



# Estratègies per posar fi a l'aïllament i la contenció

Formació especialitzada de QualityRights de l'OMS

QualityRights



Generalitat  
de Catalunya

Transforming services and promoting the rights of people with psychosocial, intellectual and cognitive disabilities

2022, © Generalitat de Catalunya



Aquesta publicació és una traducció, d'acord amb la llicència de Creative Commons [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/), del text original de l'OMS escrit en anglès.

Aquesta traducció no és obra de de l'OMS, i per tant no es fa responsable del contingut ni de l'exactitud de la traducció. L'edició original en anglès *Strategies to end seclusion and restraint. WHO QualityRights Specialized training. Course guide*. Geneva: World Health Organization; 2019 és el text autèntic i vinculant.

**Edita:**

Pacte Nacional de Salut Mental. Generalitat de Catalunya.

**Traducció:**

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut.

**Primera edició:**

octubre de 2022

## Sumari

Agraïments .....	iii
Prefaci .....	xi
Declaracions de suport .....	xii
Què és la iniciativa QualityRights de l'OMS? .....	xix
La iniciativa QualityRights de l'OMS: eines de formació .....	xx
i orientació .....	xx
Sobre aquesta formació i orientació.....	xxi
Orientació per als formadors.....	xxiii
Nota preliminar sobre el llenguatge .....	xxvi
Objectius d'aprenentatge, temes i recursos .....	xxvii
Introducció .....	1
Tema 1. Què és la recuperació? .....	2
Tema 2. Definir l'aïllament i la contenció.....	4
Tema 3. L'experiència personal i l'impacte de l'aïllament i la contenció.....	13
Tema 4. Qüestionar-se les pressuposicions sobre l'aïllament i la contenció .....	20
Tema 5. Identificar les situacions de tensió i els elements d'una resposta eficaç.....	28
Tema 6. Plans individualitzats per explorar i respondre a les sensibilitats i als signes de malestar.....	34
Tema 7. Establir una cultura del «sí» i del «sí que es pot».....	37
Tema 8. Entorns d'acompanyament i ús de sales de benestar.....	40
Tema 9. Desescalada de les situacions de tensió i de conflictivitat.....	43
Tema 10. Equips de resposta .....	45
Tema 11. Accions que es poden emprendre per erradicar l'aïllament i la contenció.....	51
Referències .....	56
Annexos.....	61
Annex 1. Casos.....	61
Annex 2. Citacions de persones que han patit experiències d'aïllament i de contenció.....	63
Annex 3. Elaborar un pla individualitzat.....	65
Annex 4. Accions personals per erradicar l'aïllament i la contenció .....	66
Annex 5. Canvis al servei per erradicar l'aïllament i la contenció.....	67

# Agraïments

## Conceptualització

Michelle Funk (coordinadora) i Natalie Drew Bold (funcionària tècnica), Equip de Desenvolupament de Polítiques i Serveis de Salut Mental, Departament de Salut Mental i Abús de Substàncies (OMS/Ginebra).

## Equip editorial i de redacció

Michelle Funk (OMS/Ginebra), Natalie Drew Bold (OMS/Ginebra); Marie Baudel, Universitat de Nantes, França.

## Experts internacionals clau

Celia Brown, MindFreedom International, (Estats Units); Mauro Giovanni Carta, Universitat de Càller (Itàlia); Yeni Rosa Damayanti, Associació Indonèsia de Salut Mental (Indonèsia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (Estats Units); Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre els drets de les persones amb discapacitat (Suïssa); Julian Eaton, CBM International i Escola d'Higiene i Medicina Tropical de Londres (Regne Unit); Salam Gómez, Xarxa Mundial d'Usuaris i Supervivents de Psiquiatria (Colòmbia); Gemma Hunting, consultora internacional (Alemanya); Diane Kingston, Aliança Internacional contra el VIH/Sida (Regne Unit); Itzhak Levav, Departament de Salut Mental Comunitària, Universitat de Haifa (Israel); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, consultor internacional (Austràlia); Tina Minkowitz, Centre per als Drets Humans dels Usuaris i Supervivents de Psiquiatria (Estats Units); Peter Mittler, Dementia Alliance International (Regne Unit); Maria Francesca Moro, Universitat de Columbia (Estats Units); Fiona Morrissey, consultora de recerca en legislació sobre discapacitat (Irlanda); Michael Njenga, Usuaris i Supervivents de Psiquiatria a Kenya (Kenya); David W. Oaks, Acui Institute, LLC (Estats Units); Soumitra Pathare, Centre per a la Legislació i les Polítiques de Salut Mental, Societat de Dret de l'Índia (Índia); Dainius Pūras, relator especial sobre el dret de totes les persones al gaudi del més alt nivell possible de salut física i mental (Suïssa); Jolijn Santegoeds, Xarxa Mundial d'Usuaris i Supervivents de Psiquiatria (Països Baixos); Sashi Sashidharan, Universitat de Glasgow (Regne Unit); Gregory Smith, consultor internacional (Estats Units); Kate Swaffer, Dementia Alliance International (Austràlia); Carmen Valle, CBM International (Tailàndia); Alberto Vásquez Encalada, relator especial sobre els drets de les persones amb discapacitat davant l'Oficina de les Nacions Unides (Suïssa).

## Col·laboracions

Abu Bakar Abdul Kadir, Hospital Permai (Malàisia); Robinah Nakanwagi Alambuya, Xarxa Panafricana de Persones amb Discapacitat Psicosocial (Uganda); Anna Arstein-Kerslake, Facultat de Dret de Melbourne, Universitat de Melbourne (Austràlia); Lori Ashcraft, Resilience Inc. (Estats Units); Rod Astbury, Associació de Salut Mental d'Austràlia Occidental (Austràlia); Joseph Atukunda, Heartsounds, Uganda (Uganda); David Axworthy, Comitè de Salut Mental d'Austràlia Occidental (Austràlia); Simon Vasseur Bacle, EPSM Lille Metropole, Centre Col·laborador de l'OMS, Lille (França); Sam Badege, Organització Nacional d'Usuaris i Supervivents de Psiquiatria a Ruanda (Ruanda); Amrit Bakhshy, Associació de Conscienciació sobre l'Esquizofrènia (Índia); Anja Baumann, Acció per a la Salut Mental d'Alemanya (Alemanya); Jerome Bickenbach, Universitat de Lucerna (Suïssa); Jean-Sébastien Blanc, Associació per la Prevenció de la Tortura (Suïssa); Pat Bracken, consultor independent en psiquiatria (Irlanda); Simon Bradstreet, Universitat de Glasgow (Regne Unit); Claudia Pellegrini Braga, Universitat de São Paulo (Brasil); Fiscalia de Rio de Janeiro (Brasil); Patricia Brogna, Escola Nacional de Teràpia



