

Treball de fi de grau

**Percepció dels professionals sanitaris
sobre l'aplicació de mesures coercitives
en persones ingressades per problemes
de salut mental**

Projecte de recerca,

Júlia Comas Puigbó

Tutora: Dra. Sandra Gelabert Vilella

Grau en infermeria UdG

Curs 2020-2021

AGRAÏMENTS

El següent projecte de recerca no hagués estat possible sense el suport i l'ajuda de diverses persones.

En primer lloc, m'agradaria donar les gràcies a la meva tutora del TFG, Dra, Sandra Gelabert, per la seva implicació, orientació i suport durant la realització del treball així com la seva eficàcia a l'hora de treballar.

En segon lloc, i no menys important, vull donar les gràcies a la meva família, especialment a la meva mare, pel recolzament incondicional que sempre em dona i que m'ha acompanyat durant tot el transcurs d'elaboració del projecte.

També m'agradaria agrair l'acompanyament emocional de tots els meus amics perquè sense ells el procés no hagués estat el mateix.

Per últim, voldria agrair a les persones que residien i treballaven a la unitat de la UHEDI del parc Hospitalari Martí i Julià durant la meva estada a pràctiques. Partir de la seva coneixença i dels coneixements i valors que em van transmetre em va sorgir la idea de l'estudi present.

A tots ells i elles,

Moltes gràcies!

La difícil balança entre la protecció del pacient i seguretat, drets del pacient i llibertat per triar el tractament provoca una gran debat en la pràctica de la psiquiatria des de l'edat de Pinel i el "tractament moral".

ÍNDEX

AGRAÏMENTS.....	1
ÍNDEX	3
RESUM.....	5
ABSTRACT.....	7
MARC TEÒRIC.....	9
1. Mesures coercitives	9
1.1 Definició	9
1.2 Orígens	9
2. Desencadenant de l'aplicació de les mesures coercitives	11
3. Actuacions prèvies a l'aplicació de mesures coercitives	12
3.1 Des escalada verbal	13
4. Tipus de mesures coercitives	13
5. Conseqüències de l'aplicació de les mesures coercitives	16
6. Ètica i legislació en l'aplicació de les mesures coercitives	16
7. Drets i principis de la persona susceptibles a ser vulnerats	17
8. Legislació de les mesures coercitives	19
9. Responsabilitat ètica per part dels cuidadors de persones amb trastorns mentals	20
10. Programes que fomenten la suspensió de les mesures coercitives	21
BIBLIOGRAFIA.....	22
OBJECTIUS.....	31
METODOLOGIA.....	32
1. Disseny	32
2. Àmbit d'estudi	32
3. Població d'estudi	33
3.1 Criteris d'inclusió i exclusió.....	33
3.2 <i>Mida de la mostra</i>	34

3.3	<i>Mostreig</i>	34
4.	Tècniques i instruments d'estudi	34
5.	Pla de treball	35
6.	Anàlisis de dades	36
7.	Consideracions ètiques	37
8.	Limitacions d'estudi	37
9.	Aplicabilitat dels resultats a la pràctica infermera	38
	CRONOGRAMA	39
	PRESSUPOST	40
	ANNEXES	42
	Annex 1: Enquesta sobre les variables sociodemogràfiques	42
	Annex 2: Preguntes guia pel grup focal	44
	Annex 3. Full informatiu i consentiment informat de participació en l'estudi ...	45
	Annex 4. Sol·licitud del projecte al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de la Universitat de Girona	48

RESUM

Introducció

Les mesures coercitives en els serveis de salut mental són aquells mètodes emprats per tal de modificar alguna conducta en una situació on hi ha un risc per a la mateixa persona o per aquelles que l'envolten. No obstant això, l'aplicació d'aquests mètodes comporta unes repercussions físiques i psicològiques negatives per a la persona. Tot i que en l'actualitat hi ha campanyes per a l'abolició d'aquests mètodes, la seva praxis en alguns serveis d'atenció sanitària encara és molt comuna.

Les persones que duen a terme l'aplicació de les mesures coercitives són professionals de la salut als quals se'ls poden originar conflictes morals interns derivats d'aquestes pràctiques ja que es poden confrontar amb els seus principis ètics personals i/o professionals. És per aquest motiu que la seva percepció sobre aquest tema és essencial per a l'anàlisi de l'atenció que s'ofereix actualment des dels centres de salut mental i altres serveis podent així evolucionar i millorar dia a dia com a éssers humans iguals de dignes i lliures .

Objectiu

Conèixer l'opinió dels professionals sanitaris en relació a les mesures coercitives en les persones ingressades involuntàriament per problemes de salut mental

Metodologia

Es tracta d'un estudi qualitatiu fenomenològic que es realitzarà als Serveis de Salut Mental del Parc Hospitalari Martí i Julià, a Salt (Girona). La mostra serà de conveniència respecte la població total d'estudi que seran els professionals sanitaris que treballen a les unitats d'atenció a la salut mental del Parc Hospitalari Martí i Julià: la UHEDI, la residència els Til·lers, la Unitat d'Hospitalització d'Aguts i la Unitat de Subaguts amb els següents requisits: han de tenir entre 20-67 anys i una experiència de mínim d'un any al servei. És imprescindible que tots els participants ho facin de manera voluntària i amb plena consciència i coneixement dels objectius i mètodes de l'estudi. Aquests hauran de signar el document de consentiment informat de l'estudi. La informació per a la investigació s'obtindrà mitjançant una enquesta sociodemogràfica i unes preguntes a través de la

tècnica de grup focal. L'estudi serà presentat al Comitè d'Ètica i d'Investigació clínica de la Universitat de Girona que assegura el compliment de la llei de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals

Implicacions pràctiques

Els resultats de l'estudi aportarien noves dades sobre un àmbit en què és necessari l'anàlisi profund de la seva praxis en l'actualitat.

Paraules clau

Mesures coercitives, conducta, risc, repercussions, professionals de la salut, conflictes morals, evolucionar, dignes, lliures.

ABSTRACT

Introduction

Coercive measures in mental health services are the methods used to modify behavior in situations where there is a risk to someone or those surrounding them. However, the application of these methods can have negative physical and psychological repercussions for that person. Although currently there are campaigns for the abolition of these methods, their practice in some healthcare services is still very common.

The people who carry out coercive measures are health professionals who may unfortunately have internal moral conflicts arising from these practices as they may be confronted with their personal and / or professional ethical principles. For this reason, their perception of this subject is essential for the analysis of the care currently offered by mental health centers and other services, thus being able to evolve and improve day by day as equal human beings worthy and independent.

Objective

To know the opinion of health professionals in relation to coercive measures in people involuntarily admitted to hospitals due to mental health problems.

Methodology

This is a phenomenological qualitative study that will be carrying out in the Mental Health Services department of the Martí i Julià Hospital Park, in Salt, Girona. The sample will be for the convenience of respecting the total population of study that will be: the Health Professionals who work in the Mental Health Special Attention Units of Hospital Park Martí i Julià: the UHEDI, the residence "The Til·lers", the Unit of Acute Hospitalization and the Subacute Unit. They must adhere to the following requirement: They must be between 20-67 years old and have at least one years experience.

It is essential that all participants are doing this voluntarily and with full awareness and knowledge of the objectives and methods of the study. The informed consent form must be signed for the study. The information for research will be obtained through a sociodemographic survey and questions asked through a focus group technique. The study will be presented to the Ethics and Clinical Research

Committee of the University of Girona, which ensures complete compliance with the law on the protection of personal data and the guarantee of digital rights.

Practice implications

The results of the study provide new data in an area in which an in-depth analysis of current practice is needed.

Key words

Coercive measures, behavior, risk, repercussions, health professionals, moral conflicts, evolve, beings, worthy, free.

MARC TEÒRIC

1. Mesures coercitives

1.1 Definició

La Real Acadèmia Espanyola defineix la coerció com la pressió que s'exerceix sobre una persona per tal de forçar la seva voluntat o la seva conducta. Alguns dels seus sinònims són repressió, inhibició i restricció. (1)

En salut mental, l'ús d'aquestes mesures fa referència a totes aquelles formes de tractament i mètodes emprats per controlar i reduir les conductes violentes dirigides a un mateix o a altres persones. (2) L'evidència més recent assegura que tot i l'evolució ideològica i estructural en la cura de les persones amb problemes mentals, la utilització d'aquestes mesures encara és molt comuna. (3)

1.2 Orígens

Els conceptes de coerció i salut mental estan relacionats des dels orígens de la psiquiatria. (4) Foucault, filòsof francès, situa que al segle XVII es van començar a tancar en asils les persones que es consideraven que no eren dignes d'estar en espais públics. També Szasz, professor de psiquiatria a Nova York, situa l'inici del què acabarà sent l'assistència psiquiàtrica al segle XVII; les persones que resultaven vergonyoses i ofensives per a les famílies de classe alta, eren recloses en asils privats. (4)(5) Durant aquest segle es va establir una visió manicomial de les persones amb malalties mentals i es van crear grans edificis per al seu confinament. (5) Autors com Foucault i José Casimiro Ulloa descrivien les persones internades en unes condicions molt precàries: lligades a la paret amb cadenes de ferro, cel·les molt petites i humides, sense dispositius per realitzar les seves necessitats i amb un barrots a través del quals els hi passaven el menjar. (6) (7)

