

EFFECTES I CONSEQÜÈNCIES DE LES CONDUCTES PROBLEMÀTIQUES EN LES PROFESSIONALS PROVEÏDORES DE SUPORT DE PERSONES AMB DISCAPACITAT

Treball de Final de Grau d'Educació Social
Universitat de Barcelona

Juny 2023
Autoria: Mariona Martínez
Tutor: Eric Ortega

EFFECTES I CONSEQÜÈNCIES DE LES CONDUCTES PROBLEMÀTIQUES EN LES PROFESSIONALS PROVEÏDORES DE SUPORT DE PERSONES AMB DISCAPACITAT

RESUM

Aquest treball pretén estudiar quins efectes tenen per a les professionals les conductes problemàtiques de les persones amb discapacitat intel·lectual. Per fer-ho, ens aproximarem als conceptes de discapacitat intel·lectual, de conducta problemàtica i agressiva i a tot allò que rodegen aquestes conductes, com les causes i les funcions d'aquesta i les estratègies existents per a disminuir-les.

A partir d'un estudi exploratori mixt on s'han emprat qüestionaris i l'entrevista semiestructurada com a mètodes de recollida d'informació, es conclou que fer front a aquestes conductes genera nivells de malestar en les professionals elevats així com una normalització de les conductes problemàtiques dins l'àmbit laboral. Tot i així, es proposa que si s'és capaç de fer una bona anàlisi de la conducta, els efectes i la normalització de les conductes problemàtiques i agressives no s'haurien d'extrapol·lar a la vida quotidiana de la professional.

Paraules clau: *discapacitat intel·lectual, conducta problemàtica, educadors, proveïdors de suports, conducta agressiva.*

RESUMEN

Este trabajo pretende estudiar qué efectos tienen para las profesionales las conductas problemáticas de las personas con discapacidad intelectual. Para hacerlo, nos aproximaremos a los conceptos de discapacidad intelectual, de conducta problemática y agresiva y a todo aquello que rodea estas conductas, como las causas y las funciones de esta y las estrategias existentes para hacerlas disminuir.

A partir de un estudio exploratorio mixto donde se han empleado cuestionarios y la entrevista semiestructurada como métodos de recogida de información, se concluye que hacer frente a estas conductas genera niveles de malestar en las profesionales elevados así como una normalización de las conductas problemáticas dentro del ámbito laboral. Aun así, se propone que si se es capaz de hacer un buen análisis de la conducta, los efectos y la normalización de

las conductas problemáticas y agresivas no se tendrían que extrapolar en la vida cotidiana de la profesional.

Palabras clave: *discapacidad intelectual, conducta problemática, educadores, proveedores de soporte, conducta agresiva.*

ABSTACT

This work aims to study the effects of the challenging behaviour of people with intellectual disabilities on professionals. To do it, we will approach the concepts of intellectual disability, problematic and aggressive behaviour and everything that surrounds these behaviours, such as the causes and functions of this behaviour and the existing strategies for reducing them.

On the basis of a mixed exploratory study using questionnaires and semi-structured interviews as methods of information collection, it concludes that dealing with these behaviours generates high levels of malaise in professionals as well as a normalization of problematic behaviours in the workplace. However, it is proposed that if one is able to make a good analysis of the behaviour, effects and normalization of problem and aggressive behaviours should not be extrapolated into the daily life of the professional.

Keywords: *intellectual disability, callenging behaviour, social worker, suport supplier, aggressive behaviour*

Gràcies a...

*... la directora de la Fundació Pere Mitjans per la sinceritat i per haver-me brindat tant del
que aprendre.*

*... l'Eric pel suport immillorable i la disponibilitat constant. Pels bons consells i la motivació
que m'ha prestat.*

*... a les meves companyes educadores per ensenyar-me tant i acompanyar-me dia a dia en els
reptes que presenta la feina.*

*... totes les persones amb necessitat de suport que heu estat a la meva vida per deixar-me
aprendre de vosaltres. Especialment a tots i totes els de la Fundació Pere Mitjans per
acompanyar-me dia a dia i per deixar-me apropar a vosaltres.*

ÍNDEX

1. Introducció	6
2. Justificació	8
3. Objectius	10
4. Marc teòric	11
4.1. Conceptualització de la discapacitat	11
4.1.1 Prevalença i subtipus	13
4.2. Les conductes problemàtiques en la discapacitat intel·lectual.....	14
4.2.1 Aproximació al concepte d'agressivitat i a les conductes problemàtiques.	14
4.2.2 Les conductes problemàtiques en persones amb discapacitat intel·lectual	15
4.2.2.1 Tipologies de conductes problemàtiques (CP)	15
4.2.2.2 Prevalença	17
4.2.2.3 Causes i funcions de les CP	19
4.2.3 Tractaments	22
4.2.3.1 Psicofarmacològics	22
4.2.3.2 Altres	24
4.3 El benestar emocional i psicològic de les PPS	25
4.3.1. Efectes de les conductes problemàtiques en les PPS	25
4.3.2. Propostes de millora des de la literatura	29
5. Marc contextual	31
5.1 Fundació Pere Mitjans	31
5.2 Residència Tres Pins	32
6. Marc metodològic	33
7. Resultats	36
7.1 Anàlisi quantitativa dels resultats	36
7.1.1 Contextualització i dades generals	36
7.1.2 Prevalença i gestió de les CP	37
7.1.3 Estats emocionals i benestar de les PPS	44

7.2 Anàlisi qualitativa dels resultats	50
8. Conclusions	56
9. Bibliografia	61
10. Annexos	67
Annex 1	67
Annex 2	69
Annex 2.1	69
Annex 2.2	70
Annex 3	71
Annex 4	72
Annex 5	73
Annex 6: Qüestionari.....	74
Annex 7: Anàlisi quantitativa	85
Annex 7.1 Contextualització i dades	85
Annex 7.2 Prevalença i gestió de les CP	88
Annex 7.3 Estat emocionals i de benestar de les PPS	91
Annex 8	93
Annex 9: Guió de l'entrevista	97
Annex 10: Transcripció de l'entrevista	98

1. INTRODUCCIÓ

Les pàgines que ens segueixen pretenent apropar-se a un tema poc tractat, una mica controvertit i viscut de primera mà. L'àmbit del treball es troba en la discapacitat intel·lectual i l'atenció i acompanyament que realitzen les professionals i els professionals proveïdors de suports. Concretament, pretén aproximar-se a les conductes problemàtiques de les persones amb discapacitat intel·lectual per tal de saber com afecten aquestes conductes a les professionals, que són qui majoritàriament les reben.

Bastants estudis recents parlen dels efectes d'aquestes conductes sobre les pròpies persones amb trastorn de conducta, però poc es parla de les conseqüències físiques, emocionals i psicològiques que tenen aquestes conductes en les professionals. El tema és que quan es treballa amb persones amb discapacitat intel·lectual, s'és susceptible de rebre tot tipus d'agressions físiques, psicològiques o sexuals. En el meu, de moment, curt recorregut laboral en l'educació social, he treballat en diversos espais amb persones amb discapacitat adultes i menors. Ambdós grups d'edat presentaven alts episodis de conductes disruptives, als quals havia de fer front sense tenir cap tipus de preparació específica. D'aquesta situació sorgeix la necessitat i l'interès de dur a terme aquest treball amb l'esperança de conèixer, de manera més específica, com cuidar-nos a les professionals de l'àmbit, a part de a les persones en situació de vulnerabilitat, ja que s'entén que si la manera d'intervenir és més calmada i planificada i menys dispersa i improvisada, les respostes de les professionals a la persona amb discapacitat seran més productives i reparadores.

La hipòtesi que posa en marxa aquest treball és que **les conductes problemàtiques en l'àmbit laboral generen una progressiva normalització de la violència i l'agressivitat en la vida quotidiana de les professionals.**

Per tal de poder assolir els objectius i conèixer si aquesta hipòtesi és verdadera o no, el treball que ens segueix està organitzat en 6 apartats:

1. La Justificació, on es presentà el llenguatge que s'emptra en aquest treball i el motiu pel qual es fa servir.

2. El Marc Teòric, on s'aborda tot allò ja investigat i estudiat sobre què és la discapacitat intel·lectual, què són les conductes agressives i perquè succeeixen com es poden frenar o rebaixar. En aquest apartat es recopila també la informació disponible sobre els efectes d'aquestes conductes desadaptatives sobre les treballadores.
3. El Marc Contextual on es presenta el context de la mostra del treball
4. El Marc Metodològic on es dona a conèixer quina és la mostra i la metodologia que s'utilitza en el procés d'investigació del treball.
5. L'Anàlisi dels Resultats on s'analitzen i s'estudien els resultats obtinguts dels sistemes de recollida d'informació de la metodologia emprada.
6. Les Conclusions on finalment s'exposa breument i específicament tot allò que s'ha pogut extreure de tots els apartats anteriors.

Puc dir molt contenta que aquest treball m'ha fet aprendre molt i m'ha brindat l'oportunitat de conèixer les opinions i les maneres de fer de grans professionals de l'àmbit i del lloc en el qual actualment treballo. Vaig entrar a l'àmbit no sabent com fer front a les conductes disruptives més que posar el cos i esperar que passés la tempesta. Ara puc dir que tinc moltes més eines per actuar de manera molt més reparadora per mi i per a la persona que fa la conducta. Espero que aquest treball serveixi als lectors tant com m'ha servit a mi i suposi una finestra per la qual començar a entendre com cuidar-vos i cuidar-los.

2. JUSTIFICACIÓ

L'àmbit de la discapacitat i la discapacitat intel·lectual és i ha estat molt estudiat. En menor mesura, però amb xifres elevades igualment, l'estudi de les conductes problemàtiques en la discapacitat intel·lectual també està present en la literatura d'avui en dia així com l'estudi dels tractaments existents. Però pel que fa a com afecten aquestes conductes en les professionals a nivell conductual, psicològic i emocional en l'espai laboral i fora d'ell, no se n'investiga. Així doncs, les raons que justifiquen l'elecció d'aquest tema de treball, més enllà de les motivacions personals ja expressades, són l'absència d'investigació i interès sobre els efectes de les conductes problemàtiques en les professionals que treballen amb persones amb discapacitat i trastorns de conducta. El buit d'informació és real i el sentiment de soledat que moltes professionals companyes de feina senten, també ho és. Així doncs, les preguntes de recerca es poden englobar en les següents:

- Les conductes problemàtiques provoquen en les professionals una progressiva normalització de la violència dins i/o fora de l'àmbit laboral?
- Més enllà de les conseqüències físiques de les conductes problemàtiques, s'identifiquen conseqüències psicològiques i/o emocionals?
- De què depèn que tinguin conseqüències les conductes problemàtiques?

Terminologia

En aquest treball s'utilitzarà una terminologia concreta així com abreviada en alguns casos. La terminologia emprada no ha estat elegida a l'azar, ha sigut triada a partir de l'experiència, de l'entrevista i de la recerca bibliogràfica on he pogut observar que la terminologia és molta i molt diversa. Trobem termes com *comportament desafiant* (Brame, 2014, Hatton et al., 1999), *alteracions de conducta* (Novell et al., 2003; González et al., 2019), *conducta agressiva* (Singh et al., 2004), *conductes difícils* (Ke i Liu, 2017), *conductes que ens preocupen* (Novell et al., 2021, entrevistada, 2023), *conductes desadaptatives* (Rojahn i Meier, 2009) i *conductes problemàtiques* (Martín, 2009).

D'entre tots els conceptes anomenats, en el present treball parlaré de *conductes problemàtiques*. M'he decantat pel terme conducta problemàtica, utilitzat per Martin (2009) en la seva tesi i per la directora de la Fundació Pere Mitjans en alguna ocasió, per diversos motius. Per una banda, a l'haver entrat en contacte, en gran part, amb la discapacitat intel·lectual a través de la Fundació Pere Mitjans com a empleada, he adoptat la terminologia de la fundació. Per altra banda, opino que aquest terme representa amb claredat què és aquesta conducta. Una conducta que causa problemes a les persones de l'entorn i a ella mateixa, així que acotar-la en problemàtica pot ser adequat. Tot i així, dir que considero que tots els termes fan referència a les diverses cares de la conducta, doncs és disruptiva, desadaptativa, agressiva, problemàtica i preocupant, per tant, no em nego a l'ús de qualsevol d'ells i poden anar apareixent al llarg del treball en menor o major mesura.

Per altra banda, també es trobaran al llarg de les pàgines que ens segueixen, els conceptes *professionals proveïdors de suport* i *persones amb necessitat de suport*. El primer fa referència a les treballadores de l'àmbit, aquelles persones que proveeixen suports a les persones que en necessiten. Les persones amb necessitat de suport entenem que són les persones amb discapacitat, les quals necessiten de suports de persones. Malgrat que en la majoria de la literatura s'utilitza la paraula usuaris per referir-nos a aquest col·lectiu, en el present treball no es farà ús d'aquest concepte amb la intenció de remarcar la lògica amb la qual llegeixo l'àmbit de la discapacitat intel·lectual i de l'educació social. Així doncs, aquesta terminologia s'utilitza per posar èmfasi en la bidireccionalitat i la igualtat que pretenc que estiguin presents sempre en la meua tasca educativa i en la de totes les treballadores. En la taula següent (1) s'observen els conceptes que s'empraran juntament amb la seva abreviació.

Taula 1

Concepte	Abreviació
Conducta Problemàtica	CP
Professionals Proveïdors de Suport	PPS
Persones amb Necessitat de Suport	PNS
Discapacitat Intel·lectual	DI

3. OBJECTIUS

Objectius generals

1. Dur a terme un estudi exploratori mixt sobre els efectes de les conductes problemàtiques en les professionals proveïdores de suports.
2. Indagar sobre les possibles conseqüències de les conductes problemàtiques en les treballadores proveïdores de suports de persones amb discapacitat.
3. Investigar en la prevalença, causes i funcions de les conductes problemàtiques de persones amb discapacitat i necessitat de suport.

Objectius específics

1. Investigar la literatura existent sobre la prevalença, les causes i les funcions de les conductes problemàtiques en persones amb discapacitat i necessitat de suport.
2. Conèixer la prevalença, les causes i les funcions de les conductes problemàtiques en persones amb discapacitat i necessitat de suport de la mà de les treballadores.
3. Recopilar testimonis de les experiències personals de treballadores de l'àmbit.

4. MARC TEÒRIC

En les pàgines que ens segueixen pretenc apropar-me, en primera instància, al concepte de discapacitat intel·lectual per, seguidament, poder conceptualitzar el que són les conductes problemàtiques en aquest col·lectiu. Un cop observats aquests conceptes, ens apropiarem al tema que ens ocupa en aquest treball, els efectes que tenen les conductes problemàtiques en les treballadores proveïdores de suport (PS). Observarem que és un camp poc estudiat, encara que recentment es comencen a trobar més estudis sobre el tema. També cal especificar que en general, tot el relacionat amb la discapacitat intel·lectual està poc estudiat i compta amb poques evidències. En aquesta línia, es comentaran breument els tractaments farmacològics en la discapacitat i les alternatives que es proposen, així com també repassarem les propostes de millora per millorar l'estat de salut de les professionals PS.

4.1. Conceptualització de la Discapacitat Intel·lectual

Per poder apropar-nos als objectius plantejats cal començar a dibuixar què entenem per Discapacitat Intel·lectual (DI d'ara en endavant). Segons l'OMS i el Banc Mundial (2011, p.4) la discapacitat "abraça totes les deficiències, les limitacions per realitzar activitats i les restriccions de participació, i fa referència als aspectes negatius de la interacció entre una persona (que té una condició de salut) i els factors contextuais (ambientals i personals)". Es caracteritza pel "deteriorament de les habilitats manifestades durant el període de desenvolupament, que contribueix al nivell general d'intel·ligència (...), de les habilitats cognitives, del llenguatge, motrius i socials" (OMS, 1996, p.1). De manera més comprimida, la AAIDD¹ reconeix la DI com un seguit de limitacions que afecten en el funcionament i a la conducta adaptativa (Ke i Liu, 2017).

En diversos estudis (Amante i Vázquez, 2006, Eide i Loeb, 2006; Mundal i OMS, 2011; Ke i Liu, 2017) es coincideix en el vessant social, ambiental, personal i cultural de la discapacitat.

¹ Associació Americana de Discapacitats Intel·lectuals i del Desenvolupament

La CIF² compren la discapacitat i el funcionament "com una interacció dinàmica entre les condicions de salut i els factors contextuais" (Mundial i OMS, 2011, p.4). Segons la CIF, tot allò relacionat amb el funcionament humà es pot agrupar en 3 categories: deficiència, limitacions de l'activitat i restriccions de participació. En aquestes 3 categories és on es presenta la discapacitat, sent aquesta els problemes que es poden donar en aquestes àrees del funcionament (Mundial i OMS, 2011). En aquesta línia, alguns autors i autores afirmen que la discapacitat és el resultat de la interacció entre les barreres contextuais i ambientals amb les condicions de salut de la persona i que, per tant, la discapacitat no es pot definir com a un atribut de la persona, ja que és dependent del context en el qual la persona es troba (Amante i Vázquez, 2006; Mundial i OMS, 2011). Novell et al. (2003), en aquesta línia, afirmen que entenen la discapacitat com l'expressió de la interacció entre la persona i l'entorn que la rodeja. Gràcies a aquesta evolucionada visió de la discapacitat, els models d'intervenció han canviat donant lloc a objectius no només enfocats en la persona sinó també dirigits a l'adaptació del context (Novell et al., 2003).

Com ens podem imaginar, l'etiologia de la discapacitat és difusa, ja que les causes són múltiples i en alguns casos inidentificables (Martín, 2009; Ke i Liu, 2017). Actualment, gràcies als avenços pel que fa al seguiment i cures del fetus durant l'embaràs, les causes com infeccions, toxines o lesions prenatales són menys freqüents. Per contra, les causes genètiques i les influències ambientals, tal com ja s'ha comentat, han esdevingut més predominants (Ke i Liu, 2017). Podem observar les diferents causes en la Taula 3 que es troba a l'annex 1³ (Ke i Liu, 2017).

Quan parlem de causes ambientals fem referència a situacions com la desnutrició o el maltracta en l'etapa de la infantesa, la privació emocional i/o social així com les diverses situacions econòmiques, entre d'altres. La pobresa esdevé un element popular pel que fa a causant o mantenidor de la discapacitat (Amante i Vázquez, 2006; Eide i Loeb, 2006; Mundial i OMS, 2011; Ke i Liu, 2017).

En l'últim informe mundial sobre la discapacitat de l'OMS (2011), s'affirma que la discapacitat va lligada al desenvolupament i que, de fet esdevenen dos factors que afecten de manera bidireccional. D'una banda, la mala qualitat de vida i de salut que genera la pobresa pot facilitar el camí a la discapacitat donat que es poden donar situacions com pes insuficient del

² Classificació Internacional del Funcionament, la discapacitat i la salut

³ Pàgina 65

nadó, habitatge inestable i insegur, malnutrició i/o deshidratació, entre d'altres (Mundial i OMS, 2011). Els estudis de Gwatkin et al. (2007) i de Maulik et al. (2011) demostren que les persones en situació de pobresa tenen un pitjor estat de salut que aquelles que es troben en una posició econòmica elevada. En aquesta línia, i de manera òbvia i preocupant, s'observa que les xifres més altes de persones amb DI es troben en països d'ingressos baixos o mitjans on l'accés a ajudes i salut són escassos, fet que confirma la bidireccionalitat de les situacions de pobresa-discapacitat (Maulik et al., 2011). Així doncs, resumidament, s'afirma que la discapacitat pot augmentar una mala situació socioeconòmica generant així una situació de qualitat de vida insuficient acompanyada majoritàriament d'un empitjorament en la salut de la persona amb DI (Eide i Loeb, 2006, Emerson et al., 2006).

Quan parlem de l'empitjorament en la salut de les persones amb DI fem referència al concepte de qualitat de vida definit per Miguel Ángel Verdugo i Robert L. Schalock, autors de referència en l'àmbit de la qualitat de vida en la discapacitat. Breument, aquest concepte fa referència a vuit dimensions: benestar emocional, relacions interpersonals, benestar material, desenvolupament personal, benestar físic, autodeterminació, inclusió social i drets (Verdugo et al., 2013).

S'estima que fins a dos terços de les persones amb DI pateixen també d'algun trastorn o malaltia de salut mental (González et al., 2019), però aquest és un tema en el qual ens hi endinsarem més endavant.

4.1.1 Prevalença i subtipus

Pel que fa a la prevalença mundial, l'OMS (7 de març de 2023) estima que 1300 milions de persones en tot el món, un 16%, tenen una discapacitat severa. Segons l'Associació Americana de Psiquiatria (2013, extret d'Oubrahim i Combalbert, 2019) la prevalença mundial és de l'1% sobre la població general.

Segons el DSM-5 (Ke i Liu, 2017) s'han de complir els següents tres criteris per a fer un diagnòstic de discapacitat intel·lectual:

1. *Dèficit de les funcions intel·lectuals* com la planificació, el raonament, el judici, la resolució de problemes, el pensament abstracte, l'aprenentatge de l'experiència. El

diagnòstic es fa mitjançant una avaluació clínica i proves d'intel·ligència estandarditzades i individualitzades.

2. *Dèficit del comportament adaptatiu* que provoca que no es puguin assolir els estàndards de desenvolupament i socioculturals per poder ser una persona autònoma i responsable socialment.
3. L'inici dels dèficits adaptatius i intel·lectuals s'ha d'ubicar en *l'etapa de desenvolupament*.

Per a poder dur a terme una avaluació completa s'ha d'investigar en altres aspectes com els antecedents mèdics dels progenitors i la família, les capacitats de parla, motores, socials i de comprensió i càlcul així com el context en què l'infant ha estat creixent (Ke i Liu, 2017).

Cal també avaluar el CI⁴ de la persona en qüestió. Així doncs, la discapacitat intel·lectual es classifica en quatre categories segons el grau de retard en el funcionament intel·lectual, les dificultats en el funcionament adaptatiu i social, i el coeficient intel·lectual (CI) (Ke i Liu, 2017; Oubrahim i Combalbert, 2019). A les pàgines 67 i 68 de l'annex 2.1, es pot observar la classificació de la discapacitat intel·lectual en profunda, greu, moderada i lleu que ens presenten Ke i Liu juntament amb la taula 4 de l'annex 2.2 que ens presenta el nivell de desenvolupament en la vida adulta segons el grau (2017).

4.2. Les conductes problemàtiques en la Discapacitat Intel·lectual

4.2.1 Aproximació al concepte d'agressivitat i a les conductes problemàtiques

La paraula agressivitat és d'arrels llatines i està formada pel prefix *ad-* que significa "feia", el verb *gradior* que es pot entendre com a "caminar o anar", *-ito* significa "relació activa", i per últim el sufix *-dad* que vol dir "qualitat" (Pérez i Merino, 2008). Agredir és, segons el Diec 2,

⁴ Entenem per CI (o coeficient intel·lectual) una puntuació que surt com a resultat d'unes proves o testos. Hi ha molta varietat de tipus de testis els seus objectius van enfocats a mesurar les habilitats específiques i generals com lectura, vocabulari, memòria, coneixements generals, habilitats visuals i verbals, entre d'altres. Es necessiten de testos estandaritzats (tinguent en compte les diferents cultures) per tal de que el resultat de les proves sigui precís (Ke i Liu, 2017).

"escometre (algú) per matar-lo, ferir-lo o fer-li mal" (2023). Agressivitat es defineix al World Reference com "tendència a atacar o a actuar de manera violenta" (2023) i a la Real Acadèmia Espanyola es defineix com a "tendència a actuar o respondre violentament" (2023). Violent es descriu en aquest mateix recurs com a persona "que actua amb ímpetu i força i es deixa emportar per la ira" (2023). Com podem observar, agressivitat i violència són dos conceptes que sovint es troben junts (Contini, 2015). Carrasco i González (2006) ens diuen que el concepte violència se sol trobar lligat a conductes agressives fora de "allò natural" a conseqüència de la poca adaptabilitat de la conducta. Aquesta es basa en una intensitat, impuls, destrucció i perversió molt més grans que el propi acte agressiu (Carrasco i González, 2006).

El concepte es va començar a conceptualitzar al segle XIX ja des de pols oposats. Per una banda, s'ha entès com un instint dels éssers humans, com un impuls innat (Palhares i Rodrigues, 2013) i com a una característica necessària per a la supervivència dels éssers vius (Contini, 2015). Per una altra banda, s'ha entès com a una conducta apresada (Contini, 2015). Segons Buss (1961) i Buss i Perry (1992) (extret de Contini, 2015) la conducta agressiva es pot categoritzar en tres modalitats, física-verbal; activa-passiva; directe-indirecte.

Per altra banda, Carrasco i González (2006) ens mostren una recopilació dels diferents tipus d'agressió que s'han identificat i podem observar-ho a la taula 5, que es pot consultar a l'apartat 3 d'annexes⁵.

4.2.2. Les conductes problemàtiques en persones amb discapacitat intel·lectual

4.2.2.1. Tipologies de conductes problemàtiques (CP)

L'associació mundial de psiquiatria descriu les CP en la DI com:

"un comportament socialment inacceptable que provoca angonya, dany o desavantatges per a la mateixa persona i els altres o un dany en la propietat, i que en general requereix algun

⁵ Pàgina 69

tipus d'intervenció" (Federación Española del Síndrome de Down, Caja Madrid, Asociación Mundial de Psiquiatría, 2010, p7).

