

**AGRESSIONS ENTRE RESIDENTS:
UN ESTUDI DELS EPISODIS EN TRES
RESIDÈNCIES DE MALLORCA**

Agressions entre residents: un estudi dels episodis en tres residències de Mallorca

Sofia Alonso Bigler

Maria Valero de Vicente

Resum

Les agressions de resident a resident (ARR) són un fenomen relativament desconegut. S'ha associat a alteracions del comportament a causa de deteriorament cognitiu, demència o alteracions psiquiàtriques. Estudis previs afirmen que és possible observar disparadors o antecedents als episodis d'ARR, aspecte especialment important per a la prevenció. L'objectiu d'aquest estudi és registrar mitjançant l'observació els episodis d'ARR que es produïen en tres residències pertanyents al Consell de Mallorca durant un mes, i obtenir informació addicional mitjançant entrevistes al personal que registra. Durant el període d'observació s'han recollit un total de 25 registres, produïts per 18 persones, 10 dones i 8 homes. El tipus d'agressió més comuna és l'agressió verbal (10 de 25, 40%) i l'agressió mixta, verbal i física (10 de 25, 40%). Quant al moment del dia, ocorren amb major freqüència durant el matí (55%) o durant la primeres hores de la tarda (44%), i són les zones comunes (40%) els llocs més conflictius. Com a idea principal es desprèn la necessitat d'establir procediments de registre, desenvolupar protocols d'actuació, millorar la col·laboració multidisciplinària i generar estratègies eficaces de prevenció i maneig de les ARR.

Resumen

Las agresiones de residente a residente (ARR) son un fenómeno relativamente desconocido. Se ha asociado a alteraciones del comportamiento debido a deterioro cognitivo, demencia o alteraciones psiquiátricas. Estudios previos afirman que es posible observar disparadores o antecedentes a los episodios de ARR, aspecto especialmente importante para la prevención. El objetivo de este estudio es registrar mediante la observación los episodios de ARR que se producían en tres residencias pertenecientes al Consell de Mallorca durante un mes, y obtener información adicional mediante entrevistas al personal que registra. Durante el periodo de observación se han recogido un total de 25 registros, producidos por 18 personas, 10 mujeres y 8 hombres. El tipo de agresión más común es la agresión verbal (10 de 25, 40%) y la agresión mixta, verbal y física (10 de 25, 40%). En cuanto al momento del día, ocurren con mayor frecuencia durante la mañana (55%) o durante la primeras horas de la tarde (44%), y son las zonas comunes (40%) los lugares más conflictivos. Como idea principal se desprende la necesidad de establecer procedimientos de registro, desarrollar protocolos de actuación, mejorar la colaboración multidisciplinaria y generar estrategias eficaces de prevención y manejo de las ARR.

1. Introducció

Les residències per a persones grans són instal·lacions complexes que acullen una diversitat de perfils entre els seus residents. Des de persones amb deteriorament cognitiu, amb o sense dependència física, amb deteriorament cognitiu important, com és el cas de les demències, passant per altres diagnòstics psiquiàtrics. Davant aquest escenari, no és d'estranyar que més sovint del desitjable es produeixin agressions entre residents. Entorn de les cures procurades dins dels complexos residencials és un fenomen relativament desconegut, tant a nivell nacional com internacional. Recentment, autors com Rosen, Pillemer i Lachs (2008a) han fet l'esforç de delimitar el concepte d'agressions de resident a resident (ARR; en anglès resident-to-resident aggression, RRA), i les han definides com les «Interaccions negatives i agressives físiques, sexuals o verbals entre residents de cura a llarg termini que en un ambient comunitari probablement serien interpretades com no desitjades i tenen alt potencial per causar sofriment físic o psicològic en el receptor» (p. 78). Els estudis que hi ha fins ara sobre aquest tipus d'agressions presenten una baixa qualitat metodològica, amb descripcions inconsistents o imprecises, a més, els registres són poc sistemàtics (Ferrah et al., 2015).