Al segle XVIII, el moviment de la Il·lustració dona importància a la racionalitat de l'ésser humà i integra al concepte de persona la dignitat i la responsabilitat de decisió. Posteriorment sorgirà la comprensió de les persones amb problemes mentals com a éssers amb drets individuals que mereixen ser tractades seriosament i de manera eficient. (8)

Després de la II Guerra Mundial es pren consciència de la precària situació de les persones internades en els hospital psiquiàtrics i de la ineficàcia dels tractaments que s'hi duïen a terme. (9) Aquestes, eren tractades amb tècniques derivades del model mèdic, en són un exemple la insulino teràpia o les cures del son; també es practicaven les lobotomies i la teràpia electroconvulsiva (sense anestèsia prèvia ni indicació clara per dur-la a terme). (4)

En aquest context, hi ha dos fets que modifiquen la pràctica psiquiàtrica aplicada fins al moment. L'any 1940 es van descobrir els efectes de les sals de Liti en el trastorn bipolar que actualment són els estabilitzadors anímics més eficaços. I l'any 1952 es crea el primer fàrmac amb efecte antipsicòtic, la clorpromazina. (10)

L'any 1953 l'OMS va introduir dins l'àmbit d'atenció psiquiàtrica la revisió de l'assistència manicomial, la prevenció de les malalties mentals i el desenvolupament de serveis comunitaris. Així la salut mental inicia la **reforma psiquiàtrica**. (9)

Entre l'any 1960-70 persones de diverses branques de coneixements s'interessaren per la situació de les persones internades en els centres psiquiàtrics heretats dels segles XVII i XVIII. És en aquest context on neix un moviment anomenat antipsiquiatria, encunyat pels psiquiatres David Cooper i Thomas Szasz. (11) L'antipsiquiatria era una crítica a la psiquiatria entesa com aquella especialitat mèdica que tractava els problemes mentals com a malalties biològiques causades per desequilibris bioquímics. Cooper creia que l'arrel del problema de les malalties mentals es basava en la societat i en les relacions que la formaven. Szasz, pensava que era una manera d'etiquetar i neutralitzar les persones que no encaixaven dins la societat del moment. Aquest moviment defensava la desinstitucionalització i la supressió de la reclusió psiquiàtrica. Lluitava per integrar la persona a la comunitat, ja fos a casa seva o a un lloc alternatiu a l'aïllament. (9) (10)

La desinstitucionalització va tenir resultats irregulars ja que depenia de la gestió que es duïa a terme en cada centre. Actualment a l'Estat espanyol encara hi ha centres psiquiàtrics d'arrel manicomial. Mai s'ha acabat de crear de manera completa la xarxa de salut mental que tracta la persona dins la comunitat. (9) (10)

Actualment, per controlar situacions crítiques en els malalts de salut mental, s'intenta abordar la situació amb mesures alternatives a la coerció com per exemple les tècniques de de-escalation i el maneig de crisis. Quan aquestes fallen, s'apliquen les mesures coercitives. (12)

2. Desencadenant de l'aplicació de les mesures coercitives

L'aplicació d'una intervenció amb intenció de prevenir o gestionar una conducta agressiva (sigui amb o sense mesures coercitives) és a conseqüència de l'estat d'alteració de la persona. (13)

L'agitació psicomotora fa referència als moviments irreflexius, continuats i desordenats que van acompanyats d'una simptomatologia psíquica i que responen a uns impulsos instintius o afectius variables. Aquesta agitació es pot presentar en diferents graus de severitat podent arribar a un gran estat d'agressivitat.(14) (15) Existeixen eines per a la valoració de la severitat de l'agitació, una d'elles és l'escala BARS (Behavioural Activity Rating Scale) que a través de l'observació del comportament de la persona, en valora el grau d'agitació. Consisteix en la valoració d'un únic ítem amb set nivells de gravetat diferents, des de l'estat de sedació de la persona fins a l'estat d'agitació.

1	Difficult or unable to arouse
2	Asleep but response normally to verbal or physical contact
3	Drowsy, appears sedated
4	Quiet and awake (normal level of activity)
5	Signs of overt (physical or verbal) activity, calms down with instructions
6	Extremely or continuously active, not requiring restraint
7	Violent, requires restraint

Figura 1. Escala BARS (Behavioural Activity Rating Scale). Using the Behavioural Activity Rating Scale as a Vital Sign in the Psychiatric Emergency Service. 2017

L'evidència posa de manifest que és essencial la detecció i el tractament precoç de la persona agitada. (13) Un adequat maneig de la situació pot evitar l'escalada de la simptomatologia i l'ús de mesures coercitives. De la mateixa manera que un bon control de l'agitació psicomotriu també estalvia la despesa de recursos hospitalaris innecessaris. (13) (14)

3. Actuacions prèvies a l'aplicació de mesures coercitives

Davant d'un cas d'agitació psicomotriu es recomana primerament promoure un ambient segur i reduir els estímuls externs amb la intenció de minimitzar els riscos per a la persona i per als que l'envolten (16) i poder realitzar una correcta avaluació inicial amb els següents objectius: aconseguir una ràpida estabilització de la persona, establir-hi un correcte enllaç, desestimar causes mèdiques, utilitzar els mètodes menys restrictius i agressius i desenvolupar un correcte pla de cures. (14)

L'avaluació inicial ha d'incloure consideracions sobre factors de risc i revisions de l'historial mèdic, psiquiàtric, farmacològic i toxicològic.

Aquesta valoració facilita un diagnòstic diferencial. La correcta identificació de la causa d'aquesta agitació és primordial per a l'elecció del tractament adequat.(14) (16)

Quan no es pot establir un diagnòstic, s'ha de considerar l'agitació com a conseqüència d'una causa mèdica (fins que no es demostrï el contrari). (13) Habitualment la persona presenta un estat de consciència alterat, alteracions de paràmetres físics i una desorientació temporal- espacial. També hi poden haver al·lucinacions o deliris. (16) Si la persona no té antecedents de patologia psiquiàtrica s'han de considerar altres causes com la intoxicació i el deteriorament cognitiu abans d'establir un diagnòstic de desordre psiquiàtric. (13) (14)

Segons Vieta et al (2017) si l'usuari presenta una patologia psiquiàtrica, l'agitació és conseqüència d'una crisi derivada de la patologia de base i no hi ha alteració de la consciència. (13) Una correcta diferenciació entre agitació psicomotora derivada d'un trastorn psicòtic o no psicòtic facilitarà l'elecció del tractament farmacològic. (14)

Segons varis autors la primera elecció de tractament sempre ha de ser la menys restrictiva i lesiva possible. Així doncs primerament s'ha d'emprar mètodes com les modificacions ambientals i la des escalada verbal. (13) (14) (16)

3.1 Des escalada verbal

La forma de des escalada que més s'empra és la verbal que consisteix en l'escolta i l'acceptació de les emocions i actuacions expressades per la persona. (16) Es troba la manera d'acceptar o validar l'estat de la persona i posteriorment el professional manifesta el què vol aconseguir d'ella, per exemple que es prengui la medicació. (17) Per tal de dur-ho a terme és molt important la comunicació verbal però sobretot la no verbal com és ara el to de veu o els gests emprats.

El temps de durada d'execució d'aquest mètode depèn de l'escenari del moment sempre i quan es respectin els límits considerats infranquejables. (16) (17)

Segons la revisió bibliogràfica BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation) realitzada l'any 2020, si la des escalada es realitza de manera eficient pot evitar l'aplicació de les mesures coercitives. (18) La dedicació de temps en aquests mètodes pot comportar una resolució del conflicte més satisfactòria per a la persona i el professional en qüestió. (17) No obstant això, hi ha situacions en les que resulta impossible reconduir la persona, especialment en aquelles que pateixen deliris; és quan es duu a terme l'aplicació de les mesures coercitives. (17) (18)

4. Tipus de mesures coercitives

La contenció química, la limitació manual o mecànica de les extremitats o el cos de la persona per impedir el lliure moviment i l'aïllament són les formes de coerció més practicades en els centres. (19) (20)

Les mesures coercitives no només s'apliquen als serveis de salut mental, també es duen a terme en altres unitats com la UCI, en persones portadores de ventilació mecànica per tal de protegir el material mèdic. (21)

També s'utilitza la contenció física i farmacològica en hospitals d'adults i en residències geriàtriques. Les persones grans són vulnerables degut a la seva fragilitat i les comorbiditats. Aquestes són més susceptibles a experimentar situacions on es poden lesionar accidentalment i també són més vulnerables a l'aplicació de mesures coercitives com la restricció física per evitar-ho. (22)

La **contenció química** consisteix en l'administració forçosa de medicació psicotròpica, anul·lant la voluntat i la mobilitat de la persona. S'utilitza quan és necessària una sedació urgent per tranquil·litzar la persona. (18)(23) L'administració oral és sempre la primera via d'elecció. (18) Quan no és possible, s'acudeix a la via parenteral sempre i quan l'administració sigui estrictament necessària.(24) En situacions on la persona és cooperadora i es necessita un efecte ràpid de l' antipsicòtic, es pot contemplar la via d'inhalació. (13)