Novell et al. (2003), diuen que la conducta serà considerada com un problema en funció de: (1) la intensitat, freqüència i conseqüències individuals i en l'entorn; (2) de l'entorn en el qual es dona; (3) de l'edat de la persona, (4) de la capacitat de la persona de donar una justificació satisfactòria; (5) de les creences i valor que tinguem sobre la discapacitat intel·lectual i les causes de les conductes problemàtiques; (6) de la capacitat de l'entorn per gestionar la disrupció de la conducta.

Algunes de les conductes que podem trobar-nos són l'autolesió, l'agressió verbal i/o física a altres persones o objectes (Gonzalez et al., 2017; Federación Española del Síndrome de Down, Caja Madrid, Asociación Mundial de Psiquiatría, 2010). Les conductes estereotipades, "la conducta social inapropiada, els trastorns de la regulació física i els trastorns emocionals específics" (Martín, 2009, p.42). A continuació veurem breument cada una d'aquestes conductes:

Conducta estereotipada

D'aquesta conducta es poden trobar moltes definicions. L'associació Mundial de Psiquiatria (extret de Martín, 2009, p.44) defineix la conducta "com un trastorn del moviment caracteritzat per la posada en marxa d'una conducta motora repetitiva aparentment dirigida i no funcional" i que la pot caracteritzar una ritmicitat concreta o no. Aquestes conductes poden ser transitòries o permanents, depenen del temps que duri la conducta, o primàries i secundàries, depenen de si la conducta és l'única manifestació, fora de la norma, en la persona o no (Martín, 2009).

Conducta autolesiva

L'entenem com "una classe de conducta altament repetitiva i rítmica que té com a resultat el dany físic de la persona que la dur a terme" (Martín, 2009, p.48). La conducta autolesiva pot adquirir múltiples formes en funció del dany que es causa o de la necessitat i repetició d'aquesta. Alguns estudis situen la conducta autolesiva i la conducta estereotipada com a un continu que només difereix pel que fa a la lesió. D'altres, manifesten que la diferència entre un comportament i un altre és la intenció,

ja que les conductes estereotipades poden infligir un dany en la persona però de manera inintencionada. (Martín, 2009, p.48).

Conducta agressiva

La conducta agressiva o destructiva és la més assenyalada i destacada quan es parla de conductes problemàtiques. Aquesta es pot definir com "accions humanes que resulten en dany físic o psicològic per un mateix o pels altres, o en dany o destrucció de la propietat" (Martín, 2009, p.52). S'engloben les conductes de violència física, atacs a altres que produeix danys físics i atac a propietats o objectes. L'estudi de Bihm, Poindexter i Warren (1998, extret de Martín, 2009) sobre un grup de persones amb discapacitat profunda i amb problemes de conducta, conclouen que els actes més freqüents són: empènyer, tirar, pegar, agafar pel braç, sacsejar, esgarrapar, escopir, pessigar i tirar objectes a persones.

Altres

En aquesta categoria, trobem englobades les conductes socials inapropiades, els trastorns de regulació física i els trastorns emocionals. En aquesta àmplia categoria trobem: disconformitat, conductes sexuals inapropiades com masturbar-se en públic, mostrar-se massa afectiu amb estranys o mostrar-se nu en públic, coprofàgia, robatoris, negatives, crits obscens, fugar-se, deambular, entre d'altres (Martín, 2009).

Novell et al. (2003) classifiquen les conductes problemàtiques en dues categories que es diferencien per l'impacte que tenen per a la persona, per l'entorn i en la restricció de la participació.

- a) Conducta dissocial: aquelles que per la intensitat, la freqüència i la durada comporten un alt risc que la persona o el seu entorn pateixin un dany. Aquí s'englobarien totes aquelles que comporten danys físics o psicològics com l'autolesió o les conductes sexuals anormals, entre d'altres (Novell et. al., 2003).
- b) Conducta no dissocial: trobem aquelles que interfereixen en el procés d'integració i participació de la persona en la seva vida i en la comunitat.

4.2.2.2. Prevalença

Pel que fa a la prevalença de les conductes problemàtiques en la DI, Oubrahim i Combalbert (2019), a partir d'una revisió de la literatura, ens parlen de les següents xifres: prevalença de conducta agressiva entre 6,4% (Holden y Gitlesen 2006, extret de Oubrahim i Combalbert, 2019) i 32% (Lowe et al. 2007, extret de Oubrahim i Combalbert, 2019); entre 4,4% (Holden y Gitlesen 2006, extret de Oubrahim i Combalbert, 2019) i 21% (Lowe et al. 2007, extret de Oubrahim i Combalbert, 2019) pel que fa a conductes autolesives; comportament destructiu entre el 2,3% (Holden y Gitlesen 2006, extret de Oubrahim i Combalbert, 2019) i el 19% (Lowe et al. 2007, extret de Oubrahim i Combalbert, 2019). González et. al. (2019) obtenen del seu estudi en una mostra de 80 persones amb DI ingressades en centres residencials que el 31,1% presenten agresividad verbal, el 13,8% presenten autoagresivitat, el 20% presenten agresivitat contra objectes i el 23,9% presenten agresivitat a altres persones.

Novell et. al. (2003) i Benson i Brooks (2008) destaquen l'alta prevalença i importància dels problemes de conductes disruptives en persones amb DI. La revisió que aquests últims autors van realitzar revisant estudis d'entre el 2006 i el 2008 va donar com a resultat que més de la meitat de la població participaven en alguna forma d'agressió, encara que no necessàriament greus i/o freqüents (Benson i Brooks, 2008).

Antonacci et al. (2008) coincideixen amb la problemàtica dels comportaments agressius en les persones amb discapacitat del desenvolupament i contemplen el risc que suposa per a les pròpies persones, ja que pot derivar en accions "d'institucionalització, aïllament social, restricció física, ús excessiu de medicaments per tractar els problemes de comportament, exclusió dels serveis i ser víctimes d'abusos" (Antonacci et al., 2008, p. 226). Martín (2009) destaca també la ruptura en l'ambient familiar i les dificultats en la integració educativa i laboral. Entre aquests riscos, també trobem les problemàtiques en les relacions entre la persona necessitada de suports (PNS) i la persona proveïdora de suports (PPS) (Antonacci et al., 2008) que és la que ens ve a ocupar en aquest treball.

Emerson et al. (2001) van dur a terme una investigació amb l'objectiu de conèixer la prevalença dels comportaments desafiants o agressius en la població amb DI. Els autors conclouen que entre el 10% i el 15% de les persones amb DI ateses per recursos social o d'internament presenten alteracions de conducta i que les conductes amb més presència són les classificades com a *altres* (incompliment, crits, molestar, fugir, robar, hiperactivitat, nuesa, comportament sexual inapropiat, etc.), seguit d'*agressió*, *comportament destructiu* i *autolesions* (Emerson et al., 2001). D'aquest resultat els autors observen que les autolesions

freqüentaven en graus de DI més profunds mentre que l'agressió externa s'observa més en graus de DI més lleus amb millors capacitats comunicatives (Emerson et al., 2001).

4.2.2.3. Causes i funcions de les CP

Per poder tenir una relació de cura, tant la PPS amb ella mateixa com amb la PNS, cal poder entendre les CP, entendre perquè passen, com podem prevenir-les i com podem buscar el millor benestar possible dins d'aquestes situacions.

Seguint aquest objectiu, trobem diversos models proposats per apropar-nos a comprendre les CP. Aquests models s'ubiquen en mèdics, psicològics o bio-psico-social (Martín, 2009, Novell et al., 2003). Els models bio-psico-socials són aquells més usats i de referència en l'actualitat per analitzar les conductes problemàtiques en la discapacitat intel·lectual (Antoncci et. al., 2008) i com a conseqüència, els models mèdics són cada cop menys populars per l'ús de la farmacològica com a única via de tractament (Martín, 2009). Aquest fet té sentit i es recolza amb la definició sobre la discapacitat intel·lectual de l'OMS i el Banco Mundial (2011) que hem donat més amunt, ja que fa especial menció dels efectes contextuais, ambientals i personals d'aquesta. L'Associació Mundial de Psiquiatria, la Federación Española del Síndrome de Down i Caja Madrid (2010) expliquen que perquè es desenvolupi un trastorn de conducta cal que intervinguin factors interns de la persona com podrien ser experiències negatives d'infància o estratègies equivocades d'afrontament, i factors externs com entorns híper o hipo-estimulants.

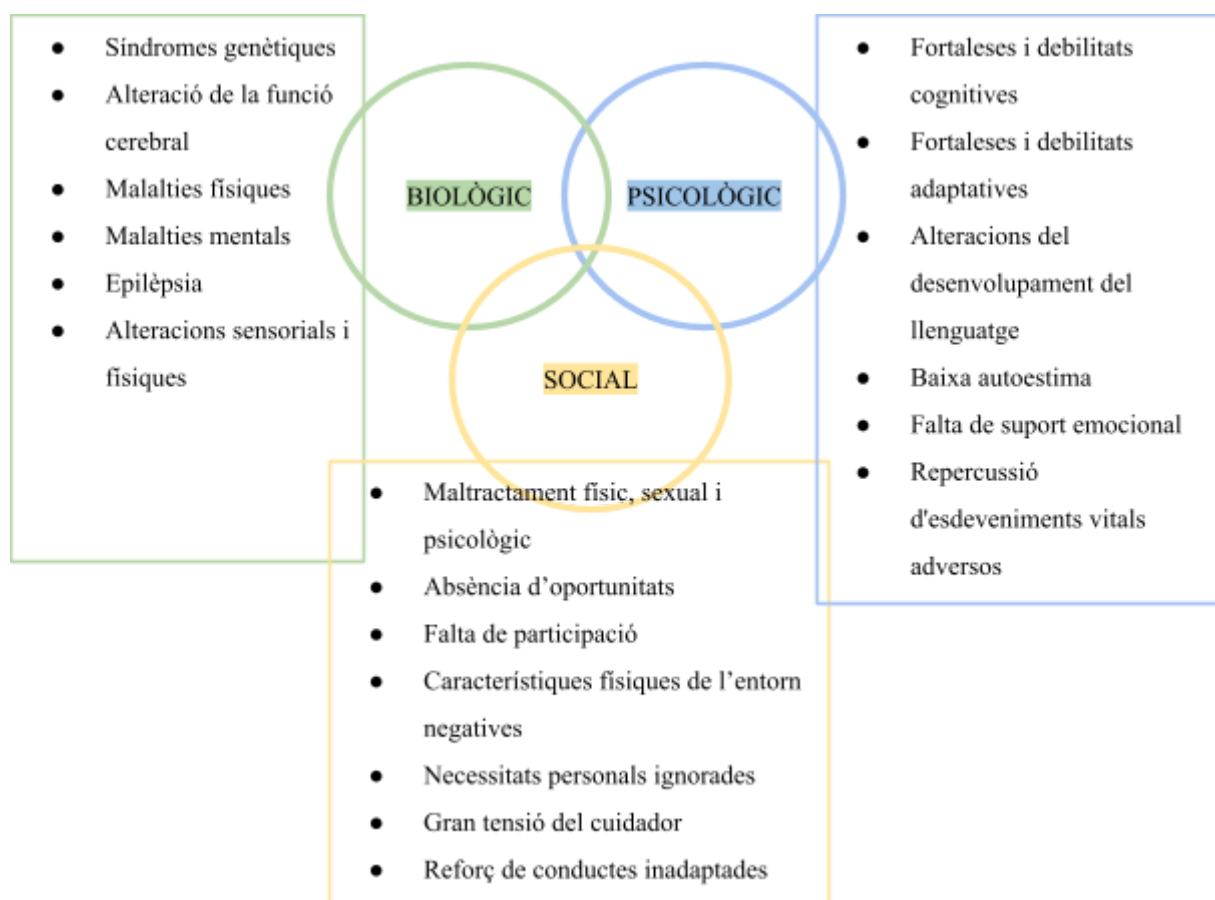
El model bio-psico-social ens evidencia que les causes mai són unidireccionals i que no hi ha una sola raó per explicar les diferents CP (Antoncci et al., 2008; Martín, 2009). Com diuen Novell et al (2003, p.108) "les alteracions de la conducta són l'expressió inespecífica de factors neurobiològics, psicològics i socioambientals".

Diversos estudis parlen del *model multimodal* de Gardner i Moffat (Antoncci et al., 2008, Novell et al., 2003), el qual pretén analitzar les conductes agressives tenint en compte: (1) les condicions de l'entorn individual (factors fisiològics, causes biològiques com dolors o trastorns hormonals i trastorns psiquiàtrics i psicològics); (2) les condicions de l'entorn ambiental (factors desencadenants com la calor, el soroll, les interaccions, etc); (3) les variables de manteniment (els reforços que rep la persona en relació a la conducta).

Com podem observar, la varietat de models des dels quals analitzar i estudiar les CP són múltiples i, en conseqüència, els resultats també són variats i fins i tot, oposats (Antoncci et al., 2008; Martín, 2009). Aquest fet succeeix per diverses raons, Antoncci et al. (2008) i Martín (2009) expliquen que els dèficits en les habilitats comunicatives que es poden trobar en les persones amb DI, les tendències de les professionals a englobar-ho tot en la discapacitat i fer infradiagnòstics de salut mental i les mateixes dificultats que presenta l'àrea d'estudi, dificulta molt l'obtenció de resultats verídics i consensuats. Malgrat això, sí que es poden identificar algunes causes bastant consensuades que expliquen l'aparició de les alteracions de conducta. Així doncs, en les següents línies es presenten possibles causes de les conductes problemàtiques en la DI.

Novell et al. (2003), per la seva part, identifiquen els factors que contribueixen com a predisposant, precipitants o mantenidors de les conductes desafiantes de la manera mostrada al gràfic següent:

Gràfic 1



A la taula 6 de l'annex 4⁶ podem veure, en la línia dels factors biològics, aquells relacionats amb factors genètics (Novell et al., 2003).

El **diagnòstic dual** és una causa important de les conductes disruptives. Quan parlem del diagnòstic dual ens referim a la coexistència de dos diagnòstics psiquiàtrics en la mateixa persona (Antoncci et al. 2008). Aproximadament la meitat de persones amb DI tenen un diagnòstic dual (Gonzalez et al., 2017, Ke i Liu, 2017). Aquells trastorns més freqüents en persones amb DI són el *TDAH*, el *trastorn de l'espectre de l'autisme* i els *problemes de conducta*, (Ke i Liu, 2017), l'*esquizofrènia*, els *trastorns de l'estat d'ànim*, els *trastorns d'ansietat*, el *trastorn obsessivocompulsiu*, els *trastorns de la personalitat*, els *trastorns relacionats amb el deteriorament de funcions cognitives*, els *trastorns confusionals* i *trastorns associats al consum de tòxics* (Novell et. al., 2003).

En els casos de diagnòstic dual ens trobem amb el problema de "l'eclipsi del diagnòstic" el qual fa referència a l'atribució dels problemes de conducta a la discapacitat en lloc del trastorn mental, a causa de la dificultat en la detecció d'aquest i en l'elaboració d'un diagnòstic (Antoncci et al. 2008, Martín, 2009). Actualment, però, es té més en compte la presència d'un trastorn comòrbid i se sap que la població amb discapacitat intel·lectual són més vulnerables a patir d'un trastorn de salut mental i de conducta (Rojahn i Meier, 2009). En aquesta línia, alguns estudis evidencien que algunes "malalties mentals poden ser fenotípiques d'algunes condicions genètiques o cromosòmiques"(Rojahn i Meier, 2009, p.278).

La **salut mental** s'identifica com a una possible causa de comportaments agressius en la DI per la invisibilitat que pot assolir el trastorn i per la possibilitat de magnificar els símptomes i el malestar del trastorn de salut mental (Martín, 2009, Rojahn i Meier, 2009). Emerson, Moss i Kiernan (1999) van plantejar 4 causes per les quals les conductes problemàtiques i els trastorns mentals es poden associar en la discapacitat intel·lectual:

1. L'entorn familiar, sent aquest un propulsor de conductes problemàtiques quan es tenen estils educatius inadequats o inestables.
2. S'observa que la conducta disfuncional pot ser una manera atípica de manifestació d'un trastorn psiquiàtric, com per exemple en el cas del trastorn obsessivocompulsiu el qual es pot manifestar a través de les autolesions.

⁶ Pàgina 70

3. La conducta disruptiva es pot convertir amb una característica del propi trastorn. Això s'entén perquè a mida que el grau de discapacitat va sent cada cop més profund i la persona no es troba amb masses capacitats cognitives, els símptomes del trastorn mental passen a ser més conductuals que no cognitius. Les dificultats en la capacitat de comunicació de les emocions pot derivar amb l'aparició de símptomes somàtics.
4. S'estudia la possibilitat que els trastorns mentals generin una base motivacional per l'expressió de problemes de conducta.

Les **dificultats en la comunicació** és l'altra causa més associada a les conductes desadaptatives, les quals esdevenen vies de comunicació per expressar, per exemple malestars o gustos (Antoncci et al., 2008; Federación Española del Síndrome de Down, Caja Madrid, Asociación Mundial de Psiquiatria, 2010).

En aquesta mateixa línia, **un malestar biològic i/o físic** que no es pot expressar o no s'identifica, també pot ser el causant d'irritabilitat que derivin en i CP. Qualsevol causa mèdica com dolor o incomoditat, efectes secundaris de medicació o malalties físiques podria ser l'explicació a les alteracions de conducta (Ke i Liu, 2017). Com a desencadenants també trobem les condicions ambientals de l'entorn del model multimodal de Garder i Moffat (extret d'Antoncci et. al., 2008) com poden ser la calor, el soroll o les rotacions de canvis en les professionals. En general, es resumeixen en les dificultats que presenta el col·lectiu per comunicar el que senten o com estan, i aquesta dificultat es pot traduir en CP.

González-Pablos et. al. (2019) troben relació entre una grau major de discapacitat i un comportament agressiu major, així com també afirmen Rojahn i Meier (2009). Altres estudis troben relació entre la discapacitat física en la discapacitat intel·lectual i els comportaments agressius (Antoncci et. al., 2008).

4.2.3 Tractaments

4.2.3.1 Psicofarmacològics

Com diversos autors i autores parlen (Antoncci et al. 2009; González et. al., 2017; González et. al., 2019; Ke i Liu, 2017, Martín, 2009, Oubrahim i Combalt, 2019; WPA i SPID, 2009) el tractament que s'ofereix a les persones amb discapacitat intel·lectual, hi hagi o no un diagnòstic dual, continua generant controvèrsies i és una àrea poc estudiada. La farmacologia no compta amb evidències suficients que recolzin la seva utilitat en persones amb

discapacitat intel·lectual, igual que tampoc hi ha avaluacions negatives com a tal, sinó que senzillament és un àmbit allunyat de les evidències i les investigacions exhaustives, motiu en el qual es recolza la demanada de diversos professionals de disminuir l'ús dels psicofàrmacs (Antoncci et al., 2008; Gonzalez et al., 2017; Ke i Liu, 2017). L'efectivitat dels tractaments per a persones amb DI es basa en proves i tantejos i és per això que cal posar atenció en les CP, ja que molts dels tractaments s'enfoquen en reduir aquestes conductes (González et al., 2019; Ke i Liu, 2017) que, com hem observat en les pàgines anteriors, no estan àmpliament estudiades (Antoncci et al., 2008). Per aquest motiu, és necessari estudiar més a fons les CP que ens preocupen així com la freqüència, la gravetat i el tipus (Antoncci et al., 2008).

L'estudi de (González et al., 2019) mostra xifres elevades d'ús de psicofàrmacs en persones amb DI, rodant el 57% en persones institucionalitzades, el 41% en entorns comunitaris i el 27% a l'escola. Així mateix, es demostra que la gran majoria de tractaments farmacològics estan orientats a disminuir les CP malgrat no haver-hi fàrmacs amb aquesta indicació específica (González et al., 2019). Les propostes de millora impliquen una revisió de tots els factors que rodegen a la persona per tal de pretendre que l'entorn, la psicoteràpia i la farmacoteràpia treballin de manera conjunta (González et al., 2019), en lloc d'intervenir des d'una sola estratègia. És a dir, es proposa treballar des de la dimensió psico-bio-social (Antoncci et al., 2008).

L'abús dels medicaments en aquest àmbit està en boca de molts autors i autores (Antoncci et al., 2008; González et al., 2017; González et al., 2019; Ke i liu, 2017; Martín, 2009; WPA i SPID, 2009), així com l'abundància, la durada i la dependència dels tractaments (Antoncci et al., 2008). González et al. (2017) parlen del fet que entre el 20% i el 40% de les persones amb discapacitat intel·lectual es prenen fàrmacs psiquiàtrics, i entre el 14% i el 30% reben aquests medicaments per tractar CP.

D'entre les medicacions més usades per les alteracions de conducta destaquen els antipsicòtics i els anticonvulsius o antiepilèptics (Antoncci et al., 2008), seguit dels antidepressius (González et al., 2017). El primer no compta quasi amb evidències que sostinguin el seu ús com a reductor de conductes agressives. Els antiepilèptics és una de les medicacions més receptades, en primera instància perquè en les persones amb discapacitat intel·lectual és força comú el diagnòstic d'epilèpsia i, en segon lloc, perquè s'utilitzen com a reguladors de l'estat d'ànim (Antoncci et al., 2008).

L'estudi de González et. al. del 2017 realitzat a Espanya mostra que l'ús d'antipsicòtics en la població estudiada és del 78,8% quan només el 7,5% tenen un diagnòstic d'esquizofrènia. Aquest mateix estudi mostra que el 18,8% pateixen epilèpsia mentre que el 58,8% prenen antiepilèptics. Per últim, amb els antidepressius succeeix el mateix, el 38,7% de les persones estudiades prenen antidepressius mentre que només l'1,3% pateixen trastorns relacionats amb els estats depressius. Totes aquestes dades evidencien l'ús dels psicofàrmacs per tractar les CP (González et al., 2017). Podem observar, doncs, que sovint la medicació esdevé una via ràpida i còmode per solucionar el problema i es perden de vista les conseqüències (Martín, 2009). Tal com diuen l'Associació Mundial de Psiquiatria, la Federación Española del Síndrome de Down i Caja Madrid (2010), la gran majoria dels medicaments que s'utilitzen comporten uns riscos en els efectes secundaris poc estudiats, però poc contundents com per erradicar l'ús de medicaments en aquests casos, segons afirmen. Podem observar, però, que, per exemple en l'ús d'antipsicòtics atípics (González et al., 2017) s'identifiquen riscos com l'augment de pes, anomalies cardíaques, diferents trastorns metabòlics i problemes de tolerància amb certs nutrients.

Ke i Liu (2017) expliquen que les persones amb un diagnòstic de discapacitat intel·lectual generalment poden ser més sensibles als efectes secundaris de les medicacions i poder ser propenses a tenir més problemes mèdics. Així doncs, no només s'haurien de reduir les dosis que s'estan administrant, sinó que s'haurien d'iniciar els tractaments amb dosis molt baixes del normal (Ke i Liu, 2017).

4.2.3.2. Altres

Com podem observar, les disconformitats pel que fa a l'ús de la medicació en persones amb discapacitat intel·lectual són abundants, però és necessari tenir en compte totes les investigacions i posar-les a sobre la taula per tal de poder actuar de la manera més ètica, respectuosa i prudent possible. En aquesta línia, els models de tractament que se segueixin s'haurien de basar en una mirada multimodal o biopsicosocial, tal com destaquen Antoncci et al. (2008) i Novell et al. (2003), els tractaments no poden seguir una única estratègia. Aquests autors parlen dels models de teràpia conductual i cognitiva, però com abunda en aquest àmbit, no hi ha prou evidències que recolzin l'eficàcia d'aquests tractaments, ja sigui per problemes metodològics o bé per mostres de població petites i poc representatives.

Ke i Liu (2017) destaquen que el més important d'un tractament és que aquest sigui precoç, donat que la discapacitat intel·lectual es desenvolupa durant l'etapa del desenvolupament. Les estratègies que proposen les autores per tal de reduir els riscos i els símptomes giren entorn de l'empoderament i a l'autonomia (adquirir habilitats per la vida diària), i pel que fa als infants amb DI, Ke i Liu (2017) destaquen la importància d'anar a l'escola, de desenvolupar una disciplina i unes habilitats per la vida en la comunitat. Es remarca la importància de desenvolupar al màxim possible les capacitats de la parla i el llenguatge, ja que són essencials per comunicar sentiments i pensament, fet que pot reduir l'aparició de CP (Antoncci et al., 2008). Des d'aquí, les autores (Ke i Liu, 2017) parlen de les tècniques de teràpia del llenguatge. Investigacions han demostrat que una aplicació sistèmica d'aquestes tècniques és eficaç pel que fa al desenvolupament d'habilitats comunicatives amb infants amb discapacitat intel·lectual (Ke i Liu, 2017).