Ocupacional (Argentina); Celia Brown, MindFreedom International (Estats Units); Kimberly Budnick, mestra de Head Start / educadora de la primera infància (Estats Units); Janice Cambri, Psychosocial Disability - Inclusive Philippines (Filipines); Aleisha Carroll, CBM Australia (Austràlia); Mauro Giovanni Carta, Universitat de Càller (Itàlia); Chauhan Ajay, Autoritat Estatal de Salut Mental, Gujarat, (Índia); Facundo Chavez Penillas, Oficina de l'Alt Comissariat de les Nacions Unides per als Drets Humans (Suïssa); Daniel Chisholm, Oficina Regional per a Europa de l'OMS (Dinamarca); Louise Christie, Xarxa Escocesa de Rehabilitació (Regne Unit); Oryx Cohen, Centre Nacional d'Empoderament (Estats Units); Celline Cole, Universitat Lliure de Berlín (Alemanya); Janice Cooper, Carter Center (Liberia); Jillian Craigie, Kings College de Londres (Regne Unit); David Crepez-Keay, Fundació per a la Salut Mental (Regne Unit); Rita Cronise, International Association of Peer Supporters (Estats Units); Gaia Montauti d'Harcourt, Fondation d'Harcourt (Suïssa); Yeni Rosa Damayanti, Indonesia Mental Health Association (Indonèsia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (Estats Units); Laura Davidson, advocada i consultora en desenvolupament (Regne Unit); Lucia de la Sierra, Oficina de l'Alt Comissariat de les Nacions Unides per als Drets Humans (Suïssa); Theresia Degener, Bochum Center for Disability Studies (BODYS), Universitat Protestant d'Estudis Aplicats (Alemanya); Paolo del Vecchio, Administració de Serveis de Salut Mental i de Drogodependències (Estats Units); Manuel Desviat, Atopos, Salut Mental, Comunitat i Cultura (Espanya); Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (Suïssa); Alex Devine, Universitat de Melbourne (Austràlia); Christopher Dowrick, Universitat de Liverpool (Regne Unit); Julian Eaton, CBM International i Escola d'Higiene i Medicina Tropical de Londres (Regne Unit); Rabih El Chammay, Ministeri de Salut (Líban); Mona El-Bilsha, Universitat de Mansura (Egipte); Ragia Elgerzawy, Iniciativa Egípcia per als Drets Humans (Egipte); Radó Iván, Fòrum d'Interès per la Salut Mental (Hongria); Natalia Santos Estrada, Colectivo Chuhcan (Mèxic); Timothy P. Fadgen, Universitat d'Auckland (Nova Zelanda); Michael Elnemais Fawzy, Hospital de Salut Mental El-Abbassia (Egipte); Alva Finn, Mental Health Europe (Bèlgica); Susanne Forrest, NHS Education for Scotland (Regne Unit); Rodrigo Fredes, Locos por Nuestros Derechos (Xile); Paul Fung, Mental Health Portfolio, HETI Higher Education (Austràlia); Lynn Gentile, Oficina de l'Alt Comissariat de les Nacions Unides per als Drets Humans (Suïssa); Kirsty Giles, South London and Maudsley (SLaM) Recovery College (Regne Unit); Salam Gómez, Xarxa Mundial d'Usuaris i Supervivents de Psiquiatria (Colòmbia); Ugnė Grigaitė, ONG Institut de Seguiment de Drets Humans i Perspectives en Salut Mental (Lituània); Margaret Grigg, Departament de Serveis Humans i de Salut, Melbourne (Austràlia); Oye Gureje, Departament de Psiquiatria, Universitat d'Ibadan (Nigèria); Cerdic Hall, Camden i Islington NHS Foundation Trust (Regne Unit); Julie Hannah, Human Rights Centre, Universitat d'Essex (Regne Unit); Steve Harrington, International Association of Peer Supporters (Estats Units); Akiko Hart, Mental Health Europe (Bèlgica); Renae Hodgson, Comitè de Salut Mental d'Austràlia Occidental (Austràlia); Nicole Hogan, Hampshire Hospitals NHS Foundation Trust (Regne Unit); Frances Hughes, Cutting Edge Oceania (Nova Zelanda); Gemma Hunting, consultora internacional (Alemanya); Hiroto Ito, Centre Nacional de Neurologia i Psiquiatria (Japó); Maths Jespersen, PO-Skåne (Suècia); Lucy Johnstone, consultora en psicologia clínica i formadora independent (Regne Unit); Titus Joseph, Centre per a la Legislació i les Polítiques de Salut Mental, Societat de Dret de l'Índia (Índia); Dovilė Juodkaitė, Fòrum Lituà de Discapacitat (Lituània); Rachel Kachaje, Disabled People's International (Malawi); Jasmine Kalha, Centre per a la Legislació i les Polítiques de Salut Mental, Societat de Dret de l'Índia (Índia); Elizabeth Kamundia, Comitè Nacional sobre Drets Humans (Kenya); Yasmin Kapadia, Sussex Recovery College (Regne Unit); Brendan Kelly, Trinity College de Dublín (Irlanda); Mary Keogh, CBM International (Irlanda); Akwatu Khenti, Direcció contra el Racisme d'Ontario, Ministeri de Seguretat Comunitària i Serveis Penitenciaris (Canadà); Seongsu Kim, Centre Col·laborador de l'OMS, Hospital Mental Yongin (Corea del Sud); Diane Kingston, Aliança Internacional contra el VIH/sida (Regne Unit); Rishav Koirala, Universitat d'Oslo (Noruega); Mika Kontiainen, Departament d'Afers Exteriors i Comerç (Austràlia); Sadhvi Krishnamoorthy, Centre per a la Legislació i les Polítiques de Salut Mental, Societat de Dret de l'Índia (Índia); Anna Kudiyarova, Institut Psicoanalític per a l'Àsia Central (Kazakhstan); Linda Lee, Mental Health Worldwide (Canadà); Itzhak Levav, Departament de Salut Mental Comunitària, Universitat de Haifa (Israel); Maureen Lewis, Comitè de Salut Mental (Austràlia); Laura Loli-Dano, Centre per a les Addiccions i la Salut Mental (Canadà); Eleanor Longden, Greater Manchester Mental

Health NHS Foundation Trust (Regne Unit); Crick Lund, Universitat de Ciutat del Cap (Sud-àfrica); Judy Wanjiru Mbutia, Serveis de Salut Mental d'Uzima (Kenya); John McCormack, Xarxa Escocesa de Rehabilitació (Regne Unit); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, consultor internacional (Austràlia); Emily McLoughlin, consultora internacional (Irlanda); Bernadette McSherry, Universitat de Melbourne (Austràlia); Roberto Mezzina, Centre Col·laborador de l'OMS, Trieste (Itàlia); Tina Minkowitz, Centre per als Drets Humans dels Usuaris i Supervivents de Psiquiatria (Estats Units); Peter Mittler Dementia Alliance International (Regne Unit); Pamela Molina Toledo, Organització d'Estats Americans (Estats Units); Andrew Molodynski, Oxford Health NHS Foundation Trust (Regne Unit); Maria Francesca Moro, Universitat de Columbia (Estats Units); Fiona Morrissey, consultora de recerca en legislació sobre discapacitat (Irlanda); Melita Murko, Oficina Regional d'Europa de l'OMS (Dinamarca); Chris Nas, Trimbos International (Països Baixos); Sutherland Carrie, Departament de Desenvolupament Internacional (Regne Unit); Michael Njenga, Usuaris i Supervivents de Psiquiatria a Kenya (Kenya); Aikaterini - Katerina Nomidou, GAMIAN-Europe (Bèlgica) i SOFPSI N. SERRON (Grècia); Peter Oakes, Universitat de Hull (Regne Unit); David W. Oaks, Aciu Insitute, LLC (Estats Units); Martin Orrell, Institut de Salut Mental, Universitat de Nottingham (Regne Unit); Abdelaziz Awadelseed Alhassan Osman, Hospital Al Amal, Dubai (Emirats Àrabs Units); Gareth Owen, King's College de Londres (Regne Unit); Soumitra Pathare, Centre per a la Legislació i les Polítiques de Salut Mental, Societat de Dret de l'Índia (Índia); Sara Pedersini, Fondation d'Harcourt (Suïssa); Elvira Pérttega Andía, Universitat Saint-Louis (Espanya); Dainius Pūras, relator especial sobre el dret de totes les persones al gaudi del més alt nivell possible de salut física i mental; Thara Rangaswamy, Schizophrenia Research Foundation (Índia); Manaan Kar Ray, Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust (Regne Unit); Mayssa Rekhis, Facultat de Medicina, Universitat El Manar de Tunis (Tunísia); Julie Repper, Universitat de Nottingham (Regne Unit); Geneva Richardson, King's College de Londres (Regne Unit); Annie Robb, Ubuntu Centre (Sud-àfrica); Jean Luc Roelandt, EPSM Lille Metropole, Centre Col·laborador de l'OMS, Lille (França); Eric Rosenthal, Disability Rights International (Estats Units); Raul Montoya Santamaría, Colectivo Chuhcan A.C. (Mèxic); Jolijn Santegoeds, Xarxa Mundial d'Usuaris i Supervivents de Psiquiatria (Països Baixos); Benedetto Saraceno, Institut de Lisboa per a la Salut Mental Global (Suïssa); Sashi Sashidharan, Universitat de Glasgow (Regne Unit); Marianne Schulze, consultora internacional (Àustria); Tom Shakespeare, Escola d'Higiene i Medicina Tropical de Londres (Regne Unit); Gordon Singer, consultor expert (Canadà); Frances Skerritt, especialista d'iguals (Canadà); Mike Slade, Universitat de Nottingham (Regne Unit); Gregory Smith, consultor internacional (Estats Units); Natasa Dale, Comitè de Salut Mental d'Austràlia Occidental (Austràlia); Michael Ashley Stein, Harvard Law School (Estats Units); Anthony Stratford, Mind Australia (Austràlia); Charlene Sunkel, Xarxa Global d'Iguals en Salut Mental (Sud-àfrica); Kate Swaffer, Dementia Alliance International (Austràlia); Shelly Thomson, Departament d'Afers Exteriors i Comerç (Austràlia); Carmen Valle, CBM International (Tailàndia); Alberto Vásquez Encalada, relator especial sobre els drets de les persones amb discapacitat davant l'Oficina de les Nacions Unides (Suïssa); Javier Vasquez, vicepresident, Programes de Salut, Jocs Olímpics Especials, Internacional (Estats Units); Benjamin Veness, Alfred Health (Austràlia); Peter Ventevogel, Secció de Salut Pública, Alt Comissariat de les Nacions Unides per als Refugiats (Suïssa); Carla Aparecida Arena Ventura, Universitat de São Paulo (Brasil); Alison Xamon, presidenta del Comitè de Salut Mental d'Austràlia Occidental (Austràlia).