Fins ara, les recerques que s'han dut a terme permeten realitzar un escalet conceptual, psicosocial i d'intervenció, que descriu el fenomen de les ARR. Dels estudis examinats, s'extreu que les agressions més freqüents són les verbals, seguides de les físiques i les sexuals (Davison et al., 2017; Caspi, 2015; Lachs et al., 2016; Rosen et al., 2008b). Encara que també són comunes les agressions mixtes, verbals i físiques. Entre les agressions verbals trobem els crits, els insults, manar callar un altre resident, etc.; i entre les físiques, les més freqüents són els forcejaments, les empentes, cops amb les mans o els peus o amb algun objecte. Quant a les agressions sexuals, és important determinar la capacitat de consentiment de l'activitat sexual per poder considerar-la una agressió (Rosen, Lachs i Pillemer, 2010). En la majoria dels estudis s'ha observat que les agressions ocorren amb major freqüència en la tarda o tarda-nit, i que els espais on solen ocórrer amb més probabilitat són les zones comunes i el menjador, seguit de les habitacions (Ferrah et al., 2015; Rosen et al., 2008b; McDonald et al., 2015).

A partir de la revisió sistemàtica que va realitzar Ferrah i col·laboradors (2015), s'ha dibuixat un perfil de factors que predisposen a sofrir ARR, tals com el sexe femení, el deteriorament cognitiu, els nivells més alts d'autonomia, el comportament errant o deambulant i les alteracions de comportament socialment inadaptat o disruptiu. En aquesta mateixa revisió, també s'ha recollit evidència sobre quins són els «triggers», desencadenants o detonants de les ARR. Principalment, destaquen els problemes auditius, els problemes de la capacitat verbal (dificultats per parlar amb claredat o trobar la paraula adequada), la parla repetitiva, envair l'espai personal, desacords en els dormitoris, la territorialitat, les provocacions, les bromes, les actituds prejudicades i estereotipades, i les diferències religioses

o polítiques (Rosen et al., 2008b). Caspi (2015) sosté que en el 85% dels successos que es registren és possible observar els desencadenants, per la qual cosa l'anàlisi detallada dels senyals previs és primordial de cara al disseny d'eines de prevenció.

Els problemes de comportament són bastant freqüents entre els residents amb demència o deteriorament cognitiu i estan negativament relacionats amb la qualitat de vida i amb la bona convivència dels centres (Davison et al., 2017; Rosen et al., 2016). Existeix cert consens, encara que no estigui clarament definida, sobre la relació entre les ARR i el deteriorament cognitiu i les demències. En les residències trobem una població important que presenta deteriorament cognitiu o demència, condició que repercuteix directament sobre el seu grau d'autonomia i de dependència d'uns altres. Quan ens trobem davant un episodi d'ARR per part d'una persona que, a més, té deteriorament cognitiu, demència o patologia psiquiàtrica associada es fa difícil diferenciar si l'agressió és intencionada o es produeix com a resultat de la patologia prèvia (Ferrah et al., 2015). Sovint no és possible observar amb claredat les causes o els desencadenants en residents amb malalties del tipus de l'Alzheimer, ja que es produeixen respostes comportamentals inesperades o que encobreixen les veritables raons de la conducta. Per exemple, un resident pot entrar en un estat d'agitació a causa de la seva incapacitat per comunicar adequadament que sent dolor en alguna part del seu cos. Exemples com aquest il·lustren que els problemes de comportament són més freqüents en aquells residents que tenen problemes o dificultats per comunicar-se amb normalitat o que la seva funció del llenguatge està clarament deteriorada (Davison et al., 2017). D'altra banda, els residents que no tenen deteriorament o que aquest és més lleu, així com aquells que tenen mobilitat poden veure's involucrats amb major freqüència en episodis d'ARR, precisament perquè tenen majors nivells d'activitat física o autonomia (Lachs et al., 2016). Aquests fets tenen importants repercussions en la pràctica diària, ja que l'abordatge és diferent depenent del perfil cognitiu i de la valoració psicosocial de la persona que està involucrada en l'incident, d'aquí la importància de dissenyar abordatges centrats en la persona i no tant en la tipologia de l'agressió (Caspi, 2015; Bonifas, 2015).

La literatura internacional estableix una sèrie d'actuacions o recomanacions davant un episodi d'ARR. Per millorar la comprensió d'aquest apartat, s'ha dividit l'àrea d'intervenció en tres eixos, encara que no necessàriament s'han d'entendre com elements separats: i) intervenció directa; ii) labor preventiva; iii) treball col·laboratiu.