En l'estudi de Singh et al. (2004) es demostra com l'estimulació multisensorial en una sala Snoezelen⁷ pot ser beneficiosa per la disminució de CP en persones amb DI. Això es creu pel fet que l'estimulació sensorial genera una sensació d'alliberament, gaudi, diversió i relaxació que ajuda a millorar el comportament general de la persona i a disminuir els comportaments problemàtics, en especial, les conductes autolesives (Singh et al., 2004).

El suport conductual positiu apareix també com una molt bona eina per a poder gestionar els trastorns de conducta (Novell et al., 2003; Singht et al., 2016). Aquesta metodologia de suport està enfocada a la reducció dels CP partint de l'ensenyament d'habilitats noves, de la modificació de l'entorn on solen succeir les conductes i de la millora de la qualitat de vida (Singht et al., 2016).

4.3 El benestar emocional i psicològic de les PPS⁸

4.3.1 Efectes de les conductes problemàtiques en les PPS

⁷ Les sales Snoezelen es descriuen com entorns multisensorials que ofereix diversos instruments d'estimulació com llums, sons o olors. Ofereix múltiples oportunitats d'estimulació i esdevé un element per millorar la qualitat de vida i el comportament de persones amb discapacitat intel·lectual (Singh et. al., 2003).

⁸ Persones proveedores de suports

Pel que fa a la violència i a la conducta agressiva en el lloc de feina, l'OMS defineix aquesta violència com "tot aquell accident en el qual la persona és objecte de mals tractes, amenaces o atacs en circumstàncies relacionades amb la seva feina, incloent-hi el trajecte entre el domicili particular i la feina, amb la implicació de què amenaci explícitament o implícitament la seva seguretat, benestar o salut" (Colegio Oficial de Trabajadores Sociales, 2010).

Les persones que treballen amb persones generalment han de bregar amb situacions conflictives (Colegio Oficial de Trabajadores Sociales, 2010), especialment aquelles que treballen amb persones en situacions de vulnerabilitat i dependència com és el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual (Evers et. al, 2001; Singht et. al., 2016). Haver de fer front a aquestes conductes de manera continuada tenyeix la intervenció educativa i professional en maneres de fer perjudicials, o si més no, no beneficioses (Singht et al., 2016).

La recerca sobre els efectes de les conductes agressives en les treballadores i educadores socials de persones amb discapacitat intel·lectual ha estat complicada, però cal remarcar que hi ha hagut un augment considerable d'estudis sobre la presència d'estrès en les treballadores de persones amb discapacitat intel·lectual (Hatton et al., 1999). La informació disponible està, en gran part, en relació amb els efectes de les CP i de la sobrecàrrega en l'àmbit de la medicina o de la geriatria, però pel que fa a l'àmbit de la DI, la informació és escassa. Trobem manuals sobre com actuar davant les CP i com prevenir-les, però no què passa un cop la conducta ja ha succeït. L'Organització Internacional del Treball reconeix que les professions de contacte directe són les que tenen més risc de patir actes agressius o violents (Colegio Oficial de Trabajadores Sociales, 2010), i dins d'aquestes, les que treballen amb persones en situació de vulnerabilitat i dependència figuren com a les que presenten més càrrega emocional (Evers et al., 2001).

En la feina d'àmbit social s'han normalitzat i acceptat tradicionalment que les treballadores hagin de tolerar situacions problemàtiques i agressives, apel·lant que forma part de la feina, però per tal d'evitar certs riscos, cal tenir clar que la feina de les professionals del camp social "s'emmarca dins d'un sistema de drets i obligacions que s'han de respectar perquè pugui produir-se la relació d'ajuda" (Colegio Oficial de Trabajadores Sociales, 2010, p.4).

El Colegio Oficial de Trabajadores Sociales (2010) classifica les agressions en verbals/psíquiques i físiques, en la taula 7 de l'annex 5⁹ d'annexes s'observen les tipologies d'agressions que el Col·legi identifica.

Aquestes conductes, com és obvi, tenen unes conseqüències en la víctima-treballadora. Dins de les dues categories que hem observat ara, s'accepta que l'agressió psíquica pot provocar, en funció de la freqüència i durada, (Colegio Oficial de Trabajadores Sociales, 2010):

- Estrès laboral crònic
- Neguit
- Pèrdua d'autoestima i de personalitat
- Disminució del rendiment laboral

Per altra banda, l'agressió física es categoritza en lleu, mitjana o greu quan, els senyals de violència desapareixen en minuts o hores, quan la recuperació demana d'alguns dies i per últim, quan ocasiona lesions que demanen de setmanes de recuperació o inclús generen seqüeles de per vida o la mort (Colegio Oficial de Trabajadores Sociales, 2010).

Entre altres conseqüències que podem observar, trobem la síndrome d'estrès posttraumàtic, ansietat, depressió (Colegio Oficial de Trabajadores Sociales, 2010), esgotament i càrrega emocional (Evers et al., 2001), insomni, irritabilitat, aïllament i alteracions en l'alimentació (Sánchez i Fontalba 2017). Cal tenir clar que totes aquestes conseqüències comentades afecten a tots els àmbits de la vida de la treballadora, fet que afecta la seva qualitat de vida.

Pel que fa a l'exercici professional en l'educació social en DI, aquest també es veu afectat per les CP amb conseqüències negatives en el vincle i la implicació laboral. Estudis demostren que l'esgotament emocional, entès com a sobre càrrega emocional, acaba derivant en una pràctica laboral freda, despersonalitzada, insensible i negativa (Evers et al., 2001), així com també provoca una major rotació del personal, fet que influeix negativament en les PNS i disminueix la satisfacció personal (Singht et al., 2016).

Ruiz et al. (2012) estudien l'estat de salut i la qualitat de vida en els cuidadors de persones amb Trastorn de l'Espectre Autista, però majoritàriament en els progenitors. L'estudi posa de manifest que els cuidadors de persones amb TEA tenen puntuacions en salut general i qualitat

⁹ Pàgina 71

de vida més baixes que la població general, observant les variables següents: "menor rol físic, dolor corporal, salut general, vitalitat, funcionament social, rol emocional i salut mental" (Ruiz et al., 2012, p. 1575). Els trastorns per ansietat i depressió figuren com a ponderant pel que fa a l'estat de salut en les cuidadores de persones amb TEA (Sánchez i Fontalba 2017), així com també s'ha observat nivells més elevats de biomarcadors proinflamatoris en els cuidadors, els quals augmenten el risc de patir certes malalties (Ruiz et. al., 2012). Aquest estudi evidencia que els insuficients estats de salut fluctuen en funció de la presència o no de CP (Ruiz et al., 2012).

Com hem dit, trobem un augment en els estudis dels estats de salut del personal professional de centres de persones amb discapacitat intel·lectual. El que no està tan estudiat en profunditat són els efectes directes i indirectes de les conductes agressives, que és el que ens ocupa en aquestes pàgines. Un dels estudis dedicats a observar l'estat de salut de les PPS és el de Hatton et al., (1999) en el qual creen un qüestionari, actualment de referència, per conèixer l'estat d'estressor de les professionals, el Staff Stressor Questionnaire (SSQ). El SSQ s'organitza en 7 subescales que es basen en una revisió de la literatura i que queden reafirmades com als 7 principals factors d'estressor un cop dut a terme l'estudi. Aquestes subàrees són (Hatton et al., 1999):

1. Comportament desafiant de l'usuari
2. Habilitats deficients de l'usuari
3. Falta de suport del personal
4. Falta de recursos
5. Treball de baix nivell
6. Burocràcia
7. Conflictes treball-llar

Aquest estudi conclou que el personal d'atenció directa residencial i el personal no qualificat els resulta estressant el comportament desafiant de les PNS, les habilitats deficients de les PNS i en les demandes estressant pel treball de baix nivell. Per altra banda, al personal qualificat com gerents o terapeutes (personal de no atenció directa continuada) identifiquen la burocràcia i la falta de recursos com a estressors principals (Hatton et al., 1999).

Per altra banda, l'estudi de Hatton et al. (1999) ha conclòs que en la majoria de casos el que influeix en el nivell d'estressor de la CP, no és la conducta en si sinó les característiques de les entitats prestadores de serveis.

Altres estudis afirmen que en ocasions, la gestió que fa el o la professional davant de la situació conflictiva juga un paper important en l'impacte que té, com per exemple, les atribucions que fa la persona a la conducta agressiva (Goñi, 2021). Goñi (2021, p.470) afirma que:

“el mateix tipus d'incident dins del mateix servei es viurà de manera diferent per cadascun dels membres del personal segons siguin les seves creences, atribucions, recursos i les estratègies que tingui per fer front a aquestes situacions, i segons sigui la seva salut mental prèvia, factor personal que no necessàriament ha d'estar relacionat amb la feina”.

4.3.2. Propostes de millora des de la literatura

Tenint en compte tot això comentat, farem una ràpida repassada a algunes de les propostes per millorar les situacions emocionals de les PPS. Una de les propostes és el programa d'Atenció Plena Ocupacional, programa dissenyat específicament per disminuir els nivells d'estrès, millorar el benestar psicològic i la satisfacció laboral a partir de pràctiques d'atenció plena cognitiva, com per exemple, la respiració, estiraments conscients i meditació d'exploració corporal (Singht et al., 2016). Singht et. al. (2016) el posen en pràctica obtenint resultats de millora significatius tant en l'exercici professional com en el benestar de la professional.

Cal tenir presents els contribuïdors que hi ha en la perpetuació de les conductes problemàtiques així com les dificultats de fer plans d'intervenció i prevenció. S'identifiquen tres factors pels quals els plans de prevenció no són fàcils d'implementar i pels quals es perpetuen les CP: (1) per la normalització de les CP en el contacte directe en l'àmbit laboral; (2) per a creença de què la CP succeeix de forma imprevisible; (3) per la falta de denúncies per la por de la víctima a la persona agressora (Col·legi Oficial de Treballadors Socials, 2010). Si l'estat de salut de les PPS es troba debilitat tenint símptomes d'estrès o malestar, és probable que les reaccions davant de les conductes desafiants de les persones amb DI esdevinguin un antecedent o instigador d'una propera conducta problemàtica (Goñi, 2021). A

Plena Inclusión (Goñi, 2021) ens presenten els models de Suport Conductual Positiu (SCP) i la Planificació Centrada en la Persona (PCP) com a eines que no només són útils i beneficioses per a les persones amb necessitats de suport, sinó també per tenir cura del benestar psicològic de les PPS. Se'ns proposa, doncs, implementar aquests models per aquesta finalitat de la manera que observem en la taula 3.

Taula 3

ESTRATÈGIES PEL SUPORT EMOCIONAL DE LES PROFESSIONALS PS		
Prevenició primària	Prevenició secundària	Prevenició terciària
Selecció	Valorar i reconèixer al personal	Sessions de desfogament i reflexió després dels accidents
Formació	Suport actiu entre companyes (formal i informal)	
Supervisió	Reunions d'equip	
Gestió de riscos	Mortal	
Valoració de l'impacte emocional grupal i individual		

5. MARC CONTEXTUAL

El present treball s'ubica en la ciutat de Barcelona, en la comunitat autònoma de Catalunya de l'estat espanyol. En la ciutat s'han identificat dues entitats que treballen amb persones amb DI, la Fundació Pere Mitjans (FPM a partir d'ara) i la Residència Tres Pins (RTP a partir d'ara). L'elecció d'aquestes entitats ha estat motivada per diferents aspectes. La FPM és on actualment estic treballant i, per tant, tinc més accessibilitat a informació i a les directores de la fundació. També perquè aquest estudi està motivat, com ja he dit, per la meua necessitat de profunditzar sorgida de la meua pràctica laboral. Per altra banda, la RTP és coneguda pel que fa a treball amb persones amb DI que presenten freqüents i profundes alteracions de conducta, així doncs, he considerat que la mostra era molt interessant.

5.1 Fundació Pere Mitjans

Sorgeix l'any 1988 de l'Associació Pere Mitjans fundada l'any 1977. Actualment, donen suport a 114 persones a través de 18 pisos, 9 llars-residències i 5 miniresidències. Compta també amb 4 serveis de teràpia ocupacional, un centre d'atenció diürna per a persones amb discapacitat física adquirida i un centre especial de treball que, en total, donen suport aproximadament a unes 125 persones (Fundació Pere Mitjans, 2023).



Els objectius de la fundació són els següents (Fundació Pere Mitjans, 2023):

- Desenvolupar al màxim les capacitats de les persones per tal de facilitar la relació amb l'entorn.
- Potenciar una millor qualitat de vida de les persones donant suports en el desenvolupament de totes les àrees i/o dimensions.
- Oferir els suports necessaris per a cada persona, tant pel que fa a l'ocupació terapèutica com en les activitats d'ajustament personal i social.
- Cercar i potenciar els recursos naturals existents en l'entorn social.
- Poder establir un pla de suport individual dinàmic i flexible al llarg de la seva vida.

Els valors que determinen la pràctica són *vida de qualitat, autodeterminació, individualitat, inclusió en la comunitat, igualtat de drets i oportunitats, diversitat, qualitat de serveis* (Fundació Pere Mitjans, 2023).

5.2 Residència Tres Pins

La Residència Tres Pins funciona des de l'any 2012 impulsada pel Pla d'Equipaments de l'ajuntament de Barcelona i la Generalitat. La residència forma part de la Fundació Pere Claver - Fundació Serveis Socials i en el present, la residència és gestionada pel Consorci de Serveis Socials de Barcelona (Sant Pere Claver, 2023).



Actualment, el servei, de caràcter residencial, atén a persones amb discapacitat intel·lectual i trastorns de conducta oferint 27 places residencials permanents o temporals. El servei proporciona atenció integral en les activitats bàsiques de la vida diària (Sant Pere Claver, 2023).

La residència es troba a la muntanya de Montjuïc i disposa d'un total de 2.307 m² construïts i d'un jardí de 1.540 m² (Sant Pere Claver, 2023).

Pel que fa a la Fundació Pere Claver, aquesta es defineix com “una entitat sense ànim de lucre, amb compromís social i vocació de servei públic” (Sant Pere Claver, 2023) que pretén acompanyar a les persones en els àmbits de salut mental i discapacitat intel·lectual, partint del vincle emocional i el treball comunitari (Sant Pere Claver, 2023).

Els valors que regeixen el dia a dia en aquesta fundació són: il·lusió, flexibilitat, compromís solidarietat, eficiència i sostenibilitat (Sant Pere Claver, 2023).

6. MARC METODOLÒGIC

En l'apartat que segueix trobarem explicats l'enfocament pragmàtic, el mètode mixt, la metodologia mixta d'integració i les tècniques de recollida d'informació emprades en el treball. Seguidament es presenta la mostra de la investigació. Per últim, es presentaran i justificaran les fases de la recerca. Dir, en primera instància, que aquest treball ha seguit els principis ètics¹⁰ que el codi d'integritat de recerca de la UB marca. L'estudi que es dur a terme en aquest treball és exploratori, per tan els resultats són orientatius per a futurs estudis i hipòtesis, en cap cas es poden considerar resultats definitius.

Paradigma

El paradigma usat per aquesta investigació no és dels més coneguts, tot i ser freqüent en investigació socioeducativa (Folgueiras, 2018), però sí el més adient per aquest treball. Aquest és l'anomenat enfocament pragmàtic, el qual defensa la utilització de "tot allò necessari" per poder donar resposta a la pregunta d'investigació. Per tant, aquest enfocament defensa l'ús de mètodes qualitatius i quantitatius com a mètodes compatibles i reconeix diversos beneficis en la no discriminació d'ambdós mètodes (Folgueiras, 2018).

Del resultat de la combinació dels mètodes qualitatius i quantitatius resulten l'abducció, la intersubjectivitat i la transferibilitat com a característiques del pragmatisme. L'abducció sorgeix de la inducció qualitativa i la deducció quantitativa, la intersubjectivitat sorgeix de la combinació de la subjectivitat qualitativa i l'objectivitat quantitativa i, per últim, la transferibilitat és el resultat de la combinació del context qualitatiu i de la generalitat quantitativa (Folgueiras, 2018).

Mètode

El mètode, en coherència amb el paradigma, és mixt, ja que s'assenyala que l'enfocament pragmàtic és adient per a la investigació mixta (Folgueiras, 2018). En harmonia amb el

¹⁰ Honestetat, responsabilitat i rendició de comptes, fiabilitat, rigor, respecte i independència.

pragmatisme, la investigació mixta no pretén substituir els mètodes qualitatius i quantitatius, sinó que observa el potencial i les debilitats d'ambdós mètodes i els utilitza per arribar un fi comú d'una manera viable (Folgueiras, 2018).

La investigació qualitativa "implica una aproximació interpretativa i naturalista del món" (Folgueiras, 2018, p. 21), en la qual les investigadores estudien les coses en el seu medi natural amb la intenció d'entendre les coses partint de com les entenen les persones buscant entendre la realitat i el món de forma global (Folgueiras, 2018).

Per altra banda, la investigació quantitativa sorgeix del mètode científic tradicional i busca, des del positivisme lògic i el mètode hipotètic-deductiu, verificar de manera rigorosa certes hipòtesis. Busca trobar explicacions objectives, concretes i causals a certs fenòmens intentant donar resposta a preguntes com "què passa? i perquè això passa en aquestes condicions?" (Folgueiras, 2018). De la combinació d'aquests dos mètodes sorgeix el que es defèn com a mètode mixt.

Metodologia

Pel que fa a la metodologia, aquesta és la metodologia mixta d'integració, en la qual processos qualitatius i quantitatius es van trobant al llarg de la investigació. La recollida d'informació pot ser de diferents nivells, ja que es pot donar de manera simultània o seqüencial i els resultats obtinguts no són exclosos de ser generals així com també permet la creació de teories noves (Folgueiras, 2018).

Tècniques de recollida d'informació

Pel que fa a la recollida d'informació qualitativa es treballarà a partir de l'entrevista semiestructurada en la qual hi ha un tema clar i unes preguntes preparades amb anterioritat, però l'entrevista es pot sortir de guió en qualsevol moment. L'entrevistadora, en aquest cas, ha de ser capaç d'improvisar i anar reestructurant l'entrevista a mesura que es desenvolupa, així com també afegir, en cas necessari, preguntes noves (Folgueiras, 2018).

Per altra banda, la recollida d'informació quantitativa són els qüestionaris i la recerca bibliogràfica. El qüestionari és una eina de recollida d'informació que s'utilitza per obtenir respostes concretes a partir de preguntes o ítems sobre un tema específic i de manera escrita. Busca conèixer l'opinió o característiques d'una població determinada (Folgueiras, 2018). Pel

que fa a la recerca bibliogràfica, s'han investigat diverses bases de dades, entre elles, Scielo, Google Scholar, Dialnet, ResearchGate, ScientisDirect o National Library of Medicine, entre d'altres.

Pel que fa a les fases de la recerca, l'ordre és lògic. En una primera instància s'ha dut a terme la recerca bibliogràfica que ha ajudat en l'elaboració dels qüestionaris, disponibles a l'annex 6¹¹. D'aquesta manera, aquests s'han basat amb el Checklist of Challenging Behaviour (CCB) de Harris et al. (1994, extret de Brame, 2014) per tal de conèixer a quines CP fan front les persones de mostra. El Staff Stressor Questionnaire (SSQ) i el Staff Outcomes Questionnaire (SOQ) de Hatton et al. (1999) per conèixer els nivells d'estrès i benestar de les treballadores de l'àmbit de DI. Seguidament, s'han passat els qüestionaris a la vegada que es realitzava l'entrevista semiestructurada, primerament el guió (disponible a l'annex 9¹²), i posteriorment l'entrevista (transcripció de la qual es troba l'annex 10¹³). En última instància, s'han recollit i analitzat els resultats per finalment poder extreure unes conclusions, apartats que veurem a continuació.

Mostra i participants

La mostra és de 16 persones pel que fa al qüestionari i d'una entrevistada. L'entrevista es va realitzar a través de zoom i va tenir una durada de 55 minuts. Pel que fa al qüestionari, l'edat de la mostra va des dels 18 anys fins a més de 50. El 87,5% són dones i el 12,5% homes. Les categories laborals són d'auxiliar de serveis generals (43,75%), auxiliar tècnic educatiu (25%), monitora (18,75%), coordinadora (6,25%) i altres (12,5%). El 62,5% de la mostra són de la Fundació Pere Mitjans i el 31,3% de la Residència Tres Pins. Un 6,3% forma part d'un altre centre no especificat.

Pel que fa a la formació, 43,75% tenen una llicenciatura, el 12,5% el batxillerat, el 6,25% té l'ESO i el 12,5% tenen o un grau mitjà o un grau superior. Els anys d'experiència de la mostra són diversos, el 62,5% té entre 1 i 2 anys d'experiència i el 25% entre 3 i 6. Un 12,5% té menys d'un any, un altre 12,5% té de 6 a 10 anys d'experiència i un altre 12,5% més de 30 anys. Un 18,75% té entre 10 i 20 anys d'experiència i un altre 18,75% entre 20 i 30.

¹¹Pàgina 72

¹² Pàgina 99

¹³ Pàgina 100

7. RESULTATS

En les següents pàgines es plasmaran i s'analitzaran les dades recopilades dels qüestionaris i l'entrevista. El mètode, com ja s'ha dit, serà mixt per tal de poder treure la màxima informació possible. Així doncs, aquest apartat es dividirà en (1) l'anàlisi quantitativa (2) l'anàlisi qualitativa.

7.1. Anàlisi quantitativa dels resultats

La mostra total és de 16 respostes en el qüestionari disponible en l'apartat X de la pàgina Y d'annexes. Aquesta anàlisi es dividirà en tres subapartats en funció de l'objectiu al qual responguin. Primerament, s'observaran les dades generals de contextualització com els anys treballats i la formació. Seguidament, s'analitzaran la prevalença i la gestió de les CP. Per últim, veurem els resultats entorn dels estats emocionals i al benestar de les PS i els efectes de les CP en ells i elles.

7.1.1. Contextualització i dades generals

Aquest primer apartat del qüestionari va enfocat cap a conèixer la mostra. Així doncs, a continuació observarem dades en relació amb l'edat, la identitat, l'experiència, la formació, el lloc de feina i posició de laboral. Totes les gràfiques de resultats es poden trobar en els apartats 7 i 8 d'annexos¹⁴.

En primer lloc, en el gràfic 2 de l'annex 7.1 (p.83) observem que l'edat és molt variada en la nostra mostra, però veiem que l'edat amb més presència és entre 40 i 50 anys o més, ocupant el 62,5% de la mostra. Un 6,25% decideix no respondre i el 31,25% restant s'ubiquen entre els 18 i 28 anys (18,75%) i entre els 29 i 39 anys (12,5%).

Pel que fa a la identitat de gènere, en la mostra trobem que el 87,5% són dones i el 12,5% homes. Ho veiem representat a la gràfica 3 de l'annex 7.1 (p.83).

¹⁴ De les pàgines 83 a la 98

En el gràfic 4 de l'annex 7.1 (p.84) veiem reflectides les categories laborals. Quasi el 50% de la mostra estan sota un contracte d'auxiliar de serveis generals i el 25% d'auxiliars tècnics educatius. Un 18,75% són monitores i un 6,25% és coordinadora. Entre el 12,5% d'altres restants trobem una treballadora familiar i una psicopedagoga.

En el gràfic 5 de l'annex 7.1 (p.84) podem veure que el 62,5% de la mostra pertany a la Fundació Pere Mitjans. El 31,5% pertany a la Residència Tres Pins i el 6,3% correspon a un centre extern. El motiu d'aquesta última variable és que a alguna persona li va arribar el qüestionari i el va respondre sense formar part de cap de les dues entitats contextualitzades. Malgrat això, es tindrà en compte la seva resposta del qüestionari, ja que és anònim.

Pel que fa a la formació de les persones de la mostra (gràfica 6 de l'annex 7.1, p.85), quasi el 50% tenen una llicenciatura, un 12,5% té batxillerat, un altre 12,5% ha fet un grau mitjà i un altre 12,5% té un grau superior. El 6,25% restant té l'ESO.

Al gràfic 7 de l'annex 7.1 (p.85) podem veure els anys d'experiència que presenta la mostra d'aquest treball. El 62,5% presenten una experiència en l'àmbit de discapacitat d'1-2 anys. El 25% de 2-6 anys, entre 10 i 20 anys i 20 i 30 anys trobem al 18,17% en ambdues variables. Entre 6 i 10 anys tenim el 12,5% i també trobem el 12,5% en més de 30 anys d'experiència.

Fins aquí arriba l'anàlisi quantitativa del primer apartat del qüestionari, el qual ens ha donat a conèixer el perfil de la mostra. Així doncs, podem concloure que la mostra és diversa sobretot en edat i anys d'experiència. Pel que fa a identitat de gènere, la gran majoria és femenina.

7.1.2. Prevalença i gestió de les CP

Observarem, en primera instància, la prevalença de les conductes problemàtiques de la mostra d'aquest treball. Al gràfic 8 de l'annex 7.2 (p.87) i a la taula 8 que veiem a continuació, observem els resultats. Les conductes problemàtiques sobre les quals s'ha preguntat són: *colpejar, pessigar, esgarrapar, estrènyer amb força, empènyer, donar puntades de peu, estirar els cabells, estrangular o asfixiar, utilitzar objectes com a armes, tirar objectes, destrucció de mobiliari, atropellar amb la cadira de rodes, contacte sexual inapropiat a treballadores i a companys/es, autolesions, insultar, amenaçar i escopir.*

Aquests ítems no han sigut elegits a l'atzar, sinó que s'han basat en la Checklist of Challenging Behaviour de Harris et al. (1994, extret de Brame, 2014). Aquestes CP poden haver sigut viscudes de les següents maneres segons el qüestionari: *mai, rarament, ocasionalment, sovint, molt sovint*.

