als altres dos tipus, que posteriorment detallarem, i de conseqüències de pitjor pronòstic.

#### **b) Violència de tipus II**

La violència de tipus II es caracteritza perquè hi ha un grau de relació professional entre la persona que causa l'acte violent i la víctima. Normalment, en aquest tipus de violència les conductes es produeixen mentre s'ofereix el servei.

Alguns exemples d'aquest tipus de violència són els que experimenten els serveis de seguretat pública, conductors d'autobusos, personal sanitari i dels serveis socials, professors, venedors o altres treballadors del sector públic o privat que ofereixen serveis professionals públics o privats.

La periodicitat i freqüència de la violència de tipus II és irregular. Apareix amb més intensitat quan hi ha un grau d'insatisfacció del tracte rebut, queixes de la qualitat percebuda o situacions de vulnerabilitat i de malestar per part de l'usuari.

Les accions més pròpies de la violència de tipus II són els abusos verbals, amenaces i agressions físiques amb conseqüències lleus. No obstant això, la varietat d'accions violentes d'aquest tipus de violència laboral són múltiples.

### **c) Violència de tipus III**

La violència de tipus III es caracteritza perquè la persona que realitza els actes violents té alguna implicació o relació laboral amb un company, que també és treballador, o amb el lloc on es produeix l'acte.

Hi ha distintes situacions en les quals es pot realitzar aquest tipus de violència, com per exemple entre un treballador que és víctima i un excompany de treball. Tanmateix, la situació més freqüent d'aquest tipus de violència és aquella en què l'agressor és un treballador del mateix rang i realitza una conducta violenta cap a un altre company. En aquest cas, l'acció violenta es justifica com una manera de buscar venjança o d'exercir la justícia pel seu compte.

En resum, la classificació de Cal/OSHA en la qual s'estableix aquesta tipologia permet establir qui és el que exerceix la violència i quines són les ocupacions diana de cada taxonomia. Volem subratllar que, en aquesta investigació, centrem l'atenció en la violència de tipus II perquè la nostra finalitat és saber si els professionals que treballen en les residències de gent gran són víctimes de la violència que exerceixen les persones grans que atenen.

## **1.4. Teories explicatives**

Hi ha diferents teories que expliquen per quin motiu es produeix la violència en el lloc de treball. Tanmateix, n'hi ha dues de gran transcendència perquè expliquen el fenomen i són a partir d'aquestes que n'apareixen de noves. Aquestes dues teories són: la teoria de la violència i l'agressió en el treball de Neuman i Baron (1998) i el model interactiu de Chappell i Di Martino (2000).

La teoria de la violència i l'agressió en el treball consisteix a explicar el fenomen en relació amb els factors socials i situacionals; per contra, Chappell i Di Martino entenen que la violència no és causada per dos únics factors sinó per una multiplicitat. Aquestes

dues teories explicatives tenen un segon element diferenciador: la primera, se centra en el concepte agressió en el treball, i la segona, en la violència laboral.

A continuació, expliquem amb més deteniment cada una d'aquestes teories.

#### 1.4.1. Teoria de la violència i l'agressió en el treball

La teoria de la violència i l'agressió en el treball, definida per Neuman i Baron (1998), parteix del concepte agressió en base a tres dimensions que es defineixen a través de dues categories: verbal - física, activa - passiva i directa - indirecte.

Arran d'aquestes tres dimensions i la seva interacció, Baron i Neuman (1996) estableixen vuit tipus d'agressions que poden produir-se en l'entorn laboral. En la taula 2, s'exemplifica la taxonomia d'agressió proposada per aquests autors.

Taula 2. Tipus d'agressió (elaborat a partir de Neuman i Baron, 1996)

Tipus d'agressió	Exemples d'aquest tipus d'agressió
Verbal - activa - directa	Dir comentaris obscens a un company de treball
Verbal - activa - indirecta	Difondre rumors falsos d'un company de treball
Verbal - passiva - directa	No retornar les trucades telefòniques d'un company de treball
Verbal - passiva - indirecta	No negar els rumors falsos d'un company de treball
Física - activa - directa	Donar un cop de puny o una puntada de peu a un company de treball
Física - activa - indirecta	Robar o fer malbé algun objecte propietat d'un col·lega
Física - passiva - directa	Abandonar de manera expressa una zona de treball quan entra un company
Física - passiva - indirecta	No fer les accions necessàries per a garantir el benestar d'un col·lega

Aquests autors diferencien l'agressió de la violència en el treball. Utilitzen el concepte d'agressió en un sentit general per englobar totes les formes de conducta en què hi ha un dany a la persona ja sigui realitzat per un company de treball o bé per altres persones vinculades a l'organització laboral. Per contra, entenen la violència en el treball com un subtipus d'agressió de caràcter físic.

En la figura 1, hi ha una representació gràfica del model de Neuman i Baron (1998). Aquest model, tal com s'ha comentat anteriorment, estableix que hi ha dos factors que desencadenen les conductes agressives en el treball: els socials i situacionals. La persona, influenciada per aquests dos factors i per d'altres com la seva manera de ser i el seu estat intern, es pregunta com viu la situació i, en funció de la seva avaluació cognitiva, la resposta que adoptarà serà o no agressiva.

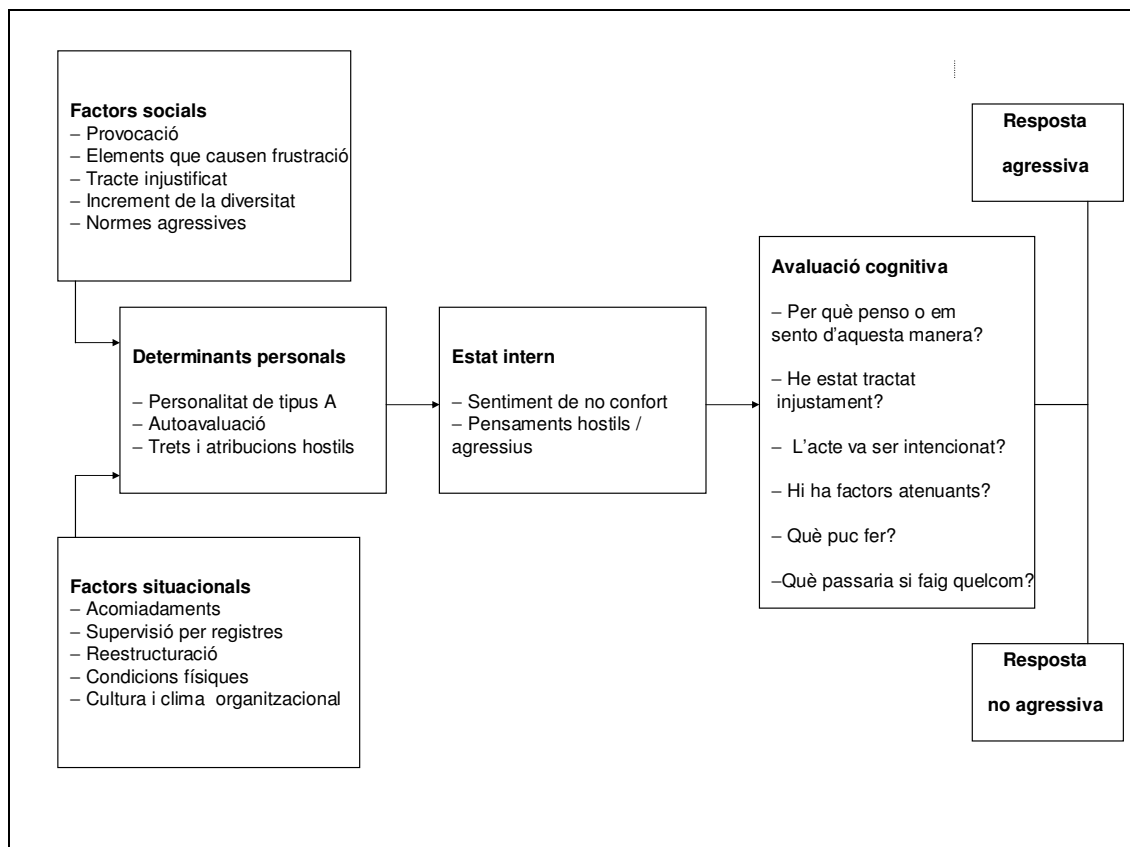


Figura 1. Representació gràfica del model de Neuman i Baron (1998)

Segons aquests autors, els factors socials i situacionals condicionen la resposta de la persona davant de la situació en què es troba i poden arribar a ser desencadenants de

l'agressió. Els factors socials són: la provocació, els elements que causen frustració, el tracte injustificat, l'increment de la diversitat i les normes agressives. Els factors situacionals són: l'acomiadament, la supervisió de registres, la reestructuració, les condicions físiques, la cultura i el clima organitzacional. Seguidament, explicarem cada un d'aquests factors per exposar amb claredat aquesta teoria.

El primer factor social que més facilita la conducta agressiva és la provocació. Segons Neuman i Baron (1998), la provocació és la creença i l'argument més utilitzat per la persona quan es justifica d'haver comès una conducta agressiva.

Quan la cultura organitzativa sistemàticament coarta l'assoliment de la meta, apareix la frustració en el treballador i aquesta vivència pot arribar a ser el desencadenant de la conducta agressiva. És per aquest motiu que els autors estableixen la frustració com un factor de risc.

El tercer factor social és el tracte injustificat. Quan els treballadors perceben una relació poc adequada i injusta de manera reiterada en el temps és possible que es desencadenin conductes d'agressió, sent les més freqüents entre els mateixos companys.

El quart factor és l'increment de la diversitat. En algunes organitzacions la diversitat de treballadors pot ser viscuda negativament i això pot provocar dificultats de comunicació, generar conflictes, establir prejudicis i estereotips..., i fins i tot desencadenar agressió.

L'últim factor social establert pels autors són les normes agressives. La permissibilitat de determinades formes d'agressió pot fer creure als treballadors que algunes d'aquestes pràctiques són beneficioses si es porten a terme per aconseguir el que un vol.

Després d'haver presentat els factors socials, continuarem exposant els situacionals. El primer factor situacional que Neuman i Baron (1998) defineixen és l'acomiadament. Les conductes agressives apareixen amb intensitat sobretot quan hi ha reduccions de personal a gran escala o acomiadaments en massa, sense una justificació clara i creïble.



En el món empresarial, la supervisió i el control de la productivitat del treballador – segon factor situacional– es realitza a través de registres de tipus electrònic. L'alt nivell d'estrès que produeix aquesta supervisió pot arribar a ser un gran desencadenant d'agressió si no es gestiona adequadament i de manera sana per part dels diferents agents implicats.

Un tercer factor situacional relacionat amb l'agressió en el treball és la reestructuració. Segons Neuman i Baron (1998), les estructures d'un número important de treballadors afavoreixen que l'autor de conductes agressives tingui la creença que ho té més fàcil per no ser descobert pels altres companys de treball i realitza més accions d'aquest tipus.

Les condicions físiques de treball és el quart factor situacional. La pobra qualitat de l'aire, les temperatures poc confortables, l'excés de soroll en el lloc de treball, entre d'altres, són situacions proclius a desencadenar en els treballadors conductes de caràcter agressiu sobretot si persisteixen en el temps.

En ocasions, l'organització accepta normes, idees, valors, ideologies i maneres de fer i de ser que toleren les conductes agressives i amb el pas del temps s'accepten i s'integren en la cultura i el clima de l'organització. Aquest és l'últim factor situacional exposat per aquests autors.

Una vegada hem presentat la teoria de la violència i l'agressió en el treball de Neuman i Baron, ens centrarem en la segona: la de Chappell i Di Martino.

#### **1.4.2. Model interactiu**

El model interactiu definit per Chappell i Di Martino (2000) ens desperta un especial interès perquè facilita la comprensió del fenomen i, a la vegada, ajuda a predir la situació de violència.

La violència, segons el model, és el resultat de la interacció de diferents factors de riscos potencials (Paravic *et al.*, 2004). Chappell i Di Martino (2000) per explicar el model defineixen cada un dels factors de risc, la seva interacció i les conseqüències que comporta la violència laboral en els diferents agents implicats.

Els factors de risc comprenen tant els comportaments individuals com de l'entorn, les condicions de treball, la interacció entre companys, clients/usuaris i treballadors i directius i subordinats. En la figura 2, hi ha una representació gràfica del model interactiu d'aquests autors.

En les següents línies, analitzarem detalladament cada un dels factors de risc. Segons Chappell i Di Martino (2000), s'estructuren en funció de dos contextos: l'individual i el del lloc de treball. Aquest últim context és divideix en dos: un risc associat a l'entorn del treball i un segon a les tasques realitzades.

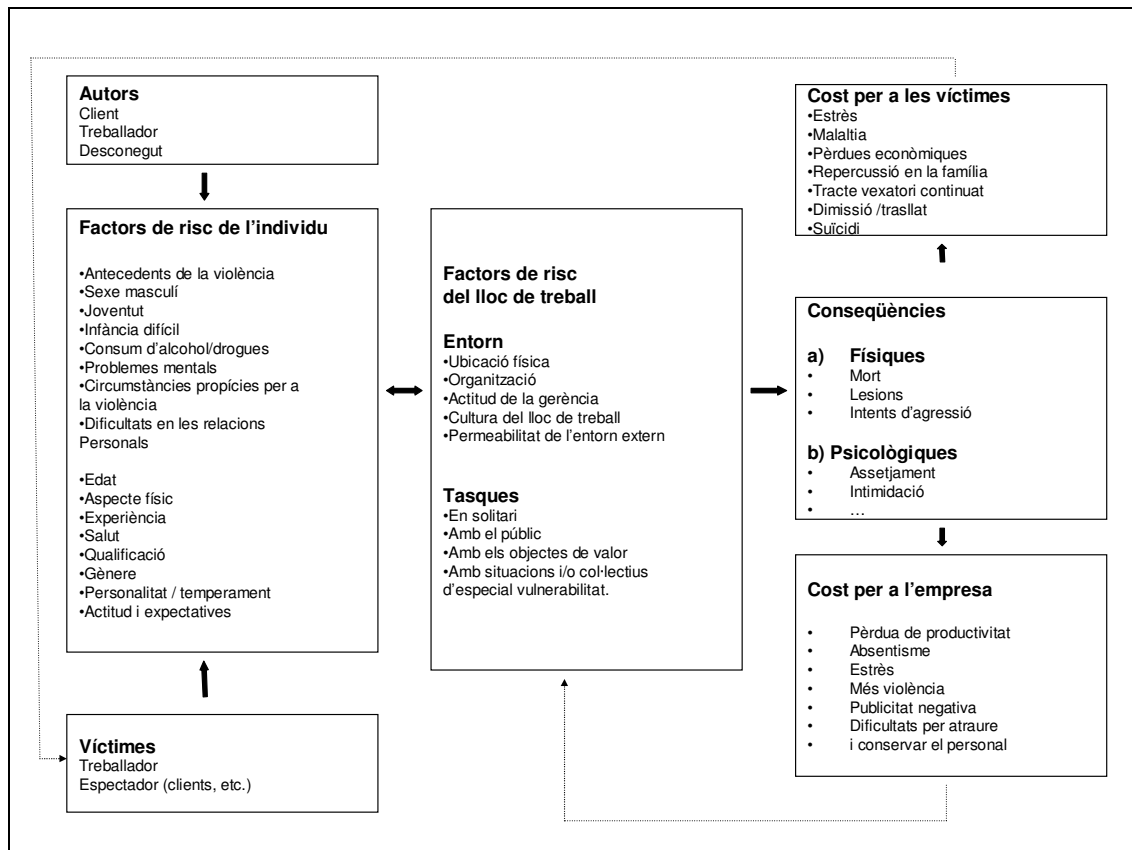


Figura 2. Representació gràfica del model de Chappell i Di Martino (2000)

### a) Factors de risc individual

S'entén per factors de risc individual les variables sociodemogràfiques com ara: gènere, edat, grau d'escolaritat i estat civil. També, els trets de personalitat, l'estil de vida, les conductes específiques i les característiques individuals que té la persona en relació amb el treball: experiència, nivell de capacitació, entre d'altres.

Els factors de risc individual identificats en la teoria de Chappell i Di Martino (2000) són: ser jove, tenir un historial de comportament violent, haver tingut una infància difícil, patir una malaltia mental severa i tenir accés a les armes, ja siguin de foc o d'un altre tipus.

Un altre factor de risc que, en múltiples ocasions s'identifica com a precursor de la violència en el treball, és el consum d'alcohol i altres drogues. Leather i Lawrence (1999) recorden que la relació entre l'abús de substàncies i la violència en el treball és complexa ja que no totes les persones es comporten de manera violenta quan estan en un estat d'embriaguesa o sota la influència d'alguna droga.

Les dones són particularment més vulnerables a ser víctimes de situacions de violència i aquesta situació també es pot extrapolar en el món laboral. Aquesta tesi, avaluada també per Di Martino (2004), s'explica per dos motius. El primer és el fet que les dones treballen en ocupacions d'alt risc, i, el segon, les males condicions de treball que afavoreixen la violència: sous baixos, categories professionals més baixes respecte als homes, treballs poc qualificats, entre d'altres.

#### **b) Factors de risc en el lloc de treball**

S'entén per factors de risc en el lloc de treball totes aquelles conductes i situacions que es produeixen en l'espai on es desenvolupa la persona. Chappell i Di Martino (2000) n'estableixen de dos tipus: els propis de l'entorn de treball i els vinculats a les tasques que es realitzen. En les següents línies, explicarem cada un d'aquests subtipus.

Els cinc factors de risc pròpiament vinculats a l'entorn del treball són: ubicació física, organització, actitud de la gerència, cultura del lloc de treball i permeabilitat de l'entorn extern.

El primer factor de risc és la ubicació física. Treballar en zones amb un alt risc d'índex de criminalitat facilita l'aparició d'actes violents. Aquesta mateixa circumstància també succeeix en el lloc de treball. Els entorns amb economies inestables i en zones deprimides són proclius a facilitar la violència laboral.

L'organització és el segon factor de risc. Una organització que facilita la incertesa i que provoca inseguretats de manera continuada en el treballador, perquè no sap si es compta o no amb ell, és un factor afavoridor de la violència laboral. També ho faciliten els continus canvis de torns.

Els estils de direcció rígids, autoritaris o que fomenten la intimidació com a estratègia de lideratge (OMS i OIT, 2002) són factors facilitadors de la violència en el lloc de treball. Segons Chappell i Di Martino (2000), un determinat estil de direcció pot arribar a ser un factor desencadenant de la violència.

La cultura del lloc de treball és el quart factor de risc proposat pels autors. Una cultura organitzativa que fomenti situacions com les que exposem a continuació afavoreix la violència:

- La forta i continuada pressió per incrementar la productivitat.
- La plantilla inadequada de professionals per la manca de recursos humans.
- Les reduccions de plantilles inesperades.
- La pressió per possibles reformes.
- Els canvis constants de tecnologia que generen ansietat.
- Les mancances o les deficiències en l'aplicació de les lleis laborals existents.
- La cultura tolerant i d'acceptació de la violència.

El cinquè i últim factor de risc és la permeabilitat de l'entorn extern. Una organització empresarial condicionada excessivament per les exigències de l'entorn, pel que diran des de fora, facilita la violència laboral perquè no permet establir els seus propis límits amb l'exterior.

Una vegada s'han presentat els cinc factors de risc de l'entorn de treball continuarem exposant els de les tasques laborals. Chappell i Di Martino (2000) estableixen que hi ha quatre factors de risc pròpiament relacionats amb les tasques: treballar en solitari, estar en contacte amb el públic, amb objectes de valor i amb col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat. A continuació, els presentem.

Treballar en solitari és el primer factor de risc associat a les tasques. El treball en solitari en si ja és un factor de risc i s'accentua encara més en funció del tipus de tasca que es realitza. Per exemple, un empleat de neteja si treballa en solitari de nit té més risc de patir violència laboral que si ho fa de dia.

Hi ha un gran nombre d'ocupacions que estan en contacte directe amb el públic –que és el segon factor. El risc de violència d'aquests treballadors és més alta respecte als que no ho estan, i encara s'accentua més quan s'atenen persones amb malalties mentals, sota l'efecte de l'alcohol o les drogues, o quan s'ofereixen serveis que són percebuts com de mala qualitat o despersonalitzats per part del client.

El tercer factor de risc associat a les tasques és el treball amb objectes de valor. Els treballadors que desenvolupen la seva tasca laboral en serveis on hi ha diners o objectes de valor tenen més risc de ser víctimes d'accions violentes perquè tenen més probabilitat de viure un assalt o altres situacions de risc en el seu lloc de treball.

L'últim factor de risc associat a les tasques és treballar amb col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat. La violència és una conducta observada entre els treballadors que atenen persones amb vulnerabilitat, i sovint es considera un risc inherent al treball. És el que es coneix com *la síndrome del lloc de treball*. Els factors que contribueixen a augmentar el risc de violència en els treballadors són:

- La frustració i la ira derivada de la malaltia i el dolor.
- Les dificultats d'adaptació al procés de l'envelliment.
- Els trastorns psiquiàtrics, l'abús d'alcohol i altres substàncies tòxiques.
- L'augment de la pobresa i la marginació en la comunitat.
- Les deficiències de l'entorn on es porten a terme les activitats assistencials.
- La manca d'organització i planificació de les activitats.
- L'escassa capacitació del personal que presta serveis a aquesta població.
- El clima general d'estrès i d'inseguretat en el lloc de treball.

En resum, el model de Neuman i Baron (1998) i de Chappell i Di Martino (2000) són dos models explicatius que ajuden a comprendre i explicar per què es produeix la violència laboral.

## 1.5. Conseqüències de la violència laboral

La violència laboral té conseqüències directes i indirectes. Les conseqüències directes recauen sobre l'individu i l'organització empresarial; i les indirectes, sobre la societat.

És per aquest motiu que en aquest apartat ens proposem abordar aquesta qüestió perquè el fet de presentar quins són els efectes de la violència laboral permet conèixer més el fenomen i identificar quines repercussions té en els diferents entorns.

Es fa difícil determinar quins símptomes presenten les persones que han patit violència laboral perquè la intensitat, freqüència i naturalesa de l'acte violent condiciona la manera com ho viu la persona.

Un segon element que ho dificulta, relacionat amb l'anterior, és l'estratègia d'afrontament. Cada persona afronta i gestiona les situacions difícils en funció dels recursos personals que té, la seva experiència i la interpretació i avaluació de l'acte. És per això que les conseqüències de la violència laboral són distintes en cada persona, si bé podem trobar símptomes comuns.

Di Martino (2004) diu que “la violència laboral causa en la persona sofriment, dolor, humiliació, falta de motivació, pèrdua de confiança i una disminució de l'autoestima” (p. 12). Les emocions expressades per les persones que han viscut episodis de violència laboral són la ira, la tristesa, l'ansietat, la irritabilitat i la culpa. A mesura que avança el temps, apareixen nous símptomes com malestar, dolor, pèrdua de confiança en si mateix i autoqüestionament de la competència professional.

Qualsevol episodi de violència és un element estressor per a la persona que el rep, independentment de l'entorn en el qual es produeix. I si per algun motiu els factors de risc no se suprimeixen a través d'una intervenció apropiada, és probable que els símptomes que apareguin en la persona, després d'haver rebut un acte violent, tinguin una repercussió directa en la seva salut física i mental.

La violència laboral també té efectes en les organitzacions de treball. Les conseqüències que se'n desprenen són a dos nivells: directes i indirectes. La manca de motivació dels

treballadors, l'augment de l'absentisme laboral i l'increment de les baixes laborals per malaltia són causes directes de la violència laboral. Per contra, les indirectes són: l'ascens de les primes d'assegurances i/o mútues, la disminució de la qualitat del producte o servei, el descens del rendiment, de la productivitat i de la competitivitat de l'organització empresarial.

Totes aquestes conseqüències de la violència laboral tenen un cost real per a l'empresa. Un cost visible de caràcter econòmic i un que ho és menys com ara el cost de la contractació de personal a causa de les substitucions de les persones malaltes, la pèrdua de la competitivitat, i el qüestionament del prestigi organitzacional en l'entorn. Per tant, la violència laboral comporta una despesa en l'organització.

L'últim entorn a abordar són les conseqüències de la violència laboral en la societat. Les seqüeles en la societat són en l'àmbit econòmic i relacional fins al punt d'afectar les relacions interpersonals com la convivència ciutadana. En relació amb el cost a nivell econòmic, els indicadors són:

- Les despeses de l'assistència sanitària dels treballadors que han patit aquest fenomen.
- El número de prestacions d'atur i la reconversió professional de les persones que han perdut el seu treball a causa de la violència.
- El cost per a la discapacitat o la invalidesa quan les persones perden la seva capacitat per a treballar a causa de la violència laboral.

L'OMS i el Banc Mundial també reforcen aquest argument i estimen que la violència laboral “contribueix al 15% de la càrrega mundial de la malaltia, sent conscients de la seva dificultat a desenvolupar indicadors adequats per avaluar el seu impacte total i real” (Berrios i López-Zafra, 2005, p. 14).

El segon nivell de les conseqüències de la violència laboral en la societat està vinculat a les relacions interpersonals i la convivència ciutadana. La violència genera sentiments com por, malestar i ansietat, que contribueixen a deteriorar les relacions humanes i l'entramat social.

En resum, la violència laboral no té únicament conseqüències en la persona treballadora que la pateix sinó també en les organitzacions de treball i la societat en la qual es troba immersa.

## **1.6. Prevenció de la violència laboral**

Tal com hem comentat amb anterioritat, la violència laboral és un problema mundial i de caràcter estructural que té greus conseqüències en els diferents contextos.

En els darrers anys, l'increment de la violència laboral ha contribuït que els organismes governamentals i les organitzacions empresarials dissenyin programes de prevenció per a minimitzar les seves repercussions. La prevenció s'entén com una mesura necessària per anticipar-se a la situació i evitar que succeeixi o, en cas d'haver-se produït, minimitzar-ne les possibles conseqüències.

Abans de prosseguir, considerem que és convenient definir les tres dificultats de la tasca preventiva: l'assumpció del risc, la predicibilitat i la implicació dels agents implicats.

La primera, l'assumpció del risc, és la creença errònia que la violència forma part del treball, i es coneix com *la síndrome del lloc de treball*. Alguns treballadors accepten que en la seva feina hi ha la probabilitat de ser víctima de la violència i això fa que els actes violents dels usuaris o de l'entorn s'assumeixin i s'acceptin com a inherents al treball. Aquest pensament del treballador perpetua la violència i reforça la poca necessitat d'establir mesures preventives.

La predicció és la segona. Hi ha la creença que la violència laboral és aleatòria i imprevisible de manera que els programes preventius són, en un gran nombre d'ocasions, innecessaris i poc efectius. Val a dir però que, tal com hem explicat en apartats anteriors, el coneixement dels factors de risc són el primer pas per elaborar i posar en pràctica programes de prevenció.

I la tercera dificultat és el compromís de tots els agents implicats. El treballador, l'organització empresarial i la societat ha de responsabilitzar-se de vetllar perquè la



violència laboral sigui eradicada, si es vol combatre. Si no hi ha un acord unànime de tots els agents implicats, les mesures preventives són ineficaces.

Els programes de prevenció de la violència laboral es realitzen en base a tres línies: la prevenció primària, la secundària i la terciària. A continuació, expliquem les mesures de prevenció en funció de cada una d'aquestes línies.

S'entén per prevenció primària totes aquelles mesures establertes per tal d'evitar la violència laboral. Aquesta línia de prevenció s'orienta a tota la població i les mesures d'intervenció i d'acció són tres: la conscienciació pública, els recursos comunitaris i les polítiques laborals.

Els experts en matèria de prevenció de la violència afirmen que és important que la població conegui el problema de la violència laboral. La conscienciació pública permet visibilitzar el problema i responsabilitzar la societat, de manera individual i col·lectiva, per a denunciar i afrontar la situació. Els governs de cada país són els responsables de potenciar la conscienciació col·lectiva, tot i que no podem desestimar la responsabilitat individual que tot ciutadà té envers aquesta qüestió.

En els darrers anys, diferents organismes oficials han realitzat programes d'informació per a sensibilitzar la població de l'existència de la violència laboral. Aquests programes han fet visible els recursos comunitaris per afrontar-ho i han promociat polítiques laborals per a combatre el fenomen. A continuació, en la taula 3, presentem els tres programes de prevenció primària que han tingut una major repercussió social perquè s'ha adreçat a una gran quantitat de població.

Taula 3. Programes de prevenció primària

Any de realització	Títol del programa	Ens organitzador	Breu descripció
1996	Workplace violence awareness and prevention	OSHA	Aquest programa es realitza a través d'una guia que s'estructura en quatre apartats. En el primer, s'aborda la sensibilització i prevenció de la violència; en el segon, els elements bàsics que constitueixen un programa de prevenció de la violència en el lloc de treball; en el tercer, els instruments bàsics per a identificar la violència laboral; i en el quart, els recursos existents que hi ha en l'entorn.
2001	Violence in the workplace. Prevention guide	CCOHS	A l'igual que l'anterior, aquest programa s'explica mitjançant una guia per ajudar a identificar els factors de risc, conèixer la legislació pertinent, saber com es desenvolupa un pla de gestió dels incidents crítics, conèixer els serveis de suport a les víctimes, saber com fer el seguiment dels incidents i quins programes de capacitació hi ha en l'actualitat.
2004	Programa Solve	Organització Internacional del Treball	Programa educatiu que té la finalitat d'ajudar a identificar els problemes emergents relacionats amb la salut laboral. No se centra només amb la violència laboral sinó també en problemàtiques de l'entorn laboral, com el consum d'alcohol i drogues, l'estrès, entre d'altres.

S'entén per prevenció secundària totes aquelles mesures adoptades per a prevenir la violència laboral quan es percep com a imminent. Els experts estableixen que hi ha una gran dificultat per a dissenyar i realitzar accions d'aquest tipus perquè hi ha ocupacions i entorns de treball amb més factors de risc que d'altres.

Les mesures més òptimes per a promocionar la prevenció secundària és en l'àmbit organitzacional. I és per aquest motiu que és important que les organitzacions empresarials adoptin estratègies per evitar situacions de violència que contribueixin que els treballadors i agents implicats en siguin conscients i fomentin de manera sinèrgica la seva eradicació.

Alguns exemples de mesures de prevenció secundària són: la presentació i promoció de les bones pràctiques de l'organització, la creació de registres de violència per a conèixer realment quina és la seva incidència, un pla de formació per als treballadors amb la finalitat de capacitar-los en situacions de risc, el recolzament institucional i els programes d'assistència i seguretat en el treball.

L'última línia que ens falta per definir és la prevenció terciària. S'entén per prevenció terciària, les intervencions que es realitzen quan la violència laboral ja s'ha produït i té per objectiu reduir els possibles danys que pugui haver causat en la persona i el seu entorn. Les estratègies de prevenció terciària varien en funció de l'avaluació del risc i de l'organització empresarial.

Els programes de suport i assistència a la persona que ha estat víctima de la violència laboral, la revisió dels programes d'assistència i la reactualització dels sistemes de seguretat són alguns exemples de mesures de prevenció terciària.

Una vegada hem exposat les tres línies de prevenció i la seva importància, volem fer esment a les aportacions que han fet Sethi *et al.* (2004). Aquests autors defensen que la prevenció terciària és l'eina més eficaç per frenar l'espiral de violència. Quan es produeix una situació violenta, si l'organització empresarial actua i estableix les mesures de prevenció adequades, l'acte queda com un fet aïllat i sense precedent; per contra, si la

gestió que es fa és poc adequada, la cultura de la violència es va gestant progressivament en el temps i s'anirà accentuant.

En resum, la prevenció és la gran eina per minimitzar els efectes de la violència laboral després d'haver-se produït o per evitar que es produeixi.

### **1.7. Instruments de mesura**

Després de fer una anàlisi exhaustiva de la bibliografia sobre aquesta temàtica, hem pogut evidenciar la manca d'instruments per a mesurar la violència laboral. La gran quantitat de factors per mesurar, el coneixement imprecís de la naturalesa, intensitat i freqüència de la conducta violenta, els moments en què es produeix, la probabilitat que es repeteixi i altres elements dificulten l'elaboració dels instruments.