L'elecció del fàrmac s'ha d'escollir en base a l'etiologia del comportament present, utilitzant antipsicòtics quan la persona pateix un trastorn psicòtic o ha estat prenent substàncies il·lícites (substància no alcohòlica). (24) Si l'etiologia del comportament alterat ve donada per l'abstinència d'alcohol/benzodiazepines o hi ha presència d'un trastorn d'ansietat, afectiu, de personalitat o d'adaptació s'aconsella l'administració de benzodiazepines. (13) És important que el fàrmac tingui un efecte ràpid. (23)

Quan l'agitació és derivada d'una condició mèdica o és d'etiologia desconeguda inicialment també s'ha de tractar amb fàrmacs antipsicòtics. (13)

Table 3 Pharmacological treatment options for the patient presenting with psychomotor agitation [21]

Route of administration	Agent	Dose	Cause of agitation
Antipsychotics			
Inhaled	Loxapine	9.1 mg	Psychotic syndrome (schizophrenia, bipolar disorder)
Oral	Olanzapine	5-10 mg	Undifferentiated agitation
	Risperidone	1-3 mg	Medical illness (cognitive deterioration and confusion syndrome)
	Asenapine	5-10 mg	Substance intoxication/abstinence
	Aripiprazole	15-30 mg	Psychiatric illness (schizophrenia, bipolar disorder, mental retardation and autism spectrum disorder)
	Quetiapine	50-100 mg	
	Ziprasidone	20-40 mg	
	Haloperidol	5 mg	
Intramuscular	Haloperidol	5-15 mg	
	Olanzapine	5-10 mg	
	Ziprasidone	10 mg	
	Aripiprazole	9.75 mg	
	Levomepromazine	25 mg	
Benzodiazepines			
Oral	Diazepam	5-10 mg	Abstinence from alcohol and/or BZD
	Clonazepam	1-2 mg	Psychiatric illness (anxiety disorder, affective disorder, personality and adjustment disorder)
	Lorazepam	1 mg	
Intramuscular	Midazolam	5 mg	
	Diazepam	5-10 mg	

Figura 2. Opcions de tractament farmacològic en l'agitació psicomotora. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. 2017

La contenció química només està indicada quan les mesures de de-escalation i altres mètodes no farmacològics han fracassat. (24)

La **restricció física i/o mecànica** és la forma de coerció que actua limitant els moviments físics de la persona quan presenta conductes que posen en perill la seguretat o bé pel manteniment d'un tractament necessari.(16) (25) La restricció física es porta a terme mitjançant la força dels professionals de la salut i la limitació mecànica a través de dispositius de subjecció. (17)

Si la persona coopera ha de ser acompanyada al llit per dos professionals subjectant-lo per l'aixella i el canell. En el cas que la persona no cooperi, es requereix de cinc persones per guiar-la al terra i posteriorment subjectar-li les espatlles, els avantbraços, les cames, els genolls i els turmells per transportar-lo fins al llit. (16) (18) Hi ha un únic professional que es fa càrrec del cap, de dirigir el procediment i de comunicar-se amb l'usuari. (18)

El llit ha de comptar amb el material de subjecció adequat i ha d'estar a la menor altura possible. Es recomana aplicar la subjecció mecànica a l'abdomen i a les extremitats superiors i inferiors. (13)

Degut a les conseqüències negatives que pot provocar aquest tipus de coerció, (26) és necessària la supervisió de la persona cada 15 minuts durant les dues primeres hores (13) i cada hora fins que es tregui la subjecció. (16) Si s'ha administrat medicació intramuscular s'ha de supervisar la persona cada 30 minuts durant les dues primeres hores, a les 4 hores i a les 6 hores. (13) A més, s'ha d'anar canviant la posició de l'usuari i supervisar la subjecció per tal d'evitar lesions i fomentar la correcta circulació. També s'ha de garantir que la persona tingui totes les necessitats bàsiques cobertes. (16)

Des de l'inici de la intervenció, s'ha d'informar a la persona del motiu de l'aplicació d'aquesta i oferir-li sempre l'oportunitat de resoldre la situació mitjançant altres vies. La contenció física s'ha de retirar gradualment i amb un mínim de dos professionals presents. (13)

L'**aïllament** és la reclusió d'una persona en un espai tancat quan no pot romandre en una habitació oberta. (27) Ha de ser una habitació amb parets

protegides i portes equipades per fomentar la disminució d' estímuls i la seguretat de la persona.

S'ha d'aplicar sempre com a última opció amb l'única finalitat de preservar la seguretat de la persona i del personal implicat. (13) (27)

Després d'una intervenció coercitiva és responsabilitat del mateix professional restaurar el vincle terapèutic amb l'usuari per minimitzar el trauma derivat de l'actuació viscuda i reduir el risc de violència addicional. (17)

L'evidència actual manifesta que cap mètode coercitiu s'ha d'entendre com un càstig sinó com una eina per guardar la seguretat de l'usuari i del personal implicat. (12)

5. Conseqüències de l'aplicació de les mesures coercitives

La pràctica de la contenció física i mecànica i l'aïllament de les persones ingressades a salut mental comporta una sèrie de conseqüències físiques i psicològiques per a la persona. (25) L'article sobre els efectes de la restricció física i mecànica de l'adult psiquiàtric, realitzat l'any 2019 esmenta que entre un 25- 47% de les persones sotmeses a aquestes pràctiques pateixen un trastorn d'estrès post traumàtic. (26) Des del punt de vista subjectiu de la persona, majoritàriament es viu com a una experiència estressant i negativa. (26) (28)

Hi ha evidència de les conseqüències negatives que comporten per a la persona i del risc de deteriorament del vincle terapèutic entre la persona i el professional. (29)

La contenció és anul·lar la persona, privar-la de la seva voluntat i dignitat humana provocant-li tal patiment físic i psicològic que acabi claudicant, així queda descrit a la investigació de Fernández et al. (2018) per una persona que ha patit la contenció mecànica. (30)

6. Ètica i legislació en l'aplicació de les mesures coercitives

Segons l'evidència publicada s'arriba a la conclusió que les mesures coercitives i en especial la restricció mecànica constitueixen una excepció dels requeriments lleials en referència a les decisions de les persones i al seu consentiment previ a qualsevol tractament. Aquestes, es contraposen totalment amb els principis

d'autonomia de les persones i en desafien els seus drets legals. (31)(32) D'altra banda, augmenta la intensitat de les demandes en les actuacions dels professionals de la salut que hi treballen (31) generant-los conflictes morals i amenaçant els principis de la identitat professional individual i de la psiquiatria en general. (33)

En l' article sobre drets legals de les persones sotmeses a mètodes coercitius, publicat a la revista Open Nursing l'any 2016 , es posa de manifest que la limitació de la llibertat de les persones, la realització d'intervencions restrictives i l'incompliment del desig de la persona són els antecedents de violència i agressió més importants en el context psiquiàtric adult. (31)

Segons posa de manifest la última evidència publicada, els professionals que hi treballen han d'abstenir-se de prejudicis i judicis en relació a les persones amb qui interactuen; (31)(33) no obstant això, aquestes persones ja estan sent jutjades, avaluades i observades pel fet de patir una malaltia mental, pel fet de no encaixar dins dels ítems del què es considera normal. (31)

7. Drets i principis de la persona susceptibles a ser vulnerats

Un dret es pot reclamar legalment i moralment. La declaració dels drets humans recull tots aquells bàsics que totes les persones han de poder gaudir tal com la justícia i la llibertat d'expressió. (34)

Un dels principis que es troba en una posició de vulnerabilitat durant l'aplicació de mètodes coercitius és el principi d'autonomia. Es vulnera quan s'aplica a una persona una mesura sense que ella hagi pogut decidir-ho. (31)(35) (36)

L'afectació a la dignitat de la persona durant les pràctiques realitzades pel tractament d'un trastorn mental és significant i pot classificar-se en diferents graus de severitat. Hi pot haver una pèrdua insignificant d'aquesta i és fàcil de poder-la recuperar. Si l'afectació és més greu, la pèrdua de dignitat per part de l'usuari serà major i es requerirà de molt més esforç per poder-la recuperar. Per últim, hi ha la pèrdua devastadora de la dignitat de l'ésser i és quan resulta impossible recuperar-la sense una gran ajuda. (37) Promoure respecte cap al principi de dignitat de les persones en les situacions clíniques significa crear consciència de la seva importància trobant un equilibri just entre la dependència

i la independència d'aquest, tenint en compte sempre les seves preferències individuals. (37) (38)

Aquestes pràctiques es justifiquen sota el principi de beneficència fent al·lusió a la milloria de l'estat de salut de la persona. (39) No obstant això, es posa de manifest que el principi de no maleficència també és vulnerat degut a les potencials conseqüències negatives derivades de l'aplicació d'aquestes. (40)

Amb l'aplicació de les mesures coercitives, a banda de la vulneració dels principis d'autonomia i dignitat també es desafien els drets essencials de les persones.(37)

Un dels drets que entra en debat durant l'aplicació d'aquests mètodes és el dret a la salut. (8) Hi ha postures que defensen la implementació de diferents formes de coerció per assegurar l'administració de tractament necessari per a la persona en situacions d'agitació i per garantir la seguretat de la pròpia persona i dels altres, respectant així el dret de la persona a la salut. (36)(41) No obstant això, hi ha evidència que l'aplicació d'aquestes tècniques pot produir danys físics i psicològics, efectes negatius per a la salut de les persones. (31) (41)

L'article "An end to coercion" publicat l'any 2019 posa de manifest que el dret a la igualtat també es veu afectat ja que segons aquest, tota persona hauria de tenir la mateixa capacitat per tal de prendre decisions sobre el què creu que és millor per a ella. (8)

Segons aquest mateix article el dret d'integració a la comunitat també està essent vulnerat (8),hi ha privació d'inclusió a la comunitat augmentant així l'estigmatització i la marginació cap a aquestes persones. (42)

L'aplicació de mètodes coercitius també posa al descobert el dret de ser protegits davant de tractaments cruels, inhumans i humiliants per a la persona degut a les conseqüències negatives que es poden derivar de l'execució d'aquestes mesures. (8) (41)

El respecte cap a tots aquests drets dona sentit a la intenció primordial dels drets humans, protegir la dignitat de l'ésser. Per tant si aquests drets són vulnerats, la dignitat pot ser debilitada. (37).