Taula 8

	Molt sovint	Sovint	Ocasionalment	Rarament	Mai	Ns/Nr
Colpejar	18,75%	43,75%	25%	6,25%	0%	6,25%
Pessigar	6,25%	25%	31,25%	12,5%	12,5%	12,5%
Esgarrapar	6,25%	25%	43,75%	12,5%	0%	12,5%
Apretar amb força	6,25%	43,75%	31,25%	6,25%	0%	12,5%
Empènyer	0%	25%	25%	37,5%	0%	12,5%
Donar puntades de peu	6,25%	6,25%	25%	37,5%	12,5%	12,5%
Estirar el cabell	12,5%	12,5%	50%	12,75%	6,25%	6,25%
Estrangular o asfixiar	0%	0%	0%	18,75%	68,75%	12,5%
Utilitzar objectes com a armes	0%	0%	0%	25%	62,5%	12,5%
Tirar objectes	6,25%	31,25%	43,75%	12,5%	0%	6,25%
Destrucció de mobiliari	25%	18,75%	31,25%	18,75%	0%	6,25%
Atropellar amb la cadira de rodes	0%	12,5%	18,75%	18,75%	37,5%	12,5%
Contacte sexual inapropiat (a companys)	12,5%	12,5%	31,25%	12,5%	18,75%	12,5%

Contacte sexual inapropiat (a treballadores)	12,5%	6,25%	37,5%	12,5%	18,75%	12,5%
Autolesionar-se	0%	50%	37,5%	6,25%	6,25%	0%
Insultar	50%	31,25%	12,5%	0%	0%	6,25%
Amençar	25%	31,25%	31,25%	6,25%	6,25%	0%
Escopir	25%	25%	31,25%	18,75%	0%	0%

En l'anàlisi dels resultats podem observar que d'aquestes CP, totes han estat viscudes almenys per 3 persones de 14, pel 18,75% de la mostra. S'ha de tenir en compte que els resultats d'aquesta anàlisi són insuficients a causa de la petita mostra de la qual compta, però malgrat ser una mostra escassa, cap de les 18 CP no ha estat viscuda almenys pel 18,75% de la mostra. Aquest és el cas de la conducta *estrangular o asfixiar*, la qual 11 de 14 respostes expressen no haver-la viscut mai, però 3 de 14 si, responen rarament. Les 2 persones restants de la mostra no responen a aquest ítem.

L'anàlisi que es farà a continuació es pot veure plasmat en el gràfic 8 i en la taula 6 dels annexos i es farà de major a menor segons el grau de freqüència de les conductes. Cal dir que no cada ítem ha obtingut el total de respostes del qüestionari, a la columna Ns/Nr (7) de la taula 8 dels annexos es troba el percentatge de no respostes.

Així doncs, la conducta qualificada de més freqüent és *insultar*, on 8 de 16 (el 50%) responen molt sovint. *Destrucció de mobiliari*, *amençar* i *escopir* són les segones valorades com a molt sovint, sent el 25% de la mostra. El 18,75% qualifiquen *colpejar* com a molt sovint, seguit d'*estirar el cabell* i *contacte sexual inadequat a companys i treballadores* que és marcat pel 12,5% cada un com a molt freqüent. *Pessigar*, *esgarrapar*, *apretar amb força*, *donar puntades de peu* i *tirar objectes* són valorades com a molt freqüents pel 6,25% dels enquestats, el que equival a una PS. Les conductes que no es defineixen com a molt freqüents són: *empènyer*, *estrangular o asfixiar*, *utilitzar objectes com a armes*, *atropellar amb la cadira de rodes* i *les conductes autolesives*.

Pel que fa a conductes que es donen sovint, les *conductes autolesives* de les PNS és la conducta que es dona més sovint, sent el 50% de la mostra. Seguit es troben amb el 43,75% *colpejar* i *apretar amb força*. *Tirar objectes*, *insultar* i *amençar* les qualifiquen el 31,25% de la mostra com a conducta freqüent cada una. El 25% identifiquen *pessigar*, *esgarrapar*, *empènyer* i *escopir* com a freqüent. *Destrucció del mobiliari* s'identifica com a conducta que es dona sovint pel 18,75% de la mostra i el 12,5% identifiquen, respectivament, *contacte sexual inapropiat a companys*, *atropellar amb la cadira de rodes* i *estirar els cabells*. *Contacte sexual inapropiat a treballadores* i *donar puntades de peu* es consideren conductes freqüents pel 6,25% de la mostra respectivament. *Estrangular o asfixiar* i *utilitzar objectes com a armes* no es qualifiquen de conductes problemàtiques freqüents.

Pel que fa a conductes que es donen ocasionalment el 50% identifica *estirar els cabells* com a la conducta que es dona més de manera ocasional seguida de *tirar objectes* assenyalada pel 43,75% de la mostra. *Contacte sexual inapropiat a treballadores* i la *conducta autolesiva* es consideren conductes ocasionals pel 37,5% de la mostra respectivament. No massa distanciat, el 31,25% de la mostra identifiquen cada una de les següents conductes com a ocasionals: *pessigar*, *apretar amb força*, *destrucció del mobiliari*, *contacte sexual inapropiat a companyes*, *amençar* i *escopir*. *Colpejar*, *empènyer* i *donar puntades de peu* és considerada la cinquena conducta més ocasional pel 25% de la mostra cada una. El 18,75% identifiquen *atropellar amb la cadira de rodes* com a conducta ocasional, i el 12,25% identifiquen *insultar*. *Estrangular o asfixiar* i *utilitzar objectes com a armes* no és assenyalada per ningú de la mostra.

En la variable rarament s'identifiquen *empènyer* i *donar puntades de peu* pel 37,5% cada una. El 18,75% de la mostra identifica, cada una, com a conducta rara *estrangular o asfixiar*, *destrucció del mobiliari*, *atropellar amb la cadira de rodes* i *escopir*. Per altra banda, *pessigar*, *esgarrapar*, *estirar el cabell*, *tirar objectes* i *contacte sexual inapropiat a treballadores i companyes* les assenyalen com a rares el 12,25% de la mostra respectivament. El 6,25% qualifiquen cada una de les conductes següents com a rares: *colpejar*, *apretar amb força*, *autolesionar-se* i *amençar*. *Insultar* és l'única conducta no qualificada de rara.

Per últim, la conducta que mai succeeix és *estrangular o asfixiar* amb el 68,75% de consens. La segueix de ben a prop *utilitzar objectes com a armes* amb el 62,5% de la mostra. El 37,5% coincideix en que no els hagi passat mai un *atopellament amb la cadira de rodes*. En quart lloc, com a conducta que no passa es troba *el contacte sexual inapropiat a companyes i a*

treballadores amb el 18,75% cada una. Seguidament, el 12,5% consideren que mai passa que et *pessiguin* i et donin *puntades de peu*. Al 6,25% no els ha passat que els *amenacin*, *estirin els cabells* o que presenciïn *conductes autolesives* respectivament.

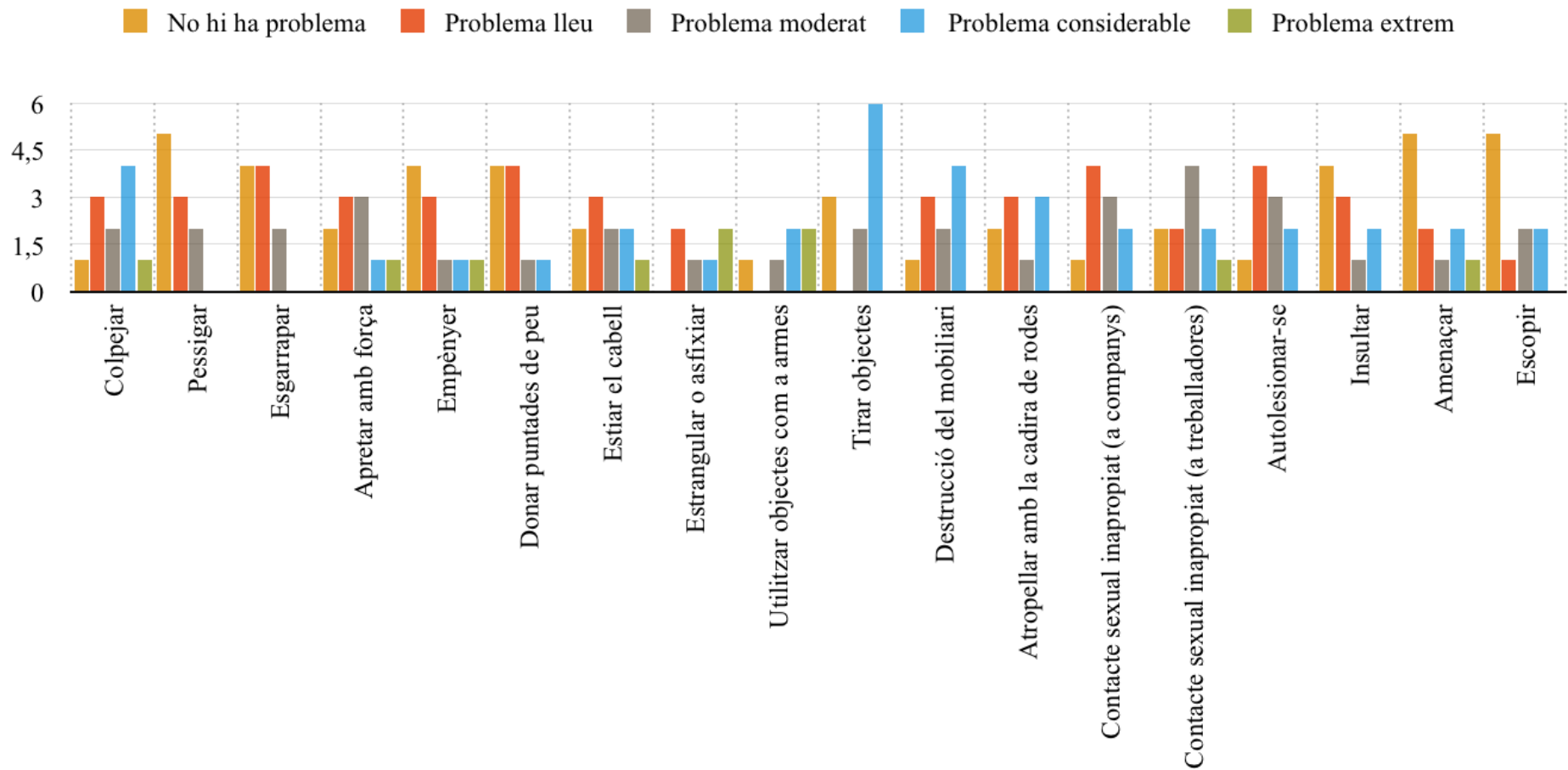
Així doncs, podem resumir que les conductes descrites com a molt freqüents són *insultar* (50%), *amençar* (25%) i *escopir* (25%). Les que es donen sovint són les *autolesions* (50%), *colpejar* (43,75%) i *apretar amb força* (43,75%). De manera ocasional succeeixen *estirar els cabells* (50%), *esgarrapar* (43,75%) i *tirar objectes* (43,75%). Les conductes rares són *empènyer* (37,5%) i *donar puntades de peu* (37,5%). I per últim, obtenim que aquelles conductes que no succeeixen mai són *estrangular o asfixiar* (68,75%), *utilitzar objectes com a armes* (62,5%) i *atropellaments amb la cadira de rodes* (37,5%).

L'apartat dos de la mateixa pregunta del qüestionari demana seleccionar un número de l'1 al 5 per reflectir la dificultat de gestió on: 1= No hi ha problema (la gestiono fàcilment); 2= Problema lleu (puc gestionar la situació amb facilitat, però em causa alguna dificultat); 3= Problema moderat (puc gestionar la situació, però és difícil); 4= Problema considerable (m'és difícil gestionar la situació sol/a); 5= Problema extrem (no puc gestionar la situació sense ajuda). En la gràfica 9 següent i la taula 9 de l'annex 7.2 (p.89) podem observar els resultats. Cal assumir que les respostes en aquest apartat han estat encara més escasses que les del qüestionari en qüestió, per tant, els resultats són completament orientatius i per res demostratius, ja que la mostra és d'entre 9 i 11 respostes.

Les conductes que presenten més dificultats de gestió són *estrangular o asfixiar* (12,5%), *utilitzar objectes com a armes* (12,5%), *colpejar* (6,25%), *apretar amb força* (6,25%), *empènyer* (6,25%), *estirar el cabell* (6,25%), *contacte sexual inapropiat a treballadors* (6,25%) i les *amenaces*. *Pessigar*, *esgarrapar*, *donar puntades de peu*, *tirar objectes*, *destruir el mobiliari*, *atropellar amb la cadira de rodes*, *el contacte sexual inapropiat cap a companys*, *les autolesions*, *els insults* i *escopir* no es consideren per ningú de la mostra com a problemes extrems.

Pel que fa a les conductes que presenten un problema considerable per a les professionals PS trobem *tirar objectes* (37,5%) com a més problemàtic seguit de *colpejar* amb un 25%. *Atropellar amb la cadira de rodes* es viu com a problema considerable pel 18,75% de la

Gràfica 9



mostra i el 12,5% de la mostra consideren a cada una de les següents CP com a considerables: *estirar el cabell, utilitzar objectes com a armes, contacte sexual inapropiat a companys i treballadors, les conductes autolesives, insultar, amenaçar i escopir*. Per últim, el 6,25% consideren un problema considerable haver de fer front al fet que les *apretin amb força, les empenyin, els hi donin puntades de peu i les estrangulin o asfixiïn*. No es valoren com a problemes considerables *pessigar i esgarrapar*.

Com a conductes que suposen un problema moderat el 25% ha considerat el *contacte sexual inapropiat cap als treballadors*. El 18,75% consideren que *apretar amb força, el contacte sexual inapropiat a companyes i les autolesions* suposen cada una d'elles un problema moderat. *Colpejar, pessigar, esgarrapar, estirar el cabell, tirar objectes, destrucció del mobiliari i escopir* es consideren cada una d'elles com a problemes moderats pel 12,5%. Per últim i menys assenyalat, el 6,25% consideren cada una de les següents conductes com a moderades: *empènyer, donar puntades de peu, estrangular o asfixiar, utilitzar objectes com a armes, atropellar amb la cadira de rodes, insultar i amenaçar*. No hi ha cap conducta que no es valori com a problemàtica moderada.

Com a problema lleu el 25% consideren *les conductes sexuals inapropiades a companys i les autolesions*. *Colpejar, apretar amb força empènyer, estirar dels cabells, destrucció de mobiliari, atropellaments amb la cadira de rodes, i insultar* es consideren cada una com a lleus pel 18,75%. El 12,5% consideren *pessigar, estrangular o asfixiar, contacte sexual inapropiat a treballadores i amenaçar* com a problema lleu. I una persona considera que *escopir* és un problema lleu (6,25%). *Utilitzar objectes com a armes i tirar objectes* no es consideren CP que generin un problema lleu en la professional PS.

Per últim, *pessigar, amenaçar i escopir* no es consideren conductes que generin problemes pel 31, 25% de la mostra respectivament. *Esgarrapar, empènyer, donar puntades de peu i insultar* són considerades cada una com a conductes que no generen un problema pel 25%. El 18,75% considera que *tirar objectes* no causa un problema. *Apretar amb força, estirar el cabell, atropellar amb la cadira de rodes i el contacte sexual inapropiat a treballadores* no es consideren conductes que generin un problema pel 12,5%. El 6,25% opinen que *colpejar, utilitzar objectes com a armes, destruir el mobiliari, el contacte sexual inapropiat cap a*

companyes i la conducta autolesiva no són conductes que generin un problema de gestió. *Estrangular o asfixiar* no ha sigut valorada per ningú com a conducta que no generi un problema.

Breument, podem dir que les conductes que generen un problema extrem de gestió són estrangular o asfixiar (12,5%) i utilitzar objectes com a armes (12,5%). Aquelles que són considerablement problemàtiques són tirar objectes (37,5%), colpejar (25%) i atropellar amb la cadira de rodes (18,75%). La gestió de *contacte sexual inapropiat cap als treballadors* (25%), apretar amb força (18,75%), el contacte sexual inapropiat a companyes (18,75%) i les autolesions (18,75%) es consideren moderat. Com a problema lleu es consideren les conductes sexuals inapropiades cap a companys (25%) i les autolesions (25%). Pessigar, amenaçar i escopir es consideren conductes on no hi ha un problema de gestió pel 31,2%.

S'observa que les conductes que suposen més problemes a la hora de gestionar-les són aquelles que succeeixen menys (estrangular o asfixiar i utilitzar objectes com a armes) i les que suposen menys problemes de gestió són aquelles que succeeixen més (escopir, amenaçar i pessigar). Es veu també un desacord pel que fa a les dificultats de gestió de les conductes. Per exemple, *tirar objectes*, s'identifica com a problema considerable pel 37,5% i pel 18,75% no els genera cap problema. Aquest és el cas de les 18 conductes estudiades.

7.1.3. Estats emocionals i benestar de les PPS

Aquest apartat correspon a l'anàlisi dels resultats de les últimes 8 preguntes del qüestionari que responen a l'objectiu general indagar sobre les possibles conseqüències de les conductes problemàtiques en les treballadores proveïdores de suports de persones amb discapacitat.

En primera instància, a la taula 10 podem veure les respostes a: Assenyala com sents que afecten al teu benestar les següents situacions problemàtiques dins i fora de la feina.

Així doncs, en aquesta taula observem que les *agressions físiques cap a una mateixa* afecten gens/poc al 6,25% (una persona de la mostra) a dins de la feina i a un 25% fora de la feina. Una mica afecten al 62,5% a dins de feina i al 50% fora de la feina. Al 31,25% els hi afecten bastant/molt dins de la feina i al 25% fora.

Taula 10

	Gens/poc		Una mica		Bastant/molt	
	Dins	Fora	Dins	Fora	Dins	Fora
Les agressions físiques de PNS cap a tu	6,25%	25%	62,5%	50%	31,25%	25%
Les agressions físiques de PNS cap a altres	12,5%	50%	31,25%	37,5%	56,25%	12,5%
Les conductes autolesives	6,25%	62,5%	43,75%	12,5%	50%	25%
Les conductes sexuals inapropiades cap a tu	37,5%	37,5%	12,5%	18,75%	43,75%	37,5%
Les conductes sexuals inapropiades cap a altres	0%	43,75%	56,25%	25%	37,5%	31,25%
Les agressions verbals	37,5%	56,25%	56,25%	31,25%	6,25%	12,5%
La gestió de l'equip professional davant les CP	12,5%	18,75%	31,25%	25%	50%	56,25%
Lesions físiques provocades per les CP	0%	12,5%	43,75%	56,25%	56,25%	25%

Pel que fa a les *agressions físiques cap a altres* afecten gens/poc al 12,5% dins de la feina i al 50% fora de la feina. Al 31,25% els afecta una mica dins l'àmbit laboral i al 37,5% fora. Bastant/molt afecte al 56,25% dins la feina i al 12,5% fora.

Al 6,25% els afecten poc les *conductes autolesives* dins l'àmbit laboral i al 62,5% fora. Al 43,75% els afecten una mica dins la feina i, per contra, al 12,5% fora. Al 50% els afecten les conductes autolesives bastant/molt dins la feina i al 25% fora.

Les *conductes sexuals inapropiades* cap a una mateixa afecten gens/poc al 6,25% dins l'àmbit laboral i 62,5% fora de la feina. Al 43,75% els afecten una mica dins de la feina i al 12,5% fora. Per últim, al 50% els afecten bastant/molt aquestes conductes dins de la feina, mentre que al 25% els hi afecta bastant/molt fora.

Per altra banda, i amb resultats diferents, *les conductes sexuals inapropiades cap a altres* afecten gens/poc al 0% dins la feina i al 43,75% fora. Al 56,25% els afecta una mica dins la feina i al 25% fora. Al 37,5% els afecta bastant/molt dins la jornada laboral i al 31,25% fora.

Pel que fa a les *agressions verbals*, al 37,5% els afecten gens/poc dins de la feina i al 56,25% fora. Al 56,25% els afecta bastant dins la feina i al 31,25% fora. Per últim, i amb xifres ben diferents, bastant/molt els afecta al 6,25% dins la jornada i al 12,5% fora.

Al 12,5% els afecten gens/poc *la gestió de l'equip professional davant les CP* dins de la feina i al 18,75% fora. Al 31,25% els afecta una mica dins l'horari laboral i al 25% fora. Per últim i amb resultats elevats per igual, al 50% els afecta bastant/molt dins de la feina i al 56,25% fora.

Per últim, *les lesions físiques que surten a conseqüència de situacions problemàtiques* afecten gens/poc al 0% dins la jornada i al 12,5% fora. Una mica afecte al 43,75% dins la feina i al 56,25% fora. Per últim, al 56,25% els afecten bastant/molt dins l'horari laboral i al 25% fora.

Resumidament, observem que les xifres més elevades de la categoria gens/poc formen part dels efectes fora de la feina sent 5 de 8 situacions. Pel que fa a dins de la feina, les xifres són petites, per tant, la gran majoria de CP afecten les PPS dins de la feina una mica o bastant/molt. En aquesta línia, els efectes són més elevats en la categoria bastant/molt dins la feina en 5 de 8 situacions. En 3 situacions dins de la feina la xifra elevada es troba en una mica. Fora de la feina, 2 de les 8 situacions presentades afecten generalment una mica i 2 de 8 afecten majoritàriament bastant/molt.

Seguidament, en el gràfic 10 de l'annex 7.3 (p.91) podem observar les respostes a la pregunta del qüestionari: "*Algun cop en els últims 3 mesos t'has sentit així en relació amb la teva feina?*"

El 18,75% expressen haver-se sentit poc *frustrades* a la seva feina, mentre que el 50% una mica i el 25% bastant. 1 persona, el 6,25%, s'ha sentit molt frustrada en els últims tres mesos. Ningú s'ha sentit gens frustrada.

El 12,5% no ha sentit que *no pogués gestionar les situacions sola* mentre que el 31,25% s'hi ha sentit poc i el 37,5% una mica. El 25% ha sentit que li era bastant difícil. Ningú ha expressat que li costés molt gestionar-les.

En relació a la *normalització de les CP*, s'ha preguntat si algú s'ha estranyat quan han passat CP a la feina i el 50% han respost que gens. El 25% ha respost poc i el 31,25% una mica. El 6,25% expressa que bastant mentre que ningú se sent molt estranyat.

A la pregunta, *estàs acostumada a que es donin CP*, s'ha vist que les respostes apunten al mateix que l'anterior, ja que el 37,5% expressa estar molt acostumada i el 31,25% expressen estar-hi bastant. El 12,5% una mica i un altre 12,5%, poc. Per últim, el 6,25% no hi està gens. Per altra banda, el 37,5% expressen estar molt *acostumades a veure conductes agressives* i el 31,25% bastant. El 25% hi està una mica, ningú ho està poc i una persona (6,25%) hi està gens. Observem també que pel que fa al costum de rebre aquestes conductes el 0% expressar estar molt acostumat a rebre conductes agressives mentre que el 31,25% expressa estar-hi bastant. El 43,75% estan una mica acostumats a rebre-les, el 18,75% ho estan poc i el 6,25% no hi està gens.

A la pregunta: "*Creus que tens les conductes problemàtiques normalitzades?*" el 37,5% ha expressat que molt, un 25% bastant i un 25% una mica. El 6,25% les té poc normalitzades i un altre 6,25% no les té gens normalitzades.

Per altra banda, el 18,75% expressen sentir-se molt *recolzades*, ningú se sent bastant recolzat i un altre 18,75% se sent una mica recolzada. El 37,5% se sent poc recolzada i el 25% gens.

Pel que fa a la sensació que *no s'està intervenint bé*, el 18,75% senten que molt que no s'intervé bé, un altre 18,75% sent que bastant i un altre 18,75% una mica. El 37,5% sent poc que no s'intervé adequadament i el 12,5% no pensa que s'intervengui malament.

El 31,25% se sent molt *estressada* i el 18,75% bastant. El 37,5% (la majoria) se senten una mica estressades mentre que el 6,25% s'hi sent poc i un altre 6,25% s'hi sent gens.

Pel que fa a *enfadada*, ningú de la mostra se sent molt enfadada ni gens. El 50% se senten poc enfadades, el 31,25% una mica i el 18,75% bastant.

Pel que fa al sentiment de *soledat*, ningú expressa sentir-se ni molt ni bastant sola. El 31,25% se senten una mica soles i poc soles respectivament mentre que el 37,5% no se sent gens sola.

Finalment, el 25% se senten molt *acompanyades* i el 50% bastant. Un 18,75% se senten una mica acompanyades i un 6,25% poc acompanyades. Ningú se sent gens acompanyada.