En la revisió bibliogràfica, només hem sabut trobar dos instruments: el Sistema d'Avaluació de Riscos (BRASS) de Stock i el Workplace Violence Risk Assessment Checklist de Hall. Aquests dos instruments, de caràcter general, no estan validats i no estableixen els criteris d'inclusió i exclusió per a la seva administració.

Stock (2006) desenvolupà l'instrument anomenat *Sistema d'Avaluació de Riscos* (BRASS) amb la finalitat d'avaluar la violència laboral. Consta de vint-i-tres ítems i té per objectiu ajudar a identificar els factors de risc relacionats amb les activitats laborals que el treballador realitza.

Hall (2001) elaborà l'instrument *Workplace Violence Risk Assessment Checklist*, que consisteix, tal com indica el seu nom, en una llista que la persona que l'administra ha de comprovar per avaluar el risc en el treball. El *checklist* consta de seixanta preguntes que s'estructuren en quatre categories: dades sociodemogràfiques, esdeveniments que s'han produït de manera recent en l'entorn de treball, actitud del treballador cap al seu lloc de treball i deficiències de l'organització.

Capítol 2. La violència laboral de tipus II en col·lectius i/o  
situacions d'especial vulnerabilitat

---

La violència laboral de tipus II té una major incidència en el sector d'atenció a les persones i col·lectius d'especial vulnerabilitat. És per aquest motiu que en aquest capítol focalitzarem l'atenció en aquest sector amb la finalitat d'aportar coneixements d'interès per a l'objecte d'estudi d'aquesta investigació.

En el capítol anterior, hem deixat palès que el nostre model de referència és el model de Chappell i Di Martino (2000). Segons aquesta teoria, hi ha quatre factors de risc pròpiament vinculats a les tasques laborals, essent un d'ells l'atenció a les persones amb col·lectius i/o situacions de risc.

La incidència i la vulnerabilitat del treballador que atén persones en situació d'estrès són dos arguments convincents per fer-nos abordar amb deteniment aquesta qüestió i endinsar-nos en el fenomen que investiguem. Abans de prosseguir, però, creiem convenient exposar cinc aspectes a mode de resum, que ja hem citat en el capítol anterior, amb la finalitat de contextualitzar el que tot seguit iniciem.

El primer aspecte a tenir en consideració és la definició terminològica. Tal com s'ha apuntat, el concepte violència laboral es defineix des de múltiples disciplines generant una àmplia gamma de conceptualitzacions. Concretament, en l'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat, la indefinició del terme s'accentua encara més per la multiplicitat de definicions, fet que provoca desconcert i confusió.

La violència laboral és un objecte d'estudi relativament recent ja que els primers estudis daten dels anys 80. Val a dir que aquesta mateixa situació s'intensifica encara més en l'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat. Tot i l'esforç realitzat pels investigadors, actualment hi ha pocs estudis en aquest sector i els existents són excessivament especialitzats i orientats a descobrir quins són els factors de risc.

El tercer aspecte que volem ressaltar és la manca de reconeixement del problema. Tal i com s'ha constatat, hi ha una creixent sensibilitat vers el fenomen i això facilita que els estudis augmentin. Tanmateix, els prejudicis i els temors dels investigadors, les dificultats metodològiques i la manca de finançament dificulten encara la recerca i

obstaculitzen el reconeixement del problema. Aquesta situació també es produeix en l'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat.

La *síndrome del lloc de treball* és una creença clarament acceptada en aquest sector i és avalada per un gran nombre d'autors, entre els quals destaca Gerberich *et al.* (2004), que afirma que el 44% dels infermers no denuncien els actes violents dels pacients que atenen perquè els conceben com una situació inherent al propi lloc de treball.

I el cinquè i darrer aspecte és que la violència laboral en l'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat és de tipus II. Això significa que és el mateix usuari, ja sigui pacient o bé client, qui realitza l'acte violent cap al professional (McPaul i Lipscomb 2004).

Si centrem l'atenció en aquest darrer aspecte, l'any 1995, Cal/OSHA ja alertava que la violència laboral de tipus II es produïa en els serveis d'atenció a col·lectius d'especial vulnerabilitat. Aquest organisme establí que els serveis pròpiament afectats eren:

1. Serveis d'assistència mèdica: hospitals d'aguts, de llarga estada, d'atenció ambulatoria, de salut en la llar i altres serveis més especialitzats com:
  - a. La salut mental
  - b. L'atenció a les drogodependències
2. Serveis residencials i d'atenció domiciliària.
3. Serveis de benestar social: oficines d'atur, albergs per a persones amb problemàtiques socials, serveis d'atenció al benestar infantil, entre d'altres.
4. Proveïdors d'altres serveis com ara: personal del sistema de justícia i servei d'atenció al client.

Per tant, aquest últim aspecte que hem comentat i les aportacions de la Cal/OSHA ens condueixen a dir que la violència laboral de tipus II és prototípica dels serveis d'atenció a col·lectius d'especial vulnerabilitat.

En resum, hi ha una sèrie d'arguments que reforcen la necessitat de continuar estudiant la violència laboral en l'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat amb

la finalitat d'aportar nous coneixements que, en la mesura del possible, ajudin a comprendre més aquest fenomen.

En aquest capítol, conscients d'aquesta necessitat i per emmarcar l'objecte de la nostra investigació, presentem les bases de la violència laboral de tipus II en col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat.

## **2.1. Sectors d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat**

El sector d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat és un conjunt de serveis que s'adrecen a persones o grups humans que estan en situació de fragilitat ja sigui per problemes de salut, de risc d'exclusió social o per altres condicions de desigualtat (funcionals, entre d'altres).

Chappell i Di Martino, en el seu llibre *Violence at work* (2000), estableixen que els serveis d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat són quatre: hospitals, serveis d'urgència, de salut mental i residències de gent gran.

No obstant això, tot i tenir com a referent aquest model, volem afegir-ne un de nou que ha estat objecte d'estudi en els últims anys perquè s'ha constatat com una ocupació de risc: la violència laboral en l'atenció domiciliària.

Això significa que nosaltres ampliem a cinc els serveis que configuren el sector d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat. A continuació, els descriurem.

### **2.1.1. Hospitals**

La violència laboral en els hospitals ha estat àmpliament estudiada. Hi ha tres motius que han contribuït al fet que sigui objecte d'estudi: la incidència, el reconeixement del problema per part dels professionals i els models d'organització i jerarquia.



Taula 4. Estudis d'incidència de la violència laboral de tipus II en els hospitals

Autors	Síntesi de la investigació
Budd <i>et al.</i> (1996)	El 2,5% dels treballadors sanitaris explicitaren haver estat agredits físicament en el seu lloc de treball durant dotze mesos.
Arnetz i Arnetz (2001)	Afirmen que el 50% del personal sanitari va estar exposat a la violència laboral de tipus II durant un període de dotze mesos.
Nolan <i>et al.</i> (2001)	Realitzaren un estudi comparatiu de la violència laboral del personal d'infermeria suec respecte al britànic. La conclusió va ser: el 10% del personal d'infermeria suec va informar de l'exposició diària d'agressió respecte al 27% del britànic.
British N. Audit Office (2003)	Denunciaren l'augment del 13% d'incidents violents i d'agressió cap al personal sanitari respecte als dos anys anteriors.
Col·legi Oficial de Metges de Catalunya (2004)	Realitzaren un estudi sobre la incidència de la violència laboral. Les agressions verbals eren un 44%, les físiques un 28% i les amenaces un 26%. El 50% de les agressions varen ser per part dels pacients. En les sales d'hospital es produïren el 13,7%; en el CAP, el 28,6%; i en les urgències, el 45%.
Winstanley i Wittington (2004)	Calcularen que la probabilitat que un equip multidisciplinar fos víctima d'atacs físics dels pacients era d'un 23%, i un 16% que patís agressions múltiples.
Gerberich <i>et al.</i> (2004)	El 78% de 6.300 infermers afirmaren haver estat víctima de la violència laboral. El 97% va fer saber a la direcció que va ser el pacient qui realitzà l'acte violent i només un 10% dels infermers informà de la situació.
Fernandez- Martin <i>et al.</i> (2006)	Les agressions a professionals de la UCI: en el període d'un any, el 62% dels professionals van rebre accions físicament violentes per part dels pacients atesos, i un 68%, accions verbalment violentes. Només es van registrar per escrit el 2,5% dels actes quan l'acte fou verbal, i el 40% quan va ser físic.
Cantera <i>et al.</i> (2009)	El 27% de 1.141 professionals de la salut expressaren haver patit assalts, i el 23%, haver patit amenaces. El 68% experimentaren agressió verbal i el 25,7%, física, durant els últims 12 mesos.

Aquesta sensibilitat vers l'objecte d'estudi en aquest servei ha generat nous coneixements que han contribuït a diferenciar el concepte de la violència laboral en funció del servei. I és per aquest motiu que un percentatge important dels estudis que s'han realitzat en hospitals utilitzen el concepte *violència ocupacional* per tractar la violència laboral en aquest sector.

La investigació en aquest servei s'orienta a dues línies: una primera per a conèixer quin és l'abast de la violència laboral i una segona per descobrir quins poden ser els factors de risc desencadenants.

En relació amb l'abast del fenomen, en la pàgina anterior, en la taula 4, exposàvem les investigacions més representatives de la violència laboral en els hospitals.

Una de les característiques més sorprenents de la recerca de la violència laboral en aquest tipus de servei és l'escassa quantitat de denúncies per part dels professionals. Un dels exemples que reflecteix aquesta situació és l'estudi realitzat per Duncan (2001), en el qual s'estableix que el 70% dels infermers que treballen en els hospitals no informen dels incidents violents en què són víctimes. Una de les possibles explicacions, segons Deans (2004), és la manca de suport i d'assistència per part de la direcció de l'organització cap als professionals afectats.

I en relació amb la segona línia d'investigació, els estudis s'han focalitzat bàsicament a conèixer i descriure la conducta violenta (Hahn, 2008).

### **2.1.2. Serveis d'urgència**

La violència laboral ha estat objecte d'estudi tant en els serveis d'urgència com en els d'emergències; és a dir, serveis que inicialment poden realitzar-se fora de l'hospital però que, en un alt percentatge dels casos, s'acaben atenent en els serveis d'urgències d'un hospital o centre sanitari.

La investigació de la violència laboral en aquests serveis s'ha orientat a conèixer quina és la incidència del fenomen. Els autors més representatius que ho han estudiat són:

Fernandes (1999), Presley i Robinson (2002), May i Grubbs (2002), Kowalenko (2005), Gates (2005) i Ross-Adjie i Gillman (2007).

A continuació, exposem els resultats de tres estudis que considerem que són representatius perquè aporten coneixements que faciliten l'explicació i la comprensió del fenomen. El primer estudi és el de Lipscomb *et al.* (2002). Aquest autor demostra quantitativament que els professionals d'emergència són professionals de risc per la seva interacció amb diferents factors de risc com: les llargues esperes, l'alt grau de frustració de la persona atesa perquè no obté la resposta o l'atenció mèdica esperada, els antecedents de violència de la persona i la permissibilitat de la violència cultural i de l'entorn en el qual s'intervé.

El segon estudi representatiu és de l'investigador Rippon (2000), el qual estableix que només el 29% del personal d'infermeria en els serveis d'urgència informen a l'organització haver patit un acte violent. Els motius que poden explicar aquesta situació són tres: el primer és la gran quantitat de formularis a complimentar, fet que suposa en el professional haver-hi de dedicar massa temps; el segon és la *síndrome del lloc de treball* (Chapman i Styles, 2006); i el tercer motiu és la creença que el professional que denuncia l'acte no trobarà el suport ni les mesures correctores en l'organització empresarial on treballa.

Les aportacions de Cameron (1998) és l'últim estudi que comentem. Aquest autor, en una investigació a infermers d'urgències que havien patit violència de tipus físic i verbal, determinà els efectes que generava aquest fenomen en el servei. Les conseqüències, segons Cameron, són: l'augment d'errors (52%), la disminució de la motivació cap a la tasca que s'està realitzant (51%), la disminució de la productivitat i l'increment de parelles professionals per evitar la situació (45%).

Abans de concloure aquest apartat voldríem subratllar un dels problemes de la recerca en aquest servei: la representativitat. Els estudis que s'han realitzat en aquest servei són extremament localitzats i això significa que la mostra no és representativa de la població en general sinó del segment poblacional que s'estudia. Aquesta constatació ens

conduïx a afirmar que, tot i l'avenç, hi ha un gran desconeixement dels factors que faciliten la violència laboral i del seu abast real.

### **2.1.3. Serveis de salut mental**

Ekblom (1970) va ser el primer a investigar el problema de la violència en l'àmbit de la salut mental. Aquest investigador suec publicà els seus resultats en un document anomenat *Acts of violence by patients in mental hospital*.

La malaltia mental és un factor de risc, tal com s'ha comentat en el capítol 1, i és per aquest motiu que els professionals dels serveis de salut mental també són un grup de risc. Ara bé, no totes les persones amb malaltia mental són violentes, encara que s'ha demostrat que hi ha una relació directa entre malaltia mental i violència (Stuart, 2003).

La investigació de la violència laboral en els hospitals psiquiàtrics s'ha centrat majoritàriament a identificar quines són les variables de la persona malalta que exerceix l'acció violenta (Nijman i Rector, 1999). Alguns autors han criticat aquesta direcció unànime de la recerca per ser esbiaixada i estigmatitzadora. Krakowski i Czobor (1997), crítics amb la línia d'investigació existent, han proposat noves línies de recerca més orientades a conèixer els factors de risc situacionals i ambientals.

Els factors que s'associen de manera més constant al risc de violència són: el consum de tòxics (Norko i Baranoski, 2005), els antecedents de la conducta violenta (Stuart, 2003) i els símptomes paranoides dels malalts psicòtics (Appelbaum *et al.*, 2000).

Stadnyk (2008) estableix que els professionals que treballen en la salut mental, ja sigui en hospitals psiquiàtrics o en altres serveis adreçats a tota la comunitat, mostren clarament tres preocupacions. La primera és l'alt nivell d'exposició a la violència laboral explicada pels professionals. Les seves conseqüències són la segona preocupació. Els professionals manifesten tenir poc suport per part dels companys de treball i dels supervisors, fet que agreuja encara més el seu malestar. Segons Stadnyk (2008), només el 51,5% dels professionals informen del problema. I la tercera preocupació és la poca consciència de risc. El professional pensa que està immune a la

violència exercida pel pacient i que afecta els altres professionals però no a ell. Segons aquest autor, la consciència de l'acte pren relleu quan el professional n'ha estat víctima.

El fet de no saber o no poder preveure com es comportarà una persona amb malaltia mental severa genera en el professional més desconcert i, a la vegada, més incredulitat a l'hora d'establir mesures de prevenció.

#### **2.1.4. Residències de gent gran**

La violència laboral en les residències de gent gran és precisament el nostre objecte d'estudi. És per aquest motiu que no tractem aquesta qüestió en aquest apartat sinó que el desenvoluparem d'una manera més extensa al capítol següent.

#### **2.1.5. Atenció domiciliària**

La recerca de la violència laboral en els serveis d'atenció domiciliària és relativament recent i les investigacions realitzades són escasses i poc representatives.

Els professionals que treballen en l'atenció domiciliària majoritàriament ho fan sols i aquest fet ja de per si és un factor de risc. Això no obstant, treballar sol no és l'únic factor de risc sinó que n'hi ha d'altres, com ara el col·lectiu al qual s'adreça, el grau de vulnerabilitat i malestar de les persones a les qual s'atén, entre d'altres.

L'any 1998, l'organisme Cal/OSHA ja posava de relleu la quantitat de factors de risc dels professionals de l'atenció domiciliària i també, en aquell mateix any, Arnetz (1998) establí que un dels col·lectius ocupacionals més exposats a la violència laboral és el dels cuidadors no professionals i d'atenció domiciliària pel fet d'estar en contacte directe amb les persones malaltes i vulnerables.

Les dues investigacions més rellevants en aquest context, que aporten nous coneixements, són les conduïdes pel Karolinska Institute. En la primera, realitzada per Menckel i Viitasara (2002), es posà de relleu que el 51% del 170.000 funcionaris municipals –més de la meitat treballen en l'atenció domiciliària– van estar exposats a amenaces i conductes violentes durant un any. Aquesta investigació va ser la primera orientada a conèixer l'abast del fenomen.

La segona investigació, també conduïda per Viitasara (2007), consisteix en un estudi prospectiu amb la finalitat de conèixer l'abast real, els factors de risc i les conseqüències de la violència laboral en els treballadors municipals d'atenció domiciliària de Suècia. La conclusió d'aquest estudi és que els professionals que estan més en contacte directe amb les persones ateses, ja sigui per proximitat o categoria professional, són més vulnerables i tenen un risc major de patir violència per part de l'usuari.

En resum, la investigació en cada un d'aquests serveis és recent, molt centrada i focalitzada en un territori i amb orientacions específiques, tot i que convergeixen en tres línies: saber-ne l'abast, conèixer els factors de risc i els factors protectors.

## **2.2. Incidència en els diferents sectors**

Saber quina és la incidència d'un esdeveniment és un indicador que ajuda a conèixer quin és l'abast real de la situació. És per aquest motiu que la finalitat d'aquest apartat és endinsar-nos en el nostre objecte d'estudi per tal de conèixer específicament quina és la magnitud de la violència laboral de tipus II en els sectors de l'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat.

Tal com s'ha mencionat en anteriors apartats, la violència laboral de tipus II afecta greument els professionals del sector de l'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat. Di Martino (2003), ja per a aquesta situació, constatà que el 23% de la violència laboral es produeix específicament en aquest sector i proposà la necessitat d'establir mesures de prevenció per a frenar el que anomenà *epidèmia de la nostra societat*.

Tres anys previs a aquesta data, l'Organització Mundial de la Salut, l'Oficina Internacional del Treball, el Consell Internacional d'Infermeres i els serveis públics iniciaren una investigació a gran escala amb la participació de set països per a saber la situació de la violència laboral en aquest sector. Els resultats es publicaren dos anys més tard, presentant el percentatge d'actes violents de cinc dels set països participants durant un any. El país amb un percentatge més elevat va ser Bulgària en un 75,8%, seguit d' Austràlia en un 61%, Portugal en un 60%, Tailàndia en un 54% i, finalment, Brasil en un 46,7% (Di Martino, 2002).

A continuació, detallarem la incidència de la violència laboral de tipus II en cada un dels serveis per tal de veure amb més claredat la magnitud del nostre objecte d'estudi, tot i ser conscients que les dades de què disposem només són la punta de l'iceberg.

### **2.2.1. Hospitals**

La violència laboral de tipus II en els hospitals i els diferents serveis sanitaris de caràcter general (centres d'atenció primària, ambulatoris, etc.) ha estat la més estudiada. És per aquest motiu que disposem de més coneixements respecte d'altres serveis i la informació que en tenim està relacionada amb la incidència i els factors de risc implicats.

A continuació, exposem tres estudis que estan ordenats en el temps amb la finalitat d'aportar dades sobre l'abast del fenomen.

En un estudi realitzat pel National Institute for Occupational Safety and Health (2002) l'any 1999 s'estima que, dels 5 milions de treballadors d'hospital, uns 2.637 varen ser víctimes de violència laboral de tipus II; això significa una taxa del 5,2%. Aquest mateix estudi comparà aquesta dada amb la del sector de la indústria i establí que la violència laboral en els hospitals és superior respecte a les altres activitats.

El segon estudi que també posa de relleu la magnitud de la violència laboral en aquest servei va ser realitzat per Wells i Bowers (2002) a Anglaterra. Aquests investigadors establiren que un dels millors indicadors per a conèixer el fenomen de la violència laboral en els hospitals és saber el percentatge anual d'infermers que han sofert violència per part dels usuaris. Els infermers, com a treballadors de primera línia, són un col·lectiu professional d'alt risc.

L'últim estudi és la recerca impulsada per Cervantes (2009) i realitzada a Catalunya durant el període comprès entre l'1 de gener de 2005 i el 31 de desembre de 2008. L'estudi posa de manifest que durant aquest període de temps es produïren 1.909 incidents violents als 33.370 professionals de la salut; això indica que un 5,72% van ser víctimes de la violència en el seu centre de treball, gairebé un terç de casos va patir violència física i més de la meitat va patir violència psicològica.

### 2.2.2. Serveis d'urgència

En l'apartat 2.1.2. ja hem explicat que hi ha una gran multiplicitat de factors de risc en els serveis d'emergència que contribueixen a reconèixer que el professional es troba en un entorn amenaçant on es genera violència laboral de tipus II. Tanmateix, la confusa i contradictòria informació de què disposem i la poca representativitat dels estudis existents no ens permeten conèixer amb exactitud la incidència de la violència laboral de tipus II en els serveis d'urgències.

Ara bé, voldríem destacar dos estudis. Lavoie (1992) investigà la incidència de la violència laboral en els serveis d'urgència d'hospitals americans. Concretament, en 127 hospitals que atenen unes 40.000 visites a l'any. Els resultats que s'obtingueren foren que el 32% dels professionals d'emergències informaren als seus superiors d'haver estat amenaçats verbalment cada dia i un 18% que ho havia estat amb armes un cop al mes.

El segon estudi que presentem va ser realitzat a 163 funcionaris del servei d'emergències de Vancouver. Segons Fernandes (1999), el 12% dels professionals manifestaren haver patit conductes violentes de tipus verbal i físic. Aquest estudi aportà altres dades d'interès, com ara que el 68% dels professionals afirmen que la freqüència d'actes violents augmenta a mesura que hi ha més temps d'exposició; el 73% expressà tenir por dels pacients com a conseqüència de la seva conducta violenta; el 49% ha ocultat, com a mínim una vegada, la seva identitat als pacients per por de ser agredit; i el 27% dels professionals va demanar dies de descans per haver estat víctima de violència laboral de tipus II.

Per últim, voldríem exposar un estudi que ens ha sorprès perquè s'ha centrat bàsicament a saber la violència laboral que pateixen els metges del servei d'emergències. Kowalenko *et al.* (2005) va realitzar una entrevista a 250 metges per a saber l'abast real del fenomen. La finalitat d'aquests autors era corroborar si aquest col·lectiu professional és menys susceptible a rebre actes de violència respecte d'altres col·lectius professionals que estan més hores exposats a les persones que atenen. Els resultats obtinguts posaren en evidència que a major categoria professional, menys risc de violència, i que el 74,9% dels metges entrevistats havien rebut amenaces i el 28,2%, atacs físics per part del pacients atesos.



### 2.2.3. Serveis de salut mental

Hi ha diferents estudis que posen de relleu que els professionals de la salut mental són els més afectats de la violència laboral; essent els més representatius els de Merezcz *et al.* (2006), Nolan *et al.* (2001), Gryadon *et al.* (1994) i Holden (1985).

Segons Lanza *et al.* (2006), *la síndrome del lloc de treball* s'accentua encara més entre els treballadors dels serveis de la salut mental i paradoxalment no és un fet que contribueixi a minimitzar el número de casos sinó tot el contrari. Aquest autor també assenyala que l'índex de violència en els centres psiquiàtrics és més elevat respecte als altres serveis. Tanmateix, no és fàcil mesurar la seva incidència perquè aquesta informació difícilment es registra atès que, tal com comentàvem anteriorment en l'apartat *Serveis de salut mental*, els professionals tenen poc suport i, alhora, poca consciència que aquesta situació de risc pot afectar-los de manera directa.

Si ens fixem en dades sobre l'abast de la situació, hem de tornar a citar Stadnyk (2008). Aquest autor realitzà una investigació en la qual participaren 120 infermers de diferents serveis de la salut mental (hospitals psiquiàtrics, unitats de llarga estada i serveis comunitaris) i establí dues conclusions. La primera és que el 97,5% dels infermers que participaren a l'estudi respongueren afirmativament a la pregunta de si havien patit, com a mínim, un episodi de violència física en el seu lloc de treball durant l'últim any. El 100% dels participants afirmaren haver experimentat violència de tipus físic per part del pacient durant la seva trajectòria professional.

Set anys abans de la recerca de Stadnyk (2008), Nolan *et al.* (2001) van fer un estudi comparatiu entre la incidència de la violència laboral en els infermers del sector de la salut mental de Suècia i d'Anglaterra. Aquests autors no trobaren diferències significatives entre països –Suècia un 71% i Anglaterra un 69%– però determinaren que, independentment de la cultura de cada país, el marc legislatiu i l'organització de treball són factors de risc de la violència en l'entorn de treball.

### 2.2.4. Residències de gent gran

En l'apartat 2.1.4 ja exposàvem que la violència laboral en les residències de gent gran és l'objecte d'estudi de la nostra investigació. És per aquest motiu que en aquest apartat

no desenvoluparem quina és la incidència de la violència laboral II en aquest servei sinó que ho farem en el següent, en el qual tractem pròpiament aquest fenomen.

### **2.2.5. Atenció domiciliària**

La investigació sobre violència laboral en aquest servei és relativament recent i els resultats obtinguts en els diferents estudis de recerca són escassos i de poca representativitat.

L'estudi d'atenció domiciliària més representatiu fou realitzat per Saveman i Sandvide (1999). Aquests investigadors revelaren que l'11% dels 499 professionals que treballen en domicilis havien rebut accions violentes per part de les persones ateses.

En definitiva, la violència laboral de tipus II està present en tots els serveis d'atenció a col·lectius i/o situacions vulnerables, encara que la seva incidència és diferent i desigual en cada un dels serveis.

## **2.3. Factors de risc de la violència laboral de tipus II**

Abans de presentar els diferents factors de risc de la violència laboral en el sector d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat, voldríem fer esment d'un possible perill: l'estigmatització. Considerem que si prenem consciència dels efectes perjudicials de l'estigmatització podrem minimitzar-los. Un factor de risc no és el mateix que una conducta realitzada; la diferència rau en el fet que el primer s'entén com a probabilitat, el que podria arribar a ser, i el segon significa que ja s'ha produït. Els factors de risc són instruments que faciliten la prevenció i és summament important tenir-los en consideració. Tanmateix, no s'han d'entendre com un instrument d'avaluació i dictamen que ocasiona estigmatització. Per exemple, tal com exposa Magin *et al.* (2007), les persones amb problemes de salut mental poden ser un col·lectiu de risc però no totes les persones que pateixen malalties mentals són violentes.

Si partim del model de Chappell i Di Martino (2000), entenem que els factors de risc s'estructuren en dues línies: l'individual i la vinculada al lloc de treball. Aquesta segona línia se subdivideix en dues més: entorn i tasques. A continuació, expliquem els factors de risc encara que som conscients que, tal com també afirma Viitasara *et al.* (2003), són

escassos pel baix nombre d'estudis existents i per les greus mancances de fonamentació o mètode que aquests presenten.

### **a) Factors de risc individual**

En relació amb els factors de risc individual, la literatura n'assenyala sis. Aquests són: edat, experiència, formació, gènere, característiques personals i situacions específiques.

L'edat és un primer factor de risc individual. Nolan *et al.* (2001) estableixen que com més jove és el professional, més probabilitat té de patir violència laboral de tipus II. L'edat per si sola no és un factor desencadenant de l'acte violent per part de l'usuari però amb la interrelació d'altres factors ho pot arribar a ser.

Un segon factor de risc és l'experiència en el treball (Camerino *et al.*, 2007). Com més experiència té el professional, menys probabilitat de violència laboral de tipus II. L'usuari percep el professional amb poca experiència com a inexpert, insegur, amb temor i dubtes i aquestes sensacions poden fer desencadenar actes de violència cap al professional.

Flannery *et al.* (2000) afirmen que la formació és una eina de protecció ja que si el professional no disposa de les competències per a la seva capacitat professional, la violència de l'usuari cap al professional pot desencadenar-se. Saber què és un deliri, per exemple, permet al professional abordar la situació d'una manera distinta respecte al que no ho sap.

Un quart factor de risc és el gènere del professional. Si bé en literatura hi ha una tendència a afirmar que les dones professionals estan més exposades a la violència, especialment la de caràcter sexual, Lawoyo *et al.* (2004), després de fer una revisió bibliogràfica, afirma que els resultats de les investigacions són contradictoris i poc concloents i això pot significar que tant els homes com les dones professionals siguin susceptibles de ser víctimes de la violència laboral de tipus II.

Les característiques personals com ara l'hostilitat, la baixa tolerància a la frustració i la poca receptivitat són el cinquè factor de risc individual. Tal com apunta Cooper i

Swanson (2002), les persones que tendeixen a centrar-se en els aspectes negatius de la seva experiència de vida poden ser generadores i receptores de la violència; és a dir, poden donar i rebre alhora accions violentes.

Un últim factor de risc individual són les situacions específiques de cansament i fatiga del professional. El cansament provoca en la persona una disminució dels seus recursos personals. És per aquest motiu que en els serveis de jornades laborals de caràcter extensiu (8 a 12 hores) hi ha més risc de violència. Si, a aquest factor, se n'hi afegeixen d'altres com una alta càrrega de treball, un gran esforç físic, etc., que poden agreujar més les situacions de cansament, el risc de violència laboral pot augmentar.

Els sis factors de risc que fins ara hem presentat responen a les característiques individuals dels professionals. Tanmateix, no presentar els dels usuaris dels serveis d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat seria incomplet ja que els necessitem tots dos per a poder-los identificar i per a promocionar-ne la prevenció. A continuació, presentem els vuit factors més representatius.

El primer factor de risc relacionat amb l'usuari és la inestabilitat psicològica. En aquests serveis, el professional atén les persones en situacions de vulnerabilitat, desconcert i malestar; en alguns moments i en funció dels seus recursos personals, la persona atesa expressa d'una manera primària i en forma de violència aquests sentiments cap al professional.

La insatisfacció i el descontentament davant d'un servei o d'un producte genera en la persona atesa sentiments d'irritació, ira i malestar que pot projectar cap aquell que l'atén, essent el professional qui té més predisposició a ser-ne víctima.

El temps d'espera sovint pot generar estrès i constitueix el tercer factor de risc de l'usuari. Segons el professor Bayés (2001), una llarga espera crea moments d'avorriment i situacions de sofriment intens. Si aquesta situació no s'aborda especialment quan el pacient té dolor o està esperant un resultat important pot fer augmentar l'acció violenta de l'usuari cap al professional.

La percepció de promeses no satisfetes és el quart factor. Quan l'usuari està en una situació de vulnerabilitat i no se sent prou escoltat i/o amb el suport que mereix perquè considera que l'atenció rebuda és inferior a l'esperada, la violència laboral vers el treballador és més factible que es produeixi.

A mesura que augmenta la frustració, la ira i l'estrès, hi ha més probabilitat que augmenti la violència de tipus II. És per aquest motiu que en poblacions d'especial vulnerabilitat, aquestes reaccions estan més presents en els usuaris i això pot incrementar la violència que, en un percentatge important de casos, es dirigeix cap al professional.

La vulnerabilitat genera en les persones confusió, irritabilitat i agitació (Linaker i Bush-Iversen, 1995). Aquest cinquè factor de risc, que està relacionat amb l'anterior, comporta en la persona un increment del seu nivell d'estrès i sofriment. Per tant, tot i la interrelació entre factors, el professional que desitgi minimitzar els possibles efectes de la violència laboral de tipus II haurà de tenir en compte aquestes tres situacions emocionals com a factors de risc.

En el capítol 1, concretament en l'apartat *Model interactiu de Chappell i Di Martino*, posàvem de relleu que el consum de drogues és un factor de risc de la violència laboral (Cooper i Swanson, 2002). Si considerem que aquesta pràctica pot augmentar en situacions de vulnerabilitat i/o estrès és òptim tenir-ho present. Això no obstant, un factor de risc és una probabilitat i no una certesa.

L'últim factor de risc en relació amb l'usuari és la malaltia mental. Segons Chappell i Di Martino (2000), a l'igual que apuntàvem en el punt anterior, quan els col·lectius de vulnerabilitat que s'estan atenen pateixen trastorns psicòtics, de personalitat, quadres de deteriorament cognitiu i demències (Sadock i Sadock, 2008), la probabilitat que el factor de risc es converteixi en una amenaça real, augmenta.

#### **b) Factors de risc del lloc de treball**

Una vegada hem presentat els factors de risc individual, continuarem exposant els vinculats al lloc de treball. Segons el model de Chappell i Di Martino (2000),

s'estructuren en dos nivells: el primer està orientat a l'entorn i el segon comprèn les tasques del lloc de treball. A continuació, es detallen els sis factors de risc de l'entorn de treball.