2. Intervenció directa

Són aquelles estratègies que aplica el personal una vegada que s'ha produït un incident, i es poden classificar en conductuals o farmacològiques. Entre les mesures conductuals que utilitzen els professionals de cura davant un ARR trobem: l'observació, la vigilància,

la separació, tècniques de relaxació, la mediació, el redireccionament de la conducta, la distracció i la contenció física (Bonifas, 2015; Ferrah et al., 2015; Rosen et al., 2008b). D'altra banda, hi ha les intervencions que tenen un marcat caràcter mèdic o farmacològic. Com l'administració de fàrmacs de tipus antipsicòtic o per al tractament de les alteracions de l'estat d'ànim, i la revisió de medicació per part del psiquiatre o del metge de referència. La intervenció farmacològica no és la més freqüent, però sí és bastant utilitzada, a pesar que ha mostrat una moderada eficàcia per disminuir el comportament disruptiu. A més, és important tenir en compte els nombrosos efectes secundaris que produeixen l'empitjorament de la qualitat de vida dels residents. Sempre que sigui possible el tractament de primera elecció han de ser les estratègies conductuals (Rosen et al., 2016).

3. Labor preventiva

Dins de les estratègies preventives es destaca el treball dels professionals per establir i mantenir rutines, observar l'estat d'ànim i la conducta dels residents a fi de trobar alguns senyals que permetin anticipar-se al seu comportament, mantenir un ambient tranquil, sense sorolls i sense excessiva estimulació, organitzar les habitacions amb companys compatibles per evitar enfrontaments, preservar la intimitat i individualitat dels residents, organitzar i estructurar el temps lliure (Bonifas, 2015; Caspi, 2015; Rosen et al., 2008b).

4. Treball col·laboratiu

Són aquelles actuacions que impliquen els professionals per mantenir relacions de comunicació i suport entre tots els membres del complex residencial. Les residències es conceben com a centres multidisciplinaris, i en el cas de l'abordatge dels episodis d'ARR, els professionals poden dur a terme una sèrie d'accions per facilitar el desenvolupament adequat de les funcions dins de l'organització. Entre aquestes tasques trobem les eines de registre i anàlisi de les ARR, comunicació dels incidents, gestió adequada de les estratègies, delimitar els rols implicats, mantenir reunions periòdiques, treballar de forma coordinada, generar protocols d'actuació (delimitar les intervencions directes i les preventives) i proporcionar formació continuada (Bonifas, 2015; Caspi, 2015; McDonald et al., 2015; Rosen et al., 2016).

L'objectiu d'aquest estudi, per tant, és comprendre millor el fenomen de les ARR que ocorren als centres residencials de Mallorca, a través de la recollida d'informació sobre la freqüència, la tipologia d'agressió, les circumstàncies espacials i temporals, i les actuacions que es duen a terme i els recursos disponibles per prevenir i manejar les ARR. A partir d'aquesta informació es pretén millorar les condicions assistencials dels residents i dels professionals, tot facilitant el desenvolupament de protocols i plans específics d'actuació i formació.

5. Mètode

Participants

Centres objecte de l'estudi

Les enquestes s'han passat en tres centres residencials de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, pertanyents al Consell de Mallorca. Es tracta de centres amb la totalitat de les places públiques. S'ha de tenir compte que des de l'entrada en vigor de la Llei de promoció de l'autonomia personal i dependència s'ha produït una transformació en aquests centres, ja que han passat d'atendre persones vàlides i assistides a atendre majoritàriament persones amb dependència, concretament graus II i III, i persones que hi entren segons els criteris de valoració de prioritat social, situacions de vulnerabilitat social.