Podem observar, anticipant-me una mica a les conclusions, que l'anàlisi de les qüestions relacionades amb la normalització de les CP apunten al fet que sí que hi ha processos de normalització, encara que, aparentment, no sembla que els efectes d'aquesta normalització siguin molt perjudicials per la PPS. La mostra presenta també xifres altes pel que fa als nivells de malestar en la feina encara que la majoria expressa no sentir-se massa sola.

Pel que fa directament a la *normalització* de les CP dins de l'àmbit laboral, el 68,75% expressen sí tenir les CP normalitzades, tal com podem veure al gràfic 11 de l'annex 7.3 (p.92). El 6,25% diuen no tenir-les normalitzades i el 25% potser. Fora de la feina les xifres canvien, el 18,75% diuen sí tenir-les normalitzades també, el 43,75% no i el 37,5% potser.

Pel que fa específicament a les *conductes agressives*, els resultats no difereixen massa als mostrats a l'anterior. Al gràfic 12 de l'annex 7.3 (p.92) observem que el 68,75% expressen sí tenir les conductes agressives normalitzades dins de la feina, el 12,5% no i el 25% potser. Fora de la feina, el 25% sí que les tenen normalitzades, el 62,5% no i el 12,5% de la mostra potser.

Per últim, a l'annex 8 (p.93), podem observar les respostes a la pregunta oberta del qüestionari: "*Quins efectes consideres que tenen per tu les conductes problemàtiques dins i fora de l'àmbit laboral?*" Procediré a comentar-ne algunes, aquelles que trobo que reflecteixen de millor manera el que s'ha plasmat en les 16 respostes.

Observem que 15 de 16 respostes afirmen tenir les CP normalitzades en l'àmbit laboral, però només 3 de 16 respostes expressen explícitament no tenir clar si les CP o les conductes agressives les tenen també normalitzades fora de l'àmbit laboral, o si més no, es presenten ambigües pel que fa a l'acceptació d'aquestes situacions. Ho veiem, per exemple, en aquestes respostes:

R 1: "*Per mi, l'efecte és que no sé si sentir que la meva feina és haver de fer front a aquestes situacions o no. No sé com col·locar-me davant d'aquest dilema, sé que les CP no passen per què si, tenen un motiu i la nostra feina és entendre-la per poder canviar la conducta de la PNS, però tot i així, no sé si vull haver d'aguantar agressions físiques i que es vulneri la meva integritat com a ésser humana, persona i treballadora*".

R 2: "*Crec que he normalitzat les conductes agressives perquè empatitzo massa amb la persona que agredeix o té una CP. A vegades em costa fer la distinció de dins i fora de la feina, perquè al final pots tenir una discapacitat o no, pots ser completament funcional a ulls del sistema, però psicològicament no està bé i dur a termes conductes problemàtiques. Per tant, crec que aguanto i comprenc massa situacions problemàtiques i conductes agressives perquè he entès que dins de la feina, "és el que he de fer", i sense adonar-me'n, m'ha calat en la meva persona*".

Per contra, una persona expressa no tenir-les normalitzades ni voler-ho fer en cap espai.

R 3: "(...) *No normalitzaré mai la violència dins, de l'àmbit laboral, si el normalitzem enviem el missatge a les PNS que és una cosa normal i no ho és (és una CP) (...)*".

4 de 16 respostes afirmen que sí que tenen les CP normalitzades dins de l'àmbit laboral però no fora. Ho veiem en aquestes respostes:

R 4: *"He normalitzat tipus de conductes agressives dins l'àmbit laboral, però gens a la resta del meu temps. La violència en sí m'afecta, i de diferent manera a la feina que a la meva vida quotidiana"*.

R 5: *"Crec que si he normalitzat les conductes tant problemàtiques com agressives a la feina. Fora de la feina no les accepto"*.

Diverses respostes (9 de 16) reflecteixen el malestar emocional que generen les CP, així com també expressen la falta de formació o professionalitat. Ho veiem, per exemple, en les següents respostes:

R 6: "(...) *He aconseguit, amb el pas del temps i molta teràpia i exercicis introspectius, de separar el meu àmbit laboral del personal, això no és que em faci més forta, però sí que em consciència i m'aporta respostes, per a mi tranquil·litzadores i reconfortants"*.

R 7: "(...) *Considero que falta formació per poder treballar determinades problemàtiques o suport per tal de poder fer-hi front de la millor manera possible"*.

R 8: *"Quan decideixes treballar dins d'aquest tipus de centre, has de ser molt conscient d'on t'estàs ficant, i per això diria que fa falta una formació prèvia a entrar al centre, ja que no existeix, i podria evitar que gent que no està preparada, passi una mala estona, i que no repercuteixi en el moment de gestionar una contenció amb un usuari. (...) no hi ha una bona gestió cap a la cura de l'equip tècnic/equip directiu/empresa als monitors. Sent una feina tan estressant no ens han ofert mai un recurs psicològic, i fins que no he portat més de set mesos no ens han fet formacions de com fer contencions físiques, ni formacions necessàries per*

estar en un centre com aquest. Jo diria que no és la feina com a tal la que s'ha de qüestionar, sinó la gestió darrera de les intervencions i la cura de l'equip d'atenció directa".

Aquesta última pregunta oberta del qüestionari ens confirma l'alta prevalença de la normalització de les CP així com el malestar i la necessitat d'una millor participació de l'equip directiu o responsable dels centres.

Per tancar aquest apartat 3 de l'anàlisi quantitativa, podem resumir, partint d'una mostra exploratòria, que la normalització de les CP és una realitat, però ens fa replantejar la hipòtesi d'aquest treball la qual, recordem, deia que les CP provocava una progressiva normalització de les conductes agressives i problemàtiques fora de l'àmbit laboral. Els resultats que hem pogut extreure no van en aquesta direcció, sinó que afirmen la normalització d'aquestes conductes dins la feina així com també la necessitat que l'equip responsable o l'entitat en qüestió es faci més càrrec del que suposen aquestes conductes per a les PPS. En aquest apartat del qüestionari, que pretén conèixer els estats de benestar de les professionals, s'observen xifres elevades pel que fa a nivells alts de malestar emocional i psicològic (frustració, estrès, enfado, etc.).

7.2. Anàlisi qualitativa dels resultats

Com a mostra qualitativa, aquest treball compta amb l'entrevista semiestructurada realitzada a la directora de la Fundació Pere Mitjans. El guió d'aquesta entrevista es troba l'apartat 9 dels annexos (p.97) i la transcripció a l'annex 10 (p.98). Per tal de poder analitzar de manera eficaç i rigorosa el contingut que ens ha brindat aquesta entrevista, la seva anàlisi constarà de 7 categories.

Categoria 1: Les conductes problemàtiques en la discapacitat intel·lectual

En aquesta primera categoria que correspon a un apartat del marc teòric, observem en línies generals què són les CP i la bidireccionalitat d'aquestes. L'entrevistada ens ho explica així:

Entrevistadora: "(...) tu diries que són conductes agressives o violentes?"

Entrevistada: "Violentes per qui? És a dir, que et peguin, sí, és violent pels dos. (...) Una cosa és el que és, i l'altre és com tu interpretes, quina creença tens tu al voltant.

Què sents és una cosa, què interpretes o quina és la teva creença una altra, i com actues és la tercera. Hi ha com 3 parts”.

Categoria 2: Prevalença de les CP

En aquesta categoria, extreta també del marc teòric, es demostra un cop més l’alta prevalença de les CP en les persones amb DI. En l’entrevista es demostra de la següent manera:

Entrevistadora: “(...) T’has trobat amb persones que presenten conductes desafiants?”

Entrevistada: “Des del primer dia”.

Categoria 3: Causes i funcions de les CP

Aquesta categoria emergeix del propi marc teòric d’aquest treball. En l’entrevista s’entén que les CP tenen unes causes i, per tant, es poden reduir coneixent i actuen en les causes, les quals s’identifiquen com a la falta de realització de coses significants per a la persona o de coses valuoses, o coses que fa tothom. L’entrevistada ho explica de la següent manera:

Entrevistada: “Doncs les conductes que ens preocupen o que les persones facin conductes estranyes que no entenem sempre hem pensat que si les persones fan les coses que fa tothom, que si té oportunitats de fer coses significatives i importants en la seva vida, normals, les que fa tothom, doncs segurament aquestes conductes baixen. (...) però en tot cas deu haver-hi algun motiu que sapiguem o no, que encertem o no”. (...) Anem a treballar amb totes les coses de la persona (...). I fent activitats normals i fent alguna cosa significativa, estan poc avorrits i tot això, està clar que les conductes baixen. (...) Sense saber què és la programació centrada en la persona, però aquí dèiem: val, tu agafes una persona, li preguntes què vol fer, intentes que faci el que vol, que sigui feliç, que s’ho passi bé, que faci coses, les que fa tothom, anar a comprar, parlar a la taula, o sigui el que fa tothom i les conductes baixen. (...). (...) el centre ens hem d’ajustar a les persones, no les persones al centre”.

Categoria 4: El treball amb persones que presenten CP

En aquesta categoria, extreta de la mateixa entrevista, es recull la manera com explicita l'entrevistada que cal intervenir amb les PNS i des d'on. S'afirma que cal entendre la conducta i no interpretar-la com a personal o amb intenció personal, només així la PPS podrà col·locar-se a on li cal per a poder intervenir de manera reparadora i beneficiosa.

Entrevistada: “Si tu creus que és voluntari o creus que és per *putejar-te* (...) doncs això influeix tant en el sentiment, com en la intervenció que tu tindràs. Per tant, s'ha de treballar molt aquí, perquè les intervencions estan mediatitzades per això. (...) molt important l'actitud dels professionals. Perquè l'actitud dels professionals és tot. Si les persones poden tenir bona vida o vida normal és per l'actitud dels professionals”.

Entrevistada: “Que les persones amb trastorn de conducta puguin viure en el món depèn de l'actitud de les persones que l'acompanyen, i com que entendre-ho ho modifica, doncs aquí és el *kit*”.

Entrevistada: “(...) jo penso que forma part de la nostra feina donar suport a les persones, punt. Per mi forma part de la feina, per mi entra a nòmina (...). En un forn t'embrutes de farina i aquí et poden escopir (...)”.

Categoria 5: Efectes de les conductes problemàtiques

Aquesta categoria sorgeix també del marc teòric i pretén conèixer l'opinió, aprenentatge i experiència d'una persona amb tant recorregut en l'àmbit de la DI. Aquesta categoria es divideix en subcategories per tal de poder tractar de manera específica tots els efectes que sorgeixen en l'entrevista.

Subcategoria: La lectura de la conducta

En aquesta subcategoria, extreta de la pròpia entrevista, l'entrevistada dona a entendre que, a banda dels efectes obvis que té per a una persona rebre una agressió, l'efecte que tingui per a la PPS depèn d'ella, de la lectura que faci de la conducta. Fa referència a les tres parts que té una CP, l'acte, la interpretació i la intervenció. Així ho explica:

Entrevistada: “Una cosa és el que és, i l'altre és com tu interpretes, quina creença tens tu al voltant. (...) Hi ha com 3 parts. (...) Tots som humans i més o menys sentim el mateix (quan t'agredeixen), que *"joder hòstia puta quin mal, que me han dado"*,

però després va la creença, què creus tu que ha passat(...). Jo crec que el que et protegeix davant d'aquestes conductes és la creença que tens. Si tu creus que això és per un motiu, tens una explicació aleshores és diferent (...). Per mi no és el mateix que un paio et piqui al metro a que ho faci en S. No ho rebo igual, la bufetada segurament serà la mateixa, però la creença o el traspàs de límits que hi ha són diferents”.

Subcategoria: La normalització

Aquesta subcategoria recull les respostes vers la possible normalització de les CP. L'entrevista es mostra en una postura clara. Respecte a l'extrapolació de les agressions en l'àmbit privat, l'entrevistada respon el següent.

Entrevistada: “(...) Una parella és una altra cosa, és voluntari. Tu a la feina estàs treballant i estàs fent una feina perquè les persones millorin la seva vida, tinguin millors habilitats adaptatives, i visquin cada vegada millor, però una parella per mi és una altra cosa, no té res a veure. La parella l'esculls i... (...) és que a les cinc marxés i ja no segueixes estant amb aquesta persona”.

Entrevistada: “ (...) sí que és veritat que es normalitza. (...) Ho normalitzes en la relació amb la persona només. (...) Si t'escupen 20 cops al dia doncs ja ni te n'adones.

Entrevistada: “Algunes vegades hi ha situacions greus, però hi ha molta normalització.

Subcategoria: Les CP per a les PNS

Aquesta subcategoria ens presenta una nova perspectiva que no s'havia observat massa al treball. Quins són els efectes de les CP en les PNS. L'entrevistada ens diu:

Entrevistada: “(...) Les persones també ho passen malament, les *"nostres persones"*, les persones amb discapacitat que els hi passen aquestes coses, que estan a la Pere Mitjans.”

Entrevistada: “L'únic perill que li veig a la normalització de conductes és que si ho normalitzem molt perdem perspectiva i li restem oportunitats a la persona de trencar-nos les banyes per proposar-li coses per canviar la conducta”.

Categoria 6: El benestar emocional i psicològic de les PPS

Aquesta categoria neix del propi marc teòric i, en aquest cas, mostra la perspectiva de l'entrevistada vers a com no ha de viure una PPS les conductes problemàtiques i com intenten donar suport a les treballadores des de la fundació.

Entrevistada: “Intentem fer el màxim perquè la gent pugui tenir els màxims recursos per fer front a aquestes situacions de la millor manera, però les situacions formen part de la feina”.

Entrevistada: “Si ho perceps com una agressió d'una persona normal que ve i t'agredeix, no ho pots aguantar, bé, és que no ho has d'aguantar. Has de marxar”.

Categoria 7: El treball en equip

La categoria surt de l'entrevista i reflecteix la importància del treball en equip segons l'entrevistada.

Entrevistada: “Per mi el més important és el treball en equip. Qui està a prop teu és qui t'ha de donar el suport,(...). (...) no hi ha ningú com el teu propi equip per fer pinya, per fer el grup de suport. Tenia una companya que deia "La por es passa en equip". I sí, la por es passa en equip(...). Per mi el treball d'equip és un eix bàsic i la companya que està amb tu et dona el suport mutu que és necessari que et diu “vés a rentar-te i ja m'encarrego jo”, o “vés a fer una cigarreta i jo que sé”... “o plorem juntes o ens desesperem juntes o riem juntes””.

De l'entrevista podem extreure un seguit de conclusions generals que, podem afirmar, aporten una mirada molt diferent enriquidora, així com introdueix nous conceptes al treball. El que més es destaca són els 3 moments que acompanyen les CP. Són (1) la conducta, (2) la interpretació i (3) la manera d'intervenir. Aquests tres moments s'observen com a claus perquè les conseqüències de les conductes disruptives no siguin catastròfiques ni per a la persona que les fa ni per a qui ho rep.

L'entrevistada dóna especial importància a la manera de fer de l'educador i a com de determinant és perquè les PNS puguin desenvolupar i portar una vida de qualitat i gratificant, a la vegada, aquesta manera de fer de les professionals va determinada per la interpretació que es faci de la conducta (moment 2). A la vegada, per a poder arribar a fer una interpretació beneficosa, cal tenir un equip de treball que et faci costat en els moments durs, que són aquells moments en què la conducta esdevé.

Resultats generals

Aquestes pàgines d'anàlisi dels resultats que ens han seguit, pretenien donar resposta als objectius generals 1, 2 i 3, juntament amb la recerca bibliogràfica, i als objectius específics 2 i 3. De manera esquemàtica i prèvia a les conclusions que ens seguiran, podem concloure diverses coses.

Per una banda, hem observat que la prevalença de les CP és força alta. Segons els resultats analitzats, del total de qualificacions, s'extreu que el 29,16% de les seleccions s'emmarca en les conductes que no han succeït mai o rarament, el 34,02% es troben en les conductes que succeeixen molt sovint o sovint i el 28,12% en aquelles que succeeixen ocasionalment. Quasi la meitat de la mostra (7 de 18) són conductes que majoritàriament es donen molt sovint o sovint i una majoria (9 de 16) dels enquestats manifesten algun malestar en relació a les CP.

Per altra banda, cal parar atenció al que ens ha revelat el qüestionari. Observem que les conductes que suposen més problemes a l'hora de gestionar-les són aquelles que succeeixen menys (estrangular o asfixiar i utilitzar objectes com a armes). I les que generen menys problemes a les professionals PS són quasi les mateixes que succeeixen més (amençar, escopir i insultar). Aquí observem que probablement la causa per la qual algunes conductes no afectin massa a les PPS és perquè hi estan acostumades. Una gran majoria (68,75%) afirma tenir les CP i les conductes agressives normalitzades en l'àmbit laboral i, lligat amb això, l'entrevistada parla en diverses ocasions dels processos de normalització entesos com a acostumar-se a aquelles coses que es donen de manera habitual en el teu àmbit de feina. En acostumar-se, inevitablement li restes importància a la conducta.

En aquesta línia, l'entrevistada fa menció de 3 moments que acompanyen les CP així com també destaca la importància de l'equip de treball per a poder seguir prestant el millor servei possible i perquè el benestar de la PPS no s'hi vegi altament afectat. En el següent apartat es pretén poder concloure tots aquests resultats de manera rigorosa, eficient i clara.

8. CONCLUSIONS

En les pàgines següents i últimes d'aquest treball, s'intentarà fer una recollida i síntesi de tot el que s'ha estudiat, observat i recopilat al llarg de l'estudi, el qual pretenia donar resposta als objectius generals i específics redactats en l'apartat 3 d'aquest treball i a les preguntes d'investigació disponibles en l'apartat 2 del treball, a les quals accedirem més endavant.

D'aquest estudi exploratori podem extreure diverses conclusions. Primerament, hem observat que la prevalença de les CP és alta en tots els mètodes emprats en aquest treball. A la vegada, diversos autors que hem vist al marc teòric (Novell et. al., 2003, Benson i Brooks. 2008, Antonacci et al., 2008, entre d'altres) fan esment del problema que suposa l'alta xifra de CP en la DI. La mostra d'aquest treball ens ha revelat que les CP afecten i estan presents de manera continuada en la tasca educativa/laboral de les PPS. Observem que del total de respostes de la pregunta 7 del qüestionari, el 34,02% es troben assenyalant conductes que passen sovint o molt sovint així com 9 de 16 persones enquestades expressen algun malestar en relació amb les CP. En la mateixa línia, l'entrevistada també respon haver-se enfrontat a les CP constantment. Podem concloure doncs, que les CP tenen una gran presència en la vida de les persones amb DI i de les PPS que les acompanyen. Aquestes conductes, com hem vist unes pàgines amunt, s'emmarquen en conductes estereotipades, conductes autolesives, conductes agressives i conductes socialment inapropiades com els trastorns de regulació física i els trastorns emocionals (Martin, 2009).

L'anàlisi quantitativa d'aquest treball ha donat de resultat que la conducta que més succeeix és *insultar* (50%) seguit d'*amençar* (25%) i *escopir* (25%). Les conductes que es donen sovint són les *autolesions* (50%), *colpejar* (43,75%) i *apretar amb força* (43,75%). De manera ocasional ens trobem amb *estirar els cabells* (50%), *esgarrapar* (43,75%) i *tirar objectes* (43,75%). Les conductes rares són *empènyer* (37,5%) i *donar puntades de peu* (37,5%). I per últim, obtenim que aquelles conductes que no succeeixen mai són *estrangular o asfixiar* (68,75%), *utilitzar objectes com a armes* (62,5%) i *atropellaments amb la cadira de rodes* (37,5%). Per tant, podem concloure que la gran majoria de conductes que es donen més freqüentment són les relacionades amb l'agressivitat no verbal sobretot i amb

l'autoagresivitat.

Per poder fer front a aquestes conductes ens cal, tal com explica l'entrevistada i alguns autors revisats al marc teòric, entendre la conducta. Es proposa fer-ho seguint els models bio-psico-socials (Antoncci et. al., 2008), com per exemple el model multimodal, que són aquells que, en coherència amb la definició que es dona a l'OMS i al Banco Mundial (2011), analitzen les conductes atenent als factors contextuais, ambientals i personals de la persona. Diem doncs que *"les alteracions de la conducta són l'expressió inespecífica de factors neurobiològics, psicològics i socioambientals"* (Novell et al., 2003, p.108) i que, per tant, l'atenció a aquests comportaments no pot seguir una única línia de tractament (Antoncci et al., 2008; Novell et al., 2003; Martín, 2009).

L'anàlisi de la conducta problemàtica podem concloure que és una de les eines, si no la principal, per a poder gestionar les CP com a professionals. L'entrevistada ens afirma que si la creença que es té sobre la conducta i les atribucions que se li donen són personals, la professional no podrà sostenir els comportaments, ja que els viurà purament com a una agressió i un atac a la seva integritat. Entendre que les CP no passen perquè sí i que compleixen una funció o tenen un motiu de ser, és el primer pas per a fer una bona anàlisi de la conducta, el qual permetrà a la professional poder fer una bona intervenció que ajudi a disminuir el nombre de CP en lloc d'agreuja-los. S'afirma, en aquesta línia, que la intervenció de la PPS és determinant per a la perpetuació i incitació o no de la conducta (Goñi, 2021; entrevistada, 2023). L'entrevistada (2023) ens diu que *"que les persones amb trastorn de conducta puguin viure en el món, depèn de l'actitud de les persones que l'acompanyen"*, i que entendre les conductes modifica la realitat.

En la planificació d'aquest treball es va pensar que el que seria un problema per a les PPS seria la normalització de les CP, per contra, hem observat que en realitat és més un problema per a les PNS, ja que normalitzar conductes desadaptatives li resta oportunitats a la persona (entrevistada, 2023). Hem observat que la normalització de les conductes problemàtiques i agressives esdevé dins de l'àmbit de feina pel 68,75%, però no se sol extrapolar a la vida privada, ja que només el 18,75% afirmen tenir normalitzades les conductes problemàtiques fora de l'àmbit laboral i el 25% les conductes agressives. Observem, doncs que la hipòtesis plantejada en aquest treball que diu que *"les CP en l'àmbit laboral generen una progressiva*

normalització de la violència en la vida quotidiana de les PPS", no es compleix, ans al contrari, se'ns afirma que si es normalitzen les conductes fora de la feina, és que no s'està sabent fer un bon estudi de la conducta dins de la feina. També ens afirma l'entrevistada que malgrat que l'acció i/o el dolor pugui ser el mateix dins i fora de la feina, el traspàs de límits no ho és.

En el qüestionari, se'ns fa visible que, malgrat entendre les CP i actuar professionalment, aquestes tenen efectes sobre la salut i el benestar de les PPS, encara que les dificultats de gestió de les CP no és massa alt (16,32%¹⁵). Els resultats del qüestionari demostren el que també ens afirma l'entrevistada, com més a prop estàs d'una conducta més t'hi acostumes i la normalitzes i/o invisibilitzes. Observem això en el qüestionari perquè les conductes que, segons la mostra, es donen més freqüentment són les mateixes que suposen menys dificultat de gestió. En canvi, aquelles que es donen poc, suposen nivells de gestió i dificultat molt elevats. També cobra sentit el que ens revela el qüestionari en relació al grau de dificultat de gestió de les conductes. Observem que en cap de les 18 conductes es percep consens pel que fa al grau de problema que suposa per a les PPS. És el cas, entre d'altres, de la conducta *tirar objectes*, la qual el 37,5% la identifiquen com a problema considerable mentre que el 18,75% diuen que no els genera cap problema. *Estirar els cabells* es considera problema extrem pel 6,25%, problema considerable pel 12,5% de la mostra, problema moderat pel 12,5%, problema lleu pel 18,75% i sense problemes pel 12,5%. En aquest últim cas, observem que no hi ha una variable massa més preponderant que les altres, i aquest és el cas de moltes altres conductes.

Les professionals enquestades posen de manifest la falta de preparació i consciència sobre els problemes amb els que es brega en l'exercici professional, ja que expressen acceptar que fer front a les CP forma part de la seva feina. Això va lligat amb el que afirmava l'entrevistada i altres autors (Goñi, 2021; Evers et al., 2001; Singht et al., 2016) sobre el fonamental que és la manera de fer de la professional i com de determinants són els estats d'estrès o malestar en les PPS per fer front a una CP. En aquesta línia, l'entrevistada fa menció del gran suport que és l'equip de treball i l'essencial que resulta en situacions complicades com les que acompanyen les CP.

¹⁵ El 16,32% del total de respostes de la pregunta 7 del qüestionari correspon a *problema considerable* o *problema extrem*.