El primer és la ubicació física. Tal com apunten Chappell i Di Martino (2000), la ubicació física és un dels factors de risc vinculat a l'entorn de treball. Hi ha poques recerques que tractin específicament aquest factor; ara bé, hi ha dos elements a tenir presents a l'hora d'atendre col·lectius d'especial vulnerabilitat: la capacitat de la sala i les seves característiques. Que l'espai físic on s'atén la persona vulnerable sigui extremament petit pot generar incomoditat i neguit, i si a aquesta situació hi afegim els factors de risc individuals, s'incrementa la probabilitat que es produeixin accions violentes. També s'ha demostrat que la mala il·luminació facilita l'acte violent (McPhaul, 2008).

L'organització és el segon factor de risc. La mala organització és un factor de risc de la violència laboral, que s'accentua encara més quan s'atenen col·lectius i situacions de vulnerabilitat. Els diferents elements que ho reforcen són: la visualització del mal clima entre treballadors (Camerino *et al.*, 2007), la manca de capacitació del personal i l'absència de polítiques de prevenció i de gestió de crisis (McPhaul i Lipscomb, 2004). Un dels grans reptes del sector consisteix a promoure mesures d'organització per minimitzar el risc de la violència laboral de tipus II.

El tercer factor de risc és la manca de suport institucional. Tal com s'ha comentat en aquest mateix capítol, una de les queixes dels professionals del sector de l'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat és la falta de suport per part de la direcció després d'haver patit violència laboral de tipus II. Segons Paterson *et al.* (1999), aquesta situació no s'aborda perquè el directiu tendeix a pensar que amb el pas del temps tot se solucionarà i el problema quedarà resolt; i justament passa tot el contrari. El professional que ha patit violència laboral de tipus II expressa més malestar i inicia una acció violenta cap a la persona que atén i, consegüentment, incrementa la seva vulnerabilitat, sense ser-ne conscient.

Els diferents ritmes de treball és el quart factor. Els professionals que treballen en els serveis d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat, en general, tenen una alta càrrega de treball, que s'accentua encara més quan hi ha manca de personal. Aquesta situació comporta que el professional acceleri més el seu ritme de treball per a contrarestar la falta de recursos i per a respondre a les demandes exigides per direcció. Per contra, les persones en situació de vulnerabilitat busquen en el professional dedicació i respostes a les seves preguntes, i demanen –sense ser-ne conscients– ésser ateses en un lapse de temps que considerin suficient. Aquesta situació oposada entre el que vol l'usuari i el que realitza el professional pot arribar a ser un desencadenant de violència.

L'acumulació de persones en un moment o lloc determinat és en si mateix una situació estressora tant per a la persona atesa com per al personal. Si hi afegim el factor de la vulnerabilitat, la situació es complica. En els moments d'aglomeració, els factors de risc s'incrementen: el soroll, el malestar de la persona, l'augment de l'ansietat..., són situacions estressores que conjuntament amb la vulnerabilitat poden fer augmentar la probabilitat de violència laboral cap al professional.

L'últim factor de risc de l'entorn de treball és la permeabilitat de l'entorn extern. En els serveis d'atenció a col·lectius i persones en situacions de vulnerabilitat no només s'atén la persona afectada sinó que, sovint, s'atenen també els familiars i les persones més properes. Això significa que en els serveis d'atenció es produeixen un seguit d'interrelacions entre la persona i el seu entorn humà. Si les relacions són conflictives, el professional pot ser el boc expiatori i ésser víctima de les conductes violentes de l'usuari i del seu entorn (Camerino *et al.*, 2007).

Després d'haver presentat els factors de risc de l'entorn de treball, exposarem els que estan vinculats a les tasques professionals. Val a dir, però, que el model de Chappell i Di Martino (2000), que és un referent en aquesta investigació, estableix que el sector d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat és un factor de risc pròpiament de les tasques del lloc de treball. Per tant, el nostre objecte d'estudi en si mateix ja és un factor de risc tot i que la literatura n'apunta tres més, que seguidament expliquem.

El primer és el perfil laboral. Tal com hem explicat en l'apartat 2.1 d'aquest mateix capítol, hi ha diferents serveis que configuren el sector d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat i en què treballen diversos perfils professionals, amb formacions i tasques diferenciades. En les investigacions que s'han realitzat, s'ha evidenciat que els professionals d'atenció més directa, com per exemple els auxiliars, tenen una incidència més elevada d'actes violents per part dels usuaris que atenen respecte d'altres perfils amb menys hores d'exposició, com ara els metges. Segons Flannery (2000), aquests resultats posen de relleu que el risc de violència laboral de tipus II es dona en funció del perfil professional.

El segon factor de risc vinculat a les tasques del lloc de treball és treballar sol. En el model de Chappell i Di Martino (2000) s'estableix que treballar sol és un dels factors de risc. Si hi afegim altres factors, com ara les característiques de la població a la qual s'atén, pot augmentar la probabilitat de ser víctima de la violència laboral de tipus II. Per tant, la confluència de diverses situacions i factors de risc fan incrementar la possibilitat de violència perquè, tal com diu el mateix model, un factor de risc per si sol no és desencadenant però sí ho és una multiplicitat de factors.

Els moments i tasques específiques són el tercer factor de risc. En la literatura, trobem recerques orientades a establir quines tasques i quins moments de la jornada de treball del professional augmenten la probabilitat de violència. Segons Sjöström *et al.* (2001), els actes violents cap als professionals solen produir-se durant els primers dies que l'usuari està sent atès en el servei per no estar estabilitzat amb els tractaments que necessita o per la manca de confiança. McPhaul i Lipscomb (2004) analitzaren amb més profunditat aquest factor de risc i establiren que en les hores de menjar i de visita, moments de màxima activitat per part del personal, hi ha més probabilitat de violència laboral de tipus II.

En resum, conèixer els factors de risc a nivell individual, com els vinculats al lloc de treball per part dels professionals del sector d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat, és necessari si es vol prevenir la violència laboral de tipus II.



## **2.4. Repercussions en el sector d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat**

La violència laboral té repercussions en el professional, en l'organització empresarial i en la societat. En aquest apartat, analitzarem quines conseqüències té la violència laboral de tipus II en el sector d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat; tot i ser conscients que en l'anterior capítol s'abordà aquesta qüestió des d'una òptica més general, en aquest apartat ho fem d'una manera més precisa i concreta.

Les conseqüències de la violència laboral de tipus II en el professional es manifesten a través de símptomes en totes i cada una de les cinc dimensions (física, emocional, cognitiva, conductual i social) de la persona. A continuació, detallem aquests símptomes.

Els símptomes físics més freqüents en el professional que ha patit violència laboral de tipus II són: disfuncions gastrointestinals, respiratòries, mals de cap, dolors musculars, fatiga, entre d'altres.

A nivell emocional, els símptomes que apareixen amb força en els professionals que han estat víctima són: alt nivell d'ansietat, distrès, irritabilitat, sentiments d'inseguretat, indefensió, impotència, frustració, por, culpabilització, vergonya i desconfiança. En un estudi realitzat per Arnetz i Arnetz (2001), es demostrà que el 13% dels professionals que havien experimentat violència laboral de tipus II expressaren obertament tenir por dels usuaris que els havien agredit.

Les manifestacions de malestar en la dimensió cognitiva són les dificultats d'atenció, problemes de memòria, planificació i execució de tasques, confusió, perplexitat i desconcert professional.

En la dimensió conductual també apareixen símptomes. A diferència de les dimensions anteriors, la incidència en aquesta dimensió té una afectació directa en l'organització empresarial. Els símptomes més freqüents són: l'augment d'absentisme laboral, baixes per malaltia, demanda creixent de trasllats o d'excedències, l'ús de psicofàrmacs o bé d'altres substàncies de caràcter tòxic (alcohol, tabac...), entre d'altres.

La social és l'última dimensió per exposar. Els símptomes més evidents de la violència laboral en el professional són l'aïllament i la manca de comunicació en el seu entorn personal, fet que afecta directament el treball i provoca un increment del tracte despersonalitzat vers l'usuari, la qual cosa agreuja encara més la salut i la qualitat de vida personal del professional.

Tal com hem explicat, la violència laboral de tipus II té una incidència directa en totes i cada una de les dimensions de la persona. Ara bé, hi ha altres símptomes, com la disminució de la competència professional (Deans, 2004), el descens de la disposició per atendre persones vulnerables potencialment conflictives, la disminució de la capacitat empàtica en la relació professional (Cantera *et al.*, 2008) i el decreixement significatiu de la motivació i implicació professional en l'organització de treball.

Una vegada hem exposat les conseqüències de la violència laboral de tipus II en el professional, abordarem les de l'organització empresarial. A l'igual que hem comentat en el capítol anterior, la violència laboral de tipus II té una sèrie d'efectes en l'organització. Els investigadors han apuntat cinc efectes com a més destacats i prevalents.

Un primer efecte és la disminució pel que fa a la quantitat i la qualitat de les hores de treball dels professionals. Els indicadors d'aquests efectes són la desmotivació, el baix rendiment dels professionals, el clima laboral nociu i un increment de baixes laborals per malaltia. Els experts estimen que aquest efecte comporta una pèrdua de la quantitat i la qualitat dels serveis prestats com a conseqüència d'un descens del rendiment, de la productivitat i la competitivitat de l'organització empresarial.

Un segon efecte és l'augment de costos derivats d'un increment de substitucions i baixes laborals. Les substitucions per baixa laboral i/o absències són una de les conseqüències econòmiques més visibles de la violència laboral.

El tercer efecte és la multiplicació d'errors. Cameron (1998) establí que el percentatge d'errors en organitzacions on es produeix violència laboral de tipus II amb relativa freqüència és d'un 52%.

L'increment de la insatisfacció dels usuaris, clients i professionals és el quart efecte. Les enquestes de satisfacció dels usuaris en les organitzacions en què hi ha permissibilitat de la violència laboral tendeixen a tenir puntuacions baixes i hi ha queixes formals en els serveis d'atenció al client.

L'últim efecte constatat és l'augment de les parelles professionals per evitar les situacions de violència per part del usuari (Cameron, 1998). Els professionals, quan no troben el suport necessari de l'organització, busquen una parella per a salvaguardar-se de la violència laboral per part de l'usuari.

En conclusió, la violència laboral de tipus II en el sector d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat té greus conseqüències i una repercussió directa en el professional, en la seva salut laboral i en el seu entorn professional.

## **2.5. Programes de prevenció**

Gerberich *et al.* (2004) i altres investigadors consideren que les taxes de la violència laboral en el sector d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat és alta en relació amb els esforços adreçats a la seva prevenció.

Un dels programes preventius més representatius pel seu abast és el que realitzaren l'OIT/ CIE/ OMS/ ISP (2002). Aquest programa s'elaborà arran de l'augment de la violència laboral de tipus II en els professionals de la salut en els diferents països. El principal propòsit era ajudar els professionals a combatre la por, la humiliació, les agressions i fins i tot la mort. Aquest programa, de caràcter fonamentalment formatiu, explicava l'abast del fenomen, quins drets i quines responsabilitats tenen els diferents agents implicats, quins són els factors de risc implicats en la violència laboral i com fer-hi front.

Els diferents programes preventius adreçats al sector d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat (Organitzación Internacional del Trabajo, 2003; Col·legi Oficial de Metges de Catalunya, 2004; CIE, 2007; Sadock, 2008) s'han fonamentat sobretot en l'atenció primària i, segons Cantera *et al.* (2008), s'estructuren en

base a tres nivells d'actuació. Aquests tres nivells són: individual, organitzacional i social.

El primer nivell és l'individual. Les accions que tot programa de prevenció ha de reforçar, segons Cantera *et al.* (2008), haurien de ser la sensibilització, la informació, la formació i la capacitat dels professionals per evitar la violència que exerceix l'usuari o el pacient.

El segon nivell, segons aquests autors, s'ha d'orientar a l'organització empresarial. Les accions a portar a terme són reforçar els dispositius de seguretat i redissenyar l'organització. Això significa que el programa ha de vetllar per l'espai físic assistencial, l'entrada i la sortida de les sales d'atenció, els canvis en la cultura i en l'estil de gestió, la quantitat i la qualitat de la informació administrativa a les persones que s'atenen. També ha de crear observatoris de violència laboral per conèixer més l'objecte d'estudi, ha de tenir dispositius de detecció precoç, ha de generar protocols d'intervenció en crisis i de tractament pal·liatiu, ha d'optimitzar els sistemes de comunicació i ha de crear protocols de conducta antiviolència.

El tercer nivell d'actuació és el social. Segons Cantera *et al.* (2008), en aquest nivell és important establir dues accions: per una banda, el desenvolupament i l'actualització d'un marc legal adequat i suficient per afavorir la prevenció i, per una altra, promocionar valors i actituds que fomentin el respecte i el civisme per sensibilitzar la població i com a conseqüència reduir-ne el risc.

Si es realitzen actuacions en aquests tres nivells, hi ha la probabilitat de disminuir la violència laboral de tipus II i es podria contribuir a millorar la qualitat assistencial del professional i del servei que s'està ofertant.

En resum, la prevenció és la gran eina per prevenir la violència laboral exercida pel pacient i/o col·lectius vulnerables; i especialment ho són aquells programes que s'adrecen a tota la població i intervenen amb accions concretes dirigides a determinats agents.

Capítol 3. La violència laboral de tipus II  
en les residències de gent gran

---

La violència laboral en les residències de gent gran és el nostre objecte d'estudi. És per aquest motiu que aquest capítol és d'una gran importància perquè serà a través del seu desenvolupament que presentarem els coneixements de les investigacions que s'han realitzat per tal d'ajudar-nos a focalitzar l'objecte d'estudi i establir quines línies d'investigació s'han portat a terme.

Abans d'iniciar pròpiament el capítol, ens agradaria comentar dos elements que s'abordaran d'una manera més extensa en els propers apartats. El primer és que els professionals i directors de residències de gent gran (directors, famílies, etc.) no utilitzen el terme violència laboral de tipus II sinó el d'agressió per part dels residents. Aquest canvi terminològic significa que el concepte violència laboral no es coneix en el dia a dia del món professional i queda restringit de manera més específica en la literatura científica.

El segon element és l'escassa informació i coneixements de què disposem sobre el nostre objecte d'estudi. El fenomen de la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran ha estat poc estudiat, probablement això és degut a les característiques de l'agressor i el context on es desenvolupa.

### **3.1. Agressió per part de la persona gran resident versus violència laboral de tipus II**

La violència laboral de tipus II no és un concepte que s'utilitzi en les residències de gent gran. Els professionals, directius i altres agents implicats refusen aquest terme i empenen el d'agressió. Hi ha tres motius que expliquen el canvi. El primer és la *síndrome del lloc de treball*. Tal com hem comentat en més d'una ocasió, els professionals del sector d'atenció a situacions i/o col·lectius d'especial vulnerabilitat tenen la creença que la violència forma part de la tasca professional; és a dir, accepten que l'agressió de l'usuari cap al professional és un fenomen que pot produir-se si es treballa en aquest sector. Els treballadors de les residències de gent gran, que formen part d'aquest sector, també tenen interioritzat aquest pensament erroni i l'interpreten com un risc propi de la professió (Gates *et al.*, 2002).

La violència és un concepte tabú en les residències de gent gran (Mandiracioglu i Cam, 2006). Els professionals i directors de les residències refusen el fenomen fins al punt de negar-lo; els primers ho fan perquè no troben el suport institucional que desitjarien o bé perquè ho justifiquen amb el primer motiu que abans hem citat; i els directors, com a gestors de centres, consideren que el client d'un servei –ja sigui la mateixa persona gran o la seva família– posseeix tots els drets i se li han de mantenir i salvaguardar. Aquest últim argument s'explica perquè a Catalunya, en un gran nombre de casos, és la persona gran o la família qui a través de la seva renda o bé amb l'ajuda d'altres recursos paga directament el servei a la residència.

El tercer motiu és la concepció que els professionals i gestors tenen de les persones grans. Actualment hi ha molts mites associats a la vellesa, entre els quals destaquem: la pluripatologia, la dependència, la vulnerabilitat, la indefensió i la desprotecció. No negarem que poden ser característiques d'algunes persones grans però l'augment de l'esperança i la qualitat de vida del procés d'envelliment ha comportat que aquests trets no siguin específics de la gent gran, i en el cas de ser-ho, afecten només un subgrup reduït. No obstant això, els mites a l'entorn de l'envelliment estan presents en els professionals, fet que suposa concebre la persona gran com a indefensa, desprotegida i no violenta.

Una vegada hem presentat els tres motius pels quals s'utilitza el concepte agressió cap al professional en comptes de violència laboral de tipus II, podem afirmar que serà necessari i convenient emprar aquest constructe en aquesta investigació especialment en l'instrument. Aquest mateix argument, Gates *et al.* (1999) i Åström *et al.* (2002) l'han usat en les seves respectives investigacions.

### **3.2. Investigacions de l'agressió del resident cap als professionals de les residències de gent gran**

Després d'haver delimitat l'objecte d'estudi d'aquesta investigació, el nostre primer pas consistí a fer una revisió bibliogràfica per a conèixer les investigacions realitzades i per saber quins coneixements hi havia de l'objecte d'estudi. La nostra primera sorpresa va ser descobrir l'escassa quantitat d'estudis que hi estiguin directament relacionats.

I la segona va ser conèixer les dificultats que les recerques havien tingut per obtenir la mostra. Aquesta dificultat metodològica respon a la falta de registres i denúncies per part dels professionals. La manca de dades no ens ha permès conèixer amb exactitud la situació real sinó només la punta de l'iceberg.

Malgrat la poca informació, la violència laboral de tipus II ha estat objecte d'estudi en diferents països i en equips d'investigació d'un mateix estat i es poden diferenciar tres línies d'investigació: una orientada a conèixer quin és l'abast real de la situació, una segona centrada a saber quins factors de risc contribueixen a augmentar la violència per part de les persones grans residents cap als treballadors i una tercera d'investigació-acció amb la finalitat de promoure la prevenció per mitjà de la identificació dels factors protectors.

A continuació, exposarem les tres línies d'investigació d'agressió vers als professionals de les residències de gent gran. Hi ha diferències remarcables entre les línies: la primera, ha estat àmpliament estudiada i les altres dues, tot i aportar coneixements d'interès per al nostre objecte d'estudi, són més escasses i restringides. Aquesta diferència no és un tret exclusiu de les residències de gent gran sinó del sector d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat.

### **3.2.1. Incidència de l'agressió**

Saber quin és l'abast de la situació és l'objectiu fonamental de la recerca orientada a la incidència, una de les tres línies més estudiades. L'Occupational Safety and Health Administration (1996), coneguda com a OSHA, informa que dues de les tres agressions no mortals es produeixen en els serveis residencials, ja siguin de gent gran, de discapacitat, o en d'altres.

Tot i que la recerca orientada en aquesta línia és la més extensa, el nombre de recerques respecte les dels serveis d'atenció a col·lectius i situacions de vulnerabilitat és més baix. A continuació, en la taula 5, presentem les conclusions de les investigacions més representatives.



Taula 5. Estudis de la incidència d'agressió per part de les persones grans institucionalitzades cap als professionals

<b>Investigador</b>	<b>Conclusions extretes de l'estudi realitzat</b>
Lusk (1992)	Aquest va ser el primer estudi exploratori en el qual es posà de relleu que es produïren experiències d'atacs, amenaces i assalts per part dels residents cap als treballadors de les residències de gent gran.
Gates <i>et al.</i> (2002)	En un estudi a 138 gerocultors, la freqüència d'agressions va ser: el 59% un cop per setmana i el 16% cada dia. Una segona conclusió d'aquest estudi és que el 51% dels gerocultors van ser agredits per un resident i, com a conseqüència d'aquesta situació, el 38% va rebre assistència mèdica.
Menckel i Viitasara (2002)	El 51% dels 17.000 dels funcionaris municipals afirmaren haver rebut amenaces i actes d'agressió per part dels usuaris en un període d'un any; el 75% d'aquests professionals treballaven tenint cura de les persones grans. La naturalesa de l'agressió va ser un 79% verbal i un 66% física.
Åström <i>et al.</i> (2002)	El 40% de 506 funcionaris suecs van ser agredits per part dels usuaris i, més concretament, el 18% afirmà que ho havia estat diàriament per part de gent gran atesa.
Morgan <i>et al.</i> (2005)	El 73,4% dels gerocultors que treballen en centres de llarga estada han estat agredits físicament en els últims 12 mesos.
Mandiracioglu i Cam (2006)	En un estudi a 214 treballadors, la naturalesa de l'agressió va ser: el 75% expressà haver estat agredit verbalment, el 24% a nivell físic, i el 7% sexualment.
Joseffson <i>et al.</i> (2007)	El 45% de les 213 infermeres participants expressaren haver rebut amenaces per part de les persones amb demència, i el 51% per part de les persones grans d'edat avançada.
Banerjee <i>et al.</i> (2008)	El 89,7% dels 948 professionals que treballen amb persones grans en centres de llarga durada/residències assistides afirmaren haver experimentat algun tipus d'agressió per part dels residents; concretament, el 43% eren de naturalesa física, i 30,1% de naturalesa sexual.

### 3.2.2. Factors de risc

La segona línia d'investigació s'adreça a conèixer quins factors de risc tenen incidència en l'agressió dels residents cap als professionals. Tot i que el nombre d'investigacions realitzades no és nombrós, el coneixement que s'obté és de gran interès perquè és més específic i propi de l'objecte d'estudi.

Si partim del model de Chappell i Di Martino (2000) podem dir que la investigació en aquest tipus de servei s'orienta més a conèixer els factors de risc del lloc de treball; al contrari del servei d'atenció a col·lectius i/o situacions de vulnerabilitat, que se centren en l'individu. Les dades més rellevants en relació amb els factors de risc són:

- A més temps d'exposició, més augmenta el risc d'agressió (Åström *et al.*, 2002).
- Els professionals més joves d'edat i amb menys experiència notifiquen més als seus caps els actes d'agressió respecte als de més edat (Åström *et al.*, 2002).
- La manca de suport per part dels supervisors fa que els professionals no denunciïn totes les situacions d'agressió per part dels residents (Gates *et al.*, 2002).
- El treballadors dels torns de dia informen més de les situacions d'agressió per part del resident respecte als de nit.
- Les activitats bàsiques de la vida diària són les tasques en què es produeixen més situacions d'agressió dels residents vers als professionals (Gates *et al.*, 2002).
- Hi ha una correlació positiva entre la consideració d'agressió i el *burn-out* dels professionals (Mandiracioglu i Cam, 2006).

### 3.2.3. Factors protectors

La investigació per conèixer els factors protectors s'ha orientat a saber si la formació en competències als professionals que treballen en residències de gent gran és eficaç per prevenir l'agressió dels residents. Aquesta tercera línia d'investigació és més específica i restringida; no obstant això, hi ha dos estudis interessants a ressaltar.

El primer, realitzat per Gage i Kingdom (1995), és la creació d'un programa de formació i d'entrenament adreçat exclusivament a gerocultors amb la finalitat de proporcionar-los competències i evitar, d'aquesta manera, les possibles agressions dels residents.

El segon, elaborat per Chao (2005), és un programa formatiu per als professionals de les residències per ajudar-los a saber gestionar els trastorns de conducta de les persones amb demència.

Val a dir, però, que l'eficàcia d'aquests dos programes no ha estat provada, la qual cosa qüestiona la seva validesa i posa en dubte si la formació és o no un factor protector. Un dels autors que ha qüestionat els programes de formació com a element protector ha estat Wassell (2005).

En resum, la violència laboral de tipus II en les residències ha estat objecte d'estudi en tres línies d'investigació. La línia orientada a conèixer l'abast del fenomen ha estat la més estudiada.

### **3.3. Operativització del constructe de l'agressió del resident cap al professional**

La violència laboral de tipus II ha estat objecte d'estudi tot i l'ús del concepte agressió cap al professional. La finalitat d'aquest apartat és, a partir dels coneixements obtinguts, saber quins conceptes empren els autors per definir violència laboral i com l'operativitzen per a mesurar-lo.

Abans de prosseguir, volem ressaltar que les polítiques socials de cada país tenen una incidència en el tipus de servei que s'ofereix i el públic destinatari que s'atén. Això significa que hi ha països en els quals no existeixen les residències de gent gran com un recurs específic sinó que s'emmarca el servei en centres de salut o es diferencien els serveis en funció del grau de dependència i s'estableixen diferents noms en funció del públic destinatari. Amb la finalitat de conèixer com es defineix el fenomen i com s'operativitza el concepte, i no tant els serveis adreçats a aquest col·lectiu, presentem les definicions trobades en la literatura científica.

És per aquest motiu que, a continuació i de manera esquemàtica, presentem la taula 6, en la qual s'especifica l'autor, el servei en el qual es porta a terme la investigació, la definició del concepte de violència laboral i com s'operativitza la variable.

Taula 6. Definició i operativització de l'objecte d'estudi

<b>Autor</b>	<b>Setting</b>	<b>Definició v. laboral</b>	<b>Definició operacional</b>
Winger <i>et al.</i> (1987)	Unitat de llarga estada per a gent gran	Comportament inquietant que posa en perill altres persones	Cridar, sarcasme, irritació, impaciència, cops, mossegades i trencar objectes
Colenda i Hamer (1991)	Gero-psiquiàtric	Conducta agressiva física i verbal (vocal)	Cops, empentes, mossegades, crits, amenaces i agressions verbals
Dougherty <i>et al.</i> (1992)	Hospital-unitat geriàtrica	Conducta agressiva física, verbal i disruptiva	Cops, donar empentes, bufetejar, maleir, cridar, demandar atenció i seguir el personal
Gage i Kingdom (1995)	Unitats de llarga estada per a gent gran	Conducta agressiva	Pessigades, esgarrapades, mossegades i comentaris negatius de la família o del supervisor
Gates <i>et al.</i> (2003)	Residència de gent gran	Agressió física, verbal o comportament amenaçant	Cops, cops de puny, cops de peu i d'objectes, esgarrapades, estirades de cabell i escopinades
Åström <i>et al.</i> (2002)	Residències de gent gran i atenció domiciliària	Accions que comporten un dany real de naturalesa psicològica, sexual o econòmica cap al professional	No hi ha operativització de la variable per part dels investigadors sinó que es demana als professionals que explicitin les conductes viscudes i la seva freqüència

En resum, el terme de la violència laboral de tipus II s'operativitza de diferent manera en funció de l'autor i la definició que en fa.

### **3.4. Factors de risc que promouen l'agressió per part del resident cap al professional de les residències de gent gran**

En els dos primers capítols hem presentat els factors de risc de la violència laboral; en el primer d'una manera general i en el segon més contextualitzat en el sector d'atenció a col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat. En aquest capítol, abordem els factors de risc però, a diferència dels altres dos, els centrarem en l'atenció a les residències de gent gran i a les característiques dels diferents agents implicats.

A continuació, expliquem els factors de risc de la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran a partir del model de Chappell i Di Martino (2000).

#### **a) Factors de risc individual**

Hi ha diferents factors de risc a tenir en consideració en relació amb el professional i amb la persona gran que s'atén. A continuació, exposem els dos factors de risc individual del professional i, seguidament, els quatre relacionats amb les característiques de les persones grans.

La formació i l'edat són els dos factors de risc del professional a nivell individual que s'han investigat en relació amb la violència laboral de tipus II en residències de gent gran.

La formació, tal com hem explicat en els dos capítols anteriors, pot esdevenir un efecte protector. No obstant això, Gates *et al.* (2002) i Nachreiner (2005) afirmen tot el contrari. Gates *et al.* (2002) en un estudi realitzat específicament a gerocultors afirma que la formació no està relacionada amb la incidència d'agressions. Nachreiner (2005) fa un estudi comparatiu entre els gerocultors i infermers formats –a través d'una formació bàsica i continuada– i no formats i estableix que els primers expressen més conductes d'agressió física (48%) respecte els segons.

Fitzwater i Gates (2002) diuen que a mesura que augmenta l'edat del gerocultor, el nombre d'agressions per part dels residents disminueix. Aquestes investigadores expliquen aquesta nova dada en base a dos arguments. El primer és que els professionals amb més edat tenen un plantejament diferent de la cura i l'atenció de les

persones grans i el segon fa referència a les habilitats que amb els anys adquireixen. En general, s'accepta que els professionals amb més experiència són més pacients, tenen un ritme de treball més lent, que afavoreix una millor adaptació a les circumstàncies i empatitzen amb les persones grans a les quals atenen. En resum, aquests dos arguments de Fitzwater i Gates (2002) expliquen la relació inversa entre l'edat del professional i el número d'incidents violents.

Una vegada ja hem establert els factors de risc individual del professional, continuarem presentant els factors relacionats amb les característiques de les persones grans. Concretament, hi ha quatre malalties i/o característiques pròpies del procés d'envelliment, que tenen una repercussió directa amb el nostre objecte d'estudi.

El primer és l'egocentrisme propi del procés d'envelliment. Neugarten (1999) constata que a la meitat de l'etapa adulta, la persona emfatitza el seu procés d'introspecció i augmenta el seu balanç vital amb la intencionalitat de reavaluar el jo. La preocupació pel món intern s'intensifica i les demandes emocionals de les persones i dels objectes del món extern decreixen. Aquest increment de la interioritat com una resposta adaptativa als processos de canvi és un fenomen universal i s'intensifica amb l'edat. Això significa que la persona, a mesura que envelleix, presenta més dificultats per veure les persones del seu entorn i accentua, sense ser-ne conscient, l'egocentrisme. És per aquest motiu que l'egocentrisme és un factor de risc de la violència laboral de tipus II perquè la persona a mesura que envelleix té més dificultat per veure l'altra persona i busca respondre les seves pròpies demandes sense tenir en compte el context i les persones que l'envolten.

El segon és la demència. La Sociedad Española de Psicogeriatría (2005) defineix aquesta malaltia com: "Una síndrome adquirida de naturalesa orgànica caracteritzada per un deteriorament permanent de la memòria i d'altres funcions intel·lectuals freqüentment acompanyades d'altres manifestacions psicopatològiques i del comportament que succeeixen sense alteració del nivell de consciència afectant tant el funcionament social i/o laboral de la persona afectada" (p. 4).

Un dels trets més característics de la demència és la presentació generalitzada d'alteracions psicopatològiques i del comportament que condicionen la gravetat del quadre clínic. Aquests canvis de comportament, anomenats trastorns de conducta, no tenen un mateix patró en la persona amb demència sinó que hi ha variabilitat en funció del tipus de demència i de la persona que la pateix. Els més freqüents són (Claver Martin, 2002): agressivitat, agitació, alteració de l'activitat motora, de la conducta alimentària i del ritme circadià.

L'agressivitat és un dels trastorns de conducta més freqüent. N'hi ha de dos tipus: el verbal i el físic. Segons Claver Martin (2002), les conductes d'agressivitat són el resultat de la resistència de la persona a l'hora de realitzar les activitats bàsiques de la vida diària, especialment la higiene. Aquests episodis d'agressivitat no són planificats ni continuats en el temps. En un gran nombre d'ocasions, la persona amb demència, quan se sent indefensa perquè no entén el que està succeint o perquè percep la situació com a amenaça, utilitza aquesta conducta com a defensa.

L'agitació és un estat de tensió i ansietat que es manifesta a través de moviments repetitius i conductes molestes. Si aquest estat perdura pot arribar a generar situacions límits com ara la conducta agressiva. Els factors desencadenants de l'agitació segons Peña-Casnovas (1998) són la depressió, un gran estat d'ansietat, una reacció catastròfica, dolor, cansament, falta de descans, canvis o efectes no desitjats dels medicaments o la mateixa demència.

L'alteració de l'activitat motora és un tercer trastorn de conducta que es caracteritza perquè la persona que la pateix està en un continu moviment. Les dues conductes més característiques d'aquesta alteració són: seguir la persona que té cura d'ell i la deambulació erràtica.

S'entén per alteració de la conducta alimentària els canvis que hi ha a l'hora de menjar. Alguns dels símptomes més freqüents són: anorèxia i hiperfàgia, entre d'altres. Els primers símptomes que apareixen són les ganes de menjar aliments dolços i la ingesta de substàncies no comestibles o pica.

L'alteració de la conducta sexual. Les alteracions de la conducta relacionades amb el sexe o amb l'exposició del cos tenen a veure amb la falta de memòria i la incapacitat d'avaluar de manera crítica l'entorn. Poden manifestar-se de diferents maneres, com ara masturbar-se en públic, descordar-se la roba, tocar-se les parts íntimes, una disminució de la libido, entre d'altres.