### Alumnes en pràctiques a l'OMS

Mona Alqazzaz, Paul Christiansen, Casey Chu, Julia Faure, Stephanie Fletcher, Jane Henty, Angela Hogg, April Jakubec, Gunnhild Kjaer, Yuri Lee, Adrienne Li, Kaitlyn Lyle, Joy Muhia, Zoe Mulliez, Maria Paula Acuna Gonzalez, Jade Presnell, Sarika Sharma, Katelyn Tenbensen, Peter Varnum, Xin Ya Lim, Izabella Zant.

## Seu de l'OMS i oficines regionals

Nazneen Anwar (OMS / Àsia sud-oriental), Florence Baingana (OMS/Àfrica), Andrea Bruni (OMS/Amèriques), Darryl Barrett (OMS / Pacífic Occidental), Rebecca Bosco Thomas (seu de l'OMS), Claudina Cayetano (OMS/Amèriques), Daniel Chisholm (OMS/Europa), Neerja Chowdary (seu de l'OMS), Fahmy Hanna (seu de l'OMS), Eva Lustigova (seu de l'OMS), Carmen Martinez (OMS/Amèriques), Maristela Monteiro (OMS/Amèriques), Melita Murko (OMS/Europa), Khalid Saeed (OMS/Mediterrani Oriental), Steven Shongwe (OMS/Àfrica), Yutaro Setoya (OMS / Pacífic Occidental), Martin Vandendyck (OMS/WPRO), Mark Van Ommeren (seu de l'OMS), Edith Van't Hof (seu de l'OMS) i Dévora Kestel (seu de l'OMS).

## Suport administratiu i editorial de l'OMS

Patricia Robertson, Desenvolupament de Polítiques i Serveis de Salut Mental, Departament de Salut Mental i Abús de Substàncies (OMS/Ginebra); David Bramley, edició (Suïssa); Julia Faure (França), Casey Chu (Canadà) i Benjamin Funk (Suïssa), disseny i suport.

## Col·laboracions en suport de vídeo

Volem agrair a les següents persones i organitzacions per l'autorització de l'ús dels seus vídeos en aquests materials:

### **50 Mums, 50 Kids, 1 Extra Chromosome**

*Vídeo produït per Wouldn't Change a Thing*

### **Breaking the chains by Erminia Colucci**

*Vídeo produït per Movie-Ment*

### **Chained and Locked Up in Somaliland**

*Vídeo produït per Human Rights Watch*

### **Circles of Support**

*Vídeo produït per Inclusion Melbourne*

### **Decolonizing the Mind: A Trans-cultural Dialogue on Rights, Inclusion and Community**

(International Network toward Alternatives and Recovery - INTAR, Índia, 2016)

*Vídeo produït per Bapu Trust for Research on Mind & Discourse*

### **Dementia, Disability & Rights - Kate Swaffer**

*Vídeo produït per Dementia Alliance International*

### **Finger Prints and Foot Prints**

*Vídeo produït per PROMISE Global*

### **Forget the Stigma**

*Vídeo produït per The Alzheimer Society of Ireland*

### **Ghana: Abuse of people with disabilities**

*Vídeo produït per Human Rights Watch*

**Global Campaign: The Right to Decide**

*Vídeo produït per Inclusion International*

**Human Rights, Ageing and Dementia: Challenging Current Practice by Kate Swaffer**

*Vídeo produït per Your Aged and Disability Advocates (ADA), Austràlia*

**I go home**

*Vídeo produït per WITF TV, Harrisburg, PA. © 2016 WITF*

**Inclusive Health Overview**

*Vídeo produït per Special Olympics*

**Independent Advocacy, James' story**

*Vídeo produït per The Scottish Independent Advocacy Alliance*

**Interview - Special Olympic athlete Victoria Smith, ESPN, 4 July 2018**

*Vídeo produït per Special Olympics*

**Living in the Community**

*Vídeo produït per Lebanese Association for Self Advocacy (LASA) i Disability Rights Fund (DRF)*

**Living it Forward**

*Vídeo produït per LedBetter Films*

**Living with Mental Health Problems in Russia**

*Vídeo produït per Sky News*

**Love, loss and laughter - Living with dementia**

*Vídeo produït per Fire Films*

**Mari Yamamoto**

*Vídeo produït per Bapu Trust for Research on Mind & Discourse*

**Mental health peer support champions, Uganda 2013**

*Vídeo produït per Cerdic Hall*

**Moving beyond psychiatric labels**

*Vídeo produït per The Open Paradigm Project/ P.J. Moynihan, Digital Eyes Film Producer*

**'My dream is to make pizza': the caterers with Down's syndrome**

*Vídeo produït per The Guardian*

**My Story: Timothy**

*Vídeo produït per End the Cycle (Initiative of CBM Australia)*

**Neil Laybourn and Jonny Benjamin discuss mental health**

*Vídeo produït per Rethink Mental Illness*



**No Force First**

*Vídeo produït per Mersey Care NHS Foundation Trust*

**No more Barriers**

*Vídeo produït per BC Self Advocacy Foundation*

**'Not Without Us' from Sam Avery & Mental Health Peer Connection**

*Vídeo produït per Mental Health Peer Connection*

**Open Dialogue: an alternative Finnish approach to healing psychosis (pel·lícula completa)**

*Vídeo produït per Daniel Mackler, cineasta*

**The Open Paradigm Project – Celia Brown**

*Vídeo produït per The Open Paradigm Project/ Mindfreedom International*

**Open Paradigm Project – Dorothy Dundas**

*Vídeo produït per The Open Paradigm Project*

**Open Paradigm Project – Oryx Cohen**

*Vídeo produït per The Open Paradigm Project/ National Empowerment Center*

**Open Paradigm Project - Sera Davidow**

*Vídeo produït per The Open Paradigm Project/ Western Mass Recovery Learning*

**Ovidores de Vozes (Hearing Voices) Canal Futura, Brasil 2017**

*Vídeo produït per L4 Filmes*

**Paving the way to recovery - the Personal Ombudsman System**

*Vídeo produït per Mental Health Europe ([www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org))*

**Peer Advocacy in Action**

*Vídeo produït i dirigit per David W. Barker, Createus Media Inc. ([www.createusmedia.com](http://www.createusmedia.com)) © 2014 Createus Media Inc. Tots els drets reservats. S'utilitza amb el permís de l'Organització Mundial de la Salut. Contacteu amb [info@createusmedia.com](mailto:info@createusmedia.com) per a més informació. Un agraïment especial a Rita Cronise per tot el seu ajut i suport.*

**Planning Ahead – Living with Younger Onset Dementia**

*Vídeo original produït per Office for the Ageing, SA Health, Adelaide, Austràlia. Copyright creatiu: Kate Swaffer i Dementia Alliance International.*

**Quality in Social Services - Understanding the Convention on the Rights of Persons with Disabilities**

*Vídeo produït per la Garantia de Qualitat Europea en Serveis Socials (EQUASS) Unitat de Plataforma Europea per a la Rehabilitació (EPR) ([www.epr.eu](http://www.epr.eu) – [www.equass.be](http://www.equass.be)). Amb suport financer del Programa europeu d'ocupació i innovació social (EaSI) (2014-2020) – <http://ec.europa.eu/social/easi>. Animació: S. Allaey – QUIDOS. Suport al contingut: Fòrum Europeu de la Discapacitat*

**Raising awareness of the reality of living with dementia**

*Vídeo produït per Mental Health Foundation (Regne Unit)*

**Recovery from mental disorders, a lecture by Patricia Deegan**

*Vídeo produït per Patricia E. Deegan, Pat Deegan PhD i Associates LLC*

**Reshma Valliappan** (International Network toward Alternatives and Recovery - INTAR, Índia, 2016) *Vídeo produït per Bapu Trust for Research on Mind & Discourse*

**Rory Doody on his experience of Ireland's capacity legislation and mental health services**

*Vídeo produït per Amnistia Internacional Irlanda*

**Seclusion: Ashley Peacock**

*Vídeo produït per Attitude Pictures Ltd. Courtesy Attitude – Tots els drets reservats.*

**Seher Urban Community Mental Health Program, Pune**

*Vídeo produït per Bapu Trust for Research on Mind & Discourse*

**Self-advocacy**

*Vídeo produït per Self Advocacy Online (@selfadvocacyonline.org)*

**Social networks, open dialogue and recovery from psychosis - Jaakko Seikkula, PhD**

*Vídeo produït per Daniel Mackler, cineasta*

**Discurs de Craig Mokhiber, director adjunt del secretari general de Drets Humans, Oficina de l'Alt Comissariat per als Drets Humans**, pronunciat durant l'esdeveniment 'Time to Act on Global Mental Health - Building Momentum on Mental Health in the SDG Era', tingut en motiu de la 73a sessió de l'Assemblea General de les Nacions Unides.