En aquest punt, ja hem donat resposta a les preguntes d'investigació que se'ns presentaven a l'inici d'aquestes pàgines i podem dir que s'han complert els objectius del treball. De manera breu i fent referència a les preguntes d'investigació, podem respondre el següent:

- En relació amb la pregunta d'investigació 1 **“Les conductes problemàtiques provoquen en les professionals una progressiva normalització de la violència dins i/o fora de l'àmbit laboral?”** podem concloure que això no succeeix. De fet, si aquesta normalització i extrapolació es donés, seria un senyal de que no s'està fent una bona pràctica laboral i no s'està sabent prestar el suport que la persona amb DI i trastorn de conducta necessita.
- **Més enllà de les conseqüències físiques de les conductes problemàtiques, s'identifiquen conseqüències psicològiques i/o emocionals?** Sí, el percentatge de malestar emocional i psicològic de les professionals enquestades en aquest estudi és elevat en emocions com frustració, estrès o enfado, encara que es mostra com a positiu el suport de les companyes de feina. Per molt que se sigui coneixedor del perquè de la conducta, aquesta no deixa de ser una conducta disruptiva i majoritàriament perjudicial.
- **De què depèn que tinguin conseqüències les conductes problemàtiques?**
La diferència recau en la lectura que faci la professional sobre la conducta. Si la creença s'ubica en motius personals, els efectes de la conducta seran majors i destructius, ja que l'agressió es viurà igual que si t'agredeix algú del carrer. Per contra, si s'entén i s'analitza com a una conducta que té un motiu de ser per a la persona amb DI i no com a un atac indiscriminat, la resposta serà reparadora i motivadora de canvis, ja que entendre la conducta no vol dir donar-la com a manera de fer vàlida, sinó que entendre és el primer pas per identificar què li passa a la persona i poder-la ajudar a generar canvis.

No hem d'oblidar que en aquest treball es parla dels efectes que tenen les CP per a les PPS, però no s'ha de perdre de vista que per qui té un major impacte l'existència d'aquestes conductes és per a la pròpia persona amb DI que les dur a terme. Els motius pels quals en aquest treball ens hem centrat en els efectes que tenen per a les professionals és perquè el tema es tracta poc i perquè l'espai d'aquest treball és limitat i, per tant, el tema en qüestió

s'ha hagut d'acotar. Parlar sobre els efectes que tenen per a les pròpies persones seria fer un nou treball que, m'atreveixo a dir, més extens que aquest.

9. BIBLIOGRAFIA

- Antonacci, D., Manuel, C., Davis, E. (2008). Diagnosis and Treatment of Aggression in Individuals with Developmental Disabilities. *Psychiatric Quarterly*, 79 (3), 225-247.
- Amante, A., Vásquez, A. (2006). *Discapacidad. Lo que todos debemos saber*. Organización Panamericana de la Salud. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=bnf6zhhwfDQC&oi=fnd&pg=PT11&dq=discapacidad&ots=t__A1MnjnE&sig=7vR6THTZoZpDcLxMZsAQDIYA5mg#v=onepage&q=discapacidad&f=false
- Amouzou, A., Gwatkin, D., Johnson, K.B., Rutstein, S., Suliman, E.A., Wagstaff, R. (2007). Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries : an overview. *Country reports on HNP and poverty*, 10 (4), 272-282
- Bartholomew, S. N. (2014). *What is the relationship between challenging behaviour, staff burnout and job performance?* [Tesis doctoral, Departament of Clinical Psychology, University of Birmingham]. UBIRA E THESES, <http://etheses.bham.ac.uk/id/eprint/5282>
- Benson, B. i Brooks, W. (2008). Aggressive challenging behaviour and intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 21 (5), 454-458.
- Brame, N. (2014). *Stress, appraisals, and well-being of staff working with adults with intellectual disabilities and challenging behaviour*. [Tesis doctoral, Departament of Clinical Psychology, University of East Anglia]. Ueaepprints. <https://ueaeprints.uea.ac.uk/id/eprint/52147/>

- Carrasco, M.A i González, M.J (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, 4 (2), 7-38.
<https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030758001.pdf>
- Colegio oficial de trabajadores sociales. (2010). *Manual orientativo de prevención y actuación ante agresiones a trabajadores/as sociales*. Industrias Gráficas AFANIAS.
<https://www.comtrabajosocial.com/wp-content/uploads/2021/01/publicacion-Manual-orientativo-de-prevencion-y-actuacion-ante-agresiones-a-trabajadores-as-sociales.pdf>
- Contini, E. N. (2015). Agresividad y habilidades sociales en la adolescencia. Una aproximación conceptual. *Psicodebate*, 15(2), 31-54.
<https://doi.org/10.18682/pd.v15i2.533>
- Eide, A. H., & Loeb, M. (2006). Living Conditions among People with Activity Limitations in Zambia. A National Representative Study. *SINTEF Rapport*.
<https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2443386/SINTEF%2bRapport%2bA262.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Emerson, E., Hatton, C., Llewellyn, G., Blacker, J., Graham, H. (2006). Socio-economic position, household composition, health status and indicators of the well-being of mothers of children with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (12), 862-873.
- Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbick, R., Mason, ., Hatton, C. (2001). *The prevalence of challenging behaviors: a total population study*. *Research in Developmental Disabilities*, 22 (1), 77-93
- Emerson, E., Moss, S., Kiernan, C. (1999). The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorder in people with severe developmental disabilities. Emerson, E., Moss, S., Kiernan, C. *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation*. (p.38-48). N.

Bouras.

Evers, W., Tomic, W., & Brouwers, A. (2001). Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(4), 439-454.

Federación Española del Síndrome de Down, Caja Madrid, Asociación Mundial de Psiquiatría. (2010). *Problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual. Directrices internacionales para el uso de medicamentos*. World Psychiatric Association i Sección de psiquiatría de la discapacidad intelectual https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/58L_problemas.pdf

Fundació Pere Mitjans. (2023). *Fundació Pere Mitjans*. <https://fpmitjans.org/es/inicio/>

González, E., García, F.J, Valles de la Calle, J.M, Miguel de Diego, N., Paulino, P., Martín, C. (2019). Alteraciones de la conducta en personas con discapacidad intelectual adultas ingresadas en un centro residencial. *Informaciones Psiquiátricas*, 237, 9-21

González, P., Matos, P., Garcia, F., Valles, J.M, Esquer, I., Miquel, N. (2017). Use of psychoactive drugs in intellectual disability. *Psychiatric Disorders*. 1-11.

Hatton, C., Rivers, M., Mason, H., Mason, L., Kiernan, C., Emerson, E., Alborz, A., Reeves, D. (1999). Staff stressors and staff outcomes in services for adults with intellectual disabilities: the staff stressor questionnaire. *Research in Developmental Disabilities*, 20 (4), 269-285.

Insitut d'Estudis Catalans. (s.d.) Agredir. Diccionari de l'Institut d'Estudis Catalans. Recuperat el 13 de març de 2023. <https://dlc.iec.cat/Results?DecEntradaText=agredir&AllInfoMorf=False&OperEntrada=0&OperDef=0&OperEx=0&OperSubEntrada=0&OperAreaTematica>

[=0&InfoMorfType=0&OperCatGram=False&AccentSen=False&CurrentPage=0&refineSearch=0&Actualitzacions=False](#)

Ke, X., & Liu, J. (2017). Discapacidad intelectual. (traducció de Prieto-Tagle, F. i Fuertes, O.). Irrarázaval, M. i Martín, A., *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*, (1-28). Rey JM. https://iacapap.org/_Resources/Persistent/9bb8e4d220ccfd6585053b90116d2a2345f3ef60/C.1-Discapacidad-Intelectual-SPANISH-2018.pdf

Martín, M.V. (2009). *Evaluació de factores asociados a la conducta problemática en adultos con discapacitat intelectual*. [tesis doctoral, departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos, Universidad de Salamanca]. Redinet. https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/182356/DPET_P_Martin.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Maulik, P., Mascarenhas, M., Mathers C., Dua T., Saxena S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32 (2), 419-436. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891422210003082?via%3Dihub#preview-section-references>

Novell, R., Rueda, P., Salvador, L., Forgas, E. (2003). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores*. FEAPS

Organització Mundial de la Salut. (2023). *Discapacidad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

Oubrahim, L., i Combalbert, N. (2019). Frequency and origin (reactive/proactive) of aggressive behavior in young people with intellectual disability and autism spectrum disorder. *International journal of developmental disabilities*, 67(3), 209–216. <https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1640972>

- Palhares, D., & Rodrigues da Cunha, A. C. (2013). Ethical approach to aggressive situations involving dependent patients and doctors. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 13(1), 74-79.
- Pérez, J., Meriona, M. (2022) *Definición de Agresividad*. Definicion.De. <https://definicion.de/agresividad/>
- Real Academia Española. (2022) Violento,ta. Real Academia Española. <https://dle.rae.es/violento?m=form>
- Real Academia Española. (2022) Violencia. Real Academia Española. <https://dle.rae.es/violencia?m=form>
- Rojahn, J., Meier, L. (2009). Epistemology of Mental Illness and Maladaptive Behaviour in Intellectual Disabilities. *International Review of Research in Mental Retardation*, 38 (9), 239-287.
- Rueda, P. i Novell, R. (2021). *Conductas que nos preocupan en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo*. Plena Inclusión. https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/05/s-libro-conductas_que_nos_preocupan-v4-1.pdf
- Ruíz, N., Antón, P., González, E., Moya, L. (2012). Consecuencias del cuidado de personas con trastornos del espectro autista sobre la salud de sus cuidadores: estado actual de la cuestión. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15 (4), 1571-1590.
- Sant Pere Claver. Fundació Serveis Socials.(2023). *Residència Tres Pins*. <https://www.spcsosocial.org/residencia-trespins.php>
- Sánchez, J., Fontalba, M. (2017). Consecuencias del Burnout de cuidadores de pacientes con demencia. *European Journal of Health Research*, 3 (2),

119-126).

Singh, N., Lancioni, G., Winton, A., Molina, E., Sage, M.m Brown, S., Groeneweg, J. (2004). Effects of Snoezelen room, Activities of Daily Living skills training, and Vocational skills training on aggression and self-injury by adults with mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, 25 (3), 285-293.

Singh, N., Lancioni, G., Karazsia, B., Myers, R. (2016) Caregiver Training in Mindfulness-Based Positive Behavior Supports (MBPBS): Effects on Caregivers and Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Frontiers in Psychology*, 7 (98), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00098>

Verdugo, M.A. i Schalock, R.L. (2013). Calidad de vida. A M.A. Verdugo, R.L. Schalock, B. Arias, L.E. Gómez, B.J. de Urries, *Discapacidad e Inclusión. Manual para la docencia*. (pp 443-461). Amarú. https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Verdugo/publication/283211086_Calidad_de_Vida/links/562e0c4a08aef25a24432ec3/Calidad-de-Vida.pdf

World Health Organization, Mundial, B. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad.

World Health Organization. (1996). *ICD-10 guide for mental retardation*. World Health Organization. Geneve. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63000/WHO_MNH_96.3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Word Reference. (s.d.) Agessivitat. WordReference.com. Recuperat el 12 de març de 2023. <https://www.wordreference.com/definicio/agressivitat>

10. ANNEXOS

Annex 1

Taula 3

Causes freqüents de discapacitat intel·lectual		
Categoria	Tipus	Exemple
Prenatal	Trastorns cromosòmics	Síndrome de Down*
		Síndrome de X fràgil
		Síndrome de Prader Willi
		Síndrome de Klinefelter
	Trastorn d'un sol gen	Errors congènits del metabolisme com la galactosèmia *
		Fenilcetonúria*
		Mucopolisacaridosis
		Hipotiroidisme*
		Malaltia de Tay-Sachs
		Síndromes neurocutanis
		Malformacions cerebrals*
		Altres síndromes dismòrfics
	Origen genètic	Síndrome de Rubinstein-Taybi
		Síndrome de Cornelia de Lange
		Deficiències* (ioda, àcid fòlic, etc.)
		Desnutrició greu durant l'embaràs*
		Consum de substàncies*

	Influències ambientals adverses	Exposició a altres químics perjudicials* (contaminació, metalls pesants, alguns medicaments, etc).
		Infeccions maternes*
		Altres com la radiació*
Perinatal	Tercer trimestre (embaràs tardà)	Complicacions en l'embaràs*
		Malalties de la mare* (cardíacues, renals, etc.)
		Disfunció de la placenta
	Part	Prematur greu
		Part difícil*
		Trauma en el naixement*
	Neonatal	Septicèmia, icterícia greu*, hipoglicèmia
Postnatal		Infeccions cerebrals (tuberculosi, encefalitis japonesa, meningitis bacteriana)
		Traumatisme cranial*
		Exposició crònica a plom*
		Desnutrició greu i prolongada*
		Baixa estimulació*

*Definitivament o potencialment evitable

Annex 2

Annex 2.1

Segons Ke i Liu (2017), la discapacitat intel·lectual es pot classificar de la següent manera:

- **Profunda:** CI és inferior a 20. Representa entre l'1% i el 2% dels casos de DI. Es caracteritza per una gran dependència, una manca de llenguatge i limitacions pel que fa a l'expressió d'emocions i de comprensió.
- **Greu:** CI entre 20 i 40. Representa entre el 3% i el 4% els casos. Es caracteritza per un retard en el desenvolupament i la capacitat del llenguatge es presenta amb dificultats. Necessitats de suport considerables però amb possibilitat de millora.
- **Moderada:** CI entre 35 i 49. Representa aproximadament el 12% dels casos. Es caracteritza per una necessitat de temps no ordinari pel que fa a desenvolupament intel·lectual. Hi ha una bona capacitat de comprensió i de comunicació, però amb necessitat de suport.
- **Lleu:** CI entre 50 i 69. Representa aproximadament el 80% dels casos. El desenvolupament en els primers anys de vida és més lent, però són capaços de comunicar-se i ser hàbils. Es veu afectada la capacitat d'utilitzar conceptes abstractes, analitzar i sintetitzar.

Annex 2.2

Taula 4

Nivell de desenvolupament en la vida adulta segons la gravetat de la discapacitat

Gravetat	Rang de CI	Nivell de desenvolupament adult
Lleu	50-70	▶ Alfabetització + ▶ Comportament adaptatiu ++ ▶ Llenguatge adequat ++ ▶ Treball semi-qualificat +
Moderada	35-50	▶ Alfabetització +/- ▶ Comportament adaptatiu + ▶ Llenguatge domèstic + ▶ Treball no qualificat amb o sense supervisió +
Greu	25-30	▶ Comportament adaptatiu amb assistència + ▶ Llenguatge mínim + ▶ Tasques domèstiques amb assistència +
Profunda	Menys de 20	▶ Llenguatge +/- ▶ Comportament adaptatiu +/-
NOTA: +/- parcialment aconseguit; + aconseguit; ++ aconseguit definitivament		

Annex 3

Taula 5

CLASSIFICACIÓ	TIPUS
Naturalesa	Agressió física
	Agressió verbal
	Agressió social
Relació Interpersonal	Agressió directa
	Agressió indirecta
Motivació	Agressió hostil
	Agressió instrumental
	Agressió emocional
Signe	Agressió positiva
	Agressió negativa
Conseqüències	Agressió constructiva
	Agressió destructiva
Funció	Agressió territorial
	Agressió per dominació
	Agressió sexual
	Agressió parental disciplinaria
	Agressió protectora maternal
	Agressió moralista
	Agressió predatoria
	Agressió irritativa

Annex 4

Taula 6

Factors biològics relacionats amb factors de tipus genètic - fenotips conductuals
Síndrome de Down
Síndrome de X fràgil o de Bell
Síndrome de Prader-Willi
Fenilcetonúria
Síndrome de Angelman
Síndrome de Lesch-Nyhan
Síndrome de Cornèlia de Lange
Síndrome de Rett
Esclerosi Tuberosa
Síndrome de Williams
Síndrome Velo-cardio-facial
Síndrome Alcohòlic fetal

Annex 5

Taula 7

TIPOLOGIES D'AGRESSIONS	
PSÍQUICA/VERBAL	FÍSICA (segons les conseqüències)
Cridar	Lleu
Colpejar mobiliari i objectes	Mitjana
Insultar	Greu
Amençar	Mortal
Coaccionar	
Indimidar	
Desacreditar	
Ridiculitzar	

Annex 6: QÜESTIONARI

Efectes i conseqüències de les conductes problemàtiques en la discapacitat intel·lectual

En el present qüestionari, i en el marc del meu treball de final de grau, pretenc obtenir informació en relació amb els efectes i les conseqüències que tenen per a vosaltres, les treballadores i treballadors proveïdors de suport de persones amb discapacitat i necessitat de suport, les agressions físiques i o psicològiques que es donen en el context de les conductes problemàtiques. Si us plau, respon de la manera més sincera que et sigui possible. El qüestionari és anònim.

Conceptualització:

PPS = Persones Proveïdors de Serveis (les i els treballadors de persones amb discapacitat)

DI = Discapacitat intel·lectual

PNS = Persones amb Necessitat de Suports

CP = Conductes Problemàtiques

marionam1999@gmail.com [Cambiar de cuenta](#)



 No compartido

*** Indica que la pregunta es obligatoria**

Escriu la teva edat

Tu respuesta

Assenyala la teva identitat de gènere (si vols).

☐ No binarie

☐ Home

☐ Dona

☐ Otro:

Assenyala la teva identitat de gènere (si vols).

☐ No binarie

☐ Home

☐ Dona

☐ Otro: _____

Quin és el teu centre de treball? *

☐ Residència Tres Pins

☐ Fundació Pere Mitjans

☐ Otro: _____

Quina categoria ocupes en el centre laboral? (ex: *educadora social, treballadora social, auxiliar de serveis generals, etc.*) *

Tu respuesta _____

Quins estudis tens? (ex: *cap, ESO, batxillerat, grau mitjà de..., grau universitari de...*) *

Tu respuesta _____

Quant de temps portes treballant amb persones amb discapacitat? *

Tu respuesta _____

En el present qüestionari, i en el marc del meu treball de final de grau, pretenc obtenir informació en relació amb els efectes i les conseqüències que tenen per a vosaltres, les treballadores i treballadors proveïdors de serveis de persones amb discapacitat i necessitat de suport, les agressions físiques i o psicològiques que es donen en el context de les conductes problemàtiques. Si us plau, respon de la manera més sincera que et sigui possible. El qüestionari és anònim.

Conceptualització:

PPS = Persones Proveïdors de Serveis (les i els treballadors de persones amb discapacitat)

DI = Discapacitat intel·lectual

PNS = Persones amb Necessitat de Suports

CP = Conductes Problemàtiques

En els últims tres mesos alguna PNS ha mostrat alguna de les següents CP en el teu espai de treball?

Selecciona entre les opcions següents per reflectir la **frequència**:

Mai

Rarament (ha passat durant els últims 3 mesos però no l'últim mes).

Ocasionalment (1-4 cops en l'últim mes)

Sovint (Més de 4 cops en l'últim mes)

Molt sovint (quasi diàriament)

Selecciona un número de l'1 al 5 per reflectir la **dificultat de gestió** on:

1= No hi ha problema (la gestiono fàcilment)

2= Problema lleu (puc gestionar la situació amb facilitat, però em causa alguna dificultat)

3= Problema moderat (puc gestionar la situació, però és difícil)

2= Problema lleu (puc gestionar la situació amb facilitat, però em causa alguna dificultat)

3= Problema moderat (puc gestionar la situació, però és difícil)

4= Problema considerable (m'és difícil gestionar la situació sol/a)

5= Problema extrem (no puc gestionar la situació sense ajuda)

	Mai	Rarament	Ocasionalment	Sovint	Molt sovint	1	2	3
Colpejar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pessigar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Esgarrapar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apretar amb força	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Empènyer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Donar puntades de peu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Estirar el cabell	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Estrangular o asfixiar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Utilitzar objectes com a armes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tirar objectes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

asfixiar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Utilitzar objectes com a armes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tirar objectes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Destrucció del mobiliari	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Atropellar amb la cadira de rodes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Contacte sexual inapropiat (a companys)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Contacte sexual inapropiat (a treballadores)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autolesionar-se	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Insultar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Amençar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Escopir	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Assenyala com sents que t'afecten el teu benestar les següents situacions problemàtiques **DINS** de la feina

	Gens/poc	Una mica	Bastant/molt
Les agressions físiques de PNS cap a tu	☐	☐	☐
Les agressions físiques de PNS cap a altres	☐	☐	☐
Les conductes autolesives de les PNS	☐	☐	☐
Les conductes sexuals inapropiades cap a tu	☐	☐	☐
Les conductes sexuals inapropiades cap a altres	☐	☐	☐
Les agressions verbals	☐	☐	☐
La gestió de l'equip professional davant les CP	☐	☐	☐
Lesions físiques provocades per les CP	☐	☐	☐

Assenyala com sents que t'afecten el teu benestar les següents situacions problemàtiques **FORA** de la feina

	Gens/poc	Una mica	Bastant/molt
Les agressions físiques de PNS cap a tu	☐	☐	☐
Les agressions físiques de PNS cap a altres	☐	☐	☐
Les conductes autolesives de les PNS	☐	☐	☐
Les conductes sexuals inapropiades cap a tu	☐	☐	☐
Les conductes sexuals inapropiades cap a altres	☐	☐	☐
Les agressions verbals	☐	☐	☐
La gestió de l'equip professional davant les CP	☐	☐	☐
Lesions físiques provocades per les CP	☐	☐	☐

Algun cop en els últims 3 mesos t'has sentit així en relació amb la teva feina?

	Gens	Poc	Una mica	Bastant	Molt
Frustrat/ada	☐	☐	☐	☐	☐
Que no pots gestionar les situacions problemàtiques sol/a	☐	☐	☐	☐	☐
T'has estranyat quan han passat CP	☐	☐	☐	☐	☐
T'has sentit poc recolzat/da pels teus companys/es	☐	☐	☐	☐	☐
Estàs acostumat/ada a que es donin CP	☐	☐	☐	☐	☐
Estàs acostumada a veure conductes agressives	☐	☐	☐	☐	☐
Estàs acostumada a rebre conductes agressives	☐	☐	☐	☐	☐

Que no s'intervé de manera adequada davant les CP	☐	☐	☐	☐	☐
Que tens normalitzades les CP	☐	☐	☐	☐	☐
Estressat/ada	☐	☐	☐	☐	☐
Enfadat/ada	☐	☐	☐	☐	☐
Sol/a	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanyat/ada	☐	☐	☐	☐	☐

Creus que has normalitzat les conductes problemàtiques **DINS** de la feina? *

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Pot ser

Creus que has normalitzat les conductes problemàtiques **FORA** de la feina? *

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Pot ser

Creus que has normalitzat les conductes agressives **DINS** de la feina? *

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Pot ser

Creus que has normalitzat les conductes agressives **FORA** de la feina? *

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Pot ser

Quins efectes consideres que tenen per tu les conductes problemàtiques dins i fora de l'àmbit laboral? És necessari que responguis amb sinceritat. *

Per exemple, sents que has normalitzat la violència dins i fora de l'àmbit laboral? Sents que no hauries de lidiar amb situacions problemàtiques? Sents que aquesta no és la teva feina? Sents que no estàs preparada per això? Sents que no t'afecta en res?