8. Legislació de les mesures coercitives

“Les lleis es dicten per a les persones assenyades/ entenimentades, la llibertat d'aquestes ha de ser debatuda per jutges, advocats i fiscals. Però la d'una persona que es considera que pateix problemes de salut mental «pot ésser arrabassada amb només la paraula d'un/a psiquiatre” opina Manuel Vázquez des de la seva experiència viscuda com a usuari de salut mental. (30)

En referència al principi d'autonomia, el concepte de capacitat hi té molta rellevància legalment. (43) (44) En moltes ocasions no es tenen en compte les decisions preses per persones amb trastorns mentals, es considera que no tenen la capacitat de decidir el què és més convenient per a elles mateixes. Hi ha decisions que es consideren efectives legalment i que han de respectades i altres que no. Quan es considera que una persona no té la capacitat mental per tal de prendre decisions tampoc té l'aptitud legal per actuar i això significa que les seves decisions poden ser ignorades i que algú les prendrà en nom seu. (37) (44)

En moltes ocasions es dona perquè la persona no té consciència de la malaltia, fet que justifica la suspensió de la seva autonomia per la incapacitat de l'individu d'identificar la naturalesa del seu comportament i els aspectes claus per a la seva correcta cura. (4)

Segons l'article “How right is right-based mental health law?”, publicat l'any 2019, els aspectes que es tenen en compte a les legislacions de salut mental principalment són:

- Els drets de la persona que pateix trastorn mental en base al respecte dels drets humans.
- La qualitat de l'atenció en salut mental.
- L'administració i la utilització del pressupost i les mesures aplicades.
- El maneig i l'organització dels serveis de salut mental i la implicació del consumidor. (37)

La llei i les pràctiques estandarditzades continuen validant les situacions excepcionals on s'autoritzen l'ús de les pràctiques coercitives. (29) (44) En general, tots els articles científics arriben a la conclusió que per tal d'evitar la coerció en salut mental i respectar els drets fonamentals de l'ésser humà significa

incorporar canvis en les lleis, polítiques i programes nacionals. Per tal de poder oferir recursos diferents als actuals es requereix de consideracions d'aspectes socials, polítics i culturals. (8) (45)

9. Responsabilitat ètica per part dels cuidadors de persones amb trastorns mentals

El respecte cap a la dignitat de la persona i la compassió són sentiments fàcils d'experimentar quan tractes amb persones que tenen algun tipus de deteriorament físic el qual provoca patiment. Alguna manifestació conductual de les malalties mentals, en algunes ocasions, fa que no sigui tant senzill. (40)

El fet de tractar una persona només per les intencions i metes que es volen aconseguir, com podria ser el cas dels professionals de salut mental en l'objectiu d'alta o de tractaments, ignora l'autonomia d'aquesta persona i no pot ser èticament acceptable. (4)

Elvira Pértega, infermera especialista en salut mental i drets humans, explica a la seva tesi doctoral que les contencions són situacions que inicialment generen processos traumàtics als professionals però que a mesura que avança el temps, aprenen a racionalitzar-ho. (30)

Concloent, els comportaments de les persones ingressades per problemes de salut mental a vegades poden generar als professionals sentiments contraris a l'ajuda i a la compassió cap a la persona. És responsabilitat de l'equip assistencial separar els sentiments personals i afectius envers la persona tenint present que la seva conducta és una conseqüència del trastorn.(40) (46) En despersonalitzar aquestes reaccions, l'ajuda cap a la persona serà més productiva. (46)

Per últim, afegir que és cert que la llei permet l'ús de les mesures coercitives, no obstant això, l'ètica del professional sempre ha d'estar per sobre. (30)

10. Programes que fomenten la suspensió de les mesures coercitives

QualityRights (qualitat i drets) és una iniciativa global que vetlla per millorar els serveis en salut mental i promoure els drets de les persones que pateixen algun tipus de discapacitat. Lluita per una atenció sense coerció. Defensa la capacitat legal de les persones i la presa de decisions recolzada. Les bases dels seus mòduls aporten coneixement sobre com desenvolupar plans individualitzats tenint en compte les sensibilitats de la persona i les situacions que poden provocar-li agitació. Són partidaris de les tècniques de desescalada i de la cultura de “tot es pot fer”. QualityRights també contempla els escenaris on no ha estat possible evitar l'ús de tècniques coercitives i ofereix eines per a la correcta avaluació dels fets i l'obtenció d'estratègies per evitar una situació similar al futur. (29) (47)

La convenció de drets de persones amb discapacitat defensa la presa de decisions recolzada, implica l'ajuda per a la recuperació de l'autonomia en la deliberació de les pròpies resolucions i també en prendre-les. També inclou que la persona pugui escollir un individu de confiança que respecti els seus desitjos. La capacitat mental per prendre decisions pot variar al llarg del temps i per tant la persona necessita diferents graus de suport depenent del moment en què es trobi.(37)

BIBLIOGRAFIA

1. Asociación de academias de la lengua española. Coerción. En: Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2014 [citad 19 novembre 2020]. Disponible a: <https://dle.rae.es/coerción>
2. Kennedy HG, Mullaney R, McKenna P, Thompson J, Timmons D, Gill P, et al. A tool to evaluate proportionality and necessity in the use of restrictive practices in forensic mental health settings: the DRILL tool (Dundrum restriction, intrusion and liberty ladders). BMC Psychiatry [Internet]. 2020 [citad 12 febrer 2021];20(1). Disponible a: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-020-02912-6.pdf>
3. Välimäki M, Yang M, Vahlberg T, Lantta T, Pekurinen V, Anttila M, et al. Trends in the use of coercive measures in Finnish psychiatric hospitals: A register analysis of the past two decades. BMC Psychiatry [Internet]. 2019 [citad 25 novembre 2020];19(1). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31349787/>
4. Fco J, Jiménez Estévez C, Española De Neuropsiquiatría A, Febrer BB, Bono Del Trigo A, Coordinadoras (, et al. Coerción y salud mental [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2017 [citad 23 novembre 2020]. Disponible a: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Coercion-salud-mental-aen.pdf>
5. Sacristán C. La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. Cuicuilco [Internet]. 2009 [citad 12 febrer 2021];45(4):164-89. Disponible a: <http://psiquifotos.blogspot.com/>
6. Stucchi-Portocarrero S. Vista de Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. Neuropsiquiatria [Internet]. 2013 [citad 20 novembre 2020];76(4):218-22. Disponible a: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1170/1202>
7. Salaverry O. The stone of madness: Starting points of the history of mental health. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2012 [citad 12 febrer

- 2021];29(1):143-91. Disponible a:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>
8. Sugiura K, Mahomed F, Saxena S, Patel V. An end to coercion: Rights and decision-making in mental health care. Bull World Health Organ [Internet]. 2020 [citat 3 gener 2021];98(1):52-8. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6933425/>
 9. Desviat M. Evolució històrica de l'atenció a la salut mental: fites essencials en la construcció del discurs de la salut mental comunitària. Educ Soc Rev d'intervenció socioeducativa, [en línia], [Internet]. 2020 [citat 3 gener 2021];75:17-43. Disponible a:
<https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/367856>
 [Consulta: 31-07-2020].
 10. Veiga I. Ciencia y antipsiquiatria en el siglo XXI. El escéptico [Internet]. 2019 [citat 29 novembre 2020];52:54-8. Disponible a:
https://www.escepticos.es/repositorio/elesceptico/articulos_pdf/ee_52/ee_52_ciencia_y_antipsiquiatria_en_el_siglo_xxi.pdf
 11. Sabando P, Torres-González F, Lamata F, Gálvez R, Montón C, Castillo JR, et al. Pasado, presente y futuro de la atención a la salud mental. En: Sabando P, Torre-González F, Lamata F, Gálvez R, Montón C, Rey del Castillo J, et al., editors. El sistema nacional de salud: pasado, presente y desafíos del futuro [Internet]. 1a ed. Madrid: Diaz de Santos; 2020 [citat 19 novembre 2020]. p. 347-85. Disponible a:
<https://books.google.es/books?hl=ca&lr=&id=qT3zDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA347&dq=foucault+y+coerción+en+salud+mental&ots=aEazuvzKnP&sig=HsEUZF4uf2BYgSgw7bhd0Z5FoEs#v=onepage&q&f=false>
 12. Ye J, Wang C, Xiao A, Xia Z, Yu L, Lin J, et al. Physical restraint in mental health nursing: A concept analysis. Int J Nurs Sci [Internet]. 2019 [citat 15 desembre 2020];6(3):343-8. Disponible a:
<file:///C:/Users/ACER/Downloads/1-s2.0-S235201321830663X-main.pdf>
 13. Vieta E, Garriga M, Cardete L, Bernardo M, Lombraña M, Blanch J, et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor

- agitation. BMC Psychiatry [Internet]. 2017 [citat 6 desembre 2020];17(1). Disponible a: [/pmc/articles/PMC5591519/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3591519/)
14. Rosaria Anna Muscatello M, Martínez-Raga J, Sciascio DG, Á R, Amore M, Di Sciascio G, et al. 1st International Experts' Meeting on Agitation: Conclusions Regarding the Current and Ideal Management Paradigm of Agitation. Front Psychiatry [Internet]. 2018 [citat 15 febrer 2021];9(54):1-9. Disponible a: www.frontiersin.org
 15. Fundació Enciclopèdia. Enciclopèdia.cat [Internet]. Barcelona: Fundació Enciclopèdia; 2021 [citat 9 gener 2021]. Disponible a: <https://www.enciclopedia.cat/ec-gec-0075702.xml>
 16. Ziaei M, Massoudifar A, Rajabpour-Sanati A, Pourbagher-Shahri AM, Abdolrazaghnejad A. Management of Violence and Aggression in Emergency Environment; a Narrative Review of 200 Related Articles. Adv J Emerg Med [Internet]. 2019 [citat 15 febrer 2021];3(1):7. Disponible a: <chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?pdf=https%3A%2F%2Fbrxt.mendeley.com%2Fdocument%2Fcontent%2Fc0059286-c8eb-3bb0-949f-e73a38604638>
 17. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for emergency psychiatry project BETA De-escalation workgroup. West J Emerg Med [Internet]. 2012 [citat 19 desembre 2020];13(1):17-25. Disponible a: [/pmc/articles/PMC3298202/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2298202/)
 18. Roppolo LP, Morris DW, Khan F, Downs Pharmd R, Metzger J, Carder T, et al. Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation). Inj Prev [Internet]. 2020 [citat 15 febrer 2021];1:898-907. Disponible a: <chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?pdf=https%3A%2F%2Fbrxt.mendeley.com%2Fdocument%2Fcontent%2Fb3201a37-c572-35ba-80b4-c3848171122e>

19. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: Data from a prospective study across 10 European countries. PLoS One [Internet]. 2016 [citat 25 novembre 2020];11(12). Disponible a: [/pmc/articles/PMC5199011/?report=abstract](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158888)
20. Sashidharan SP, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. Epidemiol Psychiatr Sci [Internet]. 2019 [citat 15 febrer 2021];28:605-12. Disponible a: [https://doi.org/10.1017/](https://doi.org/10.1017/S0007552119000051)
21. Unoki T, Sakuramoto H, Ouchi A, Fujitani S. Physical restraints in intensive care units: a national questionnaire survey of physical restraint use for critically ill patients undergoing invasive mechanical ventilation in Japan. Acute Med Surg [Internet]. 2019 [citat 15 gener 2021];6(1):68-72. Disponible a: [http://doi.wiley.com/10.1002/ams2.380](https://doi.wiley.com/10.1002/ams2.380)
22. Lachance C, Wright M-D. Avoidance of Physical Restraint Use among Hospitalized Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines [Internet]. Avoidance of Physical Restraint Use among Hospitalized Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019 feb [citat 15 gener 2021]. Disponible a: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31487137](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31487137)
23. Paton C, Adams CE, Dye S, Delgado O, Okocha C, Barnes TRE. Physical health monitoring after rapid tranquillisation: clinical practice in UK mental health services. Ther Adv Psychopharmacol [Internet]. 2019 [citat 15 febrer 2021];9:1-12. Disponible a: [chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?pdf=https%3A%2F%2Fbrxt.mendeley.com%2Fdocument%2Fcontent%2F3fa3c2ce-25fd-3ca1-8902-40fff0807f93](https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1751220819854441)
24. Paton C, Adams CE, Dye S, Fagan E, Okocha C, Barnes TRE. The pharmacological management of acute behavioural disturbance: Data from a clinical audit conducted in UK mental health services. J Psychopharmacol [Internet]. 2019 [citat 19 desembre 2020];33(4):472-81. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30565486/>

25. De Berardis D, Ventriglio A, Fornaro M, Vellante F, Martinotti G, Fraticelli S, et al. Overcoming the Use of Mechanical Restraints in Psychiatry: A New Challenge in the Everyday Clinical Practice at the Time of COVID-19. *Clin Med (Northfield Il)* [Internet]. 2020 [citad 15 febrer 2021];9:1-6. Disponible a: www.mdpi.com/journal/jcm

26. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. *Front Psychiatry* [Internet]. 2019 [citad 10 gener 2021];10(7). Disponible a: [/pmc/articles/PMC6673758/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35311111/)

27. Zeller SL, Citrome L, Wilson MP. Managing Agitation Associated with Schizophrenia and Bipolar Disorder in the Emergency Setting. *West J Emerg Med Integr Emerg Care with Popul Heal* [Internet]. 2016 [citad 15 febrer 2021];17(2):165-72. Disponible a: [chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?pdf=https%3A%2F%2Fbrxt.mendeley.com%2Fdocument%2Fcontent%2F91ab816f-f53a-341c-a0e0-336995dcfdb3](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4811111/)

28. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: A systematic review. *Front Psychiatry* [Internet]. 2019 [citad 15 febrer 2021];10(6):1-19. Disponible a: [chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?pdf=https%3A%2F%2Fbrxt.mendeley.com%2Fdocument%2Fcontent%2F5603886a-6c63-316c-a8f9-a880bf5e7e34](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6673758/)

29. Funk M, Bold ND. Who's qualityrights initiative: Transforming services and promoting rights in mental health. *Health Hum Rights* [Internet]. 2020 [citad 13 gener 2021];22(1):69-75. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348459/>

30. Fernández O, Carralero A, Parra J, Díaz MV, Markez I. Cero contenciones : Derechos Humanos en los servicios de atención a la Salud Mental . Zero contentions : Human Rights in Mental Health services . *Norte salud Ment* [Internet]. 2018 [citad 14 gener 2021];15(59):46-62. Disponible a: <file:///C:/Users/ACER/Downloads/Dialnet-CeroContenciones-6550993.pdf>

31. Birkeland S, Gildberg FA. Mental Health Nursing, Mechanical Restraint Measures and Patients' Legal Rights. *Open Nurs J* [Internet]. 2016 [citat 19 desembre 2020];10(1):8-14. Disponible a: </pmc/articles/PMC4820532/?report=abstract>
32. Saya A, Brugnoli C, Piazzini G, Liberato D, Ciaccia G Di, Niolu C, et al. Criteria, procedures, and future prospects of involuntary treatment in psychiatry around the world: A narrative review. *Front Psychiatry* [Internet]. 2019 [citat 15 febrer 2021];10(4):1-22. Disponible a: <chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?pdf=https%3A%2F%2Fbrxt.mendeley.com%2Fdocument%2Fcontent%2F76be682-094f-3098-a083-a39950071937>
33. Hoff P. Compulsory Interventions Are Challenging the Identity of Psychiatry. *Front Psychiatry* [Internet]. 2019 [citat 4 gener 2021];10. Disponible a: </pmc/articles/PMC6851161/?report=abstract>
34. Cambridge English Dictionary [Internet]. Human rights. Cambridge: Cambridge University Press; 2021 [citat 9 gener 2021]. p. 1-2. Disponible a: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/human-rights?q=human-rights>.
35. Zhang S, Mellis G, Brink J, Wang X. Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neurosci Bull* [Internet]. 2015 [citat 15 febrer 2021];31(1):99-112. Disponible a: <http://www.neurosci.cn>
36. Wikstøl D, Pedersen R, Magelssen M. Public attitudes and health law in conflict: somatic vs. mental care, role of next of kin, and the right to refuse treatment and information. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2021 [citat 15 febrer 2021];21(1):1-9. Disponible a: <chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?pdf=https%3A%2F%2Fbrxt.mendeley.com%2Fdocument%2Fcontent%2F9920f9c6-807e-339d-8451-d697fd9449c8>
37. Raveesh B, Gowda G, Gowda M. How right is right-based mental health law? *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2019 [citat 6 gener 2021];61(10):640-4. Disponible a: </pmc/articles/PMC6482698/?report=abstract>

38. Hoffman SJ, Sritharan L, Tejpar A. Is the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities Impacting Mental Health Laws and Policies in High-Income Countries? A Case Study of Implementation in Canada. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2016 [citat 15 febrer 2021];16(1):1-18. Disponible a: chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?pdf=https%3A%2F%2Fbrxt.mendeley.com%2Fdocument%2Fcontent%2Fbd189e3b-34ae-3ee8-b3d9-1770c4d01ecc
39. Fco J, Jiménez Estévez C, Española De Neuropsiquiatría A, Febrer BB, Bono Del Trigo A, Coordinadoras (, et al. *Coerción y salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2017.
40. Zaami S, Rinaldi R, Bersani G, Marinelli E. Restraints and seclusion in psychiatry: striking a balance between protection and coercion. *Critical overview of international regulations and rulings*. *Psychiatry* [Internet]. 2020 [citat 18 febrer 2021];55(1):16-23. Disponible a: [https://www.rivistadipsichiatria.it/r.php?v=3301&a=32714&l=339551&f=all egati/03301_2020_01/fulltext/03-Zaami \(16-23\).pdf](https://www.rivistadipsichiatria.it/r.php?v=3301&a=32714&l=339551&f=all egati/03301_2020_01/fulltext/03-Zaami (16-23).pdf)
41. Davidson L. A Key, Not a Straitjacket: The Case for Interim Mental Health Legislation Pending Complete Prohibition of Psychiatric Coercion in Accordance with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Health Hum Rights* [Internet]. 2020 [citat 15 febrer 2021];22(1):153-78. Disponible a: chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?pdf=https%3A%2F%2Fbrxt.mendeley.com%2Fdocument%2Fcontent%2Fcf06c0f5-cf33-30fa-80d6-6b640cf70630
42. Rao GP, Ramya VS, Bada MS. The rights of persons with Disability Bill, 2014: How «enabling» is it for persons with mental illness? *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2016 [citat 15 febrer 2021];58(2):121-8. Disponible a: [/pmc/articles/PMC4919954/](http://pmc/articles/PMC4919954/)
43. Flammer E, Steinert T. Association Between Restriction of Involuntary Medication and Frequency of Coercive Measures and Violent Incidents. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2016 [citat 16 febrer 2021];67(12):1315-20.