*Vídeo produït per UN Web TV*

**Thanks to John Howard peers for support**

*Vídeo produït per Cerdic Hall*

**The Gestalt Project: Stop the Stigma**

*Vídeo produït per Kian Madjedi, cineasta*

**The T.D.M. (Transitional Discharge Model)**

*Vídeo produït per LedBetter Films*

**This is the Story of a Civil Rights Movement**

*Vídeo produït per Inclusion BC*

**Uganda: 'Stop the abuse'**

*Vídeo produït per Validity, prèviament the Mental Disability Advocacy Centre (MDAC)*

**UN CRPD: What is article 19 and independent living?**

*Vídeo produït per Mental Health Europe ([www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org))*

**UNCRPD: What is Article 12 and Legal Capacity?**

*Vídeo produït per Mental Health Europe ([www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org))*

### **Universal Declaration of Human Rights**

*Vídeo produït per l'Oficina de l'Alt Comissariat de les Nacions Unides per als Drets Humans*

### **What is Recovery?**

*Vídeo produït per Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)*

### **What is the role of a Personal Assistant?**

*Vídeo produït per Ruils - Disability Action & Advice Centre (DAAC)*

### **Why self advocacy is important**

*Vídeo produït per Inclusion International*

### **Women Institutionalized Against their Will in India**

*Vídeo produït per Human Rights Watch*

### **Working together- Ivymount School and PAHO**

*Vídeo produït per l'Organització Panamericana de la Salut (OPS)/ Organització Mundial de la Salut – Oficina Regional per a les Amèriques)*

### **You can recover (Reshma Valliappan, Índia)**

*Vídeo produït per ASHA International*

## **Support financer**

L'OMS vol expressar el seu agraïment a Grand Challenges Canada, organització finançada pel Govern del Canadà, al Comitè de Salut Mental, al Govern d'Austràlia Occidental, a CBM International i al Departament de Desenvolupament Internacional del Regne Unit (DFID) pel seu generós suport financer per desenvolupar els mòduls de formació de la iniciativa QualityRights.

També vol agrair a International Disability Alliance (IDA) el suport financer que ha prestat a diversos revisors dels mòduls de la iniciativa QualityRights de l'OMS.

## Prefaci

Garantir la salut mental i el benestar ha esdevingut un imperatiu a escala mundial i és una fita important dels objectius de desenvolupament sostenible (ODS).

Malauradament, però, la nostra resposta en tots els països del món ha estat insuficient i no hem aconseguit gaires avenços a l'hora de promoure la salut mental com un dret humà fonamental.

Una de cada deu persones té un trastorn de salut mental, dos-cents milions tenen una discapacitat intel·lectual i es calcula que cinquanta milions tenen demència. Moltes persones amb trastorn de salut mental o discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva no tenen accés a uns serveis de salut mental que siguin de qualitat, que satisfacin les seves necessitats i que respectin els seus drets i la seva dignitat.

Encara avui dia, les persones són recloses en institucions, on se les aïlla de la societat i se les margina de les seves comunitats. En molts casos, pateixen abusos físics, sexuals i emocionals i són objecte de negligència en els serveis sanitaris, les presons i la comunitat. A més, es veuen privades del dret a decidir per elles mateixes sobre l'atenció i el tractament, sobre el lloc on volen viure i sobre qüestions personals i econòmiques. Sovint se'ls denega l'accés a l'atenció sanitària, a l'educació i a oportunitats laborals, i se'ls impedeix una inclusió i participació plenes en la vida comunitària. A conseqüència d'això, les persones amb trastorn de salut mental i discapacitat intel·lectual moren entre deu i vint anys abans que la població en general, tant en els països de renda baixa com en els de renda mitjana i alta.

El dret a la salut és fonamental per a la visió i la missió de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), i és l'eix dels nostres esforços per aconseguir una cobertura sanitària universal (CSU). La base de la CSU són uns sistemes sanitaris basats en l'atenció primària que prestin uns serveis basats en l'evidència i centrats en la persona, i que respectin els valors i les preferències dels individus.

Per fer realitat aquesta visió, ara hi ha disponibles catorze nous mòduls de formació i orientació de la iniciativa QualityRights de l'OMS. L'objectiu d'aquests mòduls és que els diferents països puguin traslladar a la pràctica les normes internacionals en matèria de drets humans exercint una influència en les polítiques i desenvolupant les aptituds i els coneixements necessaris per implantar abordatges centrats en la persona i basats en la recuperació. Això permetrà prestar una atenció i un suport de qualitat i fomentar la salut mental i el benestar.

Estem convençuts que totes les persones —des dels professionals dels serveis fins als membres de la comunitat— han de tenir les aptituds i els coneixements necessaris per donar suport a qualsevol persona que tingui un trastorn de salut mental o una discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva.

Esperem que es faci un ús extensiu d'aquests mòduls de formació i orientació de la iniciativa QualityRights i que l'abordatge que ofereixen esdevingui la norma, i no pas l'excepció, en els serveis socials i de salut mental d'arreu del món.



---

**Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus**

*Director general*

*Organització Mundial de la Salut*

## Declaracions de suport

**Dévora Kestel, directora, Departament de Salut Mental i Abús de Substàncies,  
Organització Mundial de la Salut, Ginebra**

Arreu del món, cada vegada s'és més conscient de la importància de la salut mental i de prestar uns serveis i uns suports centrats en la persona, així com de fomentar un abordatge basat en els drets humans i que impulsi la recuperació. Aquesta tendència va acompanyada del reconeixement que els sistemes de salut mental dels països de renda baixa, mitjana i alta no compleixen amb les seves obligacions envers molts individus i comunitats perquè ofereixen un accés limitat i uns serveis de baixa qualitat i vulnereixen els drets humans.

És inacceptable que les persones usuàries dels serveis de salut mental estiguin exposades a unes condicions de vida inhumanes i a unes pràctiques terapèutiques perjudicials, així com a situacions de violència, de negligència i d'abús. Segons diversos informes, un bon nombre de serveis no satisfan les necessitats de les persones o no els donen el suport que els cal per poder viure amb independència en la seva comunitat, raó per la qual la interacció amb aquests serveis sovint fa que se sentin desesperades i desempoderades.

En el context més ampli de la comunitat, les persones amb trastorn de salut mental o discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva són objecte d'estigmatització, de discriminació i d'importants desigualtats que impregnen tots els aspectes de la seva vida. Se'ls nega l'oportunitat de viure on vulguin, de casar-se, de formar una família, d'anar a l'escola, de buscar feina i de gaudir d'activitats de lleure.

Si volem canviar aquesta situació, cal que adoptem abordatges basats en la recuperació i en els drets humans. Un abordatge basat en la recuperació garanteix que els serveis situïn les persones al centre de l'atenció que necessitin. El seu objectiu és donar suport a les persones perquè puguin definir com entenen la seva recuperació, i ajudar-les a recuperar el control de la seva identitat i de la seva existència, a tenir esperança en el futur i a trobar un sentit a la vida gràcies, per exemple, a la feina, a les relacions personals, a la participació en la comunitat o a l'espiritualitat.

Els abordatges basats en la recuperació i en els drets humans tenen molts punts en comú. Tots dos fomenten drets clau recollits en la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat, com ara la igualtat, la no-discriminació, la capacitat jurídica, el consentiment informat i la inclusió comunitària. Ara bé, l'abordatge basat en els drets humans imposa obligacions als països amb la finalitat que promoguin aquests drets.

Mitjançant aquests mòduls de formació i orientació, desenvolupats en el marc de la iniciativa QualityRights, l'Organització Mundial de la Salut ha adoptat mesures contundents per abordar aquests reptes i ajudar els països a complir les seves obligacions internacionals en matèria de drets humans. Aquestes eines permeten dur a terme diverses accions crucials orientades a promoure la participació i la inclusió comunitària per a les persones amb experiència viscuda de trastorn mental; a impulsar l'entrenament en habilitats socials per posar fi a l'estigmatització i a la discriminació i per fomentar els drets i la recuperació; a enfortir el suport entre iguals i les organitzacions de la societat civil amb la finalitat de crear relacions de suport mutu i d'empoderar les persones perquè reclamin que els serveis socials i de salut mental adoptin un abordatge centrat en la persona i en els drets humans.

Confio que els diferents països facin servir aquestes eines de l'Organització Mundial de la Salut per donar una resposta global als reptes a què han de fer front les persones amb trastorn mental o discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva.



## **Dainius Pūras, relator especial sobre el dret de totes les persones al gaudi del més alt nivell possible de salut física i mental**

QualityRights ofereix un nou abordatge de l'atenció en salut mental; un abordatge basat en els drets i orientat a la recuperació.

Aquesta iniciativa de l'Organització Mundial de la Salut és molt encertada. Cada vegada es fa més palès que les polítiques i els serveis de salut mental han de canviar a tot el món. És molt freqüent que els serveis per a les persones amb discapacitat psicosocial i altres trastorns de salut mental recorrin a la coacció, a la sobremedicació i a la institucionalització. Aquesta situació és inacceptable, atès que pot continuar reforçant l'estigmatització i la impotència, tant entre els usuaris com entre els professionals dels serveis de salut mental.