Tu respuesta

Atrás

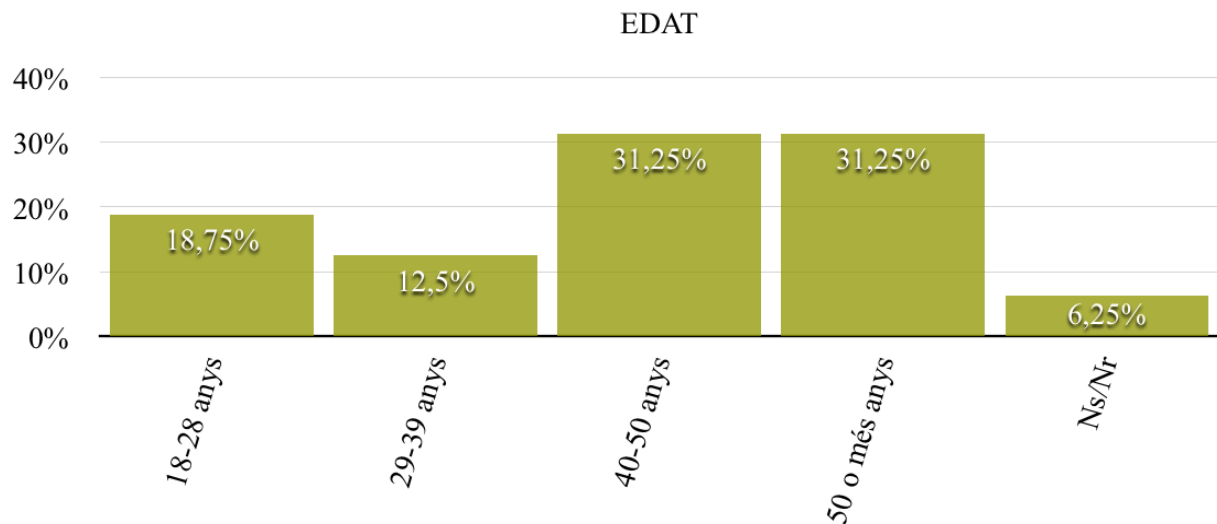
Enviar

Borrar formulario

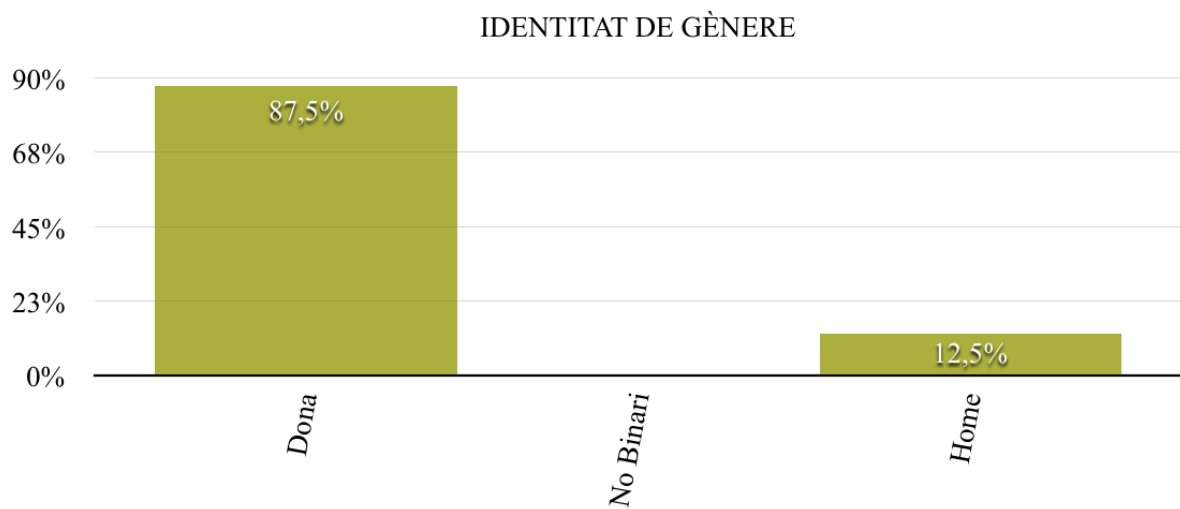
Annex 7: ANÀLISI QUANTITATIVA

Annex 7.1: Contextualització i dades generals

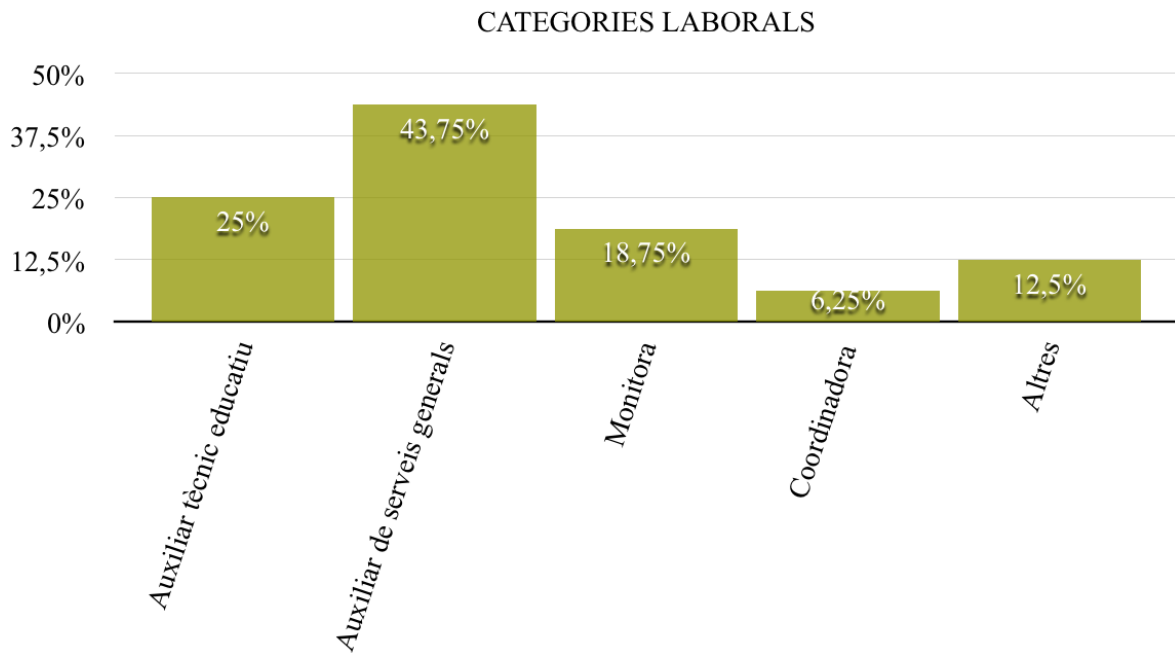
Gràfic 2



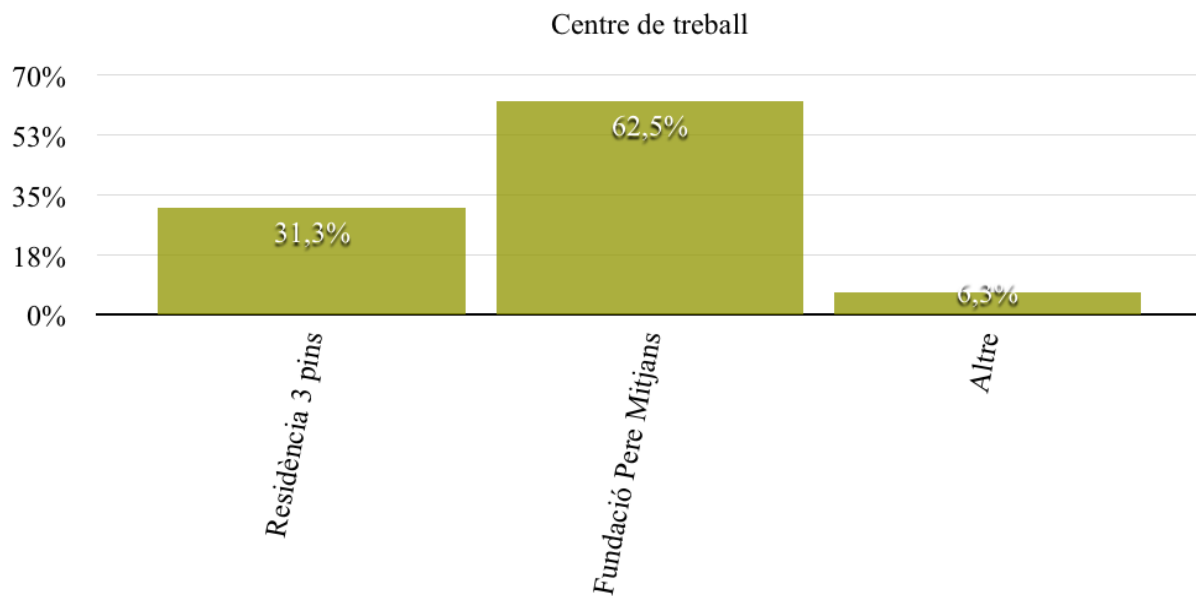
Gràfic 3



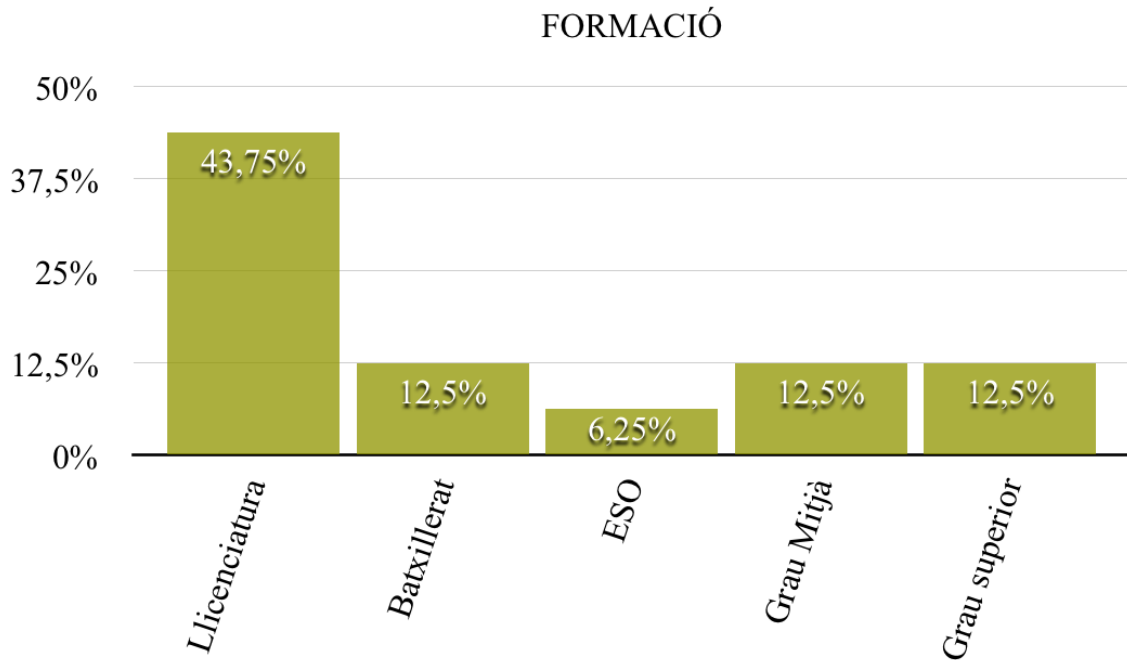
Gràfic 4



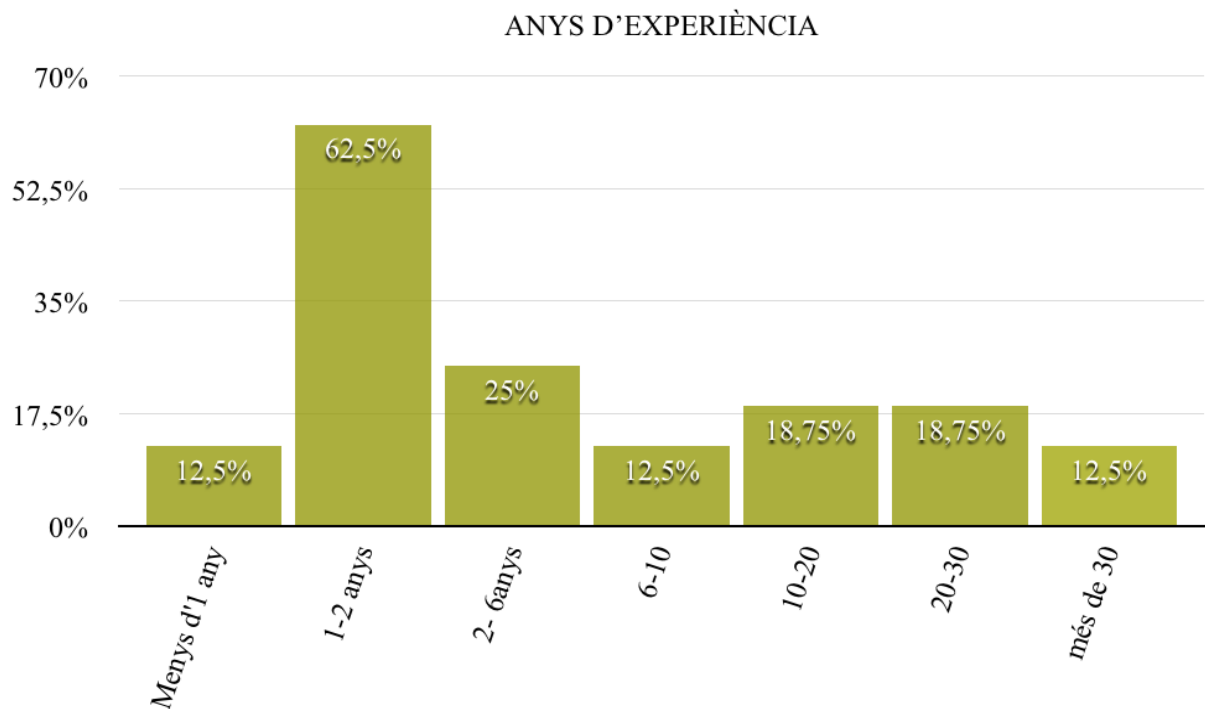
Gràfic 5



Gràfic 6

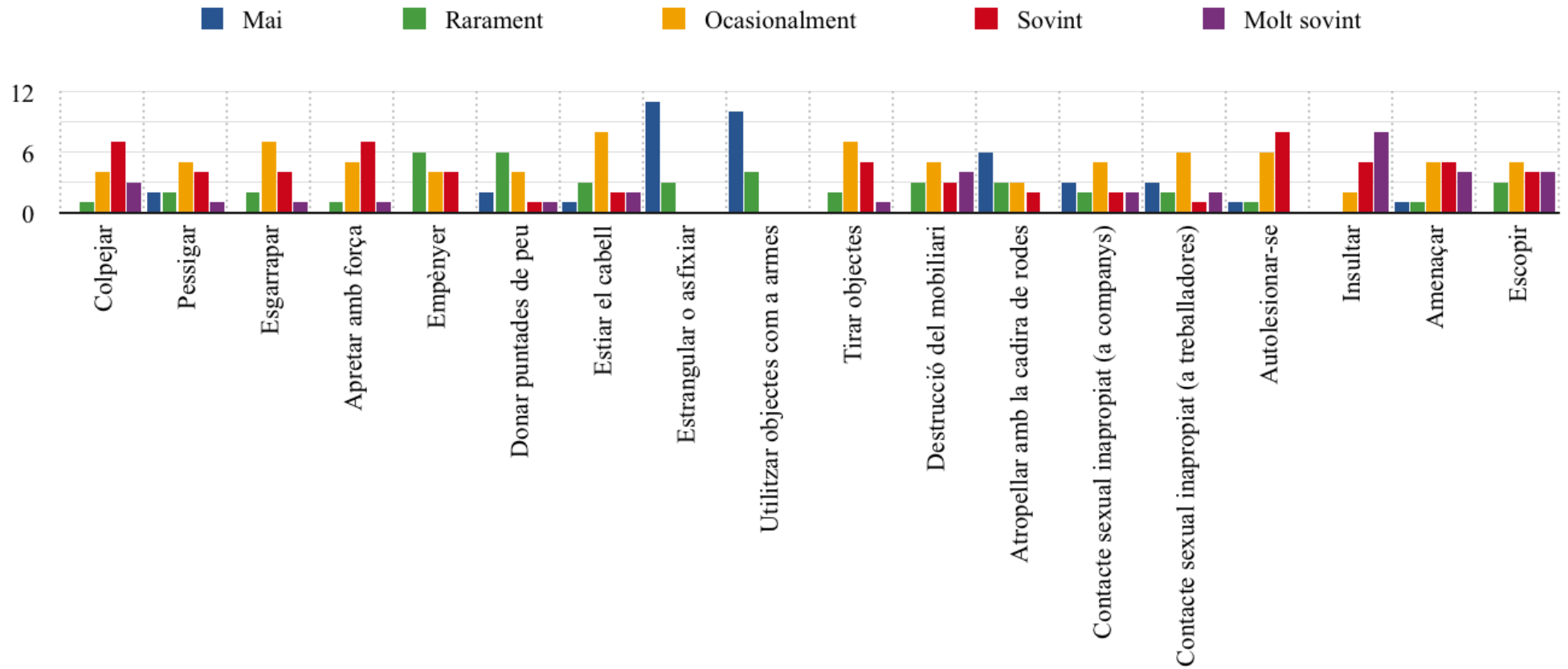


Gràfic 7



Annex 7.2: Prevalença i gestió de les CP

Gràfic 8



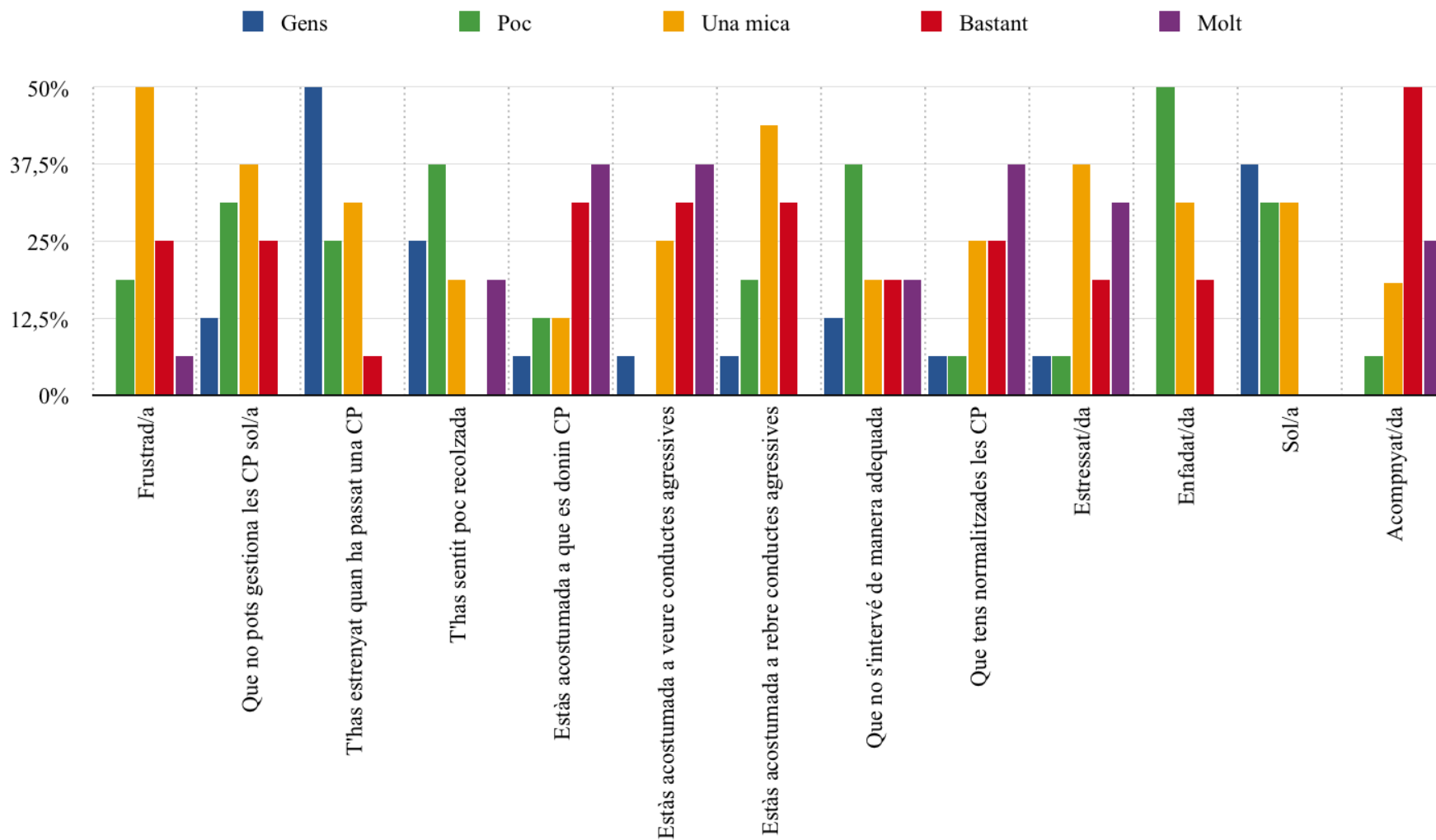
Taula 9

	Problema Extrem	Problema Considerable	Problema moderat	Problema lleu	No hi ha problema	Ns/Nr
Colpejar	6,25%	25%	12,5%	18,75%	6,25%	31,25%
Pessigar	0%	0%	12,5%	12,5%	31,25%	37,5%
Esgarrapar	0%	0%	12,5%	25%	25%	37,5%
Apretar amb força	6,25%	6,25%	18,75%	18,75%	12,5%	37,5%
Empènyer	6,25%	6,25%	6,25%	18,75%	25%	37,5%
Donar puntades de peu	0%	6,25%	6,25%	25%	25%	37,5%
Estirar el cabell	6,25%	12,5%	12,5%	18,75%	12,5%	37,5%
Estrangular o asfixiar	12,5%	6,25%	6,25%	12,5%	0%	62,5%
Utilitzar objectes com a armes	12,5%	12,5%	6,25%	0%	6,25%	62,5%
Tirar objectes	0%	37,5%	12,5%	0%	18,75%	31,25%
Destrucció de mobiliari	0%	25%	12,5%	18,75%	6,25%	37,5%
Atropellar amb la cadira de rodes	0%	18,75%	6,25%	18,75%	12,5%	43,75%
Contacte sexual inapropiat (a companys)	0%	12,5%	18,75%	25%	6,25%	37,5%
Contacte sexual inapropiat (a treballadores)	6,25%	12,5%	25%	12,5%	12,5%	31,25%
Autolesionar-	0%	12,5%	18,75%	25%	6,25%	37,5%

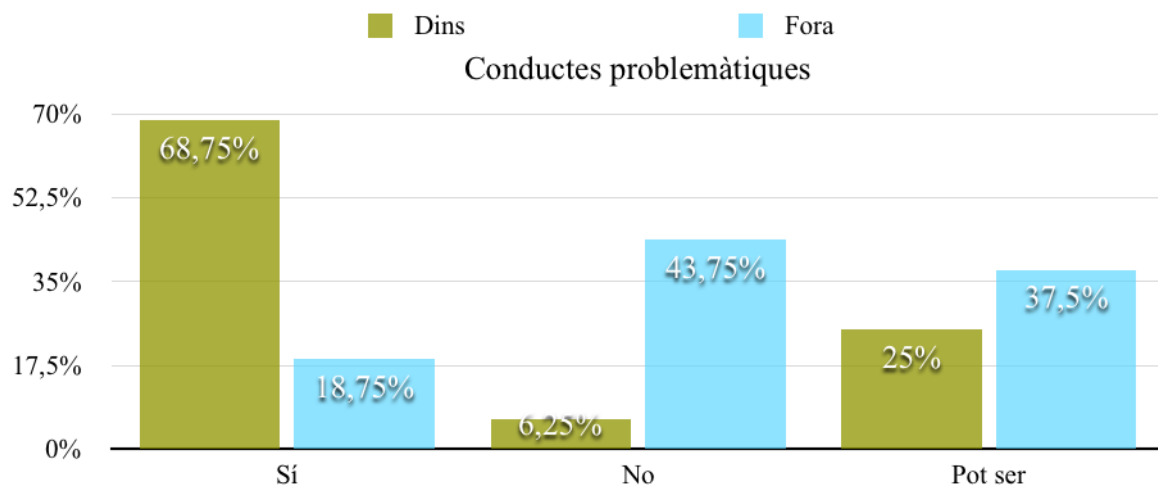
se						
Insultar	0%	12,5%	6,25%	18,75%	25%	37,5%
Amençar	6,25%	12,5%	6,25%	12,5%	31,25%	31,25%
Escopir	0%	12,5%	12,5%	6,25%	31,25%	37,5%

Annex 7.3: Estats emocionals i benestar de les PPS

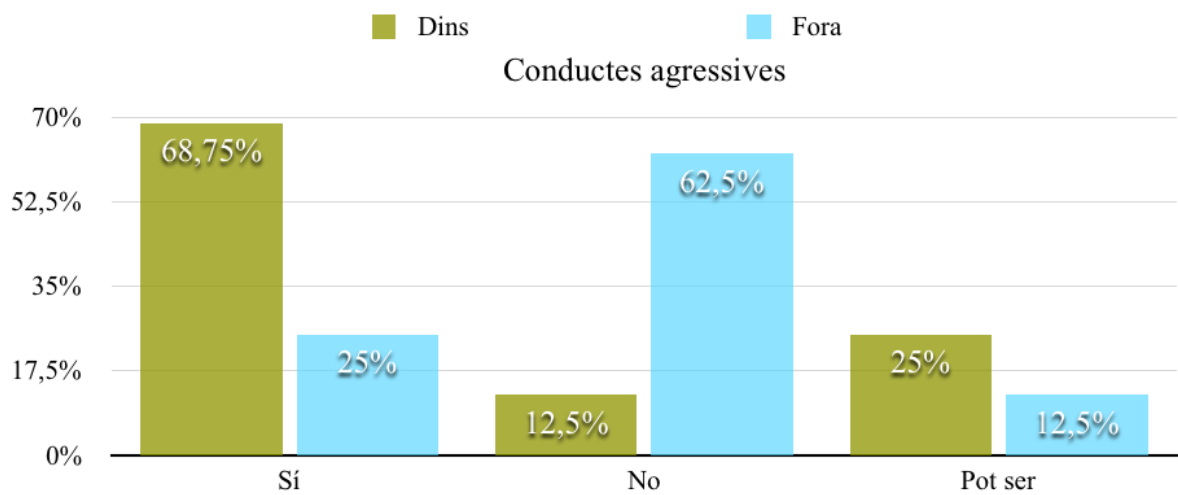
Gràfic 10



Gràfic 11



Gràfic 12



Annex 8

Respostes a la següent pregunta del qüestionari:

Quins efectes consideres que tenen per tu les conductes problemàtiques dins i fora de l'àmbit laboral? És necessari que responguis amb sinceritat. *Per exemple, sents que has normalitzat la violència dins i fora de l'àmbit laboral? Sents que no hauries de lidar amb situacions problemàtiques? Sents que aquesta no és la teva feina? Sents que no estàs preparada per això? Sents que no t'afecta en res?*

Resposta 1

Dins de l'àmbit laboral no tenen cap efecte important, quan m'afecta lleument és quan jo no tinc un bon dia, que ja arribo a la feina amb la motxilla plena; fora de l'àmbit laboral, soc d'aquelles persones que quan surten per la porta deixen la feina allí i passen a la seva vida personal. Cal dir que mai he rebut una agressió forta que m'hagi portat a estar de baixa (tot i que al centre n'hi ha hagut), si mai em trobés en aquesta situació potser em seria més difícil.