- Disponible a:
<https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.201500476>
44. Palacios A, Stolkiner A, Díaz Á, Techera A, Silva C, Gribov D, et al. Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos [Internet]. Montevideo: Psicolibros Universitario; 2017 [citad 16 febrer 2021]. Disponible a: [http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/Salud Mental, Comunidad y DDHH-VERSIÓN DIFUSIÓN.pdf#page=93](http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/SaludMental,ComunidadyDDHH-VERSIÓN DIFUSIÓN.pdf#page=93)
 45. Hongally C, Sneha V, Archana G. How to make rules and regulations for the states in accordance with the Mental Healthcare Act 2017. Indian J Psychiatry [Internet]. 2019 [citad 16 febrer 2021];61(10):827-31. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6482695/>
 46. Cabanyes J, Monge/Eds MÁ. La salud mental y sus cuidados [Internet]. Pamplona: Campus Universitario Navarra; 2017 [citad 17 febrer 2021]. Disponible a: <file:///C:/Users/ACER/Downloads/LibroSaludMentalCuidados.pdf>
 47. WHO.int [Internet]. WHO QualityRights initiative – improving quality, promoting human rights. Ginebra: World Health Organization; 2021 [citad 18 febrer 2021]. p. 1. Disponible a: http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/
 48. Vivar CG, McQueen A, Whyte DA, Canga Armayor N. Primeros pasos en la investigación cualitativa: Desarrollo de una propuesta de investigación. Index Enferm [Internet]. 2013 [citad 25 febrer 2021];22(4):222-7. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=en
 49. IAS. cat [Internet]. Parc Hospitalari Martí i Julià | Institut d'Assistència Sanitària. Girona: Institut d'Assistència Sanitària (IAS); 2021 [citad 25 febrer 2021]. p. 1. Disponible a: <http://www.ias.cat/ca/contingut/iasgirona/104>
 50. IAS. cat [Internet]. La Xarxa de Salut Mental i Addiccions | Institut d'Assistència Sanitària. Girona: Institut d'Assistència Sanitària (IAS); 2021 [citad 25 febrer 2021]. p. 1. Disponible a: <http://www.ias.cat/ca/contingut/salutmental/474>

51. IAS. cat [Internet]. Unitat d'Hospitalització de Psiquiatria d'Adults | Institut d'Assistència Sanitària. Girona: Institut d'Assistència Sanitària (IAS); 2021 [citat 25 febrer 2021]. p. 1. Disponible a: <http://www.ias.cat/ca/contingut/salutmental/491>
52. Thofehrn MB, Montesinos MJL, Porto AR, Amestoy SC, Arrieira IC de O, Mikla M. Grupo focal: Una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. Index Enferm [Internet]. 2013 [citat 2 març 2021];22(1-2):75-8. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
53. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio Sampling Techniques on a Population Study. Int J Morphol [Internet]. 2017 [citat 25 febrer 2021];35(1):227-32. Disponible a: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
54. UOC.edu [Internet]. Mètodes d'investigació qualitativa. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya (UOC); 2021 [citat 2 març 2021]. p. 1-6. Disponible a: http://cv.uoc.edu/annotation/475364da13fc487b002fb9218ade5ca9/487521/PID_00212200/modul_4.html#w26aac11b9
55. qrsinternational.com [Internet]. QSR International; 2021 [citat 19 abril 2021]. Disponible a: <https://www.qrsinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/about/nvivo/modules/transcription/subscribe-annually>
56. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. [citat 25 març 2021]. Disponible a: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>
57. WMA.net [Internet]. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Asociación Médica Mundial; 2021 [citat 26 març 2021]. p. 1-4. Disponible a: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

OBJECTIUS

Objectiu general: Conèixer l'opinió dels professionals sanitaris en relació a les mesures coercitives en les persones ingressades involuntàriament per problemes de salut mental

Objectius específics:

- Conèixer els dilemes ètics dels professionals sanitaris originats per l'aplicació de les mesures coercitives.
- Descriure l'opinió del personal sanitari referent a les conseqüències psicològiques a la persona tractada amb mesures coercitives a través de les seves vivències.
- Descriure l'opinió del personal sanitari referent a les conseqüències físiques a la persona tractada amb mesures coercitives a través de les seves vivències.

METODOLOGIA

1. Disseny

El tipus de metodologia que es pretén utilitzar respecte als objectius plantejats és la qualitativa fenomenològica mitjançant grups focals.

La naturalesa del fenomen a estudiar determina el tipus de disseny a utilitzar. (48) En aquest projecte, el fenomen d'interès és l'opinió de professionals sanitaris sobre els conflictes morals interns generats de la praxis coercitives en els centres de salut mental i les conseqüències que se'n deriven per a la persona. Així doncs, l'obtenció de la informació desitjada per a la realització de l'estudi s'aconsegueix a través de l'experiència humana, per tant, es tracta d'un estudi de metodologia qualitativa. Aquesta té com a propòsit la comprensió i la descripció de les vivències explicades per als professionals que han o estant experimentat el tema en qüestió en primera persona. L'estudi busca conèixer l'opinió dels professionals sanitaris sobre fenòmens humans (dilemes ètics i conseqüències per a les persones) és per aquest motiu que es tracta d'un estudi fenomenològic.

2. Àmbit d'estudi

L'estudi es realitzarà als Serveis de Salut Mental del Parc Hospitalari Martí i Julià. Es localitza a Salt, municipi de la comarca del gironès a la província de Girona, situat junt amb la ciutat de Girona. És un espai sanitari basat en l'atenció psiquiàtrica, sociosanitària, social i física. (49) Forma part de la xarxa de salut mental i addicions de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS), xarxa pública de les comarques gironines especialitzada en l'atenció de salut mental d'una població d'uns 750.000 habitants aproximadament. Segons l'estudi REFINAMENT (Research on Financing Systems" Effect on the quality of Mental Health care) és un model de referència nacional i internacional, basat en la comunitat i en el treball en xarxa. (50)

El parc Hospitalari Martí i Julià compta amb diferents edificis especialitzats en diferents serveis i centres. Els Til·lers és un dels edificis d'interès per a la realització de l'estudi. En aquest, s'hi troba la unitat d'hospitalització de curta estada especialitzada en el tractament de persones amb discapacitat intel·lectual i/o malaltia mental i conductual (UHEDI). També hi ha l'anomenada residència

els Til·lers per a persones amb discapacitat mental i/o malaltia mental de llarga estada. Tant la UHEDI com la residència Til·lers són objectes de l' àmbit d'estudi. (49)

També és àmbit d'estudi la Unitat d'Hospitalització de Psiquiatria d'aguts per a persones que requereixen de compensació clínica dels símptomes, té un total de 42 places (51). L'últim àmbit d'estudi en qüestió es troba a l'Edifici Salt (dins al Parc Hospitalari Martí i Julià) i s'anomena Servei de Rehabilitació Psiquiàtrica, compta amb un total de 50 places i està destinat a persones amb trastorns mentals greus que requereixen tractament. (49)

3. Població d'estudi

La població d'estudi seran els professionals sanitaris que treballen a les unitats d'atenció a la salut mental del Parc Hospitalari Martí i Julià ja esmentades anteriorment: la UHEDI, la residència els Til·lers, la Unitat d'Hospitalització d' Aguts i la Unitat de Subaguts.

3.1 Criteris d'inclusió i exclusió

El requisit imprescindible que han de complir els participants de la mostra és que han de tenir cura de persones amb trastorns mentals sotmeses a l'aplicació de mesures coercitives com serien la contenció física, farmacològica o aïllament, han de tenir vivències de primera mà de l'aplicació d'aquestes. A més, han de treballar al Parc Hospitalari Martí i Julià de les següents unitats: UHEDI, residència els Til·lers, Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica d'aguts i Servei de Rehabilitació Psiquiàtrica. El segon requisit és l'edat i l'experiència dels professionals en qüestió. Els participants han de tenir entre 20-67 anys i una experiència de mínim d'un any al servei. El requisit d'haver d'estar inclòs dins l'interval d'edat es condiciona pel requeriment d'experiència al servei, es considera que abans dels 20 anys és poc probable que la persona pugui tenir un any d'experiència, i els 67 és l'edat màxima per treballar. La condició de l'any d'experiència és deguda a que es contempla que la persona ja disposi de diferents vivències en diverses ocasions per a poder construir una opinió prou consistent per a la realització de l'estudi. També és important que els professionals parlin el català o el castellà per a la recollida de dades. Com a últim requisit, tots i totes les professionals hauran hagut de donar el seu consentiment

de participació en l'estudi per tal de poder realitzar les entrevistes i la recollida d'informació.