L'alteració del ritme circadià. Hi ha un augment de somnolència diürna i una activitat més intensa durant el vespre i la nit. Això es manifesta en un canvi en la conducta del son i la vigília.

Les malalties mentals en la vellesa són el tercer factor de risc. El 20% de les persones grans pateixen malalties mentals. Hi ha dos arguments que expliquen aquesta incidència: un és l'efecte acumulatiu dels trastorns o alteracions en etapes evolutives i l'altre és l'augment de les demències, malalties que tenen una clara freqüència en la població anciana.

I el quart és la síndrome confusional aguda o delirium. La síndrome confusional aguda es caracteritza per un deteriorament de la consciència que sol acompanyar-se d'una alteració general de les funcions cognitives i de la conducta com ara: la desorientació, un augment o una disminució de la vigília, agitació o apatia, alteracions de la percepció, al·lucinacions auditives, visuals i tàctils, labilitat emocional, comportament inadequat, impulsivitat, irracionalitat i agressivitat (Sadock i Sadock, 2008). També apareixen símptomes neurològics associats com: falta de coordinació, disfàsia, apràxia, atàxia i asterixis.

L'etiologia de la síndrome confusional aguda respon a quatre possibles causes: 1) per la intoxicació de substàncies com ara: alcohol, al·lucinògens, amfetamines i substàncies afins; cànnabis; cocaïna, fenciclidina i substàncies d'acció similar com inhalants, opioides; sedants, hipnòtics i ansiolítics; 2) per malalties mèdiques; 3) per intoxicació de substàncies i 4) no especificat.

Segons estableix el DSM-IV-TR (APA,2005), l'etiologia més freqüent de la síndrome confusional aguda en població més gran de 65 anys és per malalties mèdiques.



Els seus criteris diagnòstics són DSM-IV-TR (APA, 2005, p. 163):

- Alteració de la consciència (per exemple, una disminució de la capacitat d'atenció en l'entorn) amb una disminució de la capacitat per centrar, mantenir o dirigir l'atenció.
- Canvi en les funcions cognoscitives com ara el dèficit de la memòria, desorientació o l'alteració del llenguatge o bé la presència d'una alteració perceptiva que no s'explica per l'existència d'una demència prèvia o en desenvolupament.
- L'alteració es presenta en un curt període de temps –habitualment en hores o en dies– i tendeix a fluctuar al llarg del dia.
- Demostració a través de la història clínica, d'una exploració física i de proves de laboratori, que l'alteració és un efecte fisiològic directe d'una malaltia mèdica.

Els símptomes i trastorns associats a la síndrome confusional aguda per malalties mèdiques són tres (APA, 2005):

- Alteració del cicle son-vigília. La manifestació d'aquesta pot presentar-se com a somnolència diürna o agitació nocturna i dificultat per a mantenir el son.
- Alteracions de comportament psicomotor. Les persones amb síndrome confusional aguda estan inquietes i hiperactives: estripen llençols del llit, intenten llevar-se o posar-se dempeus amb moviments sobtats i intempestius.
- Trastorns emocionals que es manifesten amb ansietat, por, depressió, irritabilitat, ira, eufòria i apatia. Algunes persones mantenen el mateix to emocional al llarg de la síndrome confusional aguda i d'altres passen d'un estat emocional a un altre de manera ràpida i imprevisible. L'emoció més freqüent és la por i algunes vegades és per al·lucinacions amenaçadores o idees delirants pobrament sistematitzades. Si la persona té una por molt acusada pot arribar a atacar les persones, que jutja com una amenaça. L'alteració de l'estat emocional es pot observar a través de conductes com crits, demandes d'ajuda, insults, queixes i altres vocalitzacions. Aquests comportaments predominen durant la nit i quan manca una estimulació ambiental adequada.

En definitiva, un dels símptomes de la síndrome confusional aguda són les accions d'agressivitat per part de la persona malalta; un factor de risc per al professional i les persones del seu entorn.

L'agitació psicomotora s'entén com un estat caracteritzat per una hiperactivitat motora –inquietud, gesticulació, un caminar o córrer sense parar, etc.– i una resposta emocional i/o d'ansietat –còlera, pànic o eufòria– que apareix com a resposta d'una tensió interna (Sadock i Sadock, 2008).

Les característiques de l'agitació poden comportar un perill tant per a la persona que la pateix com per a les persones del seu entorn (professionals, familiars...) ja que “la seva conducta pot ser impulsiva, negligent, desordenada o arriscada” (Vallejo, 1998, p. 850).

L'agitació és una síndrome ocasionada per malalties mèdiques, psíquiques, situacions d'extrema tensió o ansietat. Aquestes agrupacions etiològiques han de descartar-se pel següent ordre: orgàniques, psiquiàtriques i reactives.

L'etiologia orgànica és la més freqüent i pot ocasionar-se per causes tòxiques, metabòliques i neurològiques. Les causes tòxiques són: l'alcohol i els fàrmacs d'activitat anticolinèrgica, digitals, corticoides, lidocaïna i ansiolítics. La gent gran i els consumidors de drogues il·legals són els dos col·lectius més predisposats a patir aquest tipus d'agitació. Les causes metabòliques més freqüents són: deshidratació, febre, malalties endocrinològiques i hepàtiques. I la tercera causa a nivell orgànic són les neurològiques, essent les més freqüents la demència i l'accident vascular cerebral.

Hi ha dos tipus d'agitació psiquiàtrica: les psicòtiques, en què hi ha una notable desconexió de la realitat, i les no psicòtiques, en què es produeix una pèrdua greu del contacte amb la realitat.

Segons Vallejo (1998) és difícil trobar agitacions reactives pures però, en canvi, poden produir-se per factors de predisposició psicopatològics o orgànics. Per exemple, poden aparèixer quadres d'agitació després de situacions catastròfiques que comporten una greu amenaça per a la persona i l'entorn; o en situacions de relativa desconexió sensorial com després d'una intervenció oftalmològica o en unitats d'UCI.

**b) Factors de risc del lloc de treball**

Una vegada hem presentat els factors de risc individuals, exposem els vinculats al lloc de treball. Åström *et al.* (2004) constaten que en les unitats de demència hi ha més actes d'agressió dels usuaris cap als professionals que en les d'estada temporal, llarga estada o domicili on s'atén persones grans. Val a dir, però, que aquesta afirmació, Gates *et al.* (2002) la contradiu, afirmant que la persona gran, independentment del seu estat de salut, agredeix el professional. Mandiracioglu i Cam (2006) també avalen la conclusió de Gates *et al.* (2002). La contraposició entre aquests autors qüestiona si l'estat de salut físic i/o cognitiu és o no un factor de risc.

Segons el model de Chappell i Di Martino (2000), els factors de risc del lloc de treball s'estructuren en dos nivells: el primer orientat a l'entorn i el segon que comprèn les tasques del lloc de treball. A continuació, detallem els quatre factors de risc específics de l'entorn, i seguidament explicarem els de les tasques de treball.

El primer factor de risc propi de l'entorn de treball són els aspectes organitzatius. Hi ha dos factors que predisposen que les persones grans tendeixin a agredir els professionals de les residències. Per una banda, la deficitària organització (poques substitucions, l'alta rotació laboral...) i, per l'altra, el gran volum de treball (Menckel i Viitasa, 2002).

La manca de recursos és el segon factor de risc. Gates (2005) estableix que la gran manca de recursos humans en les residències de gent gran és una situació que predisposa l'acció d'agressió del resident cap al professional. Aquesta mateixa autora assenyala que una elevada ràtio de personal també podria ser un factor desencadenant, situació que difícilment es produeix en l'actualitat en aquest sector i en el nostre territori.

El tercer és l'alta rotabilitat. L'alt índex de rotació dels professionals en el sector residencial de gent gran pot comportar, segons Gates *et al.* (2002), que els residents puguin sentir-se menys familiaritzats amb els nous treballadors i pot fer augmentar el grau de frustració i, per tant, la probabilitat d'agressió.

I el quart és la manca de suport. En el capítol anterior apuntàvem que el suport i l'acompanyament dels companys de treball i dels caps afavoreix la recuperació del professional. Gates *et al.* (2002) estableix que els professionals de les residències de gent gran expressaren no haver sentit aquest suport després d'haver patit un acte d'agressió.

I pel que fa als factors de risc de les tasques del lloc de treball, el primer factor de risc són les activitats de la vida diària. Diferents estudis posen de relleu que els actes d'agressió caps als gerocultors de les residències s'esdevenen sobretot en les activitats bàsiques de la vida diària com ara vestir, banyar, menjar, canviar la persona de lloc o d'activitat i en els desplaçaments (Gage i Kingdom, 1995; Hagan i Sayers, 1995; Miller, 1997).

El segon és l'atenció directa. Segons Mandiracioglu i Cam (2006), l'agressió dels residents cap als professionals és un fet comú en les residències de gent gran de Turquia i sobretot s'expressa caps als treballadors d'atenció més directa, en especial cap als que mostren més insatisfacció del seu treball.

El tercer i últim factor de risc de les tasques del lloc de treball és el temps d'exposició. Els professionals que treballen de manera directa i amb més hores d'exposició tenen més risc de viure situacions d'agressió respecte als professionals que exerceixen tasques més tècniques i amb menys contacte directe amb els residents (Åström *et al.*, 2002).

En resum, la confluència dels diferents tipus de factors de risc predisposen que els residents agredeixin els professionals.

### **3.5. Efectes de l'agressió per part del resident cap al professional**

La violència laboral de tipus II té repercussions directes en els treballadors i en l'organització empresarial, tal com hem explicat en els dos primers capítols. La finalitat d'aquest apartat no és reiterar el contingut que ja hem presentat sinó afegir nous coneixements específics de l'objecte d'estudi d'aquesta investigació.

D'una manera concreta, volem subratllar dues de les conseqüències que s'han expressat en les investigacions realitzades. La primera parteix de les recerques de Gates *et al.* (1999). En el segon capítol apuntàvem que les conseqüències de la violència laboral de tipus II afecten les cinc dimensions de la persona. Aquests autors concreten més aquests efectes i descriuen de forma acurada la simptomatologia emocional que els professionals de les residències de gent gran presenten després d'haver experimentat un episodi de violència per part del resident. L'ansietat i la irritabilitat són dos símptomes que es repeteixen respecte als professionals del sector d'atenció a situacions i/o col·lectius d'especial vulnerabilitat, però n'identifiquen de nous com ara: la ira, la tristesa, la frustració, el temor, l'apatia, l'autoculpabilització i la impotència.

Una segona conseqüència de la violència de tipus II en els professionals de les residències és l'efecte en el tracte professional. Si el professional ha estat víctima d'un acte d'agressió dedicarà menys temps a l'atenció i probablement serà menys sensible a les necessitats de les persones grans que atén, sense ser-ne conscient. Això significa que el fenomen malmet el clima relacional entre resident i professional i la qualitat de l'atenció (Arnetz i Arnetz, 2001).

En definitiva, els actes d'agressió dels residents cap als professionals tenen conseqüències negatives per al professional, per a la residència en el sentit més ampli i per a la qualitat assistencial.

### **3.6. Propostes per a disminuir l'agressió**

La prevenció és l'eina bàsica i cabdal per a evitar situacions de violència laboral de tipus II. En aquest apartat presentem dos programes que s'han portat a terme per a promocionar que el fenomen no es produeixi.

Abans de presentar-los volem exposar un argument que Mandiracioglu i Cam (2006) fan en relació amb la prevenció i amb el qual nosaltres estem d'acord. Segons aquests autors, el disseny de programes preventius és crucial per a tots els agents implicats: treballadors, directius, residents i familiars. Cada organització de treball necessitaria crear el seu propi programa preventiu i de millora de l'entorn de treball per facilitar una relació saludable entre els treballadors d'atenció directa i les persones grans residents.

La finalitat d'aquest programa també és fomentar el suport entre els diferents agents en el lloc de treball i reduir, en la mesura del possible, el nivell d'agressió cap al professional o entre els diferents agents.

El primer programa que exposem va ser elaborat per Irvine *et al.* (2007). Proposaren una formació interactiva adreçada als gerocultors amb la finalitat de capacitar-los per saber actuar enfront dels comportaments agressius dels residents. La formació interactiva consistí a realitzar un curs de formació a través d'un portal d'internet en el qual es presentaren els coneixements i les habilitats a adquirir a través d'una metodologia activa, basada en casos i en la resolució de situacions. Segons aquests autors, els professionals de primera línia, com els gerocultors, són els primers a patir agressions per part dels residents i pel fet de no disposar de la formació específica es mostren indefensos. Aquests investigadors afirmaren que la formació de base o continuada en les residències, en un gran nombre d'ocasions, no dota els professionals a atendre les persones amb problemes cognitius o amb malaltia mental, fet que agreuja més la seva vulnerabilitat i comporta que els professionals adoptin actituds negatives cap als residents. La formació, segons Irvine *et al.* (2007), capacita el treballador i contribueix a millorar el clima organitzacional perquè promou que el professional se senti còmode, content i amb un nivell baix de frustració.

El segon programa preventiu que presentem l'elaborà Chao (2005) i consistí en la planificació, elaboració i execució d'un programa preventiu per a tots els professionals de la residència. A diferència del programa anterior, Chao (2005) focalitzà l'atenció en els trastorns de conducta de les persones amb demència, un factor de risc relacionat amb les característiques de les persones grans que viuen un envelliment patològic i que hem explicat en l'apartat anterior d'aquest mateix capítol.

En resum, la prevenció és l'eina per evitar l'agressió del resident cap al professional. En el sector de les residències de gent gran, les experiències realitzades s'han orientat a les mesures de prevenció a la formació, i a diferència d'aquests serveis no s'han fet altres intervencions com la protocolització, reorganització, espais d'informació, suport, entre d'altres.

Segona part

**Quan la persona gran resident agradeix el professional. Un estudi prospectiu per conèixer la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran de Catalunya**

En aquesta segona part del treball, anomenada *Quan la persona gran resident agrideix el professional. Un estudi prospectiu per conèixer la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran a Catalunya*, exposem pròpiament l'estudi que hem realitzat. S'estructura en cinc capítols en els quals expliquem els diferents elements que constitueixen un treball científic.

El primer capítol, que correspon al quart d'aquest treball, l'hem denominat *Plantejament de la recerca*. Hi detallem els motius pels quals hem elaborat aquesta recerca, els objectius que ens plantejarem assolir, el disseny de l'estudi i les consideracions ètiques. També hi hem definit què és una residència de gent gran com a marc general de l'estudi.

En el capítol següent hem explicat el mètode. És a dir, presentem les variables de l'estudi, com s'ha realitzat la selecció dels participants, quin instrument hem utilitzat i quina passos hem seguit per elaborar-lo.

Al tercer capítol, presentem els resultats obtinguts, i en el quart hi plantejgem les discussions i les anàlisis dels resultats elaborades en relació amb els objectius que ens havíem plantejat.

A l'últim capítol, que correspon el vuitè d'aquest treball, exposem les principals conclusions que n'hem extret, les limitacions que ens hem anat trobat en el transcurs de la investigació i els elements que considerem que s'han de tenir present en futures investigacions relacionades amb aquest objecte d'estudi.

Una vegada exposats aquests cinc capítols, presentem la relació de referències bibliogràfiques que hem utilitzat durant tot aquest procés i que ens han ajudat a l'elaboració de l'estudi i els annexos, en els quals hi ha instruments i materials complementaris emprats en la investigació.



## Capítol 4. Plantejament de la recerca

---

Aquest capítol es divideix en cinc apartats. En el primer, expliquem els motius pels quals s'ha desenvolupat aquesta investigació; en el segon, exposem els objectius plantejats; en el tercer, el disseny de la investigació; en el quart, presentem les residències de gent gran com a marc general d'aquest estudi i en el cinquè els aspectes ètics que hem tingut en consideració a l'hora de realitzar la investigació.

#### **4.1. Justificació de l'estudi**

La investigació que presentem és un treball d'aproximació que té per finalitat conèixer la violència laboral de tipus II en els professionals que treballen en les residències de gent gran.

Amb aquest estudi pretenem visualitzar un fenomen que està present en el sector però que es tendeix a amagar per part dels professionals i els gestors dels centres. Els motius dels professionals, que són diferents als dels directius, s'expliquen en base a tres creences: n'hi ha que creuen que aquesta situació a ells no els passarà; d'altres assumeixen que l'agressió forma part de la seva tasca laboral, és a dir la síndrome del lloc de treball, i n'hi ha que creuen que, si ho denuncien, no trobaran el suport que voldrien dels companys i/o de la direcció i desisteixen de fer-ho. D'altra banda, els directors i gestors de residències tampoc no fan visible el fenomen perquè temen que l'usuari o la seva família, com a clients del servei, s'enfadin, i opten per no afrontar el conflicte.

És per aquest motiu que considerem que aquesta investigació pot ser d'ajuda per al mateix sector –professionals, gestors i famílies– i d'interès per a qualsevol ciutadà. Els arguments que ho justifiquen són tres i els exposem a continuació.

El primer és que hi ha pocs treballs que estudiïn el fenomen de l'agressió del resident cap als professionals. Aquesta limitació s'accentua encara més en estudis d'incidència. Ens consta, després de fer una revisió de la literatura, que a Catalunya es realitzà un estudi de la violència laboral de tipus II en col·lectius i/o situacions d'especial

vulnerabilitat; però no s'abordà el sector de les residències de gent gran sinó que es focalitzà en els professionals sanitaris d'atenció primària i hospitals d'aguts (Cervantes, 2009).

El segon argument és la visualització del fenomen. Fer visible un problema existent en la societat facilita la presa de consciència de la situació i és el pas previ i necessari per a plantejar-se el canvi. La violència, i en especial la violència laboral de tipus II, tal com hem comentat en més d'una ocasió, generalment es tendeix a negar o menysvalorar. A través d'aquest treball volíem fer visible un fenomen del qual es parla entre els professionals però que gairebé no transcendeix en la literatura i que s'amaga en la societat. Contribuir a visibilitza-ho pot ajudar a conèixer l'abast de la situació, desmitificar les idees preconcebudes dels professionals i del sector de les residències de la gent gran i, en el mesura del possible, dissenyar mesures preventives en el futur.

El tercer i últim motiu és la voluntat de posar en qüestió l'associació gent gran i fragilitat. La imatge generalitzada de la persona gran com a ésser vulnerable i fràgil ha contribuït al fet que la recerca s'orienti cap a situacions de maltractament o de tracte dur vers aquest col·lectiu, però no al contrari; és a dir, no com a agent causal de la violència cap als altres. En aquest treball ens interessava fer palesa aquesta situació perquè, tal com acabem de dir, l'agressió cap al professional per part del resident que s'atén és un fenomen que existeix. Sovint els professionals i cuidadors no professionals que atenen persones grans, i que ho pateixen, no troben la col·laboració per verbalitzar-ho, ja que si ho fan saben que trobaran el refús i la incomprensió de la societat que els envolta.

Aquests tres motius ens fan pensar en la necessitat de seguir avançant en aquesta recerca per aportar coneixements que ajudin a millorar el sector i el benestar de la nostra societat.

## **4.2. Objectius**

L'objectiu principal d'aquesta investigació és:

- Conèixer el fenomen de la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran de Catalunya en un any.

Ara bé, per a poder assolir aquest objectiu principal, ens hem plantejat quatre objectius més específics amb la finalitat d'establir uns indicadors més concrets i mesurables. Assolir aquests quatre objectius específics, que tot seguit us detallem, ens han permès conèixer el fenomen amb més profunditat.

- Objectiu 1: Determinar la freqüència de la consideració d'agressió en els professionals que treballen en les residències de gent gran de Catalunya en un any.
- Objectiu 2: Identificar quines variables (edat, gènere, estudis, professió, anys d'experiència i nivell d'estrès autopercebut) dels professionals de les residències de gent gran es relacionen amb la consideració d'agressió.
- Objectiu 3: Conèixer la freqüència d'agressió per part dels residents i si existeixen diferències entre gèneres quan el resident és l'agressor.
- Objectiu 4: Saber quin tipus d'agressió és el més freqüent.

### **4.3. Disseny de la investigació**

Es tracta d'un estudi exploratori amb la finalitat de conèixer el fenomen de la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran. Per dur-lo a terme, s'ha escollit un estudi descriptiu, de disseny transversal i a través d'una enquesta a professionals.

### **4.4. Marc d'estudi**

El marc d'estudi d'aquesta investigació són les residències de gent gran. La Generalitat de Catalunya té les competències en matèria de Serveis Socials i això significa que, independentment de la titularitat de les residències de gent gran, aquest organisme governamental planifica, legisla i inspecciona aquests serveis.

El decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del *Sistema Català de Serveis Socials*, defineix què és la residència de gent gran: “Servei d'acolliment residencial, amb caràcter permanent o temporal, i d'assistència integral a les activitats per a persones grans que no tenen un grau d'autonomia suficient per realitzar les activitats de la vida diària, que necessiten supervisió constant i que tenen una situació sociofamiliar que requereix la substitució de la llar” (Generalitat de Catalunya, 1996, p. 25).

La Generalitat de Catalunya també estableix quins perfils professionals treballen en les residències de gent gran. Segons la normativa vigent (2000), els professionals es subdivideixen en dues categories: personal d'atenció directa i indirecta i, a la vegada, la mateixa administració pública determina la relació mínima entre les hores de dedicació dels professionals en funció de la categoria i el nombre d'usuaris.

Això significa que cada residència en relació amb el nombre d'usuaris i el seu grau de dependència té un mínim de professionals distribuïts les vint-i-quatre hores del dia, durant els tres-cents seixanta-cinc dies a l'any. El nombre de professionals d'atenció directa en les residències és més elevat que la indirecta perquè és considera que aquests perfils professionals intervenen més directament en la cura i atenció de la persona gran i és per aquest motiu que hi ha aquesta diferència.

Els professionals que s'inclouen dins la categoria de personal d'atenció directa són: gerocultors, infermers, treballadors socials, terapeutes ocupacionals, educadors socials, fisioterapeutes, psicòlegs i metges. Els d'atenció indirecta són: director, responsable higiènic-sanitari, personal de cuina, neteja i administració. La normativa no estableix amb claredat quin nombre de professionals d'atenció indirecta hi hauria d'haver en cada residència, ni tampoc quina és la dedicació específica de cada un d'ells excepte en el cas del director perquè, tal com comentàvem, depèn del nombre d'usuaris i el seu grau de dependència. És per aquest motiu que el qüestionari *ad hoc* que s'utilitza com a instrument d'aquesta investigació no detalla els perfils professionals d'atenció indirecta, i s'empra la categoria *personal d'atenció indirecta* en un sentit general.

Segons l'ACRA (2009), una de les patronals del sector de les residències de gent gran, a Catalunya hi ha 985 residències de gent gran. En relació amb la seva distribució, la demarcació de Barcelona és la província amb més residències, concretament 785 residències (76,95%). Això significa que tres de les quatre residències a Catalunya es troben en aquesta demarcació. En la següent figura, exposem de manera gràfica aquesta distribució.

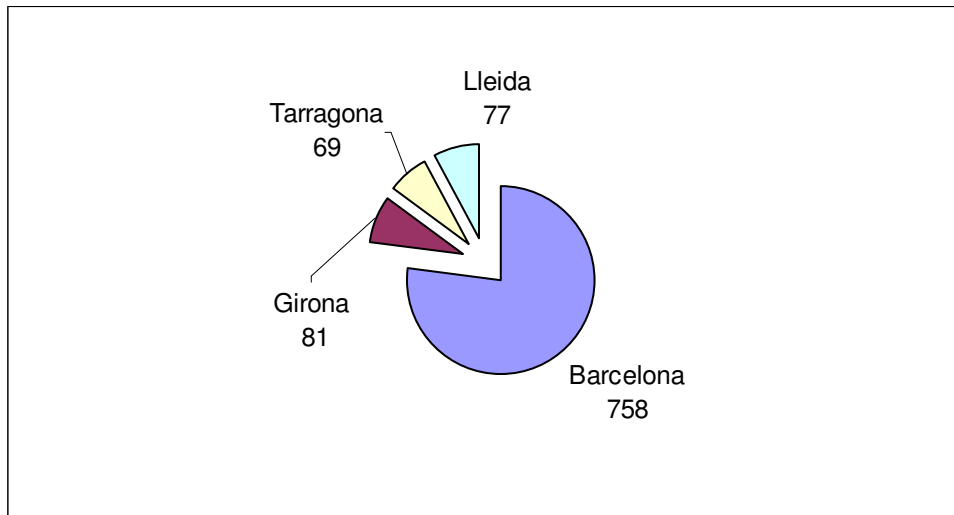


Figura 3. Distribució de les residències de gent gran per províncies a Catalunya

#### 4.5. Consideracions ètiques

Ateses les característiques de la investigació, hem assegurat la confidencialitat dels participants i és per aquest motiu que durant tot el procés hem evitat preguntes d'informació referent a noms i dades identificatives de les persones i residències participants per a garantir-ne l'anonimat.

En la recollida de dades, concretament en el moment de l'administració dels qüestionaris, vàrem demanar el consentiment oral a cada un dels participants. Els vam explicar que la seva participació era completament voluntària i anònima, i que si no hi volien participar podien abandonar la recerca lliurement i en el moment que ho desitgessin.

## Capítol 5. Mètode

---

En aquest capítol, definim el mètode emprat en aquesta investigació. S'estructura en quatre apartats. En el primer, presentem les variables de l'estudi; en el segon, expliquem com hem obtingut la mostra i quants subjectes hi han participat; en el tercer, exposem l'instrument emprat; i en el quart, la seqüència de processos que s'han portat a terme per a realitzar la investigació.

### **5.1. Variables de l'estudi**

Les variables d'aquesta investigació s'agrupen en base a cinc categories, com els apartats del qüestionari *ad hoc* que s'utilitza en aquesta recerca. En la primera, trobem les variables sociodemogràfiques (edat, gènere, estudis, professió, experiència laboral) dels participants. En la segona, el nivell d'estrès autopercebut en el treball segons cada participant. En la tercera, la consideració d'agressió com a variable de tipus dicotòmic. En la quarta, l'agressió en funció del gènere del resident que exerceix l'agressió. I en la cinquena, s'agrupen els quatre tipus d'agressió (verbal, físic, sexual i atac a la dignitat) que es mesuren en base a la periodicitat (mai, diària, setmanal, mensual, trimestral, semestral i anual).

En l'apartat 5.3 d'aquest mateix estudi, en què exposem l'instrument utilitzat en aquesta investigació, expliquem amb més detall les variables i com es mesuren.

### **5.2. Participants**

En aquesta investigació han participat 433 professionals de les residències de gent gran de Catalunya. Per a l'obtenció de la mostra, s'han realitzat cinc passos que, a continuació, expliquem d'una manera més detallada.

En aquesta investigació, la població d'estudi eren tots els professionals de les residències de gent gran de Catalunya. Com que no sabem quants professionals treballen en aquest sector, per la manca de dades oficials, en el moment del disseny vam decidir buscar altres estratègies per aproximar-nos a conèixer la població d'estudi.



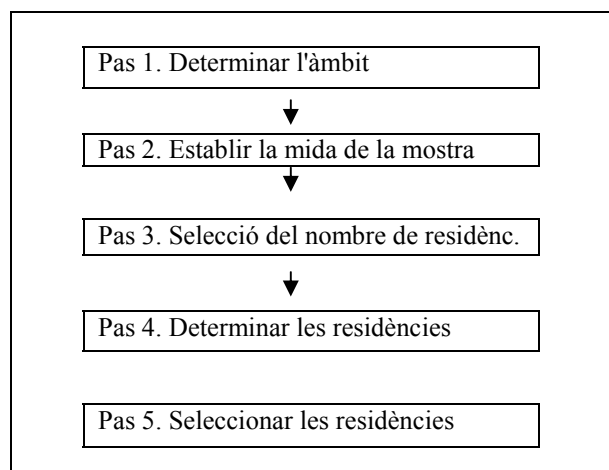


Figura 4. Passos per seleccionar els participants

Per preveure la mida de la mostra i aconseguir una precisió de  $\pm 5$  unitats percentuals en l'estimació de la proporció de consideració d'agressió del 50%, en el cas més desfavorable, mitjançant un interval de confiança asimptòtic normal al 95%, establírem que necessitàvem buscar una mostra poblacional d'uns 452 participants, assumint una taxa de participació del 85%.

Els professionals participants van ser escollits mitjançant un mostreig aleatori estratificat per conglomerats. Vàrem utilitzar l'estrat província per distribuir les residències en el territori de Catalunya i el de conglomerat perquè establírem que els professionals d'una residència conformen un grup natural.

Segons l'ACRA (2009), a Catalunya hi ha 985 residències de gent gran distribuïdes per províncies: 758 (76,95%) a la demarcació de Barcelona, 81 (8,22%) a Girona, 77 (7,81%) a Lleida i 69 (7,02%) a Tarragona.

Vàrem determinar que 30 residències era el nombre mínim necessari per arribar a la mostra escollida, assumint que la mitjana de treballadors per residència seria de 15. La tria de residències es dugué a terme respectant la distribució proporcional per províncies per tal de garantir la representativitat del total de les residències de Catalunya. La distribució de les 30 residències en relació amb els quatre estrats va ser: 24 a Barcelona, 2 a Girona, 2 a Tarragona i 2 a Lleida.

El cinquè i últim pas que realitzàrem va ser seleccionar la mostra de residències. Les residències se seleccionaren a l'atzar a partir d'un llistat extret de la pàgina web del *Portal de Mayores* de l'IMSERSO: (<http://www.imsersomayores.csic.es/recursos/residencias/index.htm>).

Després d'haver escollit les residències, vàrem iniciar el primer contacte amb cada un d'aquests centres. Aquest va ser per telèfon i demanàvem parlar amb una persona referent de la residència (director/a o membre de l'equip directiu) per tal de presentar-li la investigació i preguntar-li si desitjaven participar-hi.

Dues residències varen desestimar la proposta de participar-hi i optàrem per buscar-ne dues més per tal de garantir el nombre de residències establertes. En l'apartat 5.4, anomenat *Procediment per reclutament*, expliquem d'una manera més específica com s'establí el contacte amb les residències per fer l'administració dels qüestionaris al mateix centre.

Els criteris d'inclusió per participar en la investigació van ser:

- Ser professional contractat per una residència de gent gran a Catalunya.
- Tenir com a mínim un any d'experiència laboral com a treballador d'una residència de gent gran.

I el criteri d'exclusió:

- Ser voluntari i no tenir cap contracte laboral amb la residència.

En un primer moment, arran del contacte telefònic amb les residències escollides, vam preveure que hi participarien uns 570 professionals (vegeu annex 3) però, en realitat, ho van fer 458. Això significà una taxa de resposta del 80,36%. En un inici, la mostra estava formada per 458 professionals, 25 dels quals, finalment, van quedar exclosos de la investigació per no haver complimentat de manera correcta el qüestionari, fet que comportà que la mostra quedés reduïda a 433 participants.

A mode de resum, exposem una figura il·lustrativa en què expliquem com s'ha obtingut la mostra.