Totes les parts interessades —des dels responsables de polítiques fins als professionals de la salut mental i els usuaris dels serveis de salut mental— han de disposar de coneixements i d'aptituds que els permetin abordar el canvi d'una manera eficaç, així com desenvolupar serveis de salut mental sostenibles i basats en els drets.

La iniciativa QualityRights, mitjançant uns mòduls específics i ben concebuts, proporciona els coneixements i les aptituds necessàries per aconseguir-ho, a més de demostrar d'una manera convincent que el canvi és possible i que aquest canvi es traduirà en una situació favorable per a totes les parts. En primer lloc, les persones amb discapacitat i amb altres trastorns de salut mental, que potser necessiten serveis de salut mental, estaran motivades a utilitzar uns serveis que les empoderen i que respecten les seves opinions. En segon lloc, els professionals dels serveis seran competents i confiaran en l'aplicació de mesures que impedeixen la coacció. A conseqüència d'això, es reduiran les asimetries de poder i, a la vegada, es reforçaran la confiança mútua i l'aliança terapèutica.

Deixar enrere el llegat d'abordatges de l'atenció en salut mental —obsolets i basats en asimetries de poder, en la coacció i en la discriminació— no serà un camí fàcil. Ara bé, cada vegada és més obvi que cal un canvi a escala global —tant en els països de renda baixa com en els de renda mitjana i alta— per aconseguir uns serveis de salut mental basats en els drets i en l'evidència. La iniciativa QualityRights de l'OMS i els seus materials de formació i orientació són unes eines summament útils que ajudaran i empoderaran totes les parts interessades que vulguin anar en aquesta direcció. Recomano sense reserves que tots els països se sumin a la iniciativa QualityRights.

## **Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre els drets de les persones amb discapacitat**

Les persones amb discapacitat, en especial les que tenen discapacitat psicosocial i intel·lectual, sovint són objecte de vulneracions dels drets humans en el context dels serveis de salut mental. En molts països, la legislació en matèria de salut mental permet l'ingrés hospitalari i el tractament involuntaris de persones amb discapacitat a causa de la seva deficiència —tant real com percebuda— i d'altres factors, com ara la «necessitat mèdica» i la «perillositat». Molts serveis de salut mental recorren sistemàticament a l'aïllament i a les contencions en casos de crisi emocional i malestar greu, però també els fan servir com a càstig. Les dones i les nenes amb discapacitat psicosocial i intel·lectual solen estar exposades a la violència i sovint són sotmeses a diverses pràctiques perjudicials en entorns de salut mental, com ara l'anticoncepció forçada, l'avortament forçat i l'esterilització forçada.

En aquest context, la iniciativa QualityRights de l'OMS pot proporcionar una orientació fonamental sobre com implantar serveis de salut mental i donar respostes basades en la comunitat des de la perspectiva dels drets humans, i oferir un camí per posar fi a l'ingrés hospitalari i el tractament involuntaris de les

persones amb discapacitat. Aquesta iniciativa exigeix impartir formació als professionals sanitaris perquè proporcionin a les persones amb discapacitat una atenció i un suport psicosocial que respectin els seus drets. En promoure el compliment dels marcs de la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD) i de l'Agenda 2030, els mòduls de la iniciativa QualityRights de l'OMS ens apropen a fer valdre els drets de les persones amb discapacitat.

### **Julian Eaton Director, director, Salut Mental, CBM International**

L'augment de l'interès per la salut mental com a eix de desenvolupament ofereix l'oportunitat de reduir les enormes diferències que hi ha pel que fa a l'atenció i al suport i de permetre que les persones puguin fer valdre, en tots els casos, el seu dret a una atenció sanitària de qualitat. Al llarg de la història, els serveis de salut mental han tendit a ser molt deficients i no han tingut en compte les prioritats i les opinions de les persones que n'eren usuàries.

El programa QualityRights de l'OMS ha contribuït significativament a adoptar els mitjans necessaris per mesurar els serveis de salut mental d'acord amb els estàndards de la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat. Això sovint representa un canvi de paradigma amb relació a la manera com els serveis han funcionat històricament. Aquests nous mòduls de formació i orientació són un recurs excel·lent que facilita una millor pràctica a l'hora de donar suport a les persones amb trastorn mental i discapacitat psicosocial i que fomenta entorns més saludables que afavoreixen la recuperació. Encara queda un llarg camí per fer, però el programa QualityRights és una eina fonamental per als professionals dels serveis i per als usuaris, atès que estableix les directrius per dur a terme una reforma pràctica dels serveis, amb independència del país on siguin, que valora la dignitat i el respecte.

### **Charlene Sunkel, directora general, Xarxa Global d'Iguals en Salut Mental**

El conjunt de materials de formació i orientació de la iniciativa QualityRights de l'Organització Mundial de la Salut fomenta un sòlid abordatge participatiu. Reconeix els valors i la importància de l'experiència viscuda de les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva a l'hora de fomentar-ne la recuperació, d'emprendre activitats de promoció, de dur a terme estudis de recerca i de reduir l'estigmatització i la discriminació. Les eines de la iniciativa QualityRights garanteixen el compliment dels estàndards en matèria de drets humans i implementen estratègies per posar fi a les pràctiques coercitives. Expliquen de quina manera les persones amb experiència viscuda poden aportar suport entre iguals, a més de contribuir a desenvolupar, dissenyar, implantar, supervisar i avaluar els serveis socials i de salut mental.

L'experiència viscuda va molt més enllà de l'adquisició de coneixements i d'aptituds. La vivència prové d'una comprensió profunda, tant de l'impacte social i en matèria de drets humans que comporta el fet de viure amb una discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva, com de les adversitats patides en sentir el rebuig, la segregació i la discriminació. Prové d'haver de lluitar per moure's per un sistema de salut mental que sovint no proporciona els serveis ni el suport que beneficiarien una persona com a individu únic i que satisfarien les seves necessitats de recuperació específiques.

El sistema de salut mental no és l'únic sistema de la societat que inclou obstacles que les persones han de superar; l'accés a altres oportunitats vitals, com ara l'educació, un lloc de treball, l'habitatge, la salut en general i el benestar, pot comportar una dificultat igual d'important. Les perspectives úniques i profundes de les persones amb experiències viscudes poden ser el catalitzador per al canvi i la transformació de tots els sistemes de la societat per protegir els drets humans, fomentar la inclusió

comunitària, millorar la qualitat de vida i promoure l'empoderament, aspectes que en tots els casos poden contribuir a millorar la salut mental i el benestar.

### **Kate Swaffer, presidenta, Dementia International Alliance**

Ha estat un honor i un plaer per a Dementia Alliance International (DAI) treballar amb la iniciativa QualityRights de l'OMS i els seus col·laboradors en un projecte tan cabdal com aquest. A la pràctica, s'ha tendit a no tenir en compte els drets humans per a les persones amb demència. Ara, però, aquests mòduls introdueixen un nou abordatge a la salut mental, així com a la demència, un trastorn neurodegeneratiu que provoca discapacitats cognitives. A diferència de l'actual camí postdiagnòstic per a la demència, que se centra només en els dèficits i es tradueix únicament en discapacitat i en dependència, aquest nou abordatge i aquests mòduls únics i formatius fomenten els drets, encoratgen les persones amb demència i els donen suport perquè puguin viure d'una manera més positiva.

Els mòduls promouen la necessitat d'un accés clar als drets i són eines molt pràctiques que totes les persones, sense excepció, poden fer servir. En essència, prenen principis clau dels drets humans i fan que siguin viables a la pràctica. Són tan apropiats i efectius per als professionals sanitaris com per a les persones amb demència i els seus familiars. Així, per exemple, en subratllar la necessitat i els beneficis del suport entre iguals —un servei gratuït que la DAI ha estat oferint a les persones amb demència des del 2003, fins i tot abans que aquest suport es posés en marxa oficialment— i en centrar-se en la qüestió de la capacitat jurídica i en la seva pertinència segons l'article 12 de la CDPD, aquests mòduls ofereixen maneres tangibles d'informar millor els professionals i els familiars per tal de garantir que a les persones amb demència no se'ls continuï denegant els seus drets. Personalment, tinc plena confiança que aquests mòduls ajudaran totes les persones amb problemes de salut mental i discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva a gaudir d'una qualitat de vida millor.