Per poder entendre les dades, és import saber quina és la tipologia del centre, que passem a descriure a continuació:

Taula 1 | *Tipologia de places per centre*

Tipologia Places	Bonanova	Llar dels Ancians	Felanitx
Dependents	270	154	95
Deambulants	20	22	0
Temporals	10	4	5
Autònoms	143	100	0
Total	443	280	100

Pel que fa a la tipologia de les places (vegeu la taula 1), quan es parla de places per a persones dependents, són les places que ocupen persones que necessiten suport per a les activitats de la vida diària (AVD). Les places de deambulants són les que es destinen a persones dependents que tenen deteriorament cognitiu, però conserven la deambulació i tenen un risc alt de fugida i/o pèrdua i, per tant, estan ubicats en una zona del centre amb mesures de vigilància i protecció per a la persona gran. Les places per a estades temporals són les que es reserven per a persones que només han d'estar durant un temps al centre, hi ingressen per respir i/o convallescència dels cuidadors/es, o per convallescència de la pròpia persona. Les places per a persones autònomes estan destinades a persones que poden desenvolupar les AVD sense suport ni suplència, així i tot hi ha personal per a qualsevol incidència amb què es puguin produir.

A la Bonanova hi ha un 53% de les persones ingressades que són dones, de les quals el 62% tenen més de 85 anys i el 60% té una dependència moderada o alta. Un 71% dels ingressos són per dependència, un 25% per prioritat social i la resta per trasllat o reagrupament.

(Nota: Quant a les places, primer de tot s'ha de fer constar que al centre residencial la Bonanova, a la zona d'autònoms només hem posat les places ocupades en l'actualitat, ja que s'hi han de fer obres i, per tant, aquestes dades tindran algunes variacions.)

A la Llar dels Ancians, el 65% de les persones ingressades són dones i el 35%, homes. Quant al grau de dependència, hi ha un 45% dels residents amb un grau II o III de dependència, cosa que significa que necessiten suport per 3 o més activitats de la vida diària. El centre també ha tingut un 25% dels ingressos per prioritat social.

La residència de Felanitx té el percentatge més alt de dones ingressades, amb un 71% del total de residents, de les quals el 61% és més gran de 85 anys. En els homes el percentatge, el 50%, més alt té entre 75 i 84 anys. El centre presenta una alta taxa de dependència, atès que no hi ingressen persones autònomes, el 85% té un grau II o III de dependència. En aquest centre la majoria d'usuaris ha ingressat per dependència, el 82%, mentre que el 9% ho ha fet per prioritat social.

Instruments

Per a la recollida d'informació es va dissenyar una fitxa en format full de paper de fàcil maneig i emplenament. Al full de registre s'havia de recollir informació sobre:

- Data del succés
- Centre on va ocórrer
- Torn: matí, horabaixa, vespre o nit
- Emplaçament (espai de la residència on havia ocorregut): habitació, menjador, zona comuna
- Tipus d'agressió (poden marcar-se diverses opcions): verbal, física, sexual o una altra
- Motiu de l'agressió: discussió per pertinences (llevar-se coses, envair l'espai...), conflicte verbal (molestar-se, provocar, vacil·lar...), resposta a una agressió física (empènyer, pegar-se...), rebuig o discriminació (ignorar, no deixar participar...), disconformitat respecte a les normes establertes (enganar, mentir, consumir substàncies prohibides, no respectar les normes de convivència...) i altres motius.
- Estratègia per solucionar-ho
- Dades de la persona agressora: edat, sexe, tipus d'ingrés, plaça que ocupa, diagnòstic (demència, deterior cognitiu, psiquiatria, altre), persones implicada/es, i persona que emplena.

A més de les fitxes de registre, s'han fet entrevistes semiestructurades per recollir informació sobre l'experiència i visió de les persones que han coordinat en cada residència el procés de recollida de dades. Els continguts principals sobre els quals s'ha preguntat:

- Experiència professional prèvia, temps treballat en la residència i càrrec al centre;
- impressió general sobre el procediment de registre i recollida d'informació;
- visió des del punt de vista professional del fenomen d'ARR;
- des de la seva experiència, quina freqüència, en quins espais, a quines hores ocorre, quins factors predisposen o antecedeixen els episodis i si és possible preveure els episodis;
- saber quines estratègies utilitzen els professionals davant una ARR, els recursos, la formació i els protocols, i
- visió sobre les mancances, possibles millores per enfrontar-se als episodis d'ARR i per prevenir-los, millora de la qualitat de vida dels interns i del personal assistent.