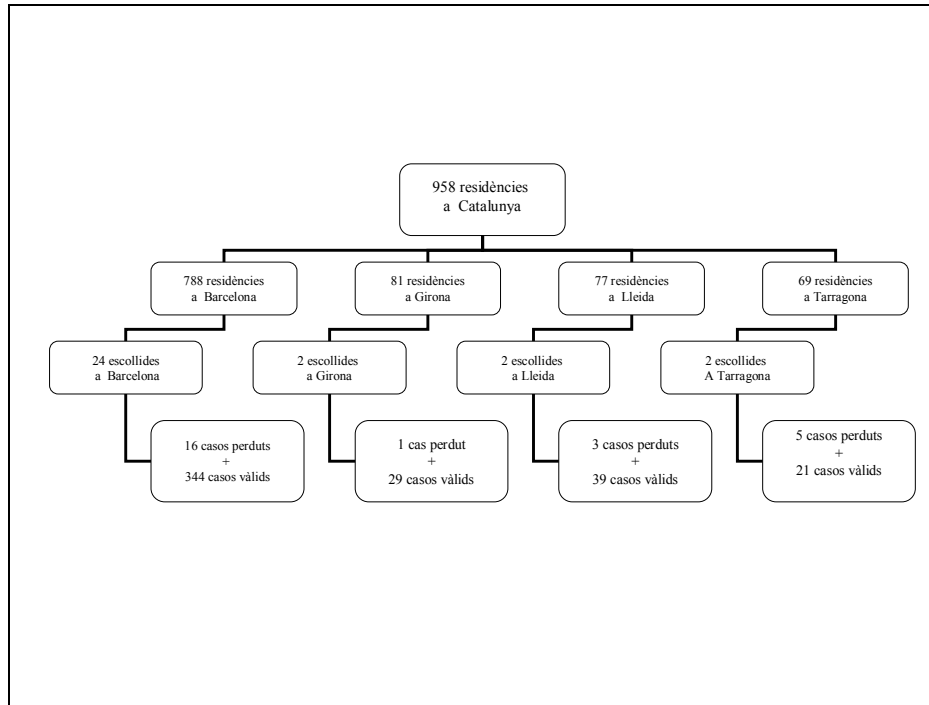


Figura 5. Selecció de la mostra

La mostra vàlida total d'aquesta investigació són 433 participants, 34 dels quals (7,9%) són homes i 399 (92,1%), dones. La mitjana d'edat és de 40 anys i amb un rang entre els 17 i els 64 anys.

En relació amb el territori, el 79% (344) dels professionals treballen en residències de la demarcació de Barcelona, el 7% (29) de Girona, el 9% (39) de Tarragona i el 5% (21) de Lleida (vegeu figura 6).

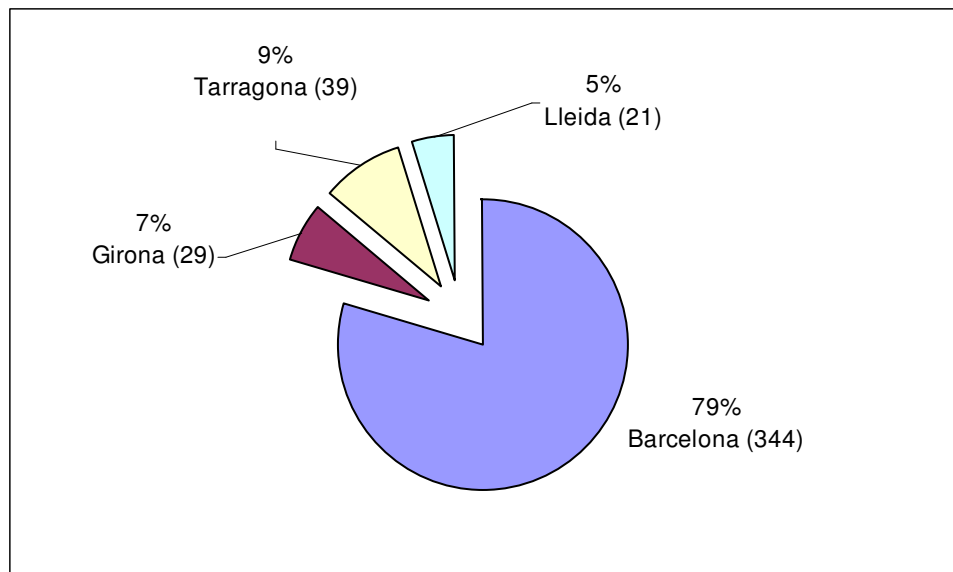


Figura 6 . Distribució de la mostra segons la província en la qual està ubicada la residència

### 5.3. Instrument

L'instrument emprat en aquest estudi és el qüestionari *ad hoc* anomenat QViLab II (versió 1) (Qüestionari de Violència Laboral de tipus II). En l'annex 1, es presenta l'instrument.

En el treball de recerca (Vidal, 2010), elaboràrem el qüestionari perquè, després de revisar la literatura a fons, ens adonàrem que no hi havia cap instrument validat que mesurés la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran. Va ser a través d'aquest mateix treball de recerca que vàrem provar que l'instrument QViLab II (versió I) era prou sensible per poder mesurar el fenomen.

El disseny del qüestionari, que s'explica d'una manera més exhaustiva en el treball de recerca, es realitzà mitjançant consens d'experts a través d'un grup de discussió<sup>1</sup> en què es valorà la finalitat de la investigació, la població a la qual s'adreçava, els recursos disponibles per poder-la realitzar i els estudis fets per altres investigadors. En l'annex 2 d'aquest treball, exposem les actes de la reunió i la manera com es procedí.

<sup>1</sup> El grup de discussió va estar constituït per cinc persones: dos professors universitaris, dos professionals i un membre de les patronals del sector de les residències de gent gran.

El qüestionari consta de quaranta-vuit ítems. És autoadministrable i s'estructura en tres parts. En la primera part, es recullen les dades sociodemogràfiques dels participants: edat, gènere, estudis finalitzats, professió i anys d'experiència treballant en residències de gent gran.

En la segona part del qüestionari, es recullen dos ítems: un que avalua el nivell d'estrès autopercebut i un altre sobre la consideració d'agressió. El primer ítem respon a la variable nivell d'estrès autopercebut i es valora a través d'una escala tipus likert de 10 valors, en la qual 0 significa gens d'estrès i 10 extremament estressat. El segon ítem, de caràcter dicotòmic (sí o no), respon a la variable consideració d'agressió en el lloc de treball durant l'últim any. Si l'avaluació d'aquest segon ítem és sí, es demana al participant que continuï responent a la tercera part del qüestionari; per contra, si la resposta és no, la seva col·laboració en l'estudi ha finalitzat.

I en la tercera part del qüestionari es mesuren quaranta-sis ítems que s'agrupen en quatre dimensions que corresponen al tipus d'agressió –verbal, física, sexual i atacs a la dignitat– i que es repeteixen en funció de la variable gènere del resident agressor.

La primera dimensió és l'agressió verbal i consta de set ítems, que es repeteixen en funció del gènere del resident agressor. Aquests set ítems són: comentaris obscens, difondre rumors a professionals, difondre rumors a direcció, difondre rumors a altres residents, exigències, amenaces i altres tipus d'agressió verbal.

La segona dimensió correspon a l'agressió física i, com l'anterior, consta de set ítems que es repeteixen en funció del gènere del resident agressor. Aquests set ítems són: cops, cops amb objectes, sacsejades, estirades de cabell, bufetades, mossegades i altres tipus d'agressió física.

L'escala d'agressió sexual és la tercera dimensió. Consta de quatre ítems que, com les altres escales, es repeteixen en funció del gènere de l'agressor. Són els següents: tocaments, actituds exhibicionistes, conductes masturbatòries davant la presència del professional i altres tipus d'agressió sexual.

La quarta i última dimensió és l'atac a la dignitat. Consta de cinc ítems: ridiculitzar, atribuir problemes mentals a la persona, desacreditació, intimidació i altres tipus d'atac a la dignitat.

En resum, tots els ítems –els set ítems de la dimensió d'agressió verbal, els set de la física, els quatre de la sexual i els cinc de l'atac a la dignitat– doblats en funció del gènere del resident donen com a resultat els quaranta-sis ítems. Cada un d'aquests ítems es valora a través d'una escala tipus likert de 0 a 6 basada en la freqüència, en què 0 és mai i 6 és anual. En l'annex 5 d'aquest treball, presentem i definim cada un dels ítems en funció del tipus d'agressió.

#### **5.4. Procediment de reclutament**

El procediment d'aquesta investigació ha seguit quatre fases. En la primera, presentàrem la investigació a les residències. En aquesta fase s'organitzà el calendari d'administració dels qüestionaris. En un primer moment, vàrem establir contacte amb els directors o membres de l'equip directiu per determinar la data i l'horari en què s'administrarien els qüestionaris. La finalitat era explicar la investigació i encoratjar els directors a participar-hi. Si optaven per fer-ho, pactàvem una data i una franja horària per interferir el menys possible en la tasca dels professionals i en el funcionament de la residència.

En la segona fase, recollirem les dades. La recollida de dades es va realitzar en les 30 residències de gent gran distribuïdes per Catalunya i escollides en funció de l'estrat província des del setembre de 2008 al febrer de 2009. Consistí a lliurar els qüestionaris QViLab II (versió 1) als participants de manera simultània en cada un del seus llocs de treball, en la data i franja horària establerta. Abans d'iniciar el procés, informàrem els participants que el qüestionari era anònim per tal de garantir la confidencialitat, motiu pel qual no se'ls demanava cap dada identificativa. També se'ls va dir que la seva participació era voluntària i qui no desitjava participar en la investigació, ho podia deixar lliurement. El temps estimat per a complimentar el qüestionari per part del participant era d'uns trenta minuts i durant aquest període de temps vàrem respondre de manera personalitzada els dubtes que van sorgir.

En la tercera fase, introduïrem les dades. S'utilitzà el paquet estadístic SPSS versió 19.0 per a Windows per a construir la matriu de dades i introduir-les.

I en l'última fase, realitzarem l'anàlisi de dades. Emprarem tècniques d'anàlisi descriptiva per descriure la mostra, com ara mitjanes, desviacions típiques (dt), freqüències i percentatges. Per avaluar la relació consideració d'agressió i els tipus d'agressió amb les altres variables utilitzarem el test de la Khi-quadrat. Estimarem un interval de confiança del 95% mitjançant l'aproximació normal (95%) i considerarem com a estadísticament significatiu un valor de p inferior al 5%.

## Capítol 6. Resultats

---



En aquest capítol presentem els resultats de la investigació. S'estructura en cinc apartats, que corresponen als quatre objectius específics que ens havíem proposat, més la descripció de la mostra. En el primer apartat, exposem les característiques sociodemogràfiques i el nivell d'estrès autopercebut dels participants. En el segon, la freqüència de la consideració d'agressió. En el tercer, la interrelació entre la consideració d'agressió i les variables dels participants. En el quart, les característiques de l'agressió en funció del gènere del resident. I en l'últim apartat, el tipus d'agressió que realitzen els residents cap als professionals.

### **6.1. Característiques sociodemogràfiques i nivell d'estrès autopercebut dels participants**

Els resultats de les característiques sociodemogràfiques i el nivell d'estrès autopercebut de la mostra els presentem en la taula 7.

La mitjana d'edat de la mostra, tal i com s'observa en la taula, és de 40 anys, i la franja d'adult és la més freqüent, en un 67,6% (26-50 anys), seguida de la d'adult gran, en un 22,9% (51-64 anys), i de la d'adult jove, en un 9,5% (16-25 anys).

Taula 7. Característiques sociodemogràfiques de la mostra i nivell d'estrès autopercebut

Dades sociodemogràfiques	Freqüència		Mitjana	dt
	n	(%)		
Edat			40,3	10,8
Adult jove (16-25 anys)	41	(9,5)		
Adult (26-50 anys)	293	(67,6)		
Adult gran (51-64 anys)	99	(22,9)		
Gènere				
Home	34	(7,9)		
Dona	399	(92,1)		
Estudis (1)				
Certificat estudis primaris	69	(15,9)		
Primaris	135	(31,2)		
Secundaris	100	(23,1)		
Universitari de grau mitjà	103	(23,8)		
Univ. de grau superior	24	(5,5)		
Professió (2)				
Gerocultors	287	(66,7)		
Infermers	31	(7,2)		
Treballadors socials	24	(5,6)		
Terapeutes ocupacionals	10	(2,3)		
Educadors socials	18	(4,2)		
Fisioterapeutes	21	(4,9)		
Psicòlegs	12	(2,8)		
Metges	6	(1,4)		
Personal d'atenció indirecta	21	(4,9)		
Anys d'experiència (3)			5,0	5,8
< 6 anys	240	(55,4)		
6 - 10 anys	105	(24,2)		
>10 anys	84	(19,4)		
Nivell d'estrès autopercebut (4)			4,93	3,2
Baix (<4)	130	(30,1)		
Mitjà [4-6]	143	(33,1)		
Alt (>6)	159	(36,8)		

(1) 2 casos no responen; (2) 3 casos no responen; (3) 4 casos no responen; (4) 1 cas no respon;  
dt: desviació típica

Per saber quin interval d'edat és el més freqüent, hem elaborat un gràfic amb els diferents intervals d'edat de la mostra. S'observa que l'interval de 31-35 anys és el que té una freqüència més alta, amb 73 participants, i el de 16-20 anys és el que menys en té, amb només 2 participants (vegeu figura 7).

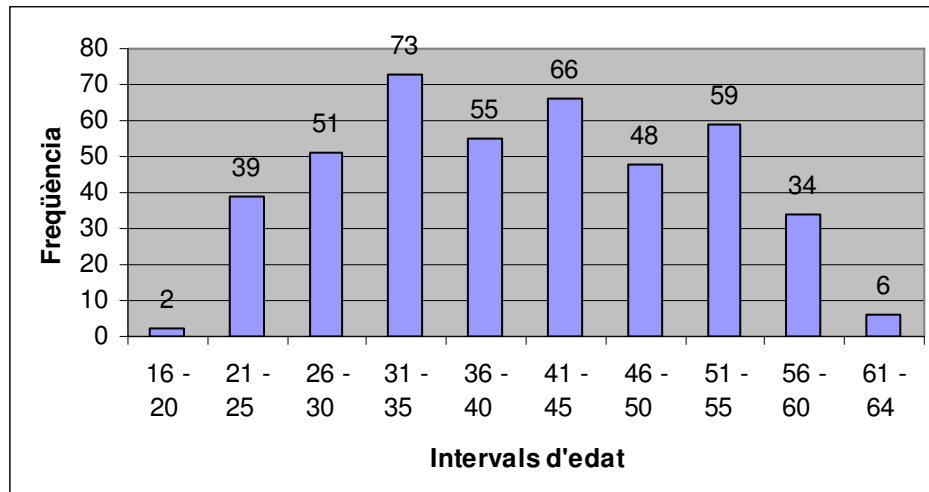


Figura 7. Distribució de la mostra en intervals d'edat

Pel que fa al gènere, tal i com s'observa en la taula 7, el 7,9% dels participants són homes i el 92,1% són dones.

Quant als estudis, s'observa que els estudis primaris són els més freqüents (31,2%), seguit dels estudis universitaris de grau mitjà (23,8%), els secundaris (23,1%), el certificat d'estudis primaris (15,9%) i els universitaris de grau superior (5,5%).

Pel que fa a la professió, el gerocultor és el perfil professional més freqüent, amb un 66,7%, i el metge és el que menys, amb un 1,4%.

Els anys d'experiència, a l'igual que l'edat, s'agrupà en intervals. L'interval inferior a 6 anys és el més freqüent, amb un 55,4%, seguit del 6-10 anys, amb un 24,2%, i el menys freqüent és el superior a 10 anys d'experiència, amb 19,4%. La mitjana d'experiència és de 5 anys, tal com s'observa en la taula 7. En la figura 8, exposem les freqüències en intervals d'experiència més curts, i observem que la majoria dels participants (236) tenen de 1 a 6 anys d'experiència i que en els intervals de més de 16 anys d'experiència hi ha molt pocs participants.

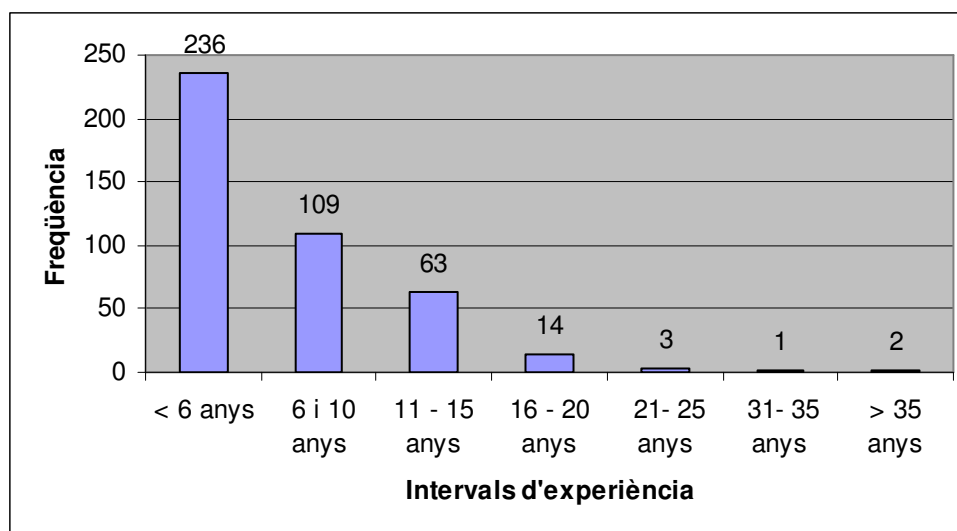


Figura 8. Distribució de la mostra en intervals d'anys d'experiència

I en relació amb el nivell d'estrès autopercebut, la mitjana presenta un valor de 4,93%. L'interval alt nivell d'estrès percebut ( $>6$ ) és el que presenta un major percentatge, amb un 36,8%, seguit del mitjà, que comprèn els valors de 4 a 6, amb un 33,1%, i el baix ( $<4$ ), amb un 30,1%.

## 6.2. Freqüència de la consideració d'agressió

En aquest apartat, presentem els resultats en relació amb l'objectiu específic 1 d'aquesta investigació, que és determinar la freqüència de la consideració d'agressió durant el període d'un any en els professionals que treballen en les residències de gent gran de Catalunya.

Taula 8. Freqüència de la consideració d'agressió

Consideració d'agressió	Freqüència n	Percentatge (%)	IC95%
No	136	(31,4)	(26,9-35,9)
Sí	297	(68,6)	(64,1-73,1)
Total	433	(100)	

Els resultats obtinguts estableixen que el 68,6% (IC95%:64-73%) dels professionals participants en l'estudi diuen que s'han considerat d'agredits pels residents que atenen.

### 6.3. Relació de la consideració d'agressió i les variables dels participants

L'objectiu específic 2 d'aquesta investigació és identificar quines variables dels professionals es relacionen amb la consideració d'agressió. En la taula 9, presentem els resultats obtinguts del percentatge de la consideració d'agressió en funció dels diferents nivells de les variables enregistrades.

Taula 9. Freqüència (n) i percentatge (%) de la relació de la consideració d'agressió amb les variables sociodemogràfiques i el nivell d'estrès autopercebut

		Consideració d'agressió		$\chi^2$
		n	(%)	p
Edat	Adult jove	27	(67,5)	0,547
	Adult	207	(70,2)	
	Adult gran	63	(64,3)	
Gènere	Home	25	(73,5)	0,518
	Dona	272	(68,2)	
Estudis (1)	Certif. estudis prim.	47	(68,1)	0,837
	Primaris	89	(65,9)	
	Secundaris	72	(72,0)	
	U. de grau mitjà	71	(68,9)	
	U. de grau superior	18	(75,0)	
Professió (2)	Gerocultors	204	(71,1)	0,033*
	Infermers	22	(71,0)	
	Treballadors socials	13	(54,2)	
	Terapeutes ocup.	9	(90,0)	
	Educadors socials	11	(61,1)	
	Fisioterapeutes	17	(81,0)	
	Psicòlegs	9	(75,0)	
	Metges	4	(66,7)	
	Personal at. indirecta	8	(38,1)	
Anys d'experiència (3)	< 6 anys	162	(67,5)	0,614
	6 - 10 anys	76	(72,4)	
	>10 anys	56	(66,7)	
Nivell d'estrès autopercebut (4)	Baix (<4)	34	(26,2)	0,001*
	Mitjà [4-6]	113	(79,0)	
	Alt (>6)	149	(93,7)	

(1) 2 casos no responen; (2) 3 casos no responen; (3) 4 casos no responen; (4) 1 cas no respon

(\*) Significació estadística ( $p \leq 0,05$ ).

En el resultat s'observa una relació estadísticament significativa entre la consideració d'agressió, la professió i el nivell d'estrès autopercebut. Això significa que el percentatge de la consideració d'agressió varia en funció de la professió i el nivell

d'estrès. En canvi, no s'observen diferències significatives en relació amb les altres variables de l'estudi.

En funció de la professió s'observa que vuit de les nou professions que participen en la investigació responen afirmativament, amb més del 50%, a la consideració d'agressió i l'única professió que no es considera agredida, amb menys del 50%, és el personal d'atenció indirecta. Cal destacar que el terapeuta ocupacional (90,0%, n=9) és el professional que expressa més consideració d'agressió.

En funció del nivell d'estrès autopercebut, s'observa un augment de la consideració d'agressió a mesura que ho fa aquesta variable.

A la taula 10, veiem, a més, que els professionals que s'han considerat agredits han expressat un valor de 6,36 de mitjana de nivell d'estrès autopercebut respecte als no considerats agredits, que presenten una mitjana d'un 1,82%, diferència estadísticament significativa (valor  $p < 0,001$ ).

Taula 10. Descriptius del nivell d'estrès autopercebut en funció de la consideració d'agressió

	Mitjana	Desviació típica	Mínim	Màxim
No consideració d'agressió	1,82	2,65	0	10
Consideració d'agressió	6,36	2,34	0	10

Arran dels resultats obtinguts, hem buscat si s'observa una associació entre la professió i la consideració d'agressió estratificada en els diferents nivells d'estrès autopercebut. Les dades, que presentem en la taula 11, expressen que a mesura que augmenta el nivell d'estrès, augmenta la consideració d'agressió en les diferents professions. En canvi, no s'observen diferències estadístiques de la freqüència de la consideració d'agressió entre professionals en cada nivell d'estrès autopercebut.

Taula 11. Consideració d'agressió en funció del nivell d'estrès i professió

	Consideració d'agressió		$\chi^2$
	n	(%)	p
Nivell d'estrès baix (<4)			0,667
Gerocultors	21	(28,0)	
Infermers	3	(27,3)	
Treballadors socials	2	(20,0)	
Terapeutes ocup.	2	(66,7)	
Educadors socials	2	(25,0)	
Fisioterapeutes	1	(33,3)	
Psicòlegs	1	(25,0)	
Metges	1	(50,0)	
Personal at. indirecta	1	(7,7)	
Total	34	(26,4)	
Nivell d'estrès mitjà [4-6]			0,591
Gerocultors	74	(76,3)	
Infermers	10	(100)	
Treballadors socials	8	(72,7)	
Terapeutes ocup.	5	(100)	
Educadors socials	2	(66,7)	
Fisioterapeutes	7	(87,5)	
Psicòlegs	2	(100)	
Metges	2	(100)	
Personal at. indirecta	3	(75,0)	
Total	113	(79,6)	
Nivell d'estrès alt (>6)			0,312
Gerocultors	108	(94,7)	
Infermers	9	(90,0)	
Treballadors socials	3	(100)	
Terapeutes ocup.	2	(100)	
Educadors socials	7	(100)	
Fisioterapeutes	9	(90,0)	
Psicòlegs	6	(100)	
Metges	1	(50,0)	
Personal at. indirecta	4	(100)	
Total	149	(94,3)	

#### 6.4. Característiques de l'agressió en funció del gènere del resident

En aquest apartat exposem els resultats de l'agressió en funció del gènere de l'agressor a fi de poder obtenir les dades per a poder respondre a l'objectiu específic 3 de la investigació. L'hem estructurat en dos blocs. En el primer, presentem la freqüència de

l'agressió en funció del gènere i en el segon la relació del gènere del resident agressor amb les variables dels professionals.

#### 6.4.1. Freqüència del gènere de l'agressor

En relació amb el gènere del resident com a agressor, els professionals han expressat haver estat agredits tant per l'home com per la dona resident en un 61,3%. L'agressió exercida només per l'home resident és d'un 30% i per la dona és d'un 8,7% (vegeu taula 12).

Taula 12. Freqüència de l'agressió per part de l'home, la dona i ambdós gèneres dels residents

Agressió	Freqüència n	Percentatge (%)
Només home resident	89	(30,0)
Només dona resident	26	(8,7)
Home i dona resident	182	(61,3)

#### 6.4.2. Relació entre el gènere del resident agressor i les variables dels professionals

En aquest bloc presentem, seguint l'ordre que detallem a continuació, la relació del gènere del resident agressor amb les variables sociodemogràfiques (edat, gènere del professional, estudis, professió i anys d'experiència) i el nivell d'estrès autopercebut.

Taula 13. Freqüència de l'agressió per part de l'home, la dona i ambdós gèneres dels residents en funció del grup d'edat del professional considerat agredit

	(n)	Agressió només per l'home resident		Agressió només per la dona resident		Agressió per ambdós gèneres dels resid.	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Adult jove	(27)	12	(44,4)	2	(7,4)	13	(48,2)
Adult	(207)	57	(27,5)	14	(6,8)	136	(65,7)
Adult gran	(63)	20	(31,7)	10	(15,9)	33	(52,4)
Total	(297)	89	(30,0)	26	(8,7)	182	(61,3)

En relació amb l'edat dels professionals, els tres grups d'edat expressen un major percentatge d'agressió per ambdós gèneres: el 48,2% en l'adult jove, el 65,7% en l'adult i el 52,4% en l'adult gran.



El grup adult jove expressa haver estat agredit només per homes en el 44,4% versus el 31,7% del d'adult gran. Aquest últim grup diu haver-ho estat només per dones en el 15,9%, en contra del d'adult i adult jove, en un 6,8 i un 7,4%, respectivament.

Tot i així els resultats no presenten una relació estadísticament significativa entre el gènere de l'agressor i l'edat del professional (vegeu taula 13).

Taula 14. Freqüència de l'agressió per part de l'home, la dona i ambdós gèneres dels residents en funció del gènere del professional considerat agredit

	(n)	Agressió només per l'home resident		Agressió només per la dona resident		Agressió per ambdós gèneres dels resid.	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Home	(25)	7	(28,0)	1	(4,0)	17	(68,0)
Dona	(272)	82	(30,1)	25	(9,2)	165	(60,7)
Total	(297)	89	(30,0)	26	(8,7)	182	(61,3)

En relació amb el gènere del professional considerat agredit, els resultats no presenten una relació estadísticament significativa amb el gènere del resident com a agressor (vegeu taula 14).

Els professionals homes expressen un major percentatge d'agressió per part d'ambdós gèneres (68%) versus les professionals dones (60,7). Per contra, les professionals dones expressen haver estat agredides només per les dones residents el 9,2% mentre que els professionals homes el 4%.

Taula 15. Freqüència de l'agressió per part de l'home, la dona i ambdós gèneres dels residents en funció del nivell d'estudis del professional considerat agredit

	(n)	Agressió només per l'home resident		Agressió només per la dona resident		Agressió per ambdós gèneres dels resid.	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Certif. estudis pri.	(47)	15	(31,9)	4	(8,5)	28	(59,6)
Primaris	(89)	27	(30,4)	10	(11,2)	52	(58,4)
Secundaris	(72)	25	(34,7)	1	(1,4)	46	(63,9)
U. de grau mitjà	(71)	19	(26,8)	10	(14,1)	42	(59,1)
U. de grau superior	(18)	3	(16,7)	1	(5,5)	14	(77,8)
Total	(297)	89	(30,0)	26	(8,7)	182	(61,3)

En relació amb el nivell d'estudis, els resultats tampoc no presenten una relació estadísticament significativa amb el gènere del resident com a agressor (vegeu taula 15).

Els cinc nivells d'estudis expressen haver estat agredits per ambdós gèneres; essent el més predominant els universitaris de grau superior en un 77,8%.

Els professionals d'estudis secundaris expressen haver estat més agredits només per homes residents en el 34,7%, respecte al 16,7% dels universitaris de grau superior. I en relació amb les dones residents, els universitaris de grau mitjà expressen més agressió (14,1%) respecte al de grau superior (5,5%).

Taula 16. Freqüència de l'agressió per part de l'home, la dona i ambdós gèneres dels residents en funció de la professió

	(n)	Agressió només per l'home resident		Agressió només per la dona resident		Agressió per ambdós gèneres dels resid.	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Gerocultors	(204)	69	(33,8)	14	(6,9)	121	(59,3)
Infermers	(22)	3	(13,6)	7	(31,8)	12	(54,6)
Treballadors socials	(13)	2	(15,4)	0	(0,0)	11	(84,6)
Terapeutes ocup.	(9)	4	(44,4)	1	(11,2)	4	(44,4)
Educadors socials	(11)	3	(27,3)	0	(0,0)	8	(72,7)
Fisioterapeutes	(17)	4	(23,5)	2	(11,8)	11	(64,7)
Psicòlegs	(9)	1	(11,1)	0	(25,0)	8	(88,9)
Metges	(4)	2	(50,0)	1	(25,0)	1	(25,0)
Personal at. indirecta	(8)	1	(12,5)	1	(12,5)	6	(75,0)
Total	(297)	89	(30,0)	26	(8,7)	182	(61,3)

Pel que fa a la relació de la professió amb el gènere del resident agressor, tot i haver variabilitat de resultats entre aquestes dues variables, no sembla haver-se trobat una relació estadísticament significativa (vegeu taula 16).

Vuit de les nou professions expressen haver estat agredides per ambdós gèneres dels residents, i totes vuit tenen percentatges superiors al 50%. En canvi, quan l'agressor només és l'home o la dona resident, els percentatges expressats pels professionals són més baixos respecte ambdós gèneres.

Taula 17. Freqüència de l'agressió per part de l'home, la dona i ambdós gèneres dels residents en funció del grup d'anys d'experiència del professional considerat agredit

	(n)	Agressió només per l'home resident*		Agressió només per la dona resident*		Agressió per ambdós gèneres dels resid.*	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
< 6 anys	(162)	60	(37,0)	16	(9,9)	86	(53,1)
6 - 10 anys	(76)	20	(26,3)	3	(3,9)	53	(69,8)
>10 anys	(56)	8	(14,3)	7	(12,5)	41	(73,2)
Total	(294)	88	(29,9)	26	(8,7)	180	(61,2)

(\*) Significació estadística ( $p \leq 0,05$ )

En referència amb la relació dels anys d'experiència amb el gènere del resident com a agressor, observem una relació estadísticament significativa entre aquestes dues variables.

Els tres grups expressen un major percentatge d'agressió per ambdós gèneres; el 73,2% en els de més de 10 anys, el 69,7% en els de 6 a 10 anys, i el 53,1% en els de menys de 6 anys; destacant que en el grup amb més experiència (>10 anys) s'observa un resultat més elevat.

Quan l'agressor només és l'home resident, el grup amb menys experiència (< 6 anys) és el que expressa més agressió (37,0%); i quan l'agressora és la dona, ho manifesta el grup amb més experiència (>10 anys) amb un 12,5%.

Taula 18. Freqüència de l'agressió per part de l'home, la dona i ambdós gèneres dels residents en funció del nivell d'estrès autopercebut del professional considerat agredit

	(n)	Agressió només per l'home resident*		Agressió només per la dona resident*		Agressió per ambdós gèneres dels resid.	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Baix (<4)	(34)	18	(52,9)	9	(26,5)	7	(20,6)
Mitjà [4-6]	(113)	40	(35,4)	16	(14,2)	57	(50,4)
Alt (>6)	(149)	31	(20,8)	1	(0,7)	117	(78,5)
Total	(296)	89	(30,1)	26	(8,7)	181	(61,1)

(\*) Significació estadística ( $p \leq 0,05$ )

I en relació amb el nivell d'estrès autopercebut, un primer resultat que s'observa és la relació estadísticament significativa d'aquesta variable amb només l'home i la dona resident com a agressors.

Els professionals expressen percentualment un augment de l'agressió per ambdós gèneres a mesura que augmenta el nivell d'estrès autopercebut.

I els professionals que han expressat haver estat agredits valoren el nivell d'estrès autopercebut 7 de mitjana quan ho han estat pels dos gèneres, un 5,4 per l'home resident i un 4 per la dona resident com a agressora (vegeu taula 19).

Taula 19. Descriptius de l'agressió per part de l'home, la dona resident i ambdós gèneres dels residents en relació amb el nivell d'estrès autopercebut

	Mitjana	Desviació típica	Mínim	Màxim
Només home resident	5,39	2,23	0	10
Només dona resident	4,12	1,21	0	10
Ambdós gèneres	7,15	2,12	0	10

## 6.5. Tipus d'agressió

En aquest apartat, presentem els resultats –en funció del gènere del resident agressor– per poder respondre l'objectiu específic 4 d'aquesta investigació, que és saber quin tipus d'agressió és la més freqüent.

Tal com s'observa en la taula 20, l'atac a la dignitat és l'únic tipus d'agressió que es relaciona de manera estadísticament significativa amb el gènere del resident com a agressor.