### **Ana Lucia Arellano, presidenta, International Disability Alliance**

La Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD) de les Nacions Unides és un tractat pioner sobre els drets humans que promou un canvi de paradigma, consistent a deixar de considerar les persones amb discapacitat com a receptores de serveis de beneficència o de tractament mèdic per passar-les a reconèixer plenament com a subjectes de drets. Aquest canvi de paradigma és especialment significatiu per a les persones amb discapacitat intel·lectuals, psicosocial i múltiple, o per a les persones amb unes necessitats de suport més intensives. L'article 12 de la CDPD és clau per promoure aquest canvi, atès que reconeix que les persones amb discapacitat poden exercir la seva capacitat jurídica plena. Aquest és el dret humà fonamental que estableix les bases per exercir la resta dels drets.

QualityRights és una eina excel·lent perquè els especialistes i els professionals de la salut compreguin millor la CDPD i s'hi adhereixin. Estableix un pont entre les persones amb discapacitat psicosocial, els usuaris i supervivents de psiquiatria, i els serveis de salut mental i el sector sanitari, respectant els principis i els valors de la CDPD. Els mòduls de QualityRights s'han desenvolupat en estreta col·laboració amb els usuaris i supervivents dels serveis de salut mental, de manera que vinculen les seves veus als missatges transmesos als estats part de la CDPD. International Disability Alliance (IDA) i les seves organitzacions membres celebren amb satisfacció la feina duta a terme en el marc de la iniciativa QualityRights. Animem fermament l'OMS a continuar els seus esforços per transformar les lleis, les polítiques i els sistemes de salut mental fins que compleixin la CDPD, així com a fer-se ressò de les fortes veus que reclamen «Res sobre nosaltres sense nosaltres!».

### **Connie Laurin-Bowie, directora executiva, Inclusion International**

La iniciativa QualityRights de l'OMS pretén empoderar els individus, així com les organitzacions de persones amb discapacitat, perquè coneguin els seus drets humans i impulsin el canvi per poder viure amb independència en la comunitat i poder rebre el suport adient. Inclusion International celebra aquesta iniciativa, que pretén promoure els drets que sovint es neguen a les persones amb discapacitat intel·lectual; concretament, el dret a accedir a uns serveis de salut mental adequats en el marc de la comunitat; el dret a decidir; el dret a tenir una vida familiar; el dret a viure en la comunitat i el dret a ser ciutadans actius. QualityRights és una aportació molt valuosa als nostres esforços col·lectius per configurar i influir en unes polítiques i pràctiques que permetin la inclusió de totes les persones en les seves comunitats.

**Alan Rosen, catedràtic, Illawarra Institute of Mental Health, Universitat de Wollongong, i Brain & Mind Centre, Universitat de Sydney, Austràlia**

La llibertat és terapèutica. Promoure els drets humans en els nostres serveis de salut mental pot contribuir a la curació. Pot garantir que, sempre que sigui possible, una persona que visqui amb un trastorn de salut mental: a) conservi el dret d'elecció de l'assistència i de l'atenció que rep i en tingui un control, i b) rebi, si cal, un bon suport clínic i domiciliari per poder viure en la comunitat sense traves, en el seu propi terreny i d'acord amb les seves condicions.

Després d'una llarga història de defensa dels drets humans en el camp de la psiquiatria, aquests mòduls demostren que és possible satisfer sense contradiccions el dret a una atenció adequada i a tots els drets humans i a totes les llibertats fonamentals. Cal reduir la coacció en l'atenció sanitària, com ara les contencions, l'aïllament, la medicació forçosa, les unitats d'hospitalització tancades amb pany i clau, l'aïllament en espais confinats i institucions. Per tal que en l'atenció sanitària s'assoleixi un grau de llibertat òptim, cal dur a terme un canvi radical, com ara una sistematització generalitzada d'alternatives pràctiques basades en l'evidència per impedir la coacció; és a dir, portes obertes, centres de relleu oberts, un accés lliure i obert, comunitats obertes, mentes obertes, converses obertes entre iguals, suport a la vida comunitària, una millora de la comunicació individual i familiar, habilitats i suport per a la resolució de problemes, documents de voluntats anticipades, formació en tècniques d'alleujament i de desescalada, suport a la presa de decisions, orientació a la recuperació per part de tots els serveis i de tots els professionals experts i elaboració conjunta de polítiques amb totes les parts interessades.

El programa QualityRights de l'OMS, basat en la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD) de les Nacions Unides, consta d'un conjunt de mòduls molt pràctics. A nosaltres, com a professionals, aquests mòduls ens ofereixen una trajectòria i un horitzó cap al qual treballar, i no pas una resposta finita o un límit temporal. A més d'optimitzar els serveis clínics i de suport, les nostres accions polítiques, jurídiques i socials amb les persones usuàries dels serveis i amb els seus familiars s'han de combinar amb la nostra pròpia emancipació com a professionals del pensament institucional i de les restriccions que comporten les pràctiques habituals en l'atenció a la salut mental. Només així, tots junts, podrem millorar significativament les perspectives d'una vida empoderada, amb sentit i enriquidora, amb ciutadania plena i amb tots els drets, per a les persones amb problemes de salut mental greus, persistents o recurrents.

**Victor Limaza, activista i formador del Programa «Discapacitat i justícia» de Documenta, A. C. (Mèxic)**

La dignitat i el benestar són conceptes estretament interrelacionats. Avui dia es qüestionen els criteris mitjançant els quals jutgem el patiment psicològic com si només fos un seguit de desequilibris neuroquímics, així com la idea que determinades manifestacions de la diversitat humana són patologies que cal atacar per protegir la persona i la societat de suposats perills, malgrat que les intervencions emprades poden vulnerar drets i causar uns danys irreversibles. La perspectiva interdisciplinària i holística, que permet abordar el malestar subjectiu sense trepitjar la dignitat ni la capacitat de fet de la persona, fins i tot en situacions crítiques, hauria de ser el fonament sobre el qual s'elaboressin els nous models d'atenció en salut mental, respectant els principis de la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD). És possible comprendre l'experiència d'una persona que afronta un estat crític en la seva salut mental gràcies al vincle generat per l'empatia, l'escolta, el diàleg obert, l'acompanyament (en especial, entre iguals), el suport a la presa de decisions, la vida comunitària i els documents de voluntats anticipades amb salvaguardes molt estrictes. Les persones amb discapacitat psicosocial són expertes en salut mental a causa de la seva pròpia experiència, i cal implicar-les en el desenvolupament d'instruments que tinguin la recuperació com a finalitat. La iniciativa QualityRights de l'OMS és un bon exemple d'aquest canvi de paradigma, atès que proporciona eines i estratègies per a l'atenció en salut mental amb els estàndards més alts en matèria de respecte dels drets humans. No hi ha dubte que el gaudi ple i equitatiu de tots els drets humans per part de totes les persones promou la salut mental.

#### **Peter Yaro, director executiu, Basic Needs Ghana**

El conjunt de documents de formació i orientació de l'OMS és una extensa col·lecció de materials que tenen com a objectiu millorar el treball en salut mental i el desenvolupament inclusiu basat en els drets. Representen, per tant, un pas significatiu cap a una programació i inclusió eficaces de la discapacitat, en especial de la discapacitat psicosocial, intel·lectual i del desenvolupament, en les intervencions orientades a satisfer les necessitats i els drets de les persones, tal com preveu la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD). La iniciativa QualityRights representa un salt enorme cap a la ferma recomanació que les persones amb experiència viscuda formin part de la conceptualització i implantació de les intervencions, així com del seguiment i avaluació dels assoliments del projecte. Aquesta orientació permet garantir la sostenibilitat de les iniciatives, raó per la qual es recomana que els professionals, els usuaris dels serveis, els cuidadors i totes les parts interessades facin ús d'aquests documents. En l'abordatge que presenten, no hi ha lloc per perpetrar la violència ni l'abús envers persones especialment vulnerables.

#### **Michael Njenga, president, Xarxa Panafricana per a Persones amb Discapacitat Psicosocial, membre del Consell Executiu, Africa Disability Forum i conseller delegat d'Usuaris i Supervivents de Psiquiatria, Kenya**

S'està produint un canvi de paradigma en la manera com hem d'abordar la salut mental a escala mundial. L'impuls d'aquest canvi ha estat fruit de la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD), de l'adopció dels objectius de desenvolupament sostenible (ODS) i de l'Agenda 2030 de desenvolupament sostenible.

Les eines i materials de la iniciativa QualityRights de l'OMS per a la formació i l'orientació es basen en aquest dret humà internacional clau i en els instruments internacionals de desenvolupament. Aquesta iniciativa adopta un enfocament basat en els drets humans a l'efecte de garantir que els serveis de salut mental es prestin en un marc de drets humans i siguin sensibles a les necessitats de les persones amb discapacitat psicosocial i trastorn mental. Aquests materials també subratllen la necessitat de prestar els serveis al més a prop possible d'on visquin les persones.