Procediment

L'estudi va començar amb una cerca bibliogràfica sobre el tema en qüestió. Una vegada consultada la literatura més rellevant i actual, es va procedir a dissenyar la fitxa de registre. Després de desenvolupar la tècnica de recollida d'informació, ens vam posar en contacte amb els responsables de coordinació de les residències seleccionades (en funció de la disponibilitat i la motivació per col·laborar en l'estudi). Després van ser seleccionats els centres i es van realitzar reunions individualitzades per proporcionar la informació sobre l'objectiu d'estudi i les instruccions sobre el registre. El procediment de registre es va produir durant un mes, del 27 de març al 27 d'abril. Posterior al mes de registre, es van enviar les fitxes a les investigadores i durant el mes de maig es van realitzar les entrevistes al personal encarregat de coordinar la recollida de dades. Finalment, es van analitzar les dades recollides als fulls de registre i les entrevistes, i es va elaborar el present informe.

Anàlisi de dades

S'ha fet una anàlisi descriptiva de les dades recollides a les fitxes de registre, ja que la mida de la mostra no permet extreure resultats estadísticament significatius. D'altra banda, la informació recollida amb les entrevistes s'ha examinat de forma qualitativa.

6. Resultats

En total, després d'un mes d'observació, s'han registrat 25 incidents produïts per 18 dels residents, això vol dir que quatre dels residents (tres dones i un home) han estat involucrats en més d'un episodi. Entre els 18 residents hi ha implicades deu dones i vuit homes i tenen una edat mitjana de 81,16 anys (vegeu la taula 1). Set dels residents tenien un diagnòstic de psiquiatria, cinc d'ells tenien una demència diagnosticada, només un presentava diagnòstic de deterioració cognitiva, un no presenta patologia i quatre estarien inclosos en la categoria «uns altres». Quant a la distribució dels casos per residències, trobem que la Bonanova va registrar sis casos, la Llar dels Ancians, 12 incidents i Felanitx, tan sols tres episodis. En relació amb el tipus de plaça el 72,22% (13 residents) dels residents que van protagonitzar els episodis d'ARR estaven en una plaça de dependència i el 27,77% (cinc residents) eren autònoms.

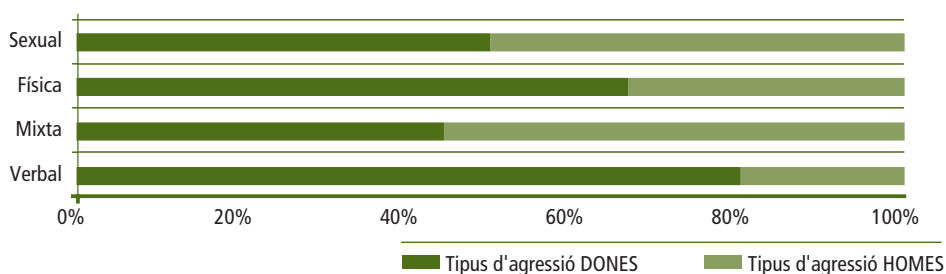
Taula 2 | *Dades descriptives*

	Total	Dones	Homes
Sexe	18	10	8
Mitjana d'edat	81,16	81,1	81,25
Rang d'edat	65-94	65-94	72-89
Diagnòstic			
<i>Psiquiatria</i>	7	4	3
<i>Demència</i>	5	1	4
<i>Deteriorament cognitiu</i>	1	0	1
<i>Sense diagnòstic</i>	1	1	0
<i>Altres</i>	4	4	0
Residència			
	Total incidents	Dones	Homes
<i>Bonanova</i>	6	4	1
<i>Llar dels Ancians</i>	12	6	5
<i>Felanitx</i>	3	1	2
	Total	Dones	Homes
Tipus d'agressió			
Verbal	10	8	2
Física	3	2	1
Mixta	10	4	5
Sexual	2	1	1

Tipus d'ingrés			
	Total	Dones	Homes
<i>Dependència</i>	11	5	6
<i>Sistema antic</i>	4	2	2
<i>Urgència o prioritat social</i>	3	3	0