Taula 20. Relació entre el gènere del resident i tipus d'agressió

	Només per l'home resident (n=89)		Només per la dona resident (n=26)		Ambdós gèneres (n=182)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
A. Verbal	82	(91,1)	21	(80,8)	175	(96,1)
A. Física	33	(37,1)	13	(50,0)	142	(78,0)
A. Sexual	17	(19,1)	4	(15,4)	81	(44,5)
Atac a la dignitat*	12	(13,5)	6	(23,1)	98	(53,8)

(\*) Significació estadística ( $p \leq 0,05$ )

Un altre resultat que mostra la taula, tot i que no mostra relació estadísticament significativa, és l'alt percentatge d'agressió verbal. Aquest tipus d'agressió, que sembla ser la més freqüent, va precedida de l'agressió física i seguida de la sexual. Aquesta seqüència pot observar-se en ambdós gèneres i quan només és un el gènere del resident com a agressor.

Per a saber la freqüència de cada tipus d'agressió hem realitzat una anàlisi de freqüència per a cada tipologia, que presentem en les quatre taules següents.

En relació amb l'agressió verbal, observem que les exigències són la modalitat que més expressen els professionals, i en concret és la freqüència diària la més elevada: el 35,2%

en ambdós gèneres, el 20,8% quan només és l'home resident i el 20,3% en la dona. No obstant això, volem remarcar que l'agressió verbal no mostra una relació estadísticament significativa amb el gènere del resident agressor (vegeu taula 21).

Taula 21. Percentatge de l'agressió verbal en funció del gènere del resident agressor i la freqüència

	Mai	Diari	Setmanal	Mensual	Trime.	Semes.	Anual
Comentaris obscens							
Home	67,2	6,5	6,3	6,2	1,8	3,5	6,5
Dona	84,3	4,2	2,8	2,5	2,1	1,8	2,3
Ambdós	59,3	6,6	14,8	3,3	0,5	5,5	9,9
Difondre r. professional							
Home	78,8	4,6	6,0	7,6	0,5	1,8	3,7
Dona	81,5	6,9	3,7	4,4	0,5	0,9	2,1
Ambdós	62,6	6,0	6,6	13,7	1,1	2,7	7,1
Difondre r. direcció							
Home	80,1	4,9	4,2	6,3	0,5	1,4	2,8
Dona	78,8	6,5	5,1	4,6	0,2	2,3	2,5
Ambdós	72,4	5,5	6,1	7,7	1,1	3,3	3,9
Difondre r. residents							
Home	76,0	8,1	3,2	6,9	1,2	2,1	2,5
Dona	79,0	6,7	4,4	5,3	0,5	2,8	1,4
Ambdós	62,1	11,5	6,0	11,5	2,7	3,3	2,7
Exigències							
Home	60,5	20,8	7,4	7,2	0,5	1,8	1,8
Dona	59,1	20,3	8,8	8,3	0,5	1,8	1,2
Ambdós	37,9	35,2	9,9	11,5	0,0	3,3	2,2
Amenaces							
Home	74,4	8,3	5,5	5,8	1,2	3,5	1,4
Dona	75,1	9,9	3,7	5,3	1,2	2,1	2,8
Ambdós	64,8	9,9	5,5	8,2	1,1	7,7	2,7
Altres agressions v.							
Home	92,6	1,2	2,5	1,6	1,4	0,0	0,7
Dona	95,6	1,2	1,2	0,9	0,0	0,0	1,4
Ambdós	95,6	1,1	1,1	1,1	0,0	0,5	0,5

En relació amb l'agressió física, observem que el percentatge més elevat, sense tenir en consideració l'ítem *mai*, és la modalitat *cops* quan aquesta és exercida per ambdós gèneres dels residents, expressant-se amb una freqüència mensual. A l'igual que l'agressió verbal, aquest tipus d'agressió no mostra una relació estadísticament significativa amb el gènere del resident (vegeu taula 22).

Taula 22. Percentatge de l'agressió física en funció del gènere del resident agressor i la freqüència

	Mai	Diari	Setmanal	Mensual	Trime.	Semes.	Anual
<b>Cops</b>							
Home	67,7	4,8	7,4	6,2	1,2	6,7	6,7
Dona	78,5	5,3	5,3	3,0	1,4	3,5	3,0
Ambdós	54,4	3,8	9,9	12,1	2,2	8,2	9,3
<b>Cops amb objectes</b>							
Home	81,5	1,2	3,2	3,0	1,2	4,4	5,5
Dona	86,4	2,3	2,1	1,8	0,5	3,9	3,0
Ambdós	73,6	2,2	4,9	4,4	1,1	6,0	7,7
<b>Sacsejades</b>							
Home	88,0	1,4	3,0	2,5	0,2	2,5	2,3
Dona	89,4	2,1	2,8	2,1	0,0	1,6	2,1
Ambdós	80,8	2,7	6,0	4,9	0,0	4,4	1,1
<b>Estirar cabells</b>							
Home	91,4	1,4	0,7	2,3	0,2	0,7	3,2
Dona	89,1	2,3	1,2	3,7	0,5	1,4	1,8
Ambdós	86,7	1,1	0,6	3,9	0,6	0,6	6,6
<b>Bufetades</b>							
Home	88,9	2,8	1,4	1,6	0,5	1,4	3,5
Dona	88,0	2,1	1,6	1,8	0,7	2,8	3,0
Ambdós	81,9	5,5	2,7	1,6	1,1	2,2	4,9
<b>Mossegades</b>							
Home	85,9	2,3	1,8	3,0	1,2	2,8	3,0
Dona	84,1	3,2	2,5	3,0	0,2	3,0	3,9
Ambdós	77,5	4,4	2,2	4,9	2,7	3,8	4,4
<b>Altres</b>							
Home	92,6	1,6	0,9	2,1	0,7	0,7	1,4
Dona	95,2	0,9	0,9	1,4	0,0	0,2	1,4
Ambdós	90,7	2,2	1,6	2,2	0,5	1,1	1,6

En relació amb l'agressió sexual, observem en la taula 23 que els tocaments realitzats només per homes residents a nivell diari són el percentatge més elevat respecte a la resta de modalitats. No obstant això, el resultat és baix i a la vegada aquest tipus d'agressió no mostra una relació estadísticament significativa amb el gènere del resident com a agressor.

Taula 23. Percentatge de l'agressió sexual en funció del gènere del resident agressor i la freqüència

	Mai	Diari	Setmanal	Mensual	Trime.	Semes.	Anual
Tocaments							
Home	80,4	5,5	4,2	2,3	1,2	3,0	3,5
Dona	95,2	1,6	0,9	0,5	0,0	0,5	1,4
Ambdós	94,0	0,5	1,6	1,1	0,0	0,5	2,2
A. exhibicionista							
Home	87,8	1,2	1,4	2,8	0,7	2,5	3,7
Dona	95,8	1,2	1,2	0,9	0,0	0,5	0,5
Ambdós	94,0	1,1	2,2	1,1	0,0	0,5	1,1
Conducta masturbatòria							
Home	97,1	0,7	0,6	0,6	0,0	0,6	0,4
Dona	98,1	0,5	0,2	0,7	0,0	0,2	0,2
Ambdós	97,2	0,6	1,7	0,0	0,0	0,0	0,6
Altres							
Home	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dona	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambdós	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

I en relació amb l'atac a la dignitat, tot i que s'ha trobat una relació estadísticament significativa amb el gènere del resident com a agressor, els resultats obtinguts presenten freqüències molt baixes i la més elevada, encara que no arriba al 50%, és la modalitat *desacreditació* per ambdós gèneres en la freqüència anual en un 11,5%.

Taula 24. Percentatge de l'atac a la dignitat en funció del gènere del resident agressor i la freqüència

	Mai	Diari	Setmanal	Mensual	Trime.	Semes.	Anual
Ridiculitzar							
Home	86,3	2,8	2,3	3,9	0,9	1,2	2,5
Dona	86,4	3,0	2,5	3,5	1,4	1,6	1,6
Ambdós	78,0	2,2	3,3	7,7	1,6	3,8	3,3
A. problemes mentals							
Home	95,2	0,5	0,9	1,2	0,0	0,7	1,6
Dona	95,2	0,2	0,2	2,1	0,7	1,2	0,5
Ambdós	95,6	0,5	0,0	1,1	0,5	1,6	0,5
Desacreditació							
Home	87,5	1,2	3,7	1,2	0,7	1,8	3,9
Dona	84,3	2,1	2,3	3,2	0,7	1,8	5,5
Ambdós	69,2	4,4	3,8	5,5	1,6	3,8	11,5
Intimidació							
Home	88,2	1,8	2,8	2,1	0,2	1,4	3,5
Dona	91,2	1,2	1,2	3,0	0,0	0,9	2,5
Ambdós	86,3	2,2	1,6	4,9	0,0	1,1	3,8
Altres							
Home	98,2	0,2	0,2	0,5	0,0	0,2	0,7
Dona	98,9	0,0	0,2	0,2	0,0	0,2	0,5
Ambdós	99,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5

A mode de síntesi, a continuació, exposem els resultats de l'estudi en relació amb els objectius específics establerts de manera clara i esquemàtica.

L'objectiu específic 1 era determinar la freqüència de la consideració d'agressió en els professionals que treballen en les residències de gent gran de Catalunya; és a dir, saber quants professionals que treballen en residències de gent gran es consideren agredits per les persones grans residents ateses en l'últim any. Els resultats de l'estudi posen de relleu que el 68,6% (IC95%:64,1-73,1) dels professionals es consideren agredits per part de les persones grans que atenen.

L'objectiu específic 2 era identificar quines variables dels professionals de les residències de gent gran es relacionen amb la consideració d'agressió. Els resultats obtinguts són:

- La professió i el nivell d'estrès autopercebut estan relacionats amb la consideració d'agressió.
- El terapeuta ocupacional és el perfil professional que manifesta una major consideració d'agressió, i el personal d'atenció indirecta el que menys.
- Els professionals que es consideren agredits expressen un mitjana de nivell d'estrès autopercebut de 6.
- A mesura que augmenta el nivell d'estrès, augmenta la consideració d'agressió en les diferents professions.

L'objectiu específic 3 de l'estudi era conèixer la freqüència d'agressió per part dels residents i si existeixen diferències entre gèneres quan l'agressor és el resident. Els resultats de l'estudi posen de relleu que:

- El 61,3% dels professionals han estat agredits pels dos gèneres: homes i dones residents; i en relació amb un únic gènere, el 30,0% expressen que ho han estat per un home i el 8,8% per una dona resident.
- Els anys d'experiència i el nivell d'estrès autopercebut mostren una relació significativa amb el gènere del resident com agressor.

I l'objectiu específic 4, i últim, era saber quin tipus d'agressió és el més freqüent i els resultats obtinguts són:

- L'atac a la dignitat està relacionat amb el gènere del resident agressor.
- El tipus d'agressió més freqüent és el verbal i la modalitat exigències exercida per ambdós gèneres a nivell diari és la més expressada pels professionals.



## Capítol 7. Discussió

---

En aquest capítol, estructurat en quatre parts, analitzarem els resultats obtinguts en la investigació en base als objectius que ens havíem plantejat. En el primer apartat, discutirem la freqüència de la consideració d'agressió; en el segon, les variables relacionades amb la consideració d'agressió; en el tercer, el gènere del resident que exerceix més l'agressió; i en l'últim apartat, el tipus d'agressió més freqüent.

Tanmateix, abans d'iniciar la discussió voldríem analitzar les dades sociodemogràfiques de la mostra perquè considerem que poden ser d'interès per contextualitzar les característiques dels professionals i del sector residencial a Catalunya.

Un primer element és l'edat, el 67,6% dels participants tenia de 26 a 50. En un estudi similar, Gates *et al.* (2003) establiren la mitjana d'edat de la mostra en 35,98 anys; gairebé 4 anys de diferència respecte a la nostra investigació. Aquests resultats, que no són tan diferents entre si, ens fan pensar que els professionals de la cura s'aproximen als 40 anys, dada que no ens sorprèn. L'atenció a les persones grans, ja sigui en el domicili o en institucions ha estat un filó d'ocupació que diverses organitzacions governamentals i formatives han promociat en els últims anys per incentivar l'ocupació de col·lectius amb dificultats d'inserció com les persones aturades de llarga durada, majors de 40 anys i dones. Aquesta estratègia socioeconòmica, no exclusiva del nostre país sinó que s'ha utilitzat abastament en el sector de la cura de les persones dependents tal com posa de relleu Gallart (2007), ha contribuït que els professionals que fan aquesta tasca laboral siguin persones que s'aproximen a la mitjana d'edat, 40 anys.

Un segon element és que el 92,1% dels participants han estat dones. Aquest resultat, a l'igual que l'anterior, tampoc no ens ha sorprès ja que si observem qui fa la cura en el nostre entorn més proper (familiars, veïns, serveis...), ja sigui de manera formal –realitzada pels professionals– com informal –realitzada per persones properes a la persona gran i generalment en l'entorn domèstic–, veurem que se'n fan càrrec de manera majoritària les dones. Si comparem aquesta dada amb altres estudis trobem que Åstrom *et al.* (2002), en un estudi per a saber la freqüència de la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran de Suècia, seleccionaren una mostra de 506 professionals, el 92% (n= 463) dels quals eren dones i el 8% homes. És per aquest motiu que la semblança de les dades obtingudes amb les de la investigació d'Åstrom

reforcen l'argument que la cura i l'atenció de les persones grans és un sector altament feminitzat i on la presència de l'home treballador és molt baixa.

Un tercer element és el nivell d'estudis dels participants. Els estudis primaris han estat els més freqüents en un 31,2%. Aquests resultats no ens sorprenen si els relacionem amb la professió. Els perfils professionals que estan més presents en una residència de gent gran, com a objecte del nostre estudi, per la tasca i dedicació que desenvolupen són els gerocultors. En el nostre país no hi ha una legislació específica en què es reglamenti de quina formació han de disposar aquests professionals, i és relativament freqüent que persones amb estudis primaris o secundaris optin per exercir aquesta professió formant-se a través de la formació no reglada; és a dir, cursos de formació especialitzats impartits per organismes oficials o institucions reconegudes però no regulats pel sistema educatiu formal. Si a aquest argument, n'hi afegim un de nou, com és que la resta de professionals que treballen a la residència han de disposar d'estudis universitaris per a poder exercir la seva tasca, això significa que la mostra és coherent amb la realitat existent a Catalunya perquè el sumatori dels percentatges dels tres nivells de formació més baix és un 70,2%, gairebé igual al 71,6%, que és el percentatge de gerocultors i personal d'atenció indirecta, que engloba professions com cuiners, personal de neteja, bugaderia, entre d'altres. Aquestes dues dades no són idèntiques perquè la figura del director, segons la normativa vigent, forma part de la categoria de personal d'atenció indirecta, però aquest professional necessita tenir una formació universitària per poder exercir tasques directives.

Un quart element a analitzar, però del qual ja hem fet esment en el paràgraf anterior, és la professió. El 66,7% dels professionals d'aquesta investigació han estat els gerocultors, resultat que era previsible per la quantitat de tasques i funcions que realitza aquest professional en les residències de gent gran. La figura del gerocultor és un dels perfils més freqüents en aquest servei, perquè s'encarreguen de garantir les atencions i la cura en les activitats de la vida diària dels usuaris durant les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. Tot i que en l'actualitat no hi ha una legislació detallada i específica en la qual s'estableix la ràtio professional, és a dir la relació del nombre de residents amb les hores del professional, el gerocultor és el professional amb una ràtio més elevada, cosa que

explicaria per què el nombre d'aquests professionals és molt superior respecte a la resta en aquesta recerca.

Un cinquè element és l'experiència. L'interval més freqüent en la investigació ha estat l'inferior a 6 anys i la mitjana és de 5. Åstrom *et al.* (2002) en un estudi molt semblant a aquesta investigació van establir que la mitjana d'anys d'experiència en el seu país era 7. El resultat que hem obtingut no difereix excessivament d'aquests autors i una explicació probable és que la cura és una tasca més complexa del que ens imaginem. En la quotidianitat hi ha la creença errònia que qualsevol persona pot treballar en una residència de gent gran sense formar-se ni capacitar-se. La proximitat amb el sofriment humà, la vivència de la vellesa, la projecció d'aquesta en els mateixos professionals, els tipus de torns i horaris, les altes càrregues de treball físic i psicològic, la manca de suport institucional, els sous baixos, la falta de reconeixement, entre d'altres, són factors que conjuntament amb la complexitat de la cura propicien una alta rotació dels professionals en el sector.

I el sisè element és el nivell d'estrès autopercebut. Una primera dada que ens ha sorprès és que el 30,1% dels participants han valorat la seva feina amb un baix nivell d'estrès autopercebut. Hem cercat estudis per comparar aquest resultat però no ha estat possible fer-ho perquè la variable estrès, tot i que per a nosaltres és un indicador important de la investigació, en altres estudis no ha estat objecte d'anàlisi. Una segona dada que ens ha copsat és el percentatge del nivell d'estrès percebut alt. Només el 36,8% dels participants han expressat un alt nivell d'estrès, valorat entre 7 i 10. A l'igual que l'altre resultat, no el podem comparar, però el valor ens desconcerta si partim dels comentaris informals que els professionals expressen. Esperàvem que aquest percentatge fos més elevat ja que els professionals es queixen de manera reiterada de l'alta càrrega de treball i de la manca de recursos de què disposen. El 33,1% restant han valorat un nivell d'estrès autopercebut mitjà. Aquests resultats ens plantegen un gran dubte: els professionals que valoren que se senten estressats a la seva feina tendeixen a fer una valoració general més aviat positiva i sembla que només han tingut en compte el nivell d'estrès viscut en el precís moment en què s'ha administrat el qüestionari i no el que de manera més espontània expressen a diari.

## 7.1. Freqüència de la consideració d'agressió

En aquest apartat, discutirem els resultats obtinguts en relació amb l'objectiu específic 1, que és determinar la freqüència de la consideració d'agressió en els professionals que

treballen en residències de gent gran. El 68,6% dels participants d'aquesta investigació consideren haver estat agredits pels residents que atenen. Aquest resultat ens ha sorprès perquè no esperàvem un percentatge tan elevat: segons les dades obtingudes sis de cada deu professionals d'aquest estudi així ho expliciten.

Banerjee *et al.* (2008) en un estudi per a conèixer la incidència del fenomen determinà un percentatge encara més elevat, un 89,7%. Tot i que els resultats obtinguts en la nostra investigació són lleugerament inferiors als de Banerjee, els dos estudis evidencien que la consideració d'agressió és una percepció del professional que treballa en residències de gent gran, malgrat la poca visibilitat d'aquest fenomen en la nostra societat.

Quins factors podrien explicar aquesta invisibilitat de la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran? La violència, ja de per si, és un fenomen que socialment es tendeix a negar; i si aquesta és produïda per col·lectius vulnerables com ara la gent gran, aquest fet s'agreuja encara més. La literatura subratlla que les persones grans són un col·lectiu de risc vers les situacions de mal tracte o bé de maltractament; en canvi, és poc freqüent i fins i tot en alguns contextos es refusa concebre aquest col·lectiu com el que exerceix les accions violentes. Socialment, tendim a veure la persona gran, ja sigui a nivell individual o col·lectiu, com un ésser fràgil que necessita ser protegit per la seva pèrdua de capacitats. Els resultats que hem obtingut justament trenquen aquesta idea preconcebuda. Autors com Gates *et al.* (1999) i Åstrom *et al.* (2004) ja evidenciaren que les persones grans, que viuen en residències de gent gran, exerceixen actes d'agressió i que els treballadors que els atenen, pel fet de ser persones properes, en són víctimes. El resultat que hem obtingut, en part, ajuda a desmitificar la creença errònia de la síndrome del lloc de treball, perquè a partir del moment en què el professional expressa sentir-se agredit ja no concep la violència com a part inherent del seu treball i reconeix el problema. Aquest reconeixement i la visualització del fenomen són dos elements bàsics per sensibilitzar els mateixos professionals, però també els directius de les residències,

de la necessitat d'establir mesures preventives i pal·liatives per minimitzar i/o eradicar la violència de tipus II en aquest sector.

## **7.2. Variables relacionades amb la consideració d'agressió**

Els resultats de la relació de la consideració d'agressió amb les dades sociodemogràfiques dels participants i el nivell d'estrès autopercebut amb la finalitat d'identificar les variables relacionades amb la consideració d'agressió, tal com establírem en l'objectiu específic 2, els analitzarem en aquest apartat.

Un primer element a destacar és que la professió i el nivell d'estrès autopercebut condicionen la consideració d'agressió. Això significa que, en funció de la professió, el professional es considera més o menys agredit; i aquesta mateixa relació s'estableix amb el nivell d'estrès. Aquests dos resultats no ens han sorprès. En relació amb la professió, entenem que la tasca i el rol professional condicionen l'agressió per part del resident; és a dir, el resident no valora de la mateixa manera un metge que un gerocultor i aquesta diferència explica aquest resultat. I en relació amb el nivell d'estrès autopercebut, pensem que el professional interpreta de manera diferent la seva percepció d'agressió en funció del grau de cansament, irritabilitat o estrès. Quan una persona es troba en algun d'aquests estats, la vivència de la realitat que està vivint queda modificada i això, en part, podria explicar per què hi ha aquesta relació entre la consideració d'agressió i l'estrès autopercebut.

El personal d'atenció indirecta és l'únic perfil professional que no es considera agredit. Aquest segon resultat tampoc no ens ha sorprès perquè aquest col·lectiu professional fa activitats complementàries a la cura de la persona gran (cuina, neteja, administració...) i la seva vinculació amb els residents és molt baixa. La tasca professional del personal d'atenció indirecta els protegeix dels actes d'agressió dels residents i aquest fet podria explicar per què no es consideren agredits per aquest col·lectiu.

El terapeuta ocupacional ha estat el perfil professional que ha expressat més consideració d'agressió. Aquest tercer resultat sí que ens ha sorprès, probablement perquè autors com Gates *et al.* (1999) i Åstrom *et al.* (2004) estableixen que el gerocultor és el professional que més consideració d'agressió expressa per la tasca que

realitza, el nombre d'hores d'exposició i la proximitat amb el patiment humà que aquest col·lectiu expressa. Aquesta argumentació, que inicialment ens semblava coherent, no s'ha vist reflectida en la nostra recerca i el fet que el terapeuta ocupacional hagi estat el perfil professional que més ho ha explicat podria explicar-se per dos motius. Un és la proximitat amb les persones grans en el seu dia a dia i l'altre és la tasca que desenvolupa. Treballar les activitats de la vida diària d'una manera diferent a com ho fan les persones grans en la seva quotidianitat pot fer augmentar les resistències al canvi per part dels residents, que poden actuar amb respostes d'agressió cap als professionals. Aquest comportament, de caràcter més primitiu, pot explicar-se des de l'egocentrisme propi de l'envelliment o bé si el resident pateix una demència que pot originar que interpreti una conducta del professional com a amenaçadora i de la qual s'ha de defensar.

El primer element que assenyalàvem en aquest apartat és la relació de la consideració d'agressió amb el nivell d'estrès autopercebut. Una relació, en part, esperada perquè tal com hem comentat la percepció d'estrès pot ser un factor que modifiqui de manera negativa la interpretació de la realitat. En aquesta recerca, la relació entre aquestes dues variables és directe; és a dir, a mesura que augmenta l'estrès, augmenta la consideració d'agressió. Mandiracioglu i Cam (2006) en un estudi sobre la incidència de l'agressió en professionals de residències de Turquia apuntaren la necessitat d'estudiar aquesta relació en futures investigacions.

I un cinquè resultat i no esperat és la no-relació estadísticament significativa entre les variables edat, estudis i anys d'experiència amb la consideració d'agressió. En el moment del disseny de l'estudi i arran de la teoria de Chappell i Di Martino (2000) ens havíem fet sis supòsits. Ens vam establir aquests supòsits –que no hipòtesis, perquè era un estudi descriptiu– per tal de prendre consciència dels propis prejudicis i de les idees preconcebudes com a investigadors.

El primer supòsit que vàrem fer-nos era que a edat més jove, més probabilitat de considerar-se agredit. Nolan *et al.* (2001) i Chappell i Di Martino (2000) afirmaren que l'edat és un factor de risc ja que com més jove és el professional, més probabilitat té de ser víctima d'actes d'agressió per part de l'usuari que atén. No obstant això, en el nostre

cas, no ho podem corroborar perquè els resultats que hem obtingut no han estat estadísticament significatius.

El segon supòsit era que les dones professionals tenien més risc de considerar-se agredides respecte als homes. La no-relació estadísticament significativa entre aquestes dues variables ha fet que aquest supòsit tampoc no es compleixi. No obstant això, Lawoyo *et al.* (2004) ja establiren a través d'una revisió bibliogràfica que tant els homes com les dones són susceptibles de ser víctimes de la violència laboral; i això ens fa qüestionar fins a quin punt els nostres prejudicis poden ser elements distorsionadors si prèviament no els tenim en compte.

El tercer supòsit era que a més baix nivell formatiu, més consideració d'agressió. A l'igual que en els dos supòsits anteriors, no s'ha trobat una relació estadísticament significativa entre aquestes dues variables, la qual cosa ens condueix a pensar que aquesta relació tampoc no s'estableix. Autors com Flannery *et al.* (2000), Gates *et al.* (2002) i Chappell i Di Martino (2000) establiren que el nivell de formació és una eina de protecció del professional. Tot i que no s'ha provat que els programes de formació específics en aquest col·lectiu de professionals siguin eficaços, la formació en un sentit general capacita la persona a disposar de recursos per adaptar-se al seu entorn i l'ajuda a saber establir pautes i límits quan són necessaris.

El quart supòsit que ens plantejàrem era que l'experiència en el treball era un factor protector del professional que atén persones i/o col·lectius en situació de vulnerabilitat. Aquest supòsit, a l'igual que els tres anteriors, no s'acompleix i això podria significar posar en dubte els arguments de Camerino *et al.* (2007) i Chappell i Di Martino (2000) en què expliquen que quan l'usuari percep el temor i els dubtes del professional inexpert, actua amb actes de violència cap al professional.

I els dos supòsits que ens faltarien per arribar als sis que ens havíem plantejat estan relacionats amb les variables professió i nivell d'estrès autopercebut que ja hem comentat a l'inici d'aquest apartat.



### 7.3. El gènere del resident que realitza l'acte d'agressió

Una vegada hem analitzat els resultats obtinguts de la consideració d'agressió en relació amb les variables de l'estudi, proseguirem a la discussió, tot comentant els resultats de l'agressió en funció del gènere del resident.

El 30,0% dels professionals han expressat haver estat agredits per part d'un home resident; el 8,8%, per una dona resident; i el 61,3%, per ambdós. Això significa que tres de cada deu dels professionals que han expressat haver estat agredits ho han estat només per homes, gairebé un per dones i sis pels dos gèneres dels residents. Aquests resultats no els esperàvem perquè pressuposàvem que un gènere predominaria més que l'altre; en canvi els professionals agredits expliciten que ho han estat per ambdós. En la literatura consultada, no s'ha estudiat aquesta variable, fet que no ens permet comparar aquesta dada amb cap altre estudi. En el disseny de l'estudi, i probablement per la influència del model de Chappell i Di Martino (2000), suposarem que l'home resident seria el gènere més predominant en la recerca; i el fet de no ser-ho ens ha fet qüestionar els propis prejudicis i creences com a investigadors.

Els anys d'experiència i el nivell d'estrès autopercebut mostren una relació significativa amb el gènere del resident com a agressor. Aquests dos resultats ens han sorprès en un cinquanta per cent perquè un l'esperàvem però l'altre no. En relació amb els anys d'experiència, hem de comentar que les dades obtingudes no ens han sorprès si partim de les de la consideració d'agressió. L'experiència professional no varia la consideració en el professional però sí quan ja ha estat agredit per un resident. Aparentment aquests dos resultats semblen contradictoris, però no ho són ja que en un cas parlem d'una creença –consideració d'agressió– i en l'altre, d'una conducta –agressió en funció del gènere del resident agressor.

Quan l'agressió ha estat exercida per ambdós gèneres, el professional amb més experiència és el que s'ha sentit més agredit. Aquest resultat qüestiona, a l'igual que en la consideració d'agressió, les premisses de Camerino *et al.* (2007) i Chappell i Di Martino (2000). En canvi, els arguments d'aquests autors en el nostre estudi sí que explicarien l'agressió quan aquesta és exercida només per l'home resident.

En relació amb el nivell d'estrès autopercebut, els resultats eren els esperats. En la discussió de la consideració d'agressió, afirmarem que quan una persona es troba en una situació d'estrès, la seva interpretació de la realitat és diferent respecte a quan no ho està. Aquesta situació, en part, explicaria aquest resultat ja que a més agressió, més nivell d'estrès percebut. Tanmateix, hi hauria una segona explicació. Si un professional es troba amb un nivell d'estrès alt, és més vulnerable a ser víctima d'agressió i, com a conseqüència, expressa més agressió que un professional amb un baix nivell d'estrès.

Tot i que no s'observa una relació estadísticament significativa entre l'agressió per ambdós gèneres i el nivell d'estrès autopercebut, la mitjana d'estrès percebut pels professionals quan han estat agredits per ambdós gèneres és 7, un valor prou alt. En canvi, quan l'agressió és només realitzada per un gènere, tot i la significativitat aquest valor és més baix quan l'agressió ha estat realitzada per un sol gènere: 5 quan és l'home resident l'agressor i 4 quan ho és la dona. Tanmateix, aquest segon resultat és més rellevant respecte al primer perquè hem trobat una relació estadísticament significativa: estrès i home resident com a agressor i estrès i dona resident com a agressora.

Quan els professionals han estat agredits per ambdós gèneres, el nivell d'estrès percebut és alt, probablement perquè l'impacte de l'agressió el fa més vulnerable i és més receptiu a tornar-ho a ser; fet que incrementa, sense ser-ne conscient, el seu nivell d'estrès autopercebut.

Per contra, els professionals que han estat agredits només per un gènere del resident perceben l'estrès com a conseqüència de la vivència. Si comparem els valors obtinguts en aquest resultat, quan l'agressor ha estat un home resident el nivell d'estrès és lleugerament superior (5). En canvi, quan l'agressió és realitzada per una dona, el valor del nivell d'estrès autopercebut disminueix (4).

Pel que fa a les altres variables de l'estudi, no s'observa relació estadísticament significativa, cosa que no ens permet extreure dades prou rellevants i d'interès. No obstant això, hi ha dues tendències que, tot i no ser conclouents, en aquest estudi les volem anomenar per tenir-les en consideració en futures recerques.

L'adult jove és el professional que ha expressat més agressió per part de l'home resident; en canvi, quan l'agressor només ha estat la dona, qui ha expressat més agressió ha estat l'adult gran. La interpretació que fem d'aquest resultat, que recordem que no és conclouent, és que com més jove és el professional més probabilitat té de ser agredit per un home; per contra, com més gran és, més risc de ser-ho per una dona resident.

La segona tendència és que els homes professionals tenen més risc de ser agredits per ambdós gèneres; en canvi les dones professionals només per un dels dos gèneres dels residents, ja que, segons les dades obtingudes, l'home professional expressa un alt percentatge quan ha estat agredit per ambdós gèneres; per contra, la dona professional l'expressa quan ho ha estat només per la dona resident.

#### **7.4. Tipus d'agressió per part del resident cap al professional**

En aquest apartat, discutirem els resultats que hem obtingut en relació amb el tipus d'agressió realitzada pels residents cap als professionals.

Un primer element a destacar és que l'atac a la dignitat és l'únic tipus d'agressió que es relaciona amb el gènere del resident com a agressor. Aquesta relació ens ha sorprès ja que no és la puntuació més freqüent per part dels participants i podria explicar-se perquè, pel fet de ser un tipus d'agressió que atempta contra la dignitat i els valors de la persona, el professional que ha estat agredit se sent greument danyat atès que l'empremta que deixa en la persona és profunda, ja que fa trontollar la seva integritat professional, les seves creences, els seus sentiments i la seva salut física i psíquica.