Poden participar-hi professionals sanitaris d'àmbits diferents sempre que compleixin els requisits anteriors. El sexe de les persones és indiferent.

Quedaran excloses de la mostra totes aquelles persones que no compleixin els requisits anteriors.

3.2 Mida de la mostra

La determinació de la mida de la mostra dependrà del nombre de professionals que compleixin els requisits per a la participació a l'estudi. L'objectiu és aconseguir el màxim de persones per tal d'obtenir dades i informació més completes i així obtenir uns resultats d'estudi de qualitat. La informació es recollirà mitjançant preguntes i obrint debat a través de grups focals. Segons l'evidència, el nombre ideal de participants per cada grup focal és de 5-7 persones, així hi ha més possibilitats de participació per a cada individu.(52) Així doncs, si la participació ho permet, es realitzaran un total de quatre grups focals, un per a cada unitat.

3.3 Mostreig

Els participants de l'estudi han de ser professionals sanitaris que estiguin en contacte amb persones sotmeses a l'aplicació de mesures coercitives, així doncs, la mostra té vincle amb el fenomen d'estudi. A més, interessen treballadors del Parc Hospitalari Martí i Julià en concret. És per aquests motius que l'estudi utilitzarà un mostreig de caire no probabilístic ja que no es tracta d'una selecció aleatòria. La tècnica del mostreig serà per conveniència perquè s'ha seleccionat la mostra per l'accessibilitat i la proximitat dels subjectes. (53)

4. Tècniques i instruments d'estudi

La tècnica del grup focal és la que es durà a terme per a la realització de l'estudi perquè l'objectiu és conèixer les opinions dels diferents participants posant en debat les diferents aportacions i idees i així permetre la comparació de sentiments i experiències. L'instrument que s'utilitza per a la realització de la tècnica són les entrevistes, hi ha les preguntes principals i les secundàries per si interessa aprofundir en algun tema (annex 2). (54) Abans de començar la sessió,

s'explicarà als participants l'objectiu de l'estudi, se'ls informarà de l'enregistrament de la sessió, es demanarà que signin el document de consentiment informat (annex 3) i es passarà una enquesta sobre les variables socio-demogràfiques (annex 1) als participants per tal de conèixer les particularitats d'aquests . (52)

Quan sigui necessari, l'investigador haurà d'estimular el debat a través de preguntes. El mediador haurà de regular el temps de resposta de cada participant per així fomentar la igual possibilitat d'expressió per a cada persona.

Per tal de tancar el debat, el mediador (investigador) farà una petita síntesi del què s'ha parlat i també demanant als participants la seva opinió sobre la tècnica utilitzada. (54)

La sessió tindrà una durada de 90 minuts com a màxim per el descans dels participants. (52) Si la informació recollida durant les primeres sessions de grup focal no és suficient, es realitzarà una segona.

Els recursos humans imprescindibles per a dur a terme l'estudi són els professionals sanitaris participants, l'investigador i el moderador (en aquest estudi serà el propi investigador).

Referent als recursos materials es necessitarà un espai on realitzar la sessió, si és possible, ha de ser una zona de l'hospital habilitada per als professionals amb espai suficient i equipada per a al comoditat dels participants (cadires, calefacció i ventilació). També es requerirà d'una gravadora de veu i d'una llibreta i bolígrafs. L'investigador haurà de portar el guió, les entrevistes i fulls de consentiments informats (annex 3) .

5. Pla de treball

En primer lloc, es realitzarà la presentació del projecte al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de la Universitat de Girona (annex 4). Una vegada obtinguda la validació, es procedirà al contacta amb la institució d'estudi, el Parc Hospitalari Martí i Julià, es contactarà amb els responsables de cada unitat presentant-los el projecte i els motius de l'interès d'estudi. També es demanarà la possibilitat d'ús d'un espai adequat per a la realització de les entrevistes amb els grups focals.

Seguidament ja es contactarà amb els professionals d'interès que treballin a les unitats de la UHEDI, la residència els Til·lers, Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica d'aguts i Servei de Rehabilitació Psiquiàtrica i se'ls proporcionarà el full informatiu i de confidencialitat de participació en l'estudi.

Una vegada obtinguts els consentiments informats, en funció del nombre de participants es realitzaran els grups per a les entrevistes a través de la tècnica de grups focals.

Posteriorment, es programarà dia, hora i lloc per a la realització de les sessions i s'informarà als participants a través d'un full informatiu que seran repartits a cada unitat. Juntament amb aquests documents també es donarà l'enquesta sobre les variables sociodemogràfiques (annex 1).

Una vegada els participants ja hagin estat informats dels objectius del projecte, hagin signat el document de confidencialitat i omplert l'enquesta sobre les variables sociodemogràfiques, es procedirà a la realització de les sessions (en principi un total de quatre, una per unitat).

A les sessions de grups focals es formularan les preguntes guia (annex 2). S'informarà als participants que les sessions seran gravades per la posterior anàlisi de dades.

6. Anàlisi de dades

L'anàlisi de dades el durà a terme el propi investigador i es farà mitjançant la transcripció de les gravacions.

Es transcriuran les entrevistes de manera literal perquè la informació pugui ser analitzada. Per tal de dur a terme la transcripció de les dades s'utilitzarà el Microsoft Word 2016. Una vegada transcrites, s'hauran de seleccionar aquells fragments més rellevants per tal de reduir i simplificar les dades obtingudes aconseguint la informació congruent per a la investigació. Per realitzar-ho, s'utilitzarà el programa N-vivo, dissenyat per a l'anàlisi de dades qualitatives. Aquest programa permet emmagatzemar i organitzar les dades així com també obtenir informes de la informació més important de l'anàlisi. (55)

Seguidament s'haurà de categoritzar la informació. Per aquest estudi es farà un anàlisi temàtic: s'analitzaran les dades organitzant-les en base els diferents

temes tractats (52); es diferenciarien les dades sobre els dilemes ètics originats als professionals de les que fan referència a les conseqüències físiques per a la persona. També s'agruparan les que corresponen a l'objectiu de conèixer les conseqüències psicològiques derivades de l'aplicació de les mesures coercitives per a la persona.

Per finalitzar, s'estructurarà aquesta informació de manera ordenada elaborant un informe de resultats.

7. Consideracions ètiques

L'estudi assegura que respectarà la Llei orgànica 3/2018 del 5 de desembre de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. (56) Serà respectat el secret professional i els participants hauran de signar el document conforme han estat informats sobre la investigació i la seva participació en l'estudi és totalment voluntària (annex 3).

Durant tot el procés d'investigació s'informarà als participants de l'evolució d'aquesta i de les seves particularitats. En qualsevol moment les persones tenen dret a abandonar l'estudi.

Per tal de dur a terme l'estudi serà un requisit imprescindible l'obtenció del permís del Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de la Universitat de Girona.

L'estudi també recolza els principis descrits a la Declaració de Helsinki. Aquesta inclou els principis ètics que s'han de tenir en compte a la investigació mèdica amb éssers humans. (57)

8. Limitacions d'estudi

Les limitacions que podria presentar aquest estudi són varies. Primerament, fent al·lusió a l'instrument d'estudi, el grup focal, el fet que la tècnica s'apliqui amb persones de coneixença entre elles pot tenir un efecte negatiu ja que els participants es poden sentir amb pressió, temor a ser jutjats o incompresos per als seus companys de feina, en definitiva, la limitació seria la influència dels altres participants. Una altra limitació és el temps que tenen els participants per a respondre, en ocasions és possible que la persona no disposi del temps suficient per expressar de manera completa la seva opinió. Per últim, considero que el fet de realitzar l'estudi en una única àrea hospitalària també és una limitació ja

que els resultats obtinguts serien encara més significatius si les fonts d'informació formessin part de diferents àrees hospitalàries; de ben segur cada una té les seves particularitats i influències.

9. Aplicabilitat dels resultats a la pràctica infermera

Els resultats de l'estudi primerament serviran per a la coneixença de les opinions i percepcions de professionals sanitaris permeten l'enriquiment personal de qui estigui interessat amb el tema en qüestió. D'altra banda, pot ser útil per generar plantejaments de si s'han de qüestionar certs aspectes o no en aquest àmbit i per tant, de si s'ha de replantejar la utilització d'aquests mètodes. No obstant això, per tal de fer-ho, també s'hauria de tenir en compte l'opinió de les persones a les quals s'apliquen aquestes mesures ja que en són les protagonistes, seria necessària la realització d' un altre estudi.

El tema de l'estudi és molt delicat èticament parlant i hi ha moltes controvèrsies de la seva praxis o no, és per això que crec necessari l'estudi i l'aprofundiment en la investigació d' aquest àmbit.