Analitzant els 25 episodis d'ARR (vegeu la taula 1), trobem que en el 80% dels casos (20 episodis d'ARR) hi ha un component verbal important, i que el 50% d'aquestes ARR són només verbals (10 episodis d'ARR) i l'altre 50% de les ARR són mixtes (agressions verbals i físiques). En relació amb el component físic de les agressions només es van registrar tres (23,07%) agressions físiques i 13 ARR eren mixtes. Durant tot el temps que va durar el registre, només es van observar dues incidències (perquè se'n van registrar una per a cadascuna de les parts implicades) considerades agressió sexual. Va tenir lloc entre un home i una dona, l'home presentava diagnòstic de demència i de la dona només sabem que havia ingressat per urgència social. Quan examinem les diferències en funció del sexe dels residents, per exemple en el gràfic 1, observem (també a la taula 1) que les dones estan involucrades en 15 dels 25 episodis d'ARR, això representa un 60%, mentre que els homes només han participat en el 40% d'ARR. En examinar el tipus d'agressió més freqüent entre les dones, destaquem les agressions verbals (8 de 15), seguides de les mixtes (4 de 15). Entre els homes l'agressió més freqüent és la mixta (5 de 10 incidents), seguida de les verbals (2 de 10).

Gràfic 1 | *Diferències en el tipus d'agressió, segons si l'ha feta un home o una dona*



Un altre aspecte que s'ha analitzat és el moment temporal en el qual ocorren els episodis d'ARR, que succeeixen més freqüentment al matí i a primera hora de la tarda (vegeu el gràfic 2). Quant a l'espai on s'han registrats els successos, destaquen les zones comunes (passadissos, vestíbul, sala d'estar, etc.), amb un 40%, el menjador, amb un 32% de les ARR, i les habitacions, amb el restant 28% de les ARR (vegeu el gràfic 3).

Gràfic 2 | Moment del dia en què ocorren els incidents**Gràfic 3 | Espai de la residència on ocorren els incidents**

El motiu més freqüent pel qual es van produir els episodis d'ARR, segons els professionals que els van registrar, va ser el conflicte verbal (32%) i la discussió per pertinences (32%), i els segueix la disconformitat amb les normes establertes pel centre (16%). Quant a qui va recollir la informació, el 44,44% va ser la persona coordinadora, el 33,33%, els professionals d'infermeria, i el 22,22%, els auxiliars d'infermeria.

A continuació es presenten els aspectes més rellevants de les tres entrevistes realitzades a les coordinadores dels centres que han estat les encarregades de la recollida d'informació. Tots els professionals entrevistats tenien més de deu anys d'experiència, i feien funcions de supervisió i coordinació de personal assistencial. En general, comenten que el procediment de registre els ha semblat fàcil i senzill per ser manejat o emplenat pel personal auxiliar, però reconeixen que amb el nivell d'activitat que porten és difícil que s'asseguin a emplenar els fulls quan ocorren els incidents. Només en una de les residència tenen un procediment de registre de les ARR, i el duu a terme el personal de seguretat i vigilància. Sobre la tipologia de les ARR, hi ha consens sobre el fet que les agressions més comunes són les verbals i que ocorren principalment durant les últimes hores del matí o les primeres de la tarda de la tarda, i que les zones comunes (passadissos, vestíbul, etc.) i el menjador són els llocs més conflictius:

«Les agressions habituals són insults. Aixecar la veu...» (Bonanova).

«Agressió verbal constantment n'hi ha, fins i tot al personal...» (Llar dels Ancians).

«Entre residents passa més a les zones comunes, al menjador, és gairebé quan passa més freqüentment, a les taules...» (Felanitx).

«A les zones comunes, a les habitacions no passa gairebé mai, o al menjador, però sobretot en zones comunes...» (Llar dels Ancians).

«Jo, la veritat és que als matins, jo hi sol estar sempre al matí i solen ser tranquils. Crec que és més a la tarda...» (Bonanova).

Quan se'ls pregunta per les situacions o els factors que precipiten els episodis d'ARR, també estan d'acord a assenyalar que els problemes es generen per la presència de deteriorament cognitiu, demència o trastorns psiquiàtrics, la territorialitat, les alteracions de comportament, la violació de la privadesa i, també, la diferència de creences polítiques o religioses. On hi ha certa discrepància és quan els preguntem si creuen que és possible prevenir alguna de les ARR: dues d'elles creuen que és molt difícil, mentre que l'altra pensa que és fàcil si les intervencions es basen en el coneixement de la persona.