Un segon element és que l'agressió verbal és el tipus d'agressió més freqüent. Aquest resultat, que té alts índexs en l'agressió exercida per ambdós gèneres i també quan només n'és un, era esperable perquè hi ha dues característiques de les persones grans que poden explicar aquest fenomen: l'egocentrisme propi de l'envelliment i les demències, patologia prevalent en les persones grans. En tots dos casos, hi ha una disminució de la capacitat empàtica per part de la persona, això comporta que la persona gran tendeixi a augmentar les seves demandes, els quals si no són respostes de manera immediata o de la manera desitjada poden arribar a ser un símptoma desencadenant

d'agressió. Aquest resultat pren més consistència quan s'analitza la modalitat d'agressió amb més freqüència, que és les exigències.

I el tercer element, relacionat amb l'anterior, és la freqüència. Tres de cada deu professionals agredits per ambdós gèneres i dos només per l'únic gènere han expressat ser víctimes a diari per les exigències dels residents. Tot i que no hi ha relació estadísticament significativa i, per consegüent, no podem corroborar aquest resultat, la dada ens sorprèn ja que entenem que el professional se sent qüestionat i danyat per la insistència i la freqüència de l'atac diari i per l'acte en si mateix. Si el professional percep que cada dia és exigit per part del resident, aquesta freqüència farà intensificar el sentiment de sentir-se agredit. Els espais de supervisió o de suport entre professionals podrien ajudar a reduir el seu malestar i apaivagar aquest fenomen que es repeteix en el dia a dia del professional amb estratègies de contenció; per contra, si la situació perdura pot generar, en un futur, un greu problema per a la salut dels mateixos professionals i per al clima organitzacional, i fins i tot podria afectar la qualitat assistencial.

En definitiva, la violència laboral de tipus II ha estat present en les residències de gent gran de Catalunya durant un any (el període de temps que emmarca aquesta investigació), la qual cosa ens permet concloure que tot i ser un fenomen existent en el nostre territori no transcendeix i no es visualitza en la societat.

## Capítol 8. Conclusions, limitacions i prospectiva

---

En aquest últim capítol presentarem les principals conclusions del treball realitzat, les limitacions que ens hem trobat a l'hora de realitzar-lo i algunes propostes de millora per a futures línies de recerca que estudiïn aquest fenomen. L'estructura d'aquest darrer capítol és en base a tres apartats, que corresponen als tres temes comentats i que, tot seguit, desenvolupem.

## **8.1. Conclusions**

L'objectiu principal d'aquest treball era conèixer el fenomen de la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran de Catalunya i per fer-ho factible n'establírem quatre d'específics de caràcter més operatiu.

En relació amb l'objectiu específic 1, la conclusió és que el 68,6% dels professionals que treballen en residències de gent gran a Catalunya s'han considerat agredits pels residents atesos en el període d'un any. Això significa que gairebé set de cada deu professionals tenen la percepció d'haver estat agredits per part de les persones grans que atenen en la seva tasca professional. Aquesta primera conclusió de l'estudi evidencia l'existència del fenomen de la violència laboral.

Respecte a l'objectiu específic 2, la conclusió és que la professió i el nivell d'estrès percebut són les dues variables relacionades amb la consideració d'agressió. Això significa que, en funció de la professió que desenvolupa el professional, hi ha més risc de considerar-se agredit; i aquesta mateixa relació s'estableix amb el nivell d'estrès autopercebut.

En relació amb l'objectiu específic 3, la conclusió és que ambdós gèneres dels residents són els agressors; és a dir, el professional agredit ho ha estat per un home i una dona resident.

I respecte l'objectiu específic 4, la conclusió és que l'agressió verbal és la més freqüent i la modalitat exigències té la freqüència més elevada a nivell diari.

Aquestes quatre conclusions ens permeten definir a grans trets les característiques de la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran de Catalunya i respondre a l'objectiu general d'aquesta investigació.

## **8.2. Limitacions de l'estudi**

En aquest apartat, volem exposar les principals limitacions que presenta el treball que hem realitzat. N'hem identificat sis que, a continuació, detallem.

La primera és la mida de la mostra. En la recerca han participat 433 professionals que treballen en residències de gent gran a Catalunya. Som conscients que la mostra escollida no és prou representativa per extreure'n coneixements generalitzables ja que el nombre de professionals és baix en relació amb el total de la població. Val a dir, però, que la utilització de la tècnica aleatòria estratificada per conglomerats i el fet de ser un estudi exploratori, ens fan pensar que els resultats obtinguts ens ajuden a apropar-nos a la realitat i faciliten conèixer l'abast del fenomen.

La segona és el caràcter descriptiu de la investigació. Tot i que la finalitat de l'estudi és fer una radiografia del fenomen de la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran de Catalunya, la inferència de dades ens hauria permès conèixer amb més profunditat l'objecte d'estudi: identificar els factors de risc implicats, saber quines mesures de prevenció podrien posar-se en pràctica per eradicar el fenomen, etc. Tanmateix, els recursos de què disposàvem per a elaborar aquest treball i el fet de ser un estudi d'aproximació a la realitat ens feren plantejar objectius més orientats a la descripció per saber amb exactitud si el fenomen existeix o no a Catalunya.

En aquesta investigació ens hem centrat en allò que els professionals ens han explicat, en la seva consideració d'agressió. És a dir, hem partit de la seva vivència i en cap moment hem confirmat la seva experiència amb altres professionals o agents del sector com ara la direcció. El fet de partir únicament de l'experiència subjectiva ja de per si podria considerar-se una tercera limitació d'aquesta investigació.

La quarta, relacionada amb l'anterior, és l'abordatge d'un fenomen subjectiu i complex com la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran. Tot i que per a fer aquest estudi hem realitzat un disseny i una planificació prèvia per a controlar les variables, probablement a causa de la seva complexitat, no hem controlat de manera adequada algunes variables de la investigació i poden haver actuat com a estranyes, influenciant i interferint en els resultats.

La cinquena, que també està relacionada amb les dues anteriors, és la multiplicitat de factors implicats. En aquest treball hem focalitzat la nostra atenció en el resident com a agressor i no en d'altres agents implicats com la família. Aquesta acotació ja de per si és una limitació fictícia ja que no podem deslligar el resident del seu entorn. Això no obstant, tot i que tots dos són possibles causants de violència laboral de tipus II en els professionals, s'optà només per contemplar la persona gran resident com a agressor per tal de reduir la complexitat del fenomen.

La manca d'estudis per conèixer aquest fenomen en les residències de gent gran no ens ha permès comparar els resultats obtinguts amb altres recerques. Aquesta és la sisena i última limitació de la investigació que hem realitzat.

Aquestes sis limitacions evidencien que els resultats obtinguts els hem d'acceptar amb cautela i n'hem d'extreure només unes conclusions preliminars. Tanmateix, les dades extretes són realment interessants pel fet que es tracta d'un estudi exploratori i encara resulten ser-ho més si tenim en consideració que a Catalunya i a Espanya hi ha pocs estudis sobre la violència laboral de tipus II en col·lectius vulnerables. És per aquest motiu que considerem convenient continuar tenint aquest fenomen com a objecte d'estudi per tal de conèixer amb més detall els factors de risc implicats i per contribuir a visualitzar encara més un fenomen existent però que es tendeix a amagar, tant per part dels agents implicats (professionals i directius) com per la societat. Ara bé, per a futures investigacions serà fonamental tenir en consideració alguns elements –com els que exposem en el proper apartat– per a millorar la recerca.



### 8.3. Prospectiva

La manca d'estudis de la violència laboral de tipus II en l'àmbit de les residències de gent gran o en col·lectius i/o situacions d'especial vulnerabilitat ha dificultat el coneixement d'aquest objecte d'estudi. En aquest apartat, conscients d'aquesta gran limitació però a la vegada d'aquest nou repte per a la recerca, volem aportar un nou gra de sorra per seguir avançant en la recerca i és per aquest motiu que apuntem una sèrie de propostes a tenir en compte en futures investigacions. A continuació, expliquem aquestes sis propostes de manera més detallada.

La primera proposta seria la validació del qüestionari QViLab II (versió 1). La finalitat d'aquesta investigació no era la validació de l'instrument sinó que el nostre interès s'orientava a saber si la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran és un fenomen real i quines són les seves principals característiques. Val a dir, però, que la validació de l'instrument podria ser de gran interès per a properes recerques del fenomen de la violència laboral de tipus II en residències de gent gran o en altres serveis on s'atenen col·lectius vulnerables.

La segona proposta seria l'ús d'un instrument validat per a saber el nivell objectiu d'estrès professional. Tot i que la investigació busca quin és el nivell d'estrès autopercebut, una mesura més objectiva permetria la comparació de dades i conèixer en profunditat quina repercussió té aquesta variable en l'objecte d'estudi.

Saber quins factors de risc poden incrementar l'agressió cap als professionals que treballen en residències de gent gran per part dels residents seria una tercera proposta a tenir present. Si es parteix del model de Chappell i Di Martino (2000), que hem utilitzat en aquesta investigació, els factors de risc a valorar en futures investigacions s'estructuraran en base a dos nivells: l'individual i el del lloc de treball.

En relació amb el risc individual, un dels aspectes a estudiar en properes recerques és el relacionat amb l'estat de salut del resident. Conèixer amb més exactitud les característiques de les persones grans que exerceixen l'agressió pot ser un tema d'interès, tot i que la literatura i els nostres resultats posen de relleu que el professional

és agredit independentment del tipus d'envelliment que té la persona gran. Tanmateix, en properes recerques, aquesta informació podria ser convenient d'estudiar i seria interessant determinar en quina mesura pot arribar a ser un factor de risc.

La dedicació horària i la situació laboral dels professionals serien factors de risc de l'entorn de treball a investigar en properes recerques. Les investigacions que s'han realitzat no són concloents i considerem que aquests dos factors, conjuntament amb d'altres relacionats amb la situació laboral i/o econòmica del treballador, podrien ser d'interès per a millorar la salut laboral del professional i de manera indirecta per a promocionar una millor qualitat assistencial.

Un altre factor de risc relacionat amb l'entorn de treball òptim a investigar és la residència. Els aspectes organitzatius i de gestió d'una residència condicionen la tasca del professional i és per aquest motiu que conèixer amb més profunditat aquests aspectes ajudaria a identificar els possibles factors de risc.

I en relació amb les tasques laborals, seria d'interès saber quines activitats de la vida diària són més proclius al fet que el professional que treballa en residències de gent gran sigui víctima d'agressió per part del resident, atès que permetria aplicar plans de prevenció amb l'objectiu de reduir el nombre d'agressions.

Una quarta proposta seria confeccionar estudis amb dissenys longitudinals que permetessin saber la incidència del fenomen i la seva evolució. En aquests moments, en la literatura científica els estudis han estat transversals, especialment els de tipus II. Els estudis longitudinals aportarien nova informació que podrien ajudar a identificar més factors de risc.

Realitzar estudis comparatius entre zones i països per saber si existeixen variables culturals que afavoreixen o protegeixen el professional de la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran. Aquest tipus d'estudi facilitaria saber quins elements socioculturals poden ser factors de risc en les cultures estudiades.

I una sisè proposta és fer estudis per saber si la formació és un efecte protector de la violència laboral. En els estudis actuals, no hi ha un criteri unitari en relació amb els efectes de la formació a la violència laboral de tipus II. Seria òptim fer estudis rigorosos que partissin del disseny del programa de formació i avaluessin la seva eficàcia per saber si és un factor protector.

## Referències

---

- ACRA (2009). *Revista d'ACRA*, 42, 3 -5.
- Adamson, G. (2004). La conducta agresiva desde la psicología social. *Clínica y análisis grupal*, 96, 131-143.
- Almvik, R., Woods, P. i Rasmussen, K. (2000). The BrØset Violence Checklist. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(12), 1284-1296.
- Alberti, S. (2006). Diccionari de la llengua catalana. 23<sup>a</sup> edició. Barcelona: Edicions Alberti.
- American Nurses Association (2002). *Workplace Violence Prevention*. Recuperat 8 de febrer de 2011, a [http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/Workplace\\_Violence.pdf](http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/Workplace_Violence.pdf)
- American Psychiatric Association (APA). (2005). DSM-IV-TR. *Manual diagnòstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Anderson, C. (2002). Workplace violence: are some nurses more vulnerable? *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 351-366.
- Anderson, C. (2006). Training efforts to reduce reports of workplace violence in community health care facility. *Journal of professional nursing*, 22(5), 289-295.
- Andres Pueyo, A. i Redondo Illescas, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles de psicólogo*, 28(3), 157-173.
- Appelbaum, P.S., Robbins, P.C. i Monahan, J. (2000). Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *American Psychiatric Association*, 157, 566-572.

- Arnetz, B. B. (1999). Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. *International Journal for Quality in Health Care*, 11, 4, 345–351.
- Arnetz, J.E. (1998). The violent incident form (VIF): A practical instrument for the registration of violent incidents in the health care workplace. *Work & Stress*, 12(1), 17-28.
- Arnetz, J.E. i Arnetz, B.B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science and Medicine*, 52, 417-427.
- Arnetz J.E., Arnetz B.B. i Petterson I.L. (1996). Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. *Work & Stress*, 10, 119-127.
- Arnetz, J.E., Arnetz, B.B. i Söderman, E. (1998). Violence towards health care workers. Prevalence and incidence at a large, regional hospital in Sweden. *AAOHN Journal*, 3, 107-113.
- Arnetz, JE. i Hasson, H. (2007). Evaluation of an educational "toolbox" for improving nursing staff competence and psychosocial work environment in elderly care: results of a prospective, non-randomized controlled intervention. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (5), 723-735.
- Arroyo-Anllo, EM, Thomas, PH. i Tomas-Harif, C. (1999). Quejas y límites familiares en el cuidado de los enfermos de Alzheimer. *Revista de Geriatria y gerontología*, 34(5), 289-297.
- Asensi Pellin, I., Herrero Rey, MC. i López Martínez, R. (1998). ¿Trabaja la enfermera en un ámbito hostil? *Enfermería Científica*, 194-195, 34-38.

- Åström, S., Bucht, G., Eisemann, M, Norberg, A. i Saveman, B.I. (2002). Incidence of violence towards staff caring for the elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 66-72.
- Åström, S., Karlsson, S., Sandvide, Å. Bucht, G., Eisemann, M., Norberg, A. I Saveman, B.I. (2004). Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(4), 410-416.
- Ayda Çelebioğlua, A., Balci Akpinarb,R., Küçükoğlua, S. i Engina, R. (2010). Violence experienced by Turkish nursing students in clinical settings: Their emotions and behaviours. *Nurse Education Today*, 30, 7, 687-691.
- Banerjee, A., Daly, T., Armstrong, H., Lafrance, S. i Szebehely, M. (2008). *Out of control: violence personal support workers in long-term care*. Ottawa: Carleton University.
- Baron, R.A. i Neuman, J. H. (1996). Workplace violence and workplace aggression. Evidence on their relative frequency and potential causes. *Aggressive Behavior*, 22, 161-173.
- Barreiro González, G. (2006). *Las enfermedades del trabajo: los nuevos riesgos psicosociales en el derecho de la protección social*. Madrid: Secretaria de Estado de la Seguridad Social.
- Bastús, J. M. (2008). La prevención del maltrato a la gente mayor. Cuestionario BMS de detección de situaciones de riesgo. Educación social y mayores. *Revista Educación Social*. Recuperat el 8 de febrer de 2011, a <http://www.eduso.net/res/?b=11&c=100&n=316>
- Bastús, J. M. (2005). *Cuestionario BMS de detección de situaciones de riesgo*. Caritas: document intern.

- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martinez Roca.
- Beech, B. i Leather, P. (2006). Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior, 11*, 1, 27-43.
- Berkowik, L. (1996). *Agresión: causas, consecuencias y control*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Berrios, M.P. i López-Zafra, E. (2005). *Violencia en el trabajo*. Jaén: del lunar.
- Boumans, N., Berkhout, A. i Landeweerd, A. (2005). Effects of resident-oriented care on quality of care, wellbeing and satisfaction with care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 19* (3), 240-250.
- Bowie, V. (1996). *Coping with violence*. London: Whiting & Birch Ltd.
- Bowie, V. Defining violence at work: a new typology. En Gill, M., Fisher, B. i Bowie, V. (2002). *Violence at work: causes, patterns and prevention*. Devon: Willan Publishing.
- Bowie, V. Fisher, B.S. i Cooper, C.L (2005). *Workplace Violence: Issues, trends, strategies*. London: William Publishing.
- Braverman, M. (1999). *Preventing Workplace Violence. A Guide for Employers and Practitioners*. California: SAFE.
- British National Audit Office. (2003). *A safer place to work: protecting NHS Hospital and Ambulance staff from violence and aggression*. London: National Audit Office.



- Bulatao, E.Q. i VandenBos, G.R. (1996). Workplace Violence: Its Scope and the issues. In VandenBos, G.R. and Bulatao, E.Q. (Eds.) *Violence on the job: Identifying risks and developing solutions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Budd, J.W., Arvey, R.D. i Lawless, P. (1996). The Correlates and Consequences of Workplace Violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(2), 197-210.
- Cal/OSHA (1995). *Guidelines for Workplace Security. Preventing Violence in the Workplace: A Second Conference on Workplace Security*. San Francisco: OSHA.
- Cal/OSHA (1998). *Guidelines for Security and Safety of Health Care and Community Service Workers. Division of Occupational Safety and Health. Department of Industrial Relations*. San Francisco: OSHA.
- Calvete, E i Villa, A.(2000).Burnout y síntomas psicológicos. Modelo de medida y relaciones estructurales. *Ansiedad y estrés*, 6(1), 117-130.
- Camacho, M. (2001). Manejo de la conducta violenta. *Psiquiatría y Atención Primaria*, 2(2), 18-21.
- Camerino, D., Estryng-Behar, M., Conway, P.M., Van Der Heijden, B.I. i Hasselhorn, H.M. (2007).Work-related factors and violence among nursing staff in the European Next study: a longitudinal cohort study. *International Journal of nursing studies*, 45(1), 35-50.
- Cameron, L. (1998). Verbal abuse: a proactive approach. *Nurse Manager*, 29(8), 34-36.
- Cantera, L.M., Cervantes, G. i Blanch, J.M. (2008). Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. *Papeles de psicologo*, 29 (1), 49-58.

- Catlette, M. (2005). A Descriptive Study of the Perceptions of Workplace Violence and Safety Strategies of Nurses Working in Level I Trauma Centers. *Journal of emergency nursing*, 31(6), 519-525.
- CCOHS (2001). *Violence in the Workplace. Prevention Guide*. Hamilton: Canadian Centre for Occupational and Health and Safety.
- Centro Reina Sofia (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia: Centro Reina Sofia.
- Cervantes, G. (2009). *Qualitat de Vida Laboral i Riscos Psicosocials en professionals de la salut catalans*. UAB: Tesi Doctoral.
- Cervantes, G., Blanch, J.M. i Hermoso, D.(2010). Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet (2007-2009). *Archivos de prevención y riesgos laborales*, 13(3),135-140.
- Cervantes Ortega, G., Cantera Espinosa, L. i Blanch Ribas, J.M. (2008). Violencia hacia profesionales de la salud en su lugar de trabajo. Incidentes violentos notificados por internet en Catalunya entre 2005 y 2007: resultados de un estudio piloto. *Archivos de prevención y riesgos laborales*, 11(1), 14-19.
- Chao, S.Y. (2005). A phychoeducational program for nursing staff managing problematic behaviors of elderly nursing home residents in Taiwan. *Applied Nursing Research*, 18, 205-212.
- Chapman, R. i Styles, I. (2006). An epidemic of abuse and violence: Nurse on the front line. *Accident and Emergency Nursing*, 14, 245–249
- Chappell, D. i Di Martino, V. (2000). *Violence at work*. Third edition. Geneva: International Labour Office.

- Chen, W.C., Wang, J., Lew-Ting, C. Y., Chiu, H.J., Lin, Y.L. (2007). Workplace violence on workers caring for long-term institutionalized schizophrenic patients in Taiwan. *Journal of Occupational Health*, 49, 311-316.
- Chou, K.R., Kaas, M.J. i Richie, M.F.(1996). Assaultive behavior in geriatric patients. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(11), 30-38.
- Claver Martin, M.D. Aspectos psicológicos del envejecimiento. En Aguera, L. Martin Carrasco, M i Cervilla, J. (2002). *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson.
- Colenda, C. i Hamer, R.M. (1991). Antecedents and Interventions for Aggressive Behavior of Patients at a Geropsychiatric State Hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(3), 297-292.
- Col·legi Oficial de Metges de Catalunya (2004). *Quaderns de la bona praxi. Guia per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges*. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Catalunya.
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (2007). Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo. Ginebra: CIE.
- Cooper, A.J., Mendonca, J.D. (1989). A prospective study of patient assaults on nursing staff in a psychogeriatric unit. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 399-404.
- Cooper, C.L. i Swanson, N. (2002). *Workplace Violence in the health sector*. Geneva: ILO.
- Corsi, J. i Pyrú, G.M. (2003). *Violencias sociales*. Barcelona: Ariel.
- Deans, C. (2004). Nurses and occupational violence: the role of organisational support in moderating professional competence. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22(2), 14-18.

- Department of Health. (1999). *NHS Zero Tolerance Zone: We don't have to take this. Resource Pack*. London: Stationery Office.
- Department of Occupational Safety and Health California (1998). Guidelines for Security and Safety of Health Care and Community Service Workers. Recuperat el 19 de desembre de 2010, a [http://www.dir.ca.gov/dosh/dosh\\_publications/hcworker.html](http://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/hcworker.html)
- Di Martino, V. (2002). Relationship of work stress and workplace violence in the health sector. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI.
- Di Martino, V. (2002). *Workplace Violence in the Health Sector - Country Case Studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian Study: Synthesis Report*. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI.
- Di Martino, V. (2003). *Workplace violence in health sector. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. Geneva: International Labour Office.
- Di Martino, V. (2004). Violencia en el trabajo. Extret del libre: Di Martino, V., Gold, D. i Schaap, A. (2004). *Como abordar los problemas emergentes relacionados con la salud en el trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Di Martino, V., Hoel, H. i Cooper, C.L.(2003). Preventing violence and harassment in the *workplace*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Di Martino, V., Gold, D. i Schaap, A. (2004). Como abordar los problemas emergentes relacionados con la salud en el trabajo. SOLVE. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (2000). Legislació de residències de gent gran. Generalitat de Catalunya. Recuperat el 10 de juny de 2009, a <http://www.gencat.cat/eadop/imatges/3148/00129017.pdf>
- Doron, R. i Parot, F. (2004). *Diccionario Akal de psicología*. Madrid: Akal.
- Dorsch, F. (1985). *Diccionario*. Barcelona: Herder.
- Dougherty, L.M., Bolger, J.P., Preston, D.G., Jones, S.S. i Payne, H.C. (1992). Effects of exposure to aggressive behavior on job satisfaction of health care staff. *The Journal of Applied Gerontology*, 11(2), 160-172.
- Duncan, S., Hyndman, S., Estabrooks, C., Hesketh, C., Humphrey, C.K., Wong, J.S., Acorn, S. i Giovannetti, P. (2001). Nurses' Experience of Violence in Alberta and British Columbia Hospitals. *Canadian Journal of Nursing Research*, 32(4), 57-78.
- Ekblom, B. (1970). *Acts of violence by Patients in Mental Hospital*. Stockholm: Scandinavian University Press.
- Eley, R., Hegney, D., Buikstra, E., Fallon, T., Plank, A. i Parker, V. (2007). Aged care nursing in Queensland – the nurses' view. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 860-872.
- Erkol, H., Gökdoğan, M. i Erkol, Z. (2007). Aggression and violence towards health care providers- A problem in Turkey? *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 14, 7, 423-428.
- Fazzone, P.A., Barloon, L. F. McConnell, S.J. i Chitty, J.A. (2000). Personal safety, violence, and home health. *Public Health Nursing*, 17(1), 43-52.

- Fernandes, C. (1999). *Finding Solutions. Research at the Workers' Compensation Board. Measurement of violence in the emergency department and assessment of a strategy to reduce health care worker risk*. Toronto: Canada Post Corporation.
- Fernandes, C. Bouthillette, F., Raboud, J., Bullock, L., Moore, C., Christenson, J., Grafstein, E., Rae, S., Ouellet, L., Gillrie, C., i Way, M. (1999). Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *Canadian Medical Association Journal*, 161(10), 1245-1248.
- Fernandez-Martin, M.A., Camacho, G., Olmos, C., Ruiz-Garcia, S. i Sanjuán, M.(2006). Análisis y registro de las agresiones en UCI. *Enfermería Intensiva*, 17(2), 59-66.
- Ferns, T. i Stacey, C. (2006). Violence and aggression in the emergency department: Factors impinging on nursing research. *Accident and Emergency Nursing*, 14, 1, 49-55.
- Fitzwater, E. L. i Gates, D. (2002) Testing an Intervention to Reduce Assaults on Nursing Assistants in Nursing Homes: A pilot study. *Geriatric Nursing*, 23, 19, 18-23.
- Fitzwater, E. i Gates, D.M. (2004). How do you manage the aggressive behavior of cognitively impaired patients? *Rehabilitation Nursing*, 29 (1), 5 - 13.
- Flannery, R.B. (1996). Violence in the workplace, 1970-1995: a review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 1(1), 57-68.
- Flannery, R.B., Fisher, W., Walker, A., Kolodziej, K. i Spillane, M.J. (2000). Assaults on staff by psychiatric patients in community residences. *Psychiatric Services*, 51(1), 111-113.

- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S. i Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. *Health Services Research*. Recuperat el 8 de febrer de 2011, a <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-51.pdf>
- Freyn, A. i Wringley, M. (1994). Aggressive incidents towards staff by elderly patients with dementia in a long-stay ward. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 57-63. [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1471-6712.2002.00052.x?url\\_ver=Z39.88-2004&rft\\_val\\_fmt=info%3Aofi%2Ffmt%3Akev%3Amtx%3Ajournal&rft.genre=article&rft.jtitle=Int J Ger Psychiatry&rft.atitle=Aggressive incidents towards staff by elderly patients with dementia in a long%20%80%90stay ward.&rft.volume=11&rft.spage=57&rft.epage=63&rft.date=1994&rft.aulast=Freyn&rft.aufirst=A&rft\\_id=info%3Aid%2Fwiley.com%3AOnlineLibrary](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1471-6712.2002.00052.x?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info%3Aofi%2Ffmt%3Akev%3Amtx%3Ajournal&rft.genre=article&rft.jtitle=Int%20J%20Ger%20Psychiatry&rft.atitle=Aggressive%20incidents%20towards%20staff%20by%20elderly%20patients%20with%20dementia%20in%20a%20long-stay%20ward.&rft.volume=11&rft.spage=57&rft.epage=63&rft.date=1994&rft.aulast=Freyn&rft.aufirst=A&rft_id=info%3Aid%2Fwiley.com%3AOnlineLibrary)
- Gage, M. i Kingdom, D. (1995). *Breaking the cycle of aggression*. *Journal of Nursing Administration*, 25(12), 55-64.
- Galinsky, T., Feng H.A., Streit, J., Brightwell, W., Pierson, K., Parsons, K. i Proctor, C. (2010). Risk factors associated with patient assaults of home healthcare workers. *Rehabilitation Nursing*, 35(5), 206-215.
- Gallart Fernandez-Puebla, A. (2007). Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal en Barcelona. Tesi Doctoral: Universitat Internacional de Catalunya
- Gates, D. (2006). *The epidemic of violence against healthcare workers*. Recuperat el 16 de juliol de 2010, a <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/epidemic.pdf>
- Gates, D.M., Fitzwater, E. i Deets, C. (2003). Development of instruments to assess assaultive behavior in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 29 (8), 37-45.

- Gates, D., Fitzwater, E. i Meyer, U. (1999). Violence against caregivers in nursing homes: Expected, tolerated, and accepted. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(4), 12-22.
- Gates, D., Fitzwater, E., Telintelo, S., Succop, P. i Sommers, M. (2002). Preventing Assaults by Nursing Home Residents: Nursing Assistants' Knowledge and Confidence—A Pilot Study. *JAMDA – November/December*, 365-370.
- Gates, D., Fitzwater, E. i Succop, P. (2003). Relationships of stressors, strain and anger to caregiver assaults. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 775-793.
- Gates, D., Fitzwater, E. i Succop, P. (2005). Reducing assaults against nursing home caregivers. *Nursing Research*, 54(2), 119-127.
- Gates, D., Gillespie, G., Smith, C., Rode, J., Kowalenko, T i Smith, B. (2011). Using Action Research to Plan a Violence Prevention Program for Emergency Departments. *Journal of Emergency Nursing*, 37, 1, 32-39.
- Gates, D., Ross, C.S, i McQueen, L. (2005). Violence: Recognition, Management and Prevention. *The Journal of Emergency Medicine*, 31(3), 331-337.
- Gates, D., Ross, C.S, i McQueen, L. (2006). Violence against emergency department workers. *Journal of Emergency Medicine*, 31(3), 331-337.
- Generalitat de Catalunya (1996). *Mapa de Serveis Socials*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Generalitat de Catalunya (2006). *Registre d'Entitats, Serveis i Establiments socials*. Barcelona: Departament de Benestar i Família.
- Gerberich, S.G., Church, T.R., McGovern, P.M., Hansen, H.E., Nachreiner, N.M., Geisser, M.S., Ryan, A. D., Mongin, S.J. i Watt G.D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related



- violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 495- 503.
- Gryadon, J. Kasta, W., Khan, P. (1994). Verbal and physical abuse of nurses. *Canadian Journal of nursing Administration*, 7 (4), 70-89.
- Hagan, B.F. i Sayers, D. (1995). When caring leaves bruises, the effects staff education on residents aggression. *Journal of Gerontological Nursing*, 6(3), 163-171.
- Hahn, S., Zeller, A., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. i Halfens, R. (2008). Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 13 (6), 431-441.
- Hall, H.V. (2001). Violence Prediction and Risk Analysis: Empirical Advances and Guidelines. *Journal of Threat Assessment*, 3 (1), 1-39.
- Harris, A. i Lurigio, A.J. (2007). Mental illness and violence: A brief review of research and assessment strategies. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 542–551.
- Hasson, H. i Arnetz, J.E. (2008). Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 468-81.
- Hasson, H. i Arnetz, J.E. (2009). The impact of an educational intervention on nursing staff ratings of quality of older people care: A prospective, controlled intervention study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 470-478.
- Hegney, D., Tuckett, A., Parker, D., Eley, RM. (2010). Workplace violence: Differences in perceptions of nursing work between those exposed and those not exposed: A cross-sector analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 188-202.

- Hirigoyen, M.F. (2006). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona: Paidós.
- Hoel, H., Sparks, K. i Cooper, C.L. (2001.) *The Cost of Violence/Stress at Work and the Benefits of a Violence/Stress-Free Working Environment*. Geneva: International Labour Organization.
- Holden, R.J. (1985). Aggression against nurses. *The Australian Nurses' Journal*, 15(3), 44-48.
- Howerton Child, R.J. i Menten, J. (2010). Violence against women: the phenomenon of workplace violence against nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 89-95.
- Irvine, A.B., Bourgeois, M., Billow, M. i Seeley, J. (2007). Internet Training for Nurse Aides to Prevent Resident Aggression. *Journal American Medical Directors Association*, 8, 519-526.
- Isaksson, U. Åström, S. i Graneheim, U.H. (2007). *In the eye of the beholder: How female caregivers in nursing homes perceive violence*. 5th European Congress on violence in clinical psychiatry. Amsterdam, 25 a 27 de juliol de 2007.
- Isaksson, U., Åström, S. i Graneheim, U.H. (2008). Violence in nursing homes: perceptions of female caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1660-1666.
- Islam, S.S., Surender, P.H., Mujuru, P. Doyle, E.J. i Ducatman, A.M. (2003). Risk factors for physical assault. State-managed workers' compensation experience. *American Journal of Preventive Medicine*, 25 (1), 31- 37.
- Jackson, D., Clare, J. i Mannix, J. (2002). Who would want to be a nurse? Violence in the workplace - a factor in recruitment and retention. *Journal of nursing management*, 10 (1), 13-20.