L'abordatge de QualityRights reconeix la importància de respectar la dignitat inherent a cada individu i de garantir que totes les persones amb discapacitat psicosocial i trastorn mental tinguin veu, poder i capacitat d'elecció en accedir als serveis de salut mental. Aquest és un element essencial de la reforma dels sistemes i serveis de salut mental, tant a escala mundial com local i nacional. Per consegüent, és fonamental assegurar-se que aquestes eines de formació i materials d'orientació es fan servir àmpliament amb la finalitat última que es tradueixin en resultats tangibles en tots els àmbits per a les persones amb experiència viscuda, els seus familiars, les comunitats on viuen i societats senceres.

## Què és la iniciativa QualityRights de l'OMS?



La iniciativa QualityRights de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) té el propòsit de millorar la qualitat de l'atenció i del suport que es presten en els serveis socials i de salut mental i de promoure els drets humans de les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva arreu del món. Adopta un enfocament participatiu per aconseguir els objectius següents:

1

Crear capacitat per combatre l'estigmatització i la discriminació i per promoure els drets humans i la recuperació.

2

Millorar la qualitat de l'atenció i de les condicions dels drets humans en els serveis socials i de salut mental.

3

Crear uns serveis basats en la comunitat i orientats a la recuperació que respectin i promoguin els drets humans.

4

Donar suport al desenvolupament d'un moviment de la societat civil per promoure i influir en la formulació de polítiques.

5

Reformar polítiques i lleis nacionals en consonància amb la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat i altres normes internacionals en matèria de drets humans.

Més informació: <https://www.who.int/activities/transforming-services-and-promoting-human-rights-in-mental-health-and-related-areas>

# La iniciativa QualityRights de l'OMS: eines de formació i orientació

Els mòduls de formació i orientació següents, així com les presentacions de diapositives que els acompanyen, són part de la iniciativa QualityRights de l'OMS i es poden consultar a:

<https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

## Eines per a la transformació dels serveis

- [Caixa d'eines d'avaluació de la iniciativa QualityRights de l'OMS](#)
- [La transformació dels serveis i la promoció dels drets humans](#)

## Eines de formació

### Mòduls bàsics

- [Els drets humans](#)
- [La salut mental, la discapacitat i els drets humans](#)
- [La recuperació i el dret a la salut](#)
- [La capacitat jurídica i el dret a decidir](#)
- [Protecció contra la coacció, la violència i el maltractament](#)

### Mòduls especialitzats

- [El suport a la presa de decisions i la planificació de decisions anticipades](#)
- [Estratègies per posar fi a l'aïllament i la contenció](#) ←
- [Pràctiques de recuperació per a la salut mental i el benestar](#)

## Eines d'avaluació

- [Avaluació de la formació QualityRights de l'OMS sobre salut mental, drets humans i recuperació: qüestionari previ a la formació](#)
- [Avaluació de la formació QualityRights de l'OMS sobre salut mental, drets humans i recuperació: qüestionari posterior a la formació](#)

## Eines d'orientació

- [El suport individualitzat entre iguals per a persones amb experiència viscuda](#)
- [Grups de suport entre iguals per a persones amb experiència viscuda](#)
- [Organitzacions de la societat civil per promoure els drets humans en la salut mental i en altres àmbits relacionats](#)
- [La defensa de la salut mental, de la discapacitat i dels drets humans](#)

## Eines d'autoajuda

- [Planificació de la recuperació centrada en la persona per a la salut mental i el benestar: eina d'autoajuda](#)

## Sobre aquesta formació i orientació

Els mòduls de formació i orientació de la iniciativa QualityRights tenen com a propòsit augmentar els coneixements, les habilitats i la comprensió entre les parts interessades clau sobre com promoure els drets de les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva, així com millorar la qualitat dels serveis i dels suports prestats en l'àmbit de la salut mental i en altres àmbits relacionats, en consonància amb els estàndards internacionals en matèria de drets humans i, en particular, amb la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat de les Nacions Unides i amb l'abordatge de la recuperació.

### A qui va adreçada aquesta formació i orientació?

- **A les persones amb discapacitat psicosocial.**
- **A les persones amb discapacitat intel·lectual.**
- **A les persones amb discapacitat cognitiva, incloent-hi demència.**
- **A les persones que són o han estat usuàries dels serveis socials i de salut mental.**
- **Als gestors sanitaris, de salut mental i dels serveis socials.**
- **Als professionals de la salut mental i d'altres disciplines** (com ara medicina, infermeria, psiquiatria, infermeria psiquiàtrica i geriàtrica, neurologia, geriatria, psicologia, teràpia ocupacional, treball social, treball de suport comunitari, assistència personal, suport entre iguals i voluntariat).
- **A altres persones que treballin en l'àmbit dels serveis socials i de la salut mental o que hi prestin serveis, incloent-hi els serveis comunitaris i els serveis d'atenció domiciliària** (com ara ajudants, personal de neteja, de cuina, de manteniment i administradors).
- **A les organitzacions no governamentals (ONG), a les associacions i organitzacions religioses que treballin en l'àmbit de la salut mental, dels drets humans o en altres àmbits pertinents** (com ara organitzacions de persones amb discapacitat; organitzacions de persones usuàries/supervivents de psiquiatria, organitzacions de defensa dels drets en salut mental).
- **Als familiars, a les persones de suport i a altres cuidadors.**
- **Als ministeris pertinents (de sanitat, de drets socials, d'educació, etc.) i als responsables de polítiques.**
- **A les institucions i serveis governamentals pertinents** (com ara la policia, el poder judicial, el personal de presons, els organismes que supervisen o inspeccionen centres d'internament — incloent-hi els serveis socials i de salut mental—, les comissions de reforma legislativa, els consells de persones amb discapacitat i les entitats nacionals de drets humans).
- **A altres organitzacions i parts interessades pertinents** (com ara defensors dels drets en salut mental, advocats i organitzacions d'assistència jurídica, acadèmics, estudiants universitaris, líders comunitaris o espirituals i, si escau, curanderos tradicionals).

### Qui ha d'impartir aquesta formació?

És convenient que aquesta formació la dissenyi i la imparteixi un equip multidisciplinari que inclogui, entre d'altres, persones amb experiència viscuda, membres d'organitzacions de persones amb discapacitat i professionals que treballin en l'àmbit de la salut mental, de la discapacitat i en altres àmbits relacionats.

Si la formació pretén abordar específicament els drets de les persones amb discapacitat psicosocial, és important comptar amb representants d'aquest grup com a responsables de la formació. De la mateixa manera, si el propòsit és reforçar les capacitats pel que fa als drets de les persones amb discapacitat intel·lectual o cognitiva, els responsables de la formació també haurien de pertànyer a aquests grups.

Per aconseguir que els debats siguin més àgils i dinàmics, hi ha diverses opcions, com ara sol·licitar la col·laboració de formadors que tinguin coneixements específics sobre un apartat determinat de la

formació per a alguns aspectes en concret dels materials que es vulguin impartir. També pot ser útil disposar d'un equip de formadors per a seccions específiques de la formació.

Convé que els formadors estiguin familiaritzats amb la cultura i el context del lloc on s'imparteixi la formació. Pot ser que calgui dur a terme sessions de formació de formadors per crear un equip de persones que puguin impartir la formació en una cultura o un context determinats. Aquestes sessions de formació per a formadors haurien d'incloure persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva, així com altres parts interessades del territori que contribueixin a millorar la qualitat dels serveis socials i de salut mental i els drets humans de les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva.

### Qui ha d'impartir aquesta formació?

Si és possible, cal impartir tots els mòduls de formació QualityRights, començant pels cinc mòduls principals. Després, es pot impartir una formació més exhaustiva mitjançant els mòduls especialitzats (vegeu més amunt).

Tota la formació es pot completar fent diversos tallers al llarg d'uns quants mesos. No és necessari finalitzar un mòdul de formació independent en un sol dia, sinó que es pot dividir en diferents temes i impartir-lo al llarg d'uns quants dies.

Atès que els materials de formació són força extensos i que és possible que hi hagi poc temps i recursos, es pot adaptar la formació als coneixements i l'experiència del grup, i també als resultats que es vulguin obtenir.

Per tant, la manera d'utilitzar i d'impartir aquests materials de formació es pot adaptar a diferents contextos i necessitats.

- Per exemple, si els participants encara no tenen experiència en els àmbits de la salut mental, els drets humans i la recuperació, seria important fer un taller d'entre quatre i cinc dies de durada utilitzant els cinc mòduls principals de la formació. Vegeu un programa de mostra de cinc dies de durada a: <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Sample-program-QR-training.pdf>
- Si els participants ja tenen coneixements bàsics sobre els drets humans de les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual i cognitiva, però necessiten uns coneixements més avançats sobre com promoure a la pràctica i específicament el dret a la capacitat jurídica, es podria organitzar un taller que el primer dia se centrés en el mòdul *La capacitat jurídica i el dret a decidir*, i després dedicar els dies 2, 3 i 4 al mòdul especialitzat *El suport a la presa de decisions i la planificació de decisions anticipades* (o algunes seccions seleccionades d'aquest mòdul).