«És molt difícil, perquè això passa amb gent, estan tranquils i de sobte, un s'aixeca i ja està. Ho veig molt complicat, complicadíssim. Evidentment, les agressions, la majoria, són verbals, i no arriben a res més perquè es fan intervencions, clar, si no acabaria sent una gran agressió, perquè si no hi vas de seguida comencen a pegar...» (Bonanova).

«Si [...] fem la valoració a l'ingrés i aquí sí que treus molta informació, però clar fins que no convius amb ells realment no en coneixes detalls com per prevenir segons quines coses...» (Felanitx).

Les intervencions, en primer lloc, se centren a aplicar estratègies com la separació, distracció, tranquil·litzar, negociar i si no aconsegueixen calmar la situació es diu a la infermera o al personal de seguretat. La medicació s'utilitza quan el metge prèviament l'ha prescrit per si les estratègies anteriors no funcionen. A més, assenyalen la necessitat d'elaborar un protocol d'actuació i formació específica sobre el maneig de les situacions d'ARR, especialment per als professionals que estan en contacte més proper amb els residents.

«no hi ha cap protocol d'actuació en aquests casos...» (Llar dels Ancians).

«el personal que treballa més diàriament a la plantilla de la segona planta, que són les demències avançades, aquestes persones sí que necessitarien reciclar-se una mica més...» (Felanitx).

«No hem tingut formació especialitzada per a aquest tipus de situacions...» (Bonanova).

«La formació. Saber com actuar. També fa molta falta saber com actuar amb ells, pel meu és molt important. Si vas amb predisposició d'intentar calmar aconsegueixes que ells es tranquil·litzin...» (Bonanova).

Entre els suggeriments que realitzen per millorar l'abordatge de les situacions d'ARR, s'inclou el disseny d'estratègies més adequades per a la població, millorar la formació, intervencions centrades en la persona, més atenció psicològica i engegada de procediments per al registre i l'avaluació dels episodis d'ARR.

7. Discussió i conclusions

Una vegada analitzades les dades, es detecta la necessitat d'establir un protocol d'actuació davant la situació d'agressions entre iguals. Si consultem la bibliografia, trobem protocols per detectar el maltractament cap a les persones grans, de distints tipus, agressions físiques i/o verbals, abús econòmic, etc., però no es troben tants d'instruments per poder detectar les agressions i/o els abusos entre iguals.

Hem de destacar com a punt de partida el protocol d'actuacions davant conductes disruptives de la persona usuària publicat a la pàgina web de l'Imsero (2015a), en què s'aborda el tema de la violència entre iguals als centres de persones grans; no és un protocol específic per a agressions entre iguals, però parla de les actuacions davant de conductes agressives entre persones usuàries, i concretament aborda l'agressivitat física, verbal, facial i indirecta. Seria necessari poder desenvolupar una eina, un protocol per als centres residencials públics, i extrapolable als privats, per tal de garantir la detecció d'aquestes situacions. També es pot consultar el protocol per a la detecció i actuació davant situacions de maltractament en els centres de l'Imsero (2015b) que contempla el maltractament entre iguals, també de forma puntual i no abordant de forma específica la problemàtica.

Malgrat que hem dit que aquests protocols poden servir de punt de partida, caldria que contemplés el registre de les agressions als centres d'una forma sistemàtica com hem fet per al nostre estudi, ja que no hi ha el «costum» de registrar aquestes conductes i per tant, no se'n deixa constància, la qual cosa en dificulta la investigació i, sobretot, l'abordatge de la problemàtica. Pensem que la informació que ens aportarien les dades que hem recollit de forma ampliada ens permetrien poder dissenyar un protocol propi d'actuació davant les situacions d'ARR i la seva validació. En definitiva, aquesta informació ens permetria visibilitzar una problemàtica real dels centres d'atenció a les persones grans.