No normalitzaré mai la violència dins, de l'àmbit laboral, si el normalitzem enviem el missatge a les PNS que és una cosa normal i no ho és (és una CP), encara més CP em sembla quan aquesta violència es presenta per part dels treballadors, facin o no atenció directe, si algú recorre a la violència és clar que s'ha de dedicar a una altra cosa, no podem pretendre que les PNS tinguin control sobre la violència si nosaltres no en som capaços.

És clar que hem de lidar amb aquestes situacions, treballem amb aquest col·lectiu. Crec que estic suficientment preparada per a dur a terme la meua feina de forma responsable i òptima, evidentment afecta, però jo tinc la facilitat de deixar a la feina les coses de la feina i a més no tinc mai en compte el que un PNS em digui o em faci, mai m'ho prenc com a una cosa personal, les persones a les que atenc em demostren a diari que m'aprecien i confien en mi.

Resposta 2

Els sentiments dins de la feina és sobretot de normalització (sempre evitant que s'arribin a dur a terme i si passa minimitzant la resposta de l'entorn). He aconseguit, amb el pas del temps i molta teràpia i exercicis introspectius, de separar el meu àmbit

laboral del personal, això no és que em faci més forta, però sí em consciència i m'aporta respostes, per a mi tranquil·litzadores i reconfortants.

Resposta 3

he normalitzat les conductes desafiantes

Resposta 4

Crec que al veure tantes situacions he normalitzat algunes conductes que abans em feien sentir estranya. Considero que falta formació per poder treballar determinades problemàtiques o suport per tal de poder fer-les front de la millor manera possible.

Resposta 5

He normalitzat tipus de conductes agressives dins l'àmbit laboral, però gens a la resta del meu temps. La violència en sí m'afecta, i de diferent manera a la feina que a la meua vida quotidiana.

Resposta 6

afecten a que he d'invertir temps i energia en gestionar emocionalment tot el que passa

Resposta 7

Me he acostumbrado a situaciones que no son normales y las he normalizado.

Resposta 8

Dins de l'àmbit laboral crec que tenen una oïmentància el sapiguer entendre al usuari que en aquell moment necessita ajuda i no passar-nos nosaltres negitòz.

Resposta 9

"Per mi, l'efecte és que no sé si sentir que la meua feina és haver de fer front a aquestes situacions o no. No sé com col·locar-me davant d'aquest dilema, sé que les CP no passen per què si, tenen un motiu i la nostra feina és entendre-la per poder canviar la conducta de la PNS, però tot i així, no sé si vull haver d'aguantar agressions físiques i que es vulneri la meua integritat com a ésser humana, persona i treballadora".

Resposta 10

Crec que si he normalitzat les conductes tant problemàtiques com agressives a la feina. Fora de la feina no les accepto.

Resposta 11

Sempre afectan les CP i mes quan tu ets responsable del funcionament del Centre i has d'intentar busca solucions per minimitzar o prevenir, ajudar a la persona amb CP a resoldre les seves conductes, ha buscar eines amb ajuda de companys o especialistes per trobar un benestar general de totes les persones que estan en el Centre. Segur que em falta preparacio, es la meva feina i clar qe m'afecta

Resposta 12

Crec que per desgràcia les diferents formes de violencia estan força normalitzades a la societat. Quan existeixen conductes violentes per temes de salut mental o altres diagnòstics com a professional mostro més tolerància i intento fer servir eines fora de la contenció mecànica o química, pero sovint resulta frustant o ens trobem en situacions que no son fàcils de gestionar.

Resposta 13

Crec que he normalitzat les conductes agressives perquè empatitzo massa amb la persona que agredeix o té una CP. A vegades em costa fer la distinció de dins i fora de la feina, perquè al final pots tenir una discapacitat o no, pots ser completament funcional a ulls del sistema, però psicològicament no està bé i dur a termes conductes problemàtiques. Per tant, crec que aguanto i comprenc massa situacions problemàtiques i conductes agressives perquè he entès que dins de la feina, "és el que he de fer", i sense adonar-me'n, m'ha calat en la meva persona.

Resposta 14

En el moment en què treballes amb aquest tipus de col·lectiu, hi ha moltes conductes que es normalitzen inevitablement, ja que s'han de gestionar diàriament, però en el meu cas només dins de l'àmbit de treball.

Quan decideixes treballar dins d'aquest tipus de centre, has de ser molt conscient d'on t'estàs ficant, i per això diria que fa falta una formació prèvia a entrar al centre, ja que no existeix, i podria evitar que gent que no està preparada, passi una mala estona, i que no repercuteixi en el moment de gestionar una contenció amb un usuari. (...) no hi ha una bona gestió cap a la cura de l'equip tècnic/equip directiu/empresa als monitors. Sent una feina tan estressant no ens han ofert mai un recurs psicològic, i fins que no he portat més de set mesos no ens han fet formacions de com fer contencions físiques, ni formacions necessàries per estar en un centre com aquest. Jo diria que no és la feina com a tal la que s'ha de qüestionar, sinó la gestió darrera de les intervencions i la cura de l'equip d'atenció directa.

Resposta 15

Em fan estar inquieta i alerta durant un període de temps llarg, molta gent em diu que haver de viure-ho forma part de la meva feina, però jo no sé ben bé què pensar, nose si realment ho he d'acceptar o no.

Resposta 16

Si es la meva feina i m'agrada molt, i estic preparat per a tot això dins i fora de la feina.

Annex 9: Guió de l'entrevista

Bloc 1: Presentació

- Edat
- Anys d'experiència
- Formació
- Motivació per treballar en l'àmbit?

Bloc 2: Experiència

- M'interessa conèixer la teva experiència vers les conductes desafiantes de les persones amb necessitats de suport com a treballadora (quants anys?) i com a directora?
- Has estat agredida? Com? En quina freqüència?
- Reconeixes les alteracions de conducta com a conductes agressives?
- Com reaccionaves davant de la conducta? Et senties sostinguda o et senties sola? Et pressionaves?
- Com a directora, has rebut queixes o necessitats expressades vers aquest tema? Per què creus que sí o que no?
- Com veus que les treballadores reaccionen davant les conductes? Consideres adequada l'actuació emocional i física? Creus que les treballadores aguanten massa per tal de "no decebre"?
- Et molestaven aquestes situacions o les llegies com a part de la teva feina? Creus que fora de l'àmbit laboral tens la violència normalitzada (la violència 1 contra 1, no en massa)?
- Tens alguna experiència que em vulguis explicar en aquest àmbit?

Annex 10: Transcripció de l'entrevista

M: Doncs, per començar, qui ets? Quin paper jugues en la fundació? Quants anys fa que treballes en la fundació i en l'àmbit? Quina formació tens? Presentat una mica si no et fa re.

C: D'acord, doncs vaig començar a l'àmbit ben jove. Amb unes companyes vam fer un centre, un esplai per a nens i joves que estaven a casa. Després vam passar a fer un projecte d'inclusió en els esplais del barri. Això va ser quan érem ben jovenetes. Després vaig estar en una escola també, fent substitucions i d'acompanyant de "micro" (microbus) i després vaig començar a la Pere Mitjans, com tothom, fent substitucions i a pisos. Vaig entrar a T. (un pis de la fundació) que eren pisos de nens, després vaig fer la feina de la N, i després ja vaig fer de psicòleg, de supervisió de pisos. I doncs això he fet fins fa dos anys que amb la N vam fer la codirecció quan es va jubilar l'E. el nostre guru. Quan es va jubilar vam agafar la codirecció amb la N. Primer perquè no teníem moltes ganes d'agafar a algú de fora que vingués a dir-nos com hem de fer aquí les coses i per continuar en la línia del que ell ens havia deixat. Ell portava molt molts anys, era dels fundadors quasi. I també perquè econòmicament doncs un altre sou no ens va massa bé, i així doncs ho hem apanyat. I ja està, això faig. De formació soc psicòleg i neuropsicòleg, i tots els cursos mil que s'han fet durant els anys. Però soc inquieta de formació així que sempre que hi ha alguna cosa doncs vaig fent. I ja està.

M: I tot el que explicaves que vas començar en un esplai i després a una escola, és també en l'àmbit de discapacitat?

C: Sí, això en discapacitat.

M: I amb quants anys vas començar?

C: Doncs no ho sé... joveneta, 19 potser.

M: I a la fundació quan portes?

C: Doncs des del 89, 34 anys.

M: Carai!

Doncs, si no vols explicar res més com a presentació...

C: No, no!

M: D'acord, doncs quina és la teva experiència vers les CP? T'has trobat amb persones que presenten conductes desafiantes?

C: Des del primer dia.

M: I tu, tot el que són conductes problemàtiques, bé, jo en el treball les anomeno així, però sé que hi ha moltes terminologies.

C: Ara es parla de conductes que ens preocupen.

M: Si, em vaig debatre entre si fer servir aquest concepte o CP, i al final em vaig decantar per CP per la recerca bibliogràfica que faig fer. Però al final és variable. Aleshores, parlant de les CP, tu diries que són conductes agressives o violentes?

C: Violentes per qui? És a dir, que et peguin, sí, és violent pels dos.

M: D'acord, pregunto això perquè hi ha gent que comenta que no es pot considerar agressiu perquè no és voluntari.

C: Això ja és un altre "berenjenal". Una cosa és el que és, i l'altre és com tu interpretes, quina creença tens tu al voltant. Què sents és una cosa i què interpretes o quina és la teva creença i com actues és la tercera. Hi ha com 3 parts.

M: I podries explicar-me una mica aquestes tres parts?

C: Bé, no et diré res que no sàpigues (riu).

M: Ja, però m'interessa molt igual.

C: Doncs les conductes que ens preocupen o que les persones facin conductes estranyes que no entenem sempre hem pensat que si les persones fan les coses que fa tothom, que si té oportunitats de fer coses significatives i importants en la seva vida, normals, les que fa tothom, doncs segurament aquestes conductes baixen. I això és ideologia de la Pere des de l'any de la seva fundació. Per tant, no s'ha exclòs mai ningú perquè tingui conductes d'aquesta mena, doncs ha sigut com, entesos, anem a veure quins motius, que al llarg de la història els motius s'han pensat de maneres diferents, perquè tot va canviant, però en tot cas deu haver-hi algun motiu que sapiguem o no, que encertem o no.

La qüestió és què fas d'això, i la persona no és només això, perquè anem a treballar amb totes les coses de la persona i això s'espera que es rebaixi. I fent activitats normals i fent alguna cosa significativa, estan poc avorrits i tot això, està clar que les conductes baixen. Ara se li ha posat molts noms, però quan jo vaig entrar aquí això era així sense saber què és el pla de suport conductual positiu, ni què és el suport actiu i sense tots aquests noms tan bonics. Sense saber què és la programació centrada en la persona, però aquí dèiem: val, tu agafes una persona, li preguntes què vol fer, intentes que faci el que vol, que sigui feliç, que s'ho passi bé, que faci coses, les que fa tothom,

anar a comprar, parlar taula, o sigui el que fa tothom i les conductes baixen. Ara a això se li diu suport conductual positiu i programació centrada en la persona i suport actiu, doncs perfecte (riem).

Sempre hem volgut demostrar que el model que tenim funciona, però mai hem tingut massa temps per investigar, i menys diners, però amb el Ramon Novell sí que un parell de vegades, a ell li crida molt l'atenció que aquí les persones, quan anem a la seva visita no és aquí el tens, porta'l a un altre lloc, bé, a vegades sí que ho pensem, però sempre pensem com podem millorar. No diem com a altres llocs "doncs com que no s'ajusta al centre, no pot estar aquí", al revés, el centre ens hem d'ajustar a les persones, no les persones al centre. Doncs al Ramon això sempre li ha cridat molt l'atenció i sempre ha intentat ajudar-nos a demostrar que això funciona. I per què funciona? I una de les vegades sí que vam estudiar com estaven distribuïdes les persones a pisos i quins diagnòstics i quines medicacions prenien, i també, molt important l'actitud dels professionals. Perquè l'actitud dels professionals és tot. Si les persones poden tenir bona vida o vida normal és per l'actitud dels professionals. I per això ara estem tan preocupades, perquè amb la pandèmia aquestes coses que li dèiem l'ADN de la Pere Mitjans està una mica..., que l'hem perdut. Bé, se'ns ha desviat una mica, i per això estem preocupades, no? I això té a veure amb, què sents quan t'agredeix algú? Que tots som humans i més o menys sentim el mateix, que "joder hòstia puta quin mal, que me han dado" , però després va la creença, què creus tu que ha passat. Per què creus tu que la persona ha fet això? Si tu creus que és voluntari o creus que és per putejar-te, o creus que l'únic objectiu d'aquesta persona és venir a fotre't la jornada laboral, doncs això influeix tant en el sentiment, com en la intervenció que tu tindràs. Per tant, s'ha de treballar molt aquí, perquè les intervencions estan mediatitzades per això.

Vam fer uns tests fa temps, i el que es veia és que les professionals de la PM tot i rebre mossegades, estirades de cabell, cops de puny i el que rebem, o rebeu, doncs recolzant-se amb l'equip, havent rebut formació, intentant entendre què li passa a la persona, doncs no se senten malament en general. Home, quan acabes de rebre tothom se sent malament, però no hi ha una actitud dolenta cap a aquestes persones ni, jo què sé, ni es pensa que se n'han d'anar ben lluny. Doncs això, no sé si té contestat o m'he enrotllat massa.

M: No, no, per res. Molt interessant. Bé, jo sí que penso que això que expliques és aplicable a tothom, sigui en l'àmbit que sigui o amb la persona que sigui, qualsevol paraula o

qualsevol gest o conducta de qualsevol ésser humà té un sentit darrere. Que molts cops costen de veure perquè poden ser conductes poc normatives o poc ordinàries, però tenen un motiu. La cosa és que tu pots entendre-ho, però què passa psicològicament amb la conducta. Tal qual, el que a mi em va passar durant el casal d'estiu amb infants amb autisme va ser que vaig acabar amb els braços destrossats però jo ho justificava constantment. Algun cop havia estat 6 hores donant voltes a un pati fugint d'un infant perquè em volia pegar i acabar destrossada de ferides. Una persona molt propera a mi em va dir que si també justificaria conductes agressives si tingués una parella que em maltracta. La veritat jo no vaig saber què respondre, de forma honesta, perquè totes les conductes es poden entendre d'alguna manera. Aleshores, m'agradaria saber què penses d'això que t'acabo d'explicar.

C: Doncs que és molt diferent, tu estàs treballant, estàs en modo professional i has d'analitzar les coses perquè passen, com passen i com prevenir-les. Aleshores estàs en modo professional. Ara, no sé, també s'hauria de veure. El que expliques és una mica horrorós, no hi havia ningú que et pogués ajudar? No hi havia un treball d'equip al darrere? Tu corries sola 6 hores i no hi havia ningú que et pogués ajudar o fer relleus?

M: El que passa amb aquest casal és que era pura supervivència, teníem molt pocs recursos i s'havia d'anar tirant amb el poc que teníem.

C: Clar, és que tampoc és normal eh, no crec ni que un centre de trastorns de conducta estiguin així. Tu si estàs en modo professional, la nostra feina és entendre quina funció té la conducta i perquè passa el que està passant. Aleshores, prendre mesures preventives o d'ensenyar habilitats o estratègies perquè a la persona li passin menys aquestes coses. Perquè les persones també ho passen malament, les "nostres persones", les persones amb discapacitat que els hi passen aquestes coses, que estan a la Pere Mitjans, jo parlo de discapacitat, altres àmbits no els conec. Però clar, una parella és una altra cosa, és voluntari. Tu a la feina estàs treballant i estàs fent una feina perquè les persones millorin la seva vida, tinguin millors habilitats adaptatives, i visquin cada vegada millor, però una parella per mi és una altra cosa, no té res a veure. La parella l'esculls i...

M: Bé, la feina l'ideal seria que també.

C: Bé sí, la feina també s'hauria d'escollir. Però saps, una parella.

M: Entenc el que dius que forma part de la feina, però penso que en l'àmbit social, una de les coses més difícils és aprendre a separar el qui ets tu fora de la feina i qui ets tu dins. A mi és una cosa que em resulta pràcticament impossible.

C: Però és que no és fer una distinció, és que a les cinc marxés i ja no segueixes estant amb aquesta persona.

M: Sí, però totes les coses que vivim ens van modulant la nostra manera de fer, actuar, pensar, etc. Aleshores penso que les coses que vius dins de la feina també poden afectar fora en el teu dia a dia.

C: Home clar, si t'han "atonyinat" avui, doncs aquesta tarda estaràs feta una merda. Ja ho pugués entendre o no, ja sigui per atenció o perquè no sap dir coca-cola, però una cosa no treu l'altre.

M: El tema està en si totes aquestes coses van fent "mella" i van calant en el teu dia a dia i en la teva persona. Històricament, s'ha acceptat que aquestes situacions dures formen part de la nostra feina i moltes professionals han passat pel "tubo" en moltes situacions i no s'han cuidat.

C: És que jo penso que forma part de la nostra feina donar suport a les persones, punt. Per mi forma part de la feina, per mi entra a nòmina que aquí et poden escopir. En un forn t'embrutes de farina i aquí et poden escopir, sí que és veritat que es normalitza. És a dir, al final no és tan important. Si tu treballes a un pis amb una persona que escup moltes vegades al dia, doncs és que normalitzes que t'escopira i ja no es considera una agressió. I aquí a Pere Mitjans ens passa molt. Ens passa tant que després anem "porai" i ens estremem que la gent no ho vegi com nosaltres, perquè ho normalitzem.

M: I això ho veus com un problema?

C: Jo no.

M: Però sí que normalitzes la conducta però només dins de l'àmbit? Dins de la feina?

C: Sí, ho normalitzes en la relació amb la persona només. Si tu tens una persona que et diu 15 vegades "Donde esta la Vanesa" doncs ho normalitzes, fora d'aquest àmbit em diuen 15 vegades "donde esta la Vanesa" li dius, "Mira guapa, espavilat tu amb la Vanesa". Però en aquest àmbit, si et diuen "donde esta la Vanesa" doncs "Donde esta la Vanesa". O si t'escupen 20 cops al dia doncs ja ni te'n adones. L'únic perill que li veig a la normalització de conductes és que si ho normalitzem molt perdem perspectiva i li restem oportunitats a la persona de trencar-nos les banyes per proposar-li coses per canviar la conducta.

M: Val, veus la part negativa de la normalització de les CP en la persona que la fa, però no en la persona que la rep?

C: És que per mi, per a la persona que la rep li entra en nòmina. O sigui, clar és que aquí et diran 15 vegades "donde esta la Vanesa" o t'escupen o et peguen perquè té un TOC de pegar, doncs això no vol dir que sigui agradable ni que se'm posi bé, Segurament no em senti gens bé, però puc entendre perquè passa i treballaré perquè això millori.

M: I consideres que les intervencions que es fa davant d'aquestes situacions són adequades per a la PS?

C: Per mi el més important és el treball en equip. Qui està a prop teu és qui t'ha de donar el suport, jo des d'aquí, des del meu despatx, ni jo ni cap companya de cordi. En el moment que passa podem escoltar i us entendrem perquè també ho hem passat, però no hi ha ningú com el teu propi equip per fer pinya, per fer el grup de suport. Tenia una companya que deia "La por es passa en equip". I si, la por es passa en equip, igual que el dol, que també ajuda més a passar-lo en equip. Per mi el treball d'equip és un eix bàsic i la companya que està amb tu et dóna el suport mutu que és necessari que et diu vés a rentar-te i ja m'encarrego jo, o vés a fer una cigarreta i jo que sé... O plorem juntes o ens desesperem juntes o riem juntes.

Des de la fundació sí que ho intentem, intentem posar el màxim de mitjans disponibles perquè els professionals no s'ho passin malament i perquè cada vegada tinguin més recursos i també perquè això acaba revertint en les nostres persones que són per les que treballem, els usuaris. Doncs intentem fer formacions de salut mental, de contencions, de suport etc. Però ve qui ve. I pensa que després de 30 anys hem fet curs de tot. I estem molt atentes, si algú diu que s'ha de fer un curs de disfàgia, no pateixis que farem un curs de disfàgia. Procurem estar atentes i cuidar a les professionals, però jo també he estat a l'altra banda i amb totes les mancances que tenim de recursos, de professionals i de tot et cagues en coordinació perquè mai fan el que voldries que fessin. Intentem fer el màxim perquè la gent pugui tenir els màxims recursos per fer front a aquestes situacions de la millor manera, però les situacions formen part de la feina. I si tu no estàs disposat a tenir aquestes situacions, em sembla bé, però aquest no és el teu lloc. Però aquí igual que la gent es caga, doncs la gent escup i pega.

M: Entenc el que dius, i els límits sexuals? Perquè, per exemple el J., et toca les parts sexuals, i no ho fa amb una finalitat sexual sinó per cridar la teva atenció. I puc entendre el perquè ho fa, però tot i així em molesta i a més, no vull normalitzar-ho. No vull normalitzar que em toquin la vulva quan jo no vull que me la toquin. Aleshores aquí entre el meu debat, no vull que em toquin, però forma part de la meua feina...

C: Clar això és, no vull que em toquin, val. Doncs si la persona fa aquesta conducta per cridar l'atenció, he d'ignorar la conducta per molt difícil que em sigui.

M: Això és el que he fet, i més o menys ha funcionat, però algú m'havia dit que m'havia de acostumar a que el J. em toqués i jo em vaig quedar xocada, ja que no és una cosa a la qual em vulgui acostumar.

C: Ja... També és que no sempre et molesta el mateix de la mateixa manera, això va canviant.

M: Potser és perquè ho normalitzes més?

C: No, jo crec que anem canviant, som persones i anem canviant amb l'edat també. Clar, jo estic totalment d'acord, els nostres usuaris, els que abracen i petonegen més del normal, si a tu no t'agrada, li has de dir. Una altra cosa és, si és una conducta que està fent de manera disruptiva, doncs aquí ja s'ha de fer l'anàlisi de la conducta. Però moltes vegades jo els hi dic a les persones que em donin la mà en lloc d'un petó. També perquè moltes vegades normalitzem el contacte físic en els nostres usuaris.

M: Aquest tema també l'he parlat amb companyes de feina.

C: A vegades les professionals per disminuir la distància comunicativa toquem més a les persones amb discapacitat que a les persones sense discapacitat. Sembla que hi ha menys distància comunicativa.

M: Per altra banda, tu com a directora has rebut queixes o demandes de com fer una gestió emocional després d'una conducta problemàtica?

C: La veritat és que emocionalment ens queda molt per recórrer. Algunes vegades hi ha situacions greus, però hi ha molta normalització. També entenc que la gent ho parla amb el seu equip, no amb algú de cordi. Aquí a cordi ens arriben les coses quan ja tot l'equip està fins al monyo.

M: I quan dius situacions greus, quines diries?

C: Doncs són crisis que se surten del normal, del normal per la persona, clar. Que el P. s'enfadi, t'agafi dels cabells i t'estiri una estona, que et pessigui una mica o t'intenti pegar, doncs és el normal amb ell i a no sé que la persona sigui nova, un de plantilla no et truca per això. Ara si entre en bucle i s'està 5 hores pegant, doncs sí.

Bàsicament, el que se surt del normal per la persona. I queixes com a tal doncs crec que no, és més "desahogos".

M: Queixes en el sentit de cerca de suport emocional i tal.

C: Fa un temps vam tenir pressupost per supervisió externa i durant dos anys que ho vam tenir, només dos equips ho van demanar, i un era cordi. Així que imaginat. Però jo crec que la gent en realitat s'autocuida amb els seus equips.

M: Entenc.

C: Jo crec que el que et protegeix davant d'aquestes conductes és la creença que tens. Si tu creus que això és per un motiu, tens una explicació aleshores és diferent, ja no es viu com una agressió cap a tu perquè sí, que si et penses que ho fa perquè vol. Per mi no és el mateix que un paio et piqui al metro a que ho faci en S. No ho rebo igual, la bufetada segurament serà la mateixa, però la creença o el traspàs de límits que hi ha són diferents.

M: I tu diries que hi ha treballadores que entenen les CP com a personals? Com a una agressió directa?

C: Et diria que no, perquè quan passa no es pot aguantar. La gent marxa. Si ho percep com una agressió d'una persona normal que ve i t'agredeix, no ho pots aguantar, bé, és que no ho has d'aguantar. Has de marxar. La gent que tenim ara no ho viuen així, perquè no es pot treballar així.

M: I per acabar, fent referència directe al meu tema, si m'haguessis de dir quines són les conseqüències de les CP en les professionals PS, quines diries?

C: Hi ha diversos efectes, una cosa és les emocions, l'altre és sobre les creences i sobre les intervencions. L'efecte principal jo crec que és que ha de suposar un repte, això és el global. Després, si t'acaben de pegar o acabes de sortir d'una situació d'aquestes, doncs a part de l'adrenalina, tremolar, estar enfadat, trist, angoixat, després d'uns moments, tot això baixa. Tot està condicionat per la creença. El mal persisteix clar, però les emocions negatives baixen segur si ho pots analitzar bé. Aquest és el kit de la qüestió. Que les persones amb trastorn de conducta puguin viure en el món depèn de l'actitud de les persones que l'acompanyen, i com que entendre-ho ho modifica, doncs aquí és el Kit.

M: Val doncs moltes gràcies per tot, C.