CRONOGRAMA

	Setembre 2021	Octubre 2021	Novembre 2021	Desembre 2021	Gener 2022	Febrer 2022	Març 2022	Abril 2022	Maig 2022	Juny 2022
Presentació del projecte al comitè d'ètica										
Primer contacte amb les entitats i explicació del projecte										
Explicació del projecte als professionals										
Selecció dels participants i obtenció dels documents signats										
Realització d'entrevistes										
Transcripció i anàlisi de dades										

Elaboració de l'informe										
Difusió científica										

Font: Elaboració pròpia

PRESSUPOST

Taula 1. Despeses materials

Material	Quantitat	Preu/ unitat	Total
Paquet de folis	500	3,20€	3,20€
Impressió	150	0,05€	7,50€
Llibreta A4	1	3,35€	3,35€
Paquet de bolígrafs 10 u	1	4,20€	4,20€
Gravadora de veu	1	32,99€	32,99€
Desplaçaments (benzina)		10€	10€

Nota: El cost de la benzina és un valor aproximat, pot variar en funció dels desplaçaments extres que puguin sorgir (aproximadament s'han calculat uns 35km).

Taula 2. Despeses per a la transcripció i l'anàlisi de dades

Programa	Quantitat	Preu/ unitat	Total
Programa NVivo transcription		499	499,0

TOTAL (cost estimat total de la investigació)	560,24€
--	---------

Font: Elaboració pròpia

ANNEXES

Annex 1: Enquesta sobre les variables sociodemogràfiques

1. Edat (en anys)

- De 20 a 30 anys
- De 31 a 40 anys
- De 41 a 50 anys
- De 51 a 60 anys
- Més de 60 anys

2. Sexe

- Home
- Dona

3. Gènere

- Femení
- Masculí
- Altres

4. Lloc de naixement

5. Creient d'alguna religió

- Sí
- No

6. Professió

- Infermeria
- Auxiliar d'infermeria
- Psicologia
- Psiquiatria

Altres: _____

7. Unitat de treball

- Unitat d'hospitalització de curta estada especialitzada en el tractament de persones amb discapacitat intel·lectual i/o malaltia mental i conductual (UHEDI)
- Residència els Til·lers per a persones amb discapacitat mental i/o malaltia mental de llarga estada
- Unitat d'Hospitalització de Psiquiatria d'aguts

8. Formació específica en l'àmbit de salut mental?

- Sí
- No

9. Anys d'experiència (en l'entorn de salut mental)

- De 1 a 5 anys
- De 5 a 10 anys
- De 10 a 15 anys
- Més de 15 anys

10. Contacte amb mesures coercitives

- Sí
- No

Annex 2: Preguntes guia pel grup focal

Preguntes principals

- L'aplicació de les mesures coercitives us ha generat conflictes morals? Quins?
- Quines repercussions psicològiques heu observat en els usuaris tractats amb mesures coercitives?
- Quins danys físics heu observat en els usuaris tractats amb mesures coercitives?

Preguntes secundàries (per si interessa aprofundir a algun tema)

- Quin creieu que és el major benefici (objectiu principal) de l'aplicació dels mètodes coercitius? És la millor manera d'aconseguir-ho?
 - Creieu que la persona es troba en una situació de vulnerabilitat?
 - Quins principis i drets creieu que són vulnerats en l'aplicació de les mesures coercitives?
 - Opineu que la praxis d'aquests mètodes pot denigrar la dignitat de les persones?
 - En alguna ocasió heu tingut sentiments de culpa (o no satisfactoris) per les pràctiques realitzades a la unitat de treball?
 - En algun moment us heu qüestionat l'ús o la suspensió dels mètodes coercitius?
 - Veieu possible un futur d'atenció en salut mental lliure de mesures coercitives? Per què?
-

- Creieu que les repercussions psicològiques per a la persona es poden evitar o disminuir d'alguna manera? I les físiques?

Annex 3. Full informatiu i consentiment informat de participació en l'estudi

Títol de l'estudi: Percepció dels professionals sanitaris de l'aplicació de les mesures coercitives en persones ingressades per problemes de salut mental.

Població d'estudi: Professionals sanitaris del Parc Hospitalari Martí i Julià de la unitat de la UHEDI, la residència els Til·lers, la Unitat d'Hospitalització de Psiquiatria d'Aguts i del Servei de Rehabilitació Psiquiàtrica.

Investigadora responsable: XXX

Dades de contacte de la investigadora: (+34 xxx xxx xxx) / xxx@gmail.com

El present informe té com a objectiu primordial proporcionar-vos tota la informació necessària perquè pugueu decidir lliurement i voluntàriament si voleu participar en aquest estudi. Per això, heu de llegir atentament la següent informació i preguntar qualsevol dubte de al respecte.

PROPÒSIT DE L'ESTUDI

Les mesures coercitives són mètodes utilitzats en diferents serveis sanitaris, salut mental, una d'elles. L'aplicació d'aquestes comporta una sèrie de conseqüències a les persones que se'ls hi apliquen i a més poden generar dilemes ètics als professionals que les exerceixen.

L'estudi té com a objectiu conèixer l'opinió dels professionals sanitaris en relació a les mesures coercitives en les persones ingressades involuntàriament per problemes de salut mental amb la intenció d'avançar en la recerca d'aquest àmbit.

PROCEDIMENT

Per tal de dur-lo a terme, és necessària la participació voluntària de professionals sanitaris del Parc Hospitalari Martí i Julià de la unitat de la UHEDI, la residència els Til·lers, la Unitat d'Hospitalització de Psiquiatria d'Aguts i del Servei de Rehabilitació Psiquiàtrica.

La recollida de dades es farà a través d'una entrevista amb la tècnica de grup focal. Consisteix en respondre una entrevista a través del diàleg i el debat amb els altres participants. Les sessions seran gravades amb una gravadora de veu per posteriorment poder analitzar les dades de manera adequada. Previ a les

sessions s'haurà de realitzar una enquesta per l'obtenció de dades sociodemogràfiques. La sessió tindrà una durada de 90 minuts com a màxim.

RISCOS I INCOMODITATS

No existeixen riscos directes relacionats amb la participació en l'estudi.

BENEFICIS

Aportació de coneixements i dades per a l'evolució en la investigació en l'àmbit dels serveis d'atenció a la persona en salut mental.

CONFIDENCIALITAT

L'estudi assegura la confidencialitat i la protecció de dades, segons s'estableix en la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia de drets digitals, i en el Reglament (UE) 2016/679 del parlament europeu i del consell, de 7 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46/ CE (Reglament general de protecció de dades).

Les dades obtingudes en aquest estudi seran utilitzades exclusivament per a l'assoliment dels objectius d'aquesta investigació.

DRET A TENIR MÉS INFORMACIÓ SOBRE L'ESTUDI

Teniu dret a fer qualsevol pregunta sobre l'estudi, sempre que vulgueu, al llarg del registre. Tanmateix, sereu informats de qualsevol descobriment nou que es produeixi al llarg de l'estudi i que pugui afectar la vostra participació en futurs estudis.

REBUIG O ABANDONAMENT DE LA PARTICIPACIÓ

La participació en aquest estudi és totalment voluntària i en qualsevol moment que la persona ho desitgi es lliure de retirar el consentiment.

SIGNATURA

Jo afirmo que se m'ha explicat la finalitat i objectius de la present investigació, els procediments utilitzats en l'estudi, els possibles riscos i incomoditats, així com els drets i beneficis potencials que en puguin experimentar. Les alternatives

possibles a la participació en l'estudi també han estat discutides, com la possibilitat de retirar-me'n quan vulgui i sense haver de donar explicacions. M'han respost també a les diferents preguntes que he formulat.

Declaro que he llegit aquest consentiment informat i que la signatura a continuació expressa el meu desig de participar voluntàriament en aquest estudi.

La persona voluntària

Data

(O, el vostre representant legal)

El sotasignat declara haver explicat la finalitat de la investigació, els procediments utilitzats en l'estudi, identificant aquells que tenen finalitat merament d'investigació, els possibles riscos i incomoditats que puguin originar-se i que ha respost el millor que ha pogut a les preguntes que se li han formulat respecte a l'estudi.

L'investigador/a responsable de l'estudi

Data

Annex 4. Sol·licitud del projecte al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de la Universitat de Girona

Benvolgut/da Senyor/a,

Soc xxxxxxxxx, amb ocupació a xxxxx, en qualitat d'investigador/a principal.

En el present document **s'exposa**:

- 1) El desig que el següent estudi sigui avaluat des d'una perspectiva ètica.

Dades de l'estudi:

Títol: " Percepció dels professionals sanitaris sobre l'aplicació de mesures coercitives en persones ingressades per problemes de salut mental".

Telèfon: xxxxxxxxx; e.mail: xxxxxxxxxx@gmail.com

Àmbit d'estudi: professionals sanitaris que treballen a les unitats d'atenció a la salut mental del Parc Hospitalari Martí i Julià: la UHEDI, la residència els Til·lers, la Unitat d'Hospitalització d' Aguts i la Unitat de Subaguts.

- 2) Que l'estudi es durà a terme tal i com s'ha plantejat; respectant la confidencialitat i protecció de dades personals , la garantia dels drets digitals, el consentiment informat i els principis descrits a la Declaració de Hèlsinki.

Finalment, es **sol·licita**:

L'autorització de la realització de l' estudi d'investigació en qüestió per part del Comitè d'Ètica d' Investigació Clínica de la Universitat de Girona.

En, a, de..... de.....

Atentament,

XXX