Les línies futures tracen el començament per a un major coneixement dels episodis d'ARR i de les circumstàncies que els envolten, i continuen amb el desenvolupament de mesures preventives des d'una perspectiva d'abordatge integral centrat en la persona. La millora

de les intervencions passa per una més que necessària col·laboració interdisciplinària que ha de permetre als professionals dissenyar intervencions que tinguin en compte els factors contextuals, psicosocials i de salut per millorar la qualitat de vida i la convivència de totes les persones involucrades al centre (Bonifàs, 2015; McDonald et al., 2015; Rosen et al., 2016).

Agraïments

A les persones de les tres residències del Consell de Mallorca que han col·laborat i fet possible que poguéssim dur-se a terme aquest estudi.

Referències bibliogràfiques

Bonifas, R. P. (2015). Resident-to-resident aggression in nursing homes: Social worker involvement and collaboration with nursing colleagues. *Health and Social Work, 40*(3), 101-109. doi: 10.1093/hsw/hlv040

Caspi, E. (2015). Aggressive behaviors between residents with dementia in an assisted living residence. *Dementia, 14*(4), 528-546. doi: 10.1177/1471301213502588

Davison, T. E., McCabe, M. P., Bird, M., Mellor, D., MacPherson, S., Hallford, D., ... O'Connor, D. W. (2017). Behavioral symptoms of dementia that present management difficulties in nursing homes: Staff perceptions and their concordance with informant scales. *Journal of Gerontological Nursing, 43*(1), 34-43

Ferrah, N., Murphy, B. J., Ibrahim, J. E., Bugeja, L. C., Winbolt, M., LoGiudice, D., ... Ranson, D. L. (2015). Resident-to-resident physical aggression leading to injury in nursing homes: A systematic review. *Age and Ageing, 44*(3), 356-364

Imsero. (2015a). *Protocolo de actuaciones ante conductas disruptivas de la persona usuaria* (2a ed.). Madrid: Imsero.

Imsero. (2015b). *Protocolo para la detección y actuación ante situaciones de maltrato en los centros del Imsero* (1a ed.). Madrid: Imsero.

Lachs, M. S., Teresi, J. A., Ramirez, M., Van Haitsma, K., Silver, S., Eimicke, J. P., ... Pillemer, K. A. (2016). The prevalence of resident- to-resident elder mistreatment in nursing homes. *Annals of Internal Medicine, 165*(4), 229-236

McDonald, L., Hitzig, S. L., Pillemer, K. A., Lachs, M. S., Beaulieu, M., Brownell, P., ... Thomas, C. (2015). Developing a research agenda on resident-to-resident aggression: Recommendations from a consensus conference. *Journal of Elder Abuse and Neglect, 27*(2), 146-167

Rosen, T., Pillemer, K., i Lachs, M. (2008a). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. *Aggression and Violent Behavior, 13*, 77-87

Rosen, T., Lachs, M. S., Bharucha, A. J., Stevens, S. M., Teresi, J. A., Nebres, F., ... Pillemer, K. (2008b). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: Insights from focus groups of nursing home residents and staff. *Journal of the American Geriatrics Society, 56*, 1398-1408

Rosen, T., Lachs, M. S., i Pillemer, K. (2010). Sexual Aggression Between Residents in Nursing Homes: Literature Synthesis of an Underrecognized Problem. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 58(10), 1970-1979

Rosen, T., Lachs, M. S., Teresi, J., Eimicke, J., Van Haitsma, K., i Pillemer, K. (2016). Staffreported strategies for prevention and management of resident-to-resident elder mistreatment in long-term care facilities. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 28(1), 1-13

Autores

SOFIA ALONSO BIGLER

Sa Cabaneta (1977). Diplomada en Educació Social (UNED). Treballa com a responsable en funcions de l'Àrea d'Atenció a la Dependència, de la Direcció Insular d'Atenció a la Dependència. Estudis de postgrau sobre Qualitat ISO 9001. Cursos de formació en gestió de centres residencials per a persones grans.

MARIA VALERO DE VICENTE

Oriola (1988). Llicenciada en Psicologia. Màster en Intervenció Psicològica en Àmbits Clínics i Socials amb Intensificació en Psicologia Clínica i Neuropsicologia. Actualment és estudiant de doctorat en Educació i membre del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la Universitat de les Illes Balears.