- Joseffson, K. i Ryhammar, L. (2010). Threats and violence in Swedish community elderly care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 1, 110-113.
- Joseffson, K., Sonde, L. i Robins, T.B. (2007). Violence in municipal care of older people in Sweden as perceived by registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 900-910.
- Karlsson, S., Bucht, G., Eriksson, S. i Sandman, P.O. (1996). Physical restraints in geriatric care in Sweden. Prevalence and patient characteristics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 1348-1354. file://localhost/info/pmid:8909351
- Koritsas, S., Coles, J. i Boyle M. (2010). Workplace Violence towards Social Workers: The Australian Experience. *British Journal of Social Work*, 40, 257-271.
- Kowalenko, T., Waters, B.L., Khare, R.K i Compton, S. (2005). Workplace violence: a survey of emergency Physicians in the State of Michigan. *Annals of Emergency Medicine*, 46(2), 142-147.
- Krakowski, M. i Czobor, P. (1997). Violence in psychiatric patients: the role of psychosis, frontal lobe impairment and ward turmoil. *Comprehensive Psychiatry*, 23, 230-236.
- Krug, E. (Eds.) (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Kwok, R.P., Law, Y.K., Li, K.E., Ng, Y.C., Cheung, M.H., Fung, V.K., Kwok, K.T., Tong, J.M., Yen, P.F. i Leung, W.C. (2006). Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Medical Journal*, 12, 6-9.
- Lanza, ML., Zeiss, R. i Rierdan, J. (2006). Violence against psychiatric nurses: sensitive research as science and intervention. *Contemporary Nurse: a journal for the Australian nursing professional*, 21(1), 71-84.

- Lapane, K.L., i Hughes, C.M. (2007). Considering the Employee Point of View: Perceptions of Job Satisfaction and Stress Among Nursing Staff in Nursing Homes. *Journal American Medicine Direction Association*, 8, 8-13.
- Lau, J. i Magarey, J. (2006). Review of research methods used to investigate violence in the emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 14, 2, 111-116.
- Lavoie, F. (1992). Consent, involuntary treatment and the use of force in an urban emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 21(1), 25-31.
- Lawoyo, S., Soares, J.J. i Nolan, P. (2004). Violence towards psychiatric staff: a comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden. *Work and Stress*, 18(1), 39-45.
- Leather, P. i Lawrence, C. The Social Psychology of Violence and Aggression. En Leather, P. (1999). *Work-Related Violence: Assessment and Intervention*. London: Routledge.
- Letelier-Sanz, P. i Valenzuela-Suazo, S. (2002). Violencia: fenomeno relevante de estudio en campos clinicos intra-hospitalarios de enfermeria. *Ciencia y enfermeria*, 8(2), 21-26.
- Lin, Y. i Liu, H. E. (2005). The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 7, 773-778
- Linaker, O.M. i Bush-Iversen, H. (1995). Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(4), 250-254.
- Lipscomb, J., i Love, C. (1992). Violence towards health care workers: an emerging occupational hazard. *American Association of Occupational Health Nurses*, 40, 219-228.

- Lipscomb, J., Silverstein, B., Slavin, T.J., Cody, E. i Jenkins, L. (2002). Perspectives on legal strategies to prevent workplace violence. *The Journal of law, medicine & ethics*, 30 (3), 166-172.
- Lusk, S.L. (1992). Violence experienced by nurses' aides in nursing homes: an exploratory study. *AAOHN Journal*, 40(5), 237-241.
- Mackal, P.K. (1983). *Teorías psicológicas de la agresión*. Madrid: Pirámide.
- McCall, B.P., i Horwitz, I.B. (2004). Workplace violence in Oregon: An analysis using workers' compensation claims from 1990-1997. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(4), 357-366.
- McQueen, L., Gates, D. i Ross, C. (2005). Violence Against Workers in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 31,5, 427-428.
- Magin, P., Adams, J., Ireland, M., Joy, E., Heaney, S. i Darab, S. (2006). The response of general practitioners to the threat of violence in their practices: results from a qualitative study. *Family Practice*, 23, 273-278.
- Magin, P., Adams, J. i Joy, E. (2007). Occupational violence in general practice. *Australian Family Physician*, 36(11), 955-957.
- Magin, P., Adams, J., Sibbritt, D., Joy, E. i Ireland, M. C. (2008). Effects of occupational violence on Australian general practitioners' provision of home visits and after-hours care: a cross-sectional study. *Journal of Evaluation Clinical Practice*, 14, 336-342.
- Mahoney, B.S. (1991). The extent, nature, and response to victimization of emergency nurses in Pennsylvania. *Journal of Emergency Nursing*, 17, 282-294.
- Mandiracioglu, A. i Cam, O. (2006). Violence exposure ad burnt-out among Turkish nursing home staff. *Occupational Medicine*, 56, 501-503.

- Martin, M., Ballesteros, J., Ibarra, N., Loizanga, C., Larumbe, M. J., Aizcorbe, C. i Belenger, C. (2002). Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distrés psíquico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 201-206.
- Martínez-Jarreta B., Gascón S., Santed, M.A., i Goicoechea J. (2007). Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Medicina Clínica*, 128, 307-310.
- May, D. i Grubbs, L. (2002). The extent, nature and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *Journal of Emergency Nursing*, 28(1), 11-17.
- Mayhew, C. i Chappell, D. (2001). Occupational Violence: Types, reporting patterns and variations between Health Sectors. Working Paper Series, 139. Taskforce on Prevention and Management of Violence in the Health Workplace. Sydney: Department of Health.
- Mayhew, C. i Chappell, D.(2007). Workplace violence: An overview of patterns of risk and the emocional/stress consequences on targets. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 327-339.
- McPhaul, K.M. i Lipscomb, J.A. (2004). Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *The Online Journal of Issues in Nursing*. Recuperat el 19 de juliol de 2010, <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No3Sept04/ViolenceinHealthCare.aspx>
- Mejía, R., Diego, A., Aleman, M., Maliandi, M.R. i Lasal, F. (2005). Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina*, 65, 295-301.

- Menckel, E. i Viitasara, E. (2002). Threats and violence in Swedish care and welfare- magnitude of the problem and impact on municipal personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 376-385.
- Merecz, D., Rymaszewska, J., Móscicka, A. Kiejna, A. i Jarosz-Nowak, J. (2006). Violence at the workplace -a questionnaire survey of nurses. *European Psychiatry*, 21, 442-450.
- Miller, M.F. (1997). *Physically aggressive resident behavior during hygienic care*. *Journal of Gerontological Nursing*, 23(5), 24-39.
- Miret, C. i Martínez Larrea, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(1), 193-201.
- Mohr, W.K. (2006). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott William & Wilking.
- Morgan, D.G., Stewart, N.J., D'Arcy, C., Forbes, D. i Lawson, J. (2005). Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(3), 347-358.
- Moreno Jiménez, M.A., Vico Ramirez, F. Zerolo Andrey, F.J. Lopez Rodríguez, A., Herrera Serena, P. i Mateios Salido, M.J. (2005). Análisis de la violencia del paciente en atención primaria. *Atención primaria*, 36(3), 152-158.
- Morgan, D.G. (2004). Evaluating rural nursing home environments: dementia special care units versus integrated facilities. *Aging and Mental Health*, 8(3), 256-265.
- Mouronte, P., Sanchez, P., Olazaran, J. i Guisan, R. (2001). Apoyo a los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Todo Hospital*, 182, 789-805.

- Muntaner, C., Li, Y., Xue, X., Thompson, T., Chung, H. i O'Campo, P. (2006). County and organizational predictors of depression symptoms among low-income nursing assistants in the USA. *Social Science & Medicine*, 63, 1454–1465.
- Nachreiner, N.M., Gerberich, S.G., McGovern, P.M., Church, T.R., Hansen, H.E., Geisser, M.S., i Ryan, A.D. (2005). Impact of training on work-related assault. *Research in Nursing and Health*, 28, 67–78.
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) (2002). *Occupational hazards in hospitals: Violence*. Cincinnati: NIOSH publications.
- National Occupational Health and Safety Commission (NOHSC) (1999). *Program One Report: Occupational violence*. Recuperat el 10 de juny de 2010, a <http://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/>
- National Occupational Health and Safety Commission (NOHSC) (2000). Occupational health and safety issues for young workers in the fast food industry. Canberra: AusInfo.
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R.J.G., Dassen, T., Haug, H.J. i Fischer, J.E. (2005). The effect of a training course in aggression management on mental health nurses' perceptions of aggression: a cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 6, 649-655.
- Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.
- Neuman, J.H. i Baron, R.A. (1998). Workplace Violence and Workplace Aggression: Evidence concerning specific forms, potential causes and preferred targets. *Journal of Management*, 24(3), 391-394.
- Nijman, H.L. i Rector, G. (1999). Crowing and Aggression on Inpatient Psychiatric Wards. *Psychiatric Services*, 50(6), 830-831.



- Nijman, H.L., Bowers, L., Oud, N. i Jansen, G. (2005). Psychiatric Nurses' Experiences With Inpatient Aggression. *Aggressive Behavior*, 31, 217-227.
- Nolan, P, Soares, J., Dallender, J., Thomsen, S. i Arnetz, B. (2001). A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 38(4), 419-426.
- Nordin, H. (1993). *Occupational Injury Information System (ISA)*. Stockholm: Swedish National Board of Occupational Safety and Health.
- Norko, M. i Baranoski, M. (2005). The state of contemporary risk assessment research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(1), 18-26.
- OMS i OIT (2002). *Directrices marco par afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de salud*. Ginebra: OMS.
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA) (1996). Workplace violence awareness and prevention: Facts and information. Part I. Washington DC: United States Department of Labour.
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA) (2004). Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers. Washington DC: United States Department of Labour. Recuperat el 20 d'abril de 2010, a <http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html>
- Organització Internacional del Trabajo (2003). Proyecto de repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia y el estrés en el sector de los servicios: una amenaza para la productividad y el trabajo decente. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

- Organització Internacional del Treball (1998). La violència en el treball: un problema mundial. *Organización Internacional del Trabajo*. Recuperat el 16 de novembre de 2010, a [http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/press-and-media-centre/press-releases/WCMS\\_008502/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/press-and-media-centre/press-releases/WCMS_008502/lang--es/index.htm)
- OIT/ CIE/ OMS/ ISP. (2002). Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de salud. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo/ Consejo Internacional de Enfermeras/ Organización Mndials de la Salud/ Internacional de Servicios Públicos.
- Paoli, P. i Merllié, D. (2003). Third European survey on working conditions. *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*. Recuperat el 12 de setembre de 2009, a <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2001/21/en/1/ef0121en.pdf>
- Paravic, T., Valenzuela, S. i Burgos, M. (2004). Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. *Ciencia y enfermería*, 10(2), 53-65.
- Parent- Thirion, A., Fernández, E., Hurley, J. i Vermeulen, G. (2007). Fourth European Working Conditions Survey. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Paredes, L.A. i Paravic, T. (2006). Percepción de violencia y factores asociados según usuarios de un consultorio y postas de salud. *Ciencia y enfermería*, 12(1), 39-51.
- Paterson, B., Leadbetter, D. i Miller, G. (2005). Beyond zero tolerance: a varied approach to workplace violence. *British Journal of Nursing*, 14(14), 746-753.
- Paterson, B., Leadbetter, D. i Bowie, V. (1999). Supporting nursing staff exposed to violence at work. *International Journal of nursing studies*, 36(6), 479-486.
- Peña-Casanovas, J. (1998). *Activem la ment*. Barcelona: Fundació La Caixa.

- Pérez Bilbao, J. i Nogareda, C. (1998). NTP489. Violencia en el lugar de trabajo. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. Recuperat el 19 de juliol de 2007, a [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp\\_489.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_489.pdf)
- Pérez Rojo, G. (2004). Tipos de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores. *Informes Portal Mayores*, 15. Recuperat el 31 de maig de 2009, a <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-tipos-01.pdf>
- Plante, E. (2005). *Pistes et obstacles en prévention de la violence interne au travail*. Recuperat el 16 de juliol de 2008, a <http://www.cgsst.com/stock/fra/doc265-862.pdf>
- Poblete Troncoso, M. i Valenzuela Suazo, S. (2005). Enfermeras en riesgo: Violencia laboral con enfoque de género. *Index de enfermería*, 51(14) 40-44.
- Poyner, B. i Warne, C. (1986). Violence of staff: A basis for assessment and prevention. Health and Safety Executive. London: HMSO.
- Poyner, B. i Warne, C. (1988). Preventing violence to staff. Health and Safety Executive. London, Tavistock Institute of Human Relations.
- Presley, D. i Robinson, G. (2002). Violence in the emergency department: Nurses contend with prevention in the healthcare arena. *Nursing Clinics of North America*, 37(1), 161-169.
- Pueyo, A.A. i Redondo Illescas, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 28(3), 157-173.

- Ray, M. (2007). The dark side of the job: violence in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 33 (3), 257–261.
- Rippon, T.J. (2000). Aggression and violence in the health care professions. *Journal Advanced Nursing*, 31(2), 452-460.
- Rogers, K.A. i Chappell, D. (2004). Prevención y respuesta a la violencia en el trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Rose, M. (1997). A survey of violence toward nursing staff in one large Irish Accident and Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 23, 214-228.
- Ross-Adjie, G.M. i Gillman, L. (2007). Occupational stress in the Emergency Department: What de matter? *Australasian Emergency Nursing Journal*, 10, 117-123.
- Rowell, P. (2006). *Lateral Violence: Nurse Against Nurse*. Recuperat el 6 de setembre de 2009, a <http://www.tnaonline.org/Media/pdf/wkpl-viol-dec-10-abstract-rowell.pdf>
- Ruiz Bueno, A. (2008). *La muestra: algunos elementos para su confección*. Recuperat el 16 de novembre de 2010, a <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/fitxa12-cast.pdf>
- Ruiz de Eginó Berasategi, M. (2006). La formación puede reducir las agresiones contra las auxiliares de enfermería de las residencias de ancianos. *Enfermería Clínica*, 16(1), 51-52.
- Runyan, C.W., Zakocs, R.C., i Zwerling, C. (2000). Administrative and behavioral interventions for workplace violence prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 18 (4 Suppl), 116-127.
- Sadock, B. i Sadock, V. (2008). *Manual de bolsillo de psiquiatría clínica*. Barcelona: Wolters Kluwer Health.

- Salgado, J.F i Peiró, J.M. (2008). Psicología del trabajo, las organizaciones y los recursos humanos. *Papeles de psicología*, 29, 2-5
- Sanmartin, J. (2004). *La violencia y sus claves*. Barcelona: Ariel.
- Sands, N. (2007). An ABC approach to assessing the risk of violence at triage. *Australian Emergency Nursing Journal*, 10, 107-109.
- Saveman, B.I., Åström, S., Bucht, G. i Norberg, A. (1999). Elder Abuse in Residential Setting in Sweden. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 10, 13-27.
- Saveman, B.I i Sandvide, Å. (2001). Swedish general practitioners' awareness of elderly patients at risk of or actually suffering from elder abuse. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 351-357.
- Scott, C.L. i Resnick, P.J. (2006). Violence risk assessment in persons with mental illness. *Aggression and violent behaviour*, 11, 598-611.
- Sethi D., Marais S., Seedat M., Nurse J. i Butchart A. (2004). *Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes*. Geneva: World Health Organization. Department of Injuries and Violence Prevention.
- Shoghi, M., Sanjari, M., Shirazi, F., Heidari, S., Salemi, S. i Mirzabeigi, G. (2008). Workplace Violence and Abuse Against Nurses in Hospitals in Iran. *Asian Nursing Research*, 2(3), 184-193.
- Sjöström, N. Elder, D.N., Malm, U. i Beskow, J. (2001). Violence and its prediction at a psychiatric hospital. *European Psychiatry*, 16, 459-465.
- Sierra Bravo, R. (1992). Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios. Madrid: Paraninfo.

- Simões Cezar, E. i Palucci Marziale, M.H. (2006). Violencia en el trabajo en unidad de emergencia de hospital de Brazil. *Nure Investigación*, 25, 2-12.
- Sociedad Española de Psicogeriatría (2005). Consenso Español sobre demencias. Barcelona: Novartis & Sociedad Española de Psicogeriatría.
- Stadnyk, B.L. (2008). *Workplace Violence Isn't Always Physical: A One Year Experience of A Group of Registered Psychiatric Nurses*. Regina: Registered Psychiatric Nurses Association of Saskatchewan.
- Stock, H.V. Workplace Violence: Advances in Consultation and Assessment. Goldstein, A. M. (2006). *Forensic Psychology: Emerging Topics and Expanding Roles*. New York: John Wiley & Sons.
- Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: an overview. *World Psychiatry*, 2(2), 121-124.
- Suris, A., Lind, L. Emmett, G., Borman, P.D., Kashner, M. i Barrat, E.S. (2004). Measures of aggressive behavior: Overview of clinical and research instruments. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 165-227.
- Tenneij, N., Goedhard, L., Stolker, J., Nijman, H. i Koot, H. (2009). The correspondence between the Staff Observation Aggression Scale-Revised and two other indicators for aggressive incidents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23, 4, 283-288.
- Toscano, G. i Weber, W. (1995). *Violence in the workplace*. Washington DC: US Department of Labor Statistics.
- Trinidad, C. (2003). *Introducció a la medicació i a la resolució de conflictes*. Barcelona: Pere Tarrés.

- Vallejo, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Vidal, C. (2010). Treball de recerca: *La violencia laboral de tipus II en les residències de gent gran. Estudi pilot*. Treball no publicat
- Viitasa, E. (2007). *Violence in caring. Risk factors, outcomes and support*. Tesi doctoral. National Institute for Working Life. Karolinska Instituted.
- Viitasa, E., Sverke, M. i Menckel, E. (2003). Multiple Risk Factors for violence to seven occupational Groups in the Swedish Caring Sector. *Industrial Relations*, 58(2), 202-231.
- Warshaw, L.J. Violence in the Workplace En Mager Stellman, J. (1998). *Encyclopaedia of occupational health and safety*. 4<sup>th</sup> edition. Geneva: ILO.
- Warshaw, L.J. i Messite, J. (1996). Workplace violence: Preventive and interventive strategies. *Journal of occupational and environmental medicine*, 38 (10), 993-1006.
- Wassell, J. (2009). Workplace violence intervention effectiveness: A systematic literature review. *Safety Science*, 47, 8, 1049-1055.
- Weiler, A. (2006). *Annual Review of Working Conditions in the EU: 2005-2006*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Weiler, A. (2006). *Quality of work and employment 2006*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Wells, J. i Bowers, L. (2002). How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *Journal of Advanced Nursing*, 39(3), 230-240.

- Winger, J., Schierm, V. i Stewart, D. (1987). Aggressive behavior in long-term care. *Journal of Psychosocial Nursing*, 25(4), 28-33.
- Winstanley, S. (2005). A cognitive model of aggression towards health care staff: The patient's perspective *Work and Stress*, 19(4), 340-350.
- Winstanley S., i Whittington, R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 3-10.
- Winstanley, S., i Whittington, R. (2003). Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: A cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work and Stress*, 16(4), 302-315.
- Winstanley, S., i Whittington, R. (2002). Violence in a general hospital: Comparison of assailant and other assault related factors in accident and emergency and in-patient wards. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 144-147.
- Wilkinson, C.L. (1999). An evaluation of an educational program on the management of assaultive behaviors. *Journal of Gerontological Nursing*, 25 (4), 6-11.
- Wynne, R., Clarkin, N. Cox, T. i Griffiths, A. (1997). *Guidance on the prevention of violence at work*. Brussels: European Commission.



Annexos

---

Annex 1. Actes de les reunions per a l'elaboració del qüestionari

---

L'objectiu principal de la recerca era realitzar els primers passos per elaborar un instrument que ens permetés mesurar si es produeix violència laboral de tipus II en els professionals de les residències de gent gran.

Per a la construcció del qüestionari, es realitzaren una sèrie de passos successius en el temps.

En un primer moment, es va fer una revisió de literatura, adoptant com a referència bàsica autors i organismes referents en l'estudi de la violència laboral, en un sentit general: Chappel i Di Martino (2000), OMS i OIT (2002), Gerberich (2004), Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (2004) i Magin (2007); i es consultaren qüestionaris de violència laboral, en termes generals.

En un segon moment, s'elaborà un esborrany de qüestionari que va ser sotmès a un grup de discussió constituït per una comissió interdisciplinària composta per cinc persones expertes en el camp de la vellesa en l'àmbit residencial i coneixedores de la violència laboral. Aquesta comissió, formada per dos professors universitaris, dos professionals i un membre de les patronals del sector de les residències de gent gran, va realitzar una tasca avaluadora i crítica del qüestionari presentat.

En un tercer moment, es revisà el qüestionari a partir de les propostes fetes per la comissió i es reelaborà amb la finalitat de tornar a ser avaluat per la comissió.

Un cop es realitzaren tots els canvis, la comissió es reuní per tornar a avaluar el qüestionari. En aquesta trobada, tots els membres de la comissió estigueren d'acord amb la proposta i s'acceptà l'esborrany com a qüestionari.

Tot aquest procés es va realitzar durant el segon trimestre de l'any 2008, període comprès entre l'abril i el juliol.

El qüestionari consta de quaranta-vuit ítems, és autoadministrable i s'estructura en tres parts: en la primera, es recullen les dades sociodemogràfiques dels subjectes participants; en la segona es mesuren l'ítem nivell d'estrès percebut i consideració

d'agressió; i en la tercera, de quartanta-sis ítems, s'avaluen els quatre tipus d'agressió – verbal, física, sexual i atac a la dignitat– en funció del gènere de l'agressor (home o dona resident) i en base a la freqüència, en què 0 és mai i 6 és anual.

Aquest qüestionari s'anomena QViLab II (versió I) i pot estar subjecte a canvis i/o modificacions en un futur.

Annex 2. Instrument QViLab II (versió 1)

---

**Dades personals**

<b>Gènere:</b>  <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona
<b>Edat:</b>
<b>Nivell educatiu (Estudis finalitzats):</b>  <input type="checkbox"/> Certificat d'Estudis Primaris <input type="checkbox"/> Primaris (Educació Primària, EGB) <input type="checkbox"/> Secundària (Batxiller, COU o FP) <input type="checkbox"/> Estudis Universitaris de Grau Mitjà <input type="checkbox"/> Estudis Universitaris de Grau Superior <input type="checkbox"/> Estudis Universitaris de Tercer Cicle
<b>Professió:</b>  <input type="checkbox"/> Gerocultor/a <input type="checkbox"/> Infermer/a <input type="checkbox"/> Treballador/a social <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> Educador/a social <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Psicòleg/oga <input type="checkbox"/> Metge/a <input type="checkbox"/> Personal d'atenció indirecta. Especificar .....
<b>Anys d'experiència treballant en residències de gent gran:</b>

## Preguntes

1.- En quin grau consideres que la teva feina és estressant?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gens estressant										Extremament estressant

2.- Consideres que has rebut algun tipus d'agressió por part de les persones grans que has atès en el teu lloc de treball durant aquest últim any?

Sí

No

Si la resposta a la pregunta anterior és **SÍ**, respon els següents apartats:

**INSTRUCCIONS: Marca amb una X la periodicitat de les situacions amb les quals t'has trobat**

Si l'agressió s'ha rebut per part d'un <b>home resident</b> , respon el quadre següent:	<b>Tipus d'agressió \ Freqüència</b>	<b>Mai</b>	<b>Diàriament</b>	<b>Setmanalment</b>	<b>Mensualment</b>	<b>Trimestralment</b>	<b>Semestralment</b>	<b>Anual</b>
	<b>Verbal</b>							
Comentaris obscens								
Difondre rumors a professionals								
Difondre rumors a direcció								
Difondre rumors a altres residents								
Exigències								
Amenaces								
Altres. Especificar:...								
<b>Física</b>								
Cops								
Cops amb objectes (bastó,...)								
Sacsejades								
Estirades de cabell								
Bufetades								
Mossegades								
Altres. Especificar:...								
<b>Sexual</b>								
Tocaments								
Actituds exhibicionistes								
Conductes masturbatòries davant la teva presència								
Altres. Especificar:...								
<b>Atac a la dignitat</b>								
Ridiculitzar								
Atribuir-te problemes mentals								
Desacreditació								
Intimidació								
Altres. Especificar:...								



Si l'agressió s'ha rebut per part d'una dona resident, respon el quadre següent:	<b>Dones</b>							
	<b>Tipus d'agressió \ Freqüència</b>	Mai	Diàriament	Setmanalment	Mensualment	Trimestralment	Semestralment	Anual
	<b>Verbal</b>							
	Comentaris obscens							
	Difondre rumors a professionals							
	Difondre rumors a direcció							
	Difondre rumors a altres residents							
	Exigències							
	Amenaces							
	Altres. Especificar:...							
	<b>Física</b>							
	Cops							
	Cops amb objectes (bastó...)							
	Sacsejades							
	Estirades de cabell							
	Bufetades							
	Mossegades							
	Altres. Especificar:...							
	<b>Sexual</b>							
	Tocaments							
	Actituds exhibicionistes							
	Conductes masturbatòries davant la teva presència							
	Altres. Especificar:...							
<b>Atac a la dignitat</b>								
Ridiculitzar								
Atribuir-te problemes mentals								
Desacreditació								
Intimidació								
Altres. Especificar:...								



Annex 3. Fitxa per registrar el primer contacte amb les residències

---

**Fitxa per registrar el primer contacte amb les residències**

Nom de la residència:	
Demarcació: <input type="checkbox"/> Barcelona <input type="checkbox"/> Girona <input type="checkbox"/> Tarragona <input type="checkbox"/> Lleida	
Adreça:	
Telèfon de contacte:	
Mail:	
Persona de contacte:	Càrrec:
Participació en l'estudi: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Data i horari per a l'administració dels qüestionaris:	
Número de professionals de la residència interessats a participar en l'estudi:	

Annex 4. Document per registrar les residències on s'administraren els  
qüestionaris

---

**Dades de la residència**

Nom de la residència:
Número de places residencials:  menys de 25 de 25 a 49 de 50 a 99 més de 100
Número de professionals que voluntàriament volen participar en l'estudi:
Desistiments/baixes prèvies a l'administració del qüestionari:
Número de qüestionaris administrats realment:
Observacions:

## Annex 5. Definició dels ítems del tipus d'agressió

---

## La definició dels ítems del tipus d'agressió

**a) Agressió verbal.** S'entén per agressió verbal un tipus d'agressió basada en la paraula. Les conductes d'agressió verbal tant poden ser crits i amenaces com altres conductes que ocasionin dany a la persona (Chapman, 2006). S'operativitzà en base a sis ítems: comentaris obscens, difondre rumors a professionals, difondre rumors a direcció, difondre rumors a altres professionals, exigències i amenaces. Cal anotar que aquest estudi només recull les agressions verbals, en tots i cadascun dels ítems, que fa la persona gran resident cap al professional.

1. **Comentaris obscens.** S'entén per comentaris obscens aquelles paraules o frases de caràcter descortès, groller i rude que ofenen i fereixen la persona que els rep que, en aquest estudi, com hem dit, és el professional
2. **Difondre rumors a professionals.** Consisteix a dir notícies confuses, ambigües, amb falsedats i sense cap mena de fonament, que perjudiquen el professional, i que s'adrecen a companys de professió.
3. **Difondre rumors a direcció.** Aquest ítem, igual que l'anterior, consisteix a dir notícies ambigües que perjudiquen el professional, però en aquest cas adreçades a l'equip directiu de la residència.
4. **Difondre rumors a altres residents.** Aquest ítem, com els dos anteriors, també consisteix a dir notícies ambigües que perjudiquen el professional, però en aquest cas entre els companys residents.
5. **Exigències.** S'entén per exigències l'acció d'imposar a una o diverses persones el que un demana en aquell moment sense tenir en consideració les circumstàncies i les persones del voltant. En aquesta investigació, les amenaces es conceben com un acte de coacció en què la persona gran resident considera que té el dret i l'obligació de demanar que les altres persones segueixin el compliment de les obligacions que determina.
6. **Amenaces.** S'entén per amenaces les expressions de tipus verbal que empra una persona per fer mal a una altra (NIOSH, 2002) i que provoquen temor a qui les sent.

**b) Agressió física.** S'entén per agressió física l'ús de la força corporal contra una altra persona provocant-li un dany. Tradicionalment aquest tipus d'agressió ha estat el més



estudiat perquè es demostra a través d'accions i de mitjans físics. S'operativitzà en base a sis ítems: cops, cops amb objectes, sacsejades, estirades de cabell, bufetades i mossegades. En aquest estudi es consideren només les agressions físiques que fa la persona gran resident cap al professional.

1. **Cops.** El diccionari Alberti (1987) defineix el cop com un acte físic en el qual hi ha un encontre bruscat i violent d'un cos contra un altre. Per tant, s'entén per cop l'acció física que una persona realitza contra una altra persona; és a dir, quan la persona gran resident realitza un encontre bruscat i violent cap al professional que treballa en una residència.
2. **Cops amb objectes (bastó...).** A l'igual que la definició anterior, s'entén per cop amb objecte l'acte físic bruscat i violent que una persona exerceix vers una altra emprant un objecte. Aquest objecte pot ser de qualsevol tipus: un bastó, un diari, una revista..., però independentment del que sigui crea un dany a qui el rep.
3. **Sacsejades.** S'entén per sacsejades l'acció de caràcter físic en la qual una persona mou una altra persona en una altra direcció, fet que provoca que es bellugui brusquement i experimenti una sensació de sotragada. El desplaçament del seu punt de gravetat produeix desequilibri i pot tenir com a conseqüència una caiguda.
4. **Estirades de cabell.** S'entén per estirades de cabell aquella acció que realitza una persona consistent a agafar els cabells d'una altra persona amb força amb la finalitat de provocar-li un dany.
5. **Bufetades.** S'entén per bufetada un cop intens amb el palmell de la mà donat a la galta d'una altra persona.
6. **Mossegades.** S'entén per mossegada l'acció d'agafar i prémer amb les dents, generalment la cara o bé les extremitats superiors d'una altra persona.

**c) Agressió sexual.** Pérez-Rojo (2004) defineix l'agressió sexual com aquelles accions de caràcter sexual en les quals la persona no ha donat o bé no ha estat capaç de donar el seu consentiment i el contacte físic és forçat o bé basat en engany. S'operativitzà en tres ítems: tocaments, actituds exhibicionistes i conductes masturbatòries davant la presència del professional.

1. **Tocaments.** Acció de tocar (arribar de manera sensible amb la mà o una altra part del cos) una zona del cos de l'altra persona. Generalment, els tocaments s'entenen com una forma d'agressió sexual perquè es toquen les zones més íntimes de la persona, fet que genera malestar en qui els rep.
2. **Actituds exhibicionistes.** Actituds de mostrar o exterioritzar les parts íntimes amb la finalitat que terceres persones les observin.
3. **Conductes masturbatòries davant la presència del professional.** S'entén per conducta masturbatòria els actes d'autosatisfacció sexual. Es considera agressió quan qui realitza la conductes masturbatòries fa l'acció davant d'una altra persona – el professional, en aquesta investigació–, fet que genera malestar i incomoditat.

**d) Atac a la dignitat.** Al nostre entendre, hi ha situacions i/o conductes que vulnereu els drets de les persones i danyen la seva dignitat. Aquest argument, reforçat també per investigadors com Pérez-Rojo (2004) i Bastús (2005), es relaciona amb el maltractament psicològic i consisteix a violentar i/o privar la persona dels seus drets bàsics.

És per aquest motiu que s'estableix aquesta categoria, atac a la dignitat, en la següent investigació amb la finalitat de saber fins a quin punt s'han produït algunes conductes que infringeixen el respecte i altres valors fonamentals. El constructe atac a la dignitat s'operativitzà en quatre ítems: ridiculitzar, atribuir problemes mentals al professional i desacreditació.

1. **Ridiculitzar.** La ridiculització és l'acció que fa una persona de riure's o burlar-se d'una situació, acció o conducta realitzada per una altra persona. Generalment, la persona que ridiculitza ho fa quan hi ha públic perquè la seva finalitat és humiliar-la.
2. **Atribuir problemes mentals al professional.** S'entén com el fet d'assignar un atribut –tenir problemes de salut mental– a una persona que no en té; és a dir, la persona que agrideix fa aquest comentari a l'altra persona per ofendre-la, desautoritzar-la, etc.
3. **Desacreditació.** La desacreditació consisteix a posar en qüestionament la confiança i l'autoritat que inspira la persona. Quan una persona gran agrideix un treballador a través de la desacreditació entenem que posa en dubte allò que diu el professional.

- 4. Intimidació.** La intimidació es defineix com una sèrie repetida de comportaments que solen escalar en intensitat durant un temps; solen iniciar-se de manera subtil, encoberta, i progressivament escalen en intensitat i freqüència amb la finalitat d'infondre por a l'altre (Mayhew, 2007).