A l'hora d'adaptar els materials educatius segons les necessitats específiques de la formació, també és important que prèviament es revisin tots els mòduls que s'impartiran per tal d'eliminar-ne les repeticions innecessàries.

- Per exemple, si es té la intenció d'impartir una formació que abasti tots els mòduls principals, no cal tractar el tema 5 (que se centra en l'article 12) ni el tema 6 (que se centra en l'article 16), ja que aquestes qüestions s'abordaran amb deteniment en els mòduls posteriors (en el mòdul *La capacitat jurídica i el dret a decidir* i en el mòdul *Protecció contra la coacció, la violència i el maltractament*, respectivament).



- Ara bé, si es preveu impartir una formació introductòria basada únicament en el mòdul 2, aleshores és fonamental tractar els temes 5 i 6 d'aquest mòdul, ja que els participants no tornaran a estar en contacte amb aquests temes i articles.

Aquests exemples il·lustren algunes de les diferents maneres en què es poden emprar els materials de formació. També hi ha altres possibles variacions i canvis segons les necessitats i els requisits de la formació en un context específic.

## Orientació per als formadors

### Principis per impartir el programa de formació

#### Participació i interacció

La participació i la interacció són fonamentals per a l'èxit d'aquesta formació. Cal considerar tots els participants com a individus que poden aportar coneixements i punts de vista molt valuosos. A l'hora de proporcionar-los prou temps i espai, el formador s'ha d'assegurar, en primer lloc, que les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva siguin escoltades i incloses en la formació. La dinàmica de poder existent en els serveis i en la societat en general pot fer que algunes persones siguin reticents a expressar les seves opinions. En general, però, el formador ha de subratllar la importància d'escoltar les opinions de tots els participants.

Es pot donar el cas que algunes persones siguin tímides o se sentin incòmodes i que no hi diguin la seva, cosa que pot denotar una manca d'inclusió o un sentiment d'inseguretat en el grup. Els formadors s'han d'esforçar al màxim per involucrar tots els participants en la formació. Normalment, després que les persones hagin donat la seva opinió una vegada i s'hagin sentit escoltades, tindran més seguretat i estaran més disposades a parlar i a participar en els debats. La formació és una experiència d'aprenentatge compartida. Convé que els formadors agraeixin totes les preguntes i que, sempre que puguin, també les responguin totes perquè ningú no se senti exclòs.

#### Sensibilitat cultural

Els formadors han de tenir en compte la diversitat dels participants i han de ser conscients que són molts els factors que han configurat les seves experiències i els seus coneixements, com ara la cultura, el gènere, la condició de migrant o l'orientació sexual.

Es recomana emprar un llenguatge amb sensibilitat cultural i proporcionar exemples pertinents per a les persones que visquin en el país o en la regió on es dugui a terme la formació. Així, per exemple, segons el país o el context, és possible que les persones expressin o descriguin les seves emocions i els seus sentiments, o que parlin de la seva salut mental, de maneres diferents.

A més, els formadors s'han d'assegurar que durant la formació no passin per alt alguns dels problemes a què s'enfronten determinats grups del país o de la regió (per exemple, les persones indígenes i altres minories ètniques, les minories religioses, les dones, etc.). També cal tenir en compte si les qüestions abordades provoquen sentiments de vergonya o són tabú.

#### Un entorn obert i sense prejudicis

Els debats oberts són fonamentals i totes les opinions mereixen ser escoltades. L'objectiu de la formació és treballar plegats per trobar maneres de millorar el respecte pels drets dels usuaris dels serveis socials

i de salut mental i de les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual i cognitiva dins de la comunitat en general. Durant aquesta formació, és possible que algunes persones expressin opinions i sentiments intensos. És important que el formador proporcioni un espai durant la formació perquè puguin posar de manifest les seves opinions i sentiments. Això significa donar-los prou temps per parlar de les seves experiències sense interrupcions i assegurar-se que la resta dels participants les escoltin i reaccionin d'una manera adequada i respectuosa.

No cal estar d'acord amb les persones per comunicar-s'hi amb eficàcia. Quan sorgeixi un debat, pot ser útil recordar als participants que tots persegueixen el mateix objectiu —aconseguir el respecte pels drets humans en els serveis socials i de salut mental i en la comunitat— i que cal escoltar totes les veus per aprendre plegats. Pot ser útil establir algunes normes que han de seguir tots els participants (com ara respecte, confidencialitat, reflexió crítica, no-discriminació) i referir-s'hi sempre que calgui.

És important recordar que potser algunes persones mai no han tingut l'oportunitat de parlar lliurement i en un entorn segur (per exemple, les persones amb experiència viscuda i els seus familiars, i també alguns professionals de la salut). Per tant, és fonamental crear aquest espai segur que permeti escoltar totes les veus.

### Ús del llenguatge

Els formadors han de tenir en compte la diversitat dels participants. Les persones que participen en la formació tenen uns orígens i uns nivells educatius diferents. Convé emprar un llenguatge entenedor per a tots els participants (així, per exemple, s'ha d'evitar usar/explicar termes mèdics, legals i tècnics molt especialitzats, sigles, etc.) i cal assegurar-se que tothom comprèn els conceptes i missatges clau. Tant el llenguatge com la complexitat de la formació s'han d'adaptar a les necessitats específiques del grup. Per això, és important que els formadors facin pauses, que posin exemples quan calgui i que dediquin temps a fer preguntes i a comentar-les amb els participants per tenir la certesa que els conceptes i els missatges s'entenen correctament. Sempre que sigui possible, els formadors han d'emprar un llenguatge que permeti que formin part del debat models de malestar no mèdics i/o culturalment específics (per exemple, malestar emocional, experiències inusuals, etc.) (1).

### Ajustos raonables

Per tenir la certesa que totes les persones són incloses en la formació, a vegades és necessari adaptar la manera de comunicar-s'hi i cal emprar, per exemple, materials audiovisuals, adaptacions de lectura fàcil i llengua de signes, a més d'ajudar-los a redactar alguns exercicis o de permetre que vinguin acompanyades del seu assistent o assistenta personal.

### Com actuar en el context legislatiu i polític actual

Durant la formació, és possible que alguns participants expressin preocupació amb relació al context legislatiu o polític del seu país, perquè pot ser que no estigui en consonància amb les normes internacionals en matèria de drets humans, inclosa la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD). D'una manera similar, és possible que alguns dels continguts de la formació siguin contraris a la legislació o política nacional vigents. Així, per exemple, les lleis que preveuen ingressos hospitalari i tractament involuntaris contradiuen l'abordatge general d'aquests mòduls de formació. A més, pot semblar que la qüestió sobre el suport a la presa de decisions entra en conflicte amb la legislació nacional vigent en matèria de tutela. Una altra preocupació pot ser el fet que els recursos nacionals per implantar nous abordatges siguin escassos o inexistents. Tot això pot fer que els participants facin preguntes sobre la responsabilitat, la seguretat, el finançament i el context polític i social més ampli en què viuen i treballen.

En primer lloc, els formadors han d'assegurar als participants que els mòduls no pretenen fomentar pràctiques que entrin en conflicte amb els requisits de la legislació o política nacional ni que els facin córrer el risc d'estar al marge de la llei. En aquells contextos en què la legislació i la política contradiguin les disposicions de la CDPD, és important defensar un canvi de política i una reforma legislativa. Malgrat que els estats part de la CDPD tenen l'obligació *immediata* de posar fi a les vulneracions d'aquesta Convenció i d'altres instruments internacionals de drets humans, és important reconèixer que l'assoliment del ple respecte dels drets de la CDPD requereix temps i diverses accions en tots els àmbits de la societat.

Per tant, un marc legal i polític obsolet no hauria de representar cap impediment perquè les persones actuïn. Hi ha moltes coses que es poden fer a escala individual i en el dia a dia per canviar les actituds i les pràctiques dins dels límits de la llei i per començar a aplicar la CDPD. Així, per exemple, els tutors tenen un mandat oficial basat en la legislació d'un país que els autoritza a decidir en nom d'altres persones, però això no els impedeix donar-los suport a l'hora de prendre les seves pròpies decisions i, en última instància, de respectar aquestes decisions.

Aquesta formació proporciona una orientació per tractar diversos temes que són clau a l'hora de promoure un abordatge basat en els drets humans en el marc dels serveis socials i de salut mental. És important que durant la formació els formadors animin els participants a debatre com els afecten les mesures i estratègies fomentades en els materials de formació i com les poden posar en pràctica dins dels paràmetres dels marcs polítics i jurídics existents. Els canvis en les actituds i en les pràctiques, en combinació amb una defensa efectiva dels drets en salut mental, es poden traduir en canvis positius en la política i en la legislació.

### Una actitud positiva i motivadora

Els formadors han de subratllar que la formació ha estat dissenyada per compartir eines i coneixements bàsics i estimular la reflexió per tal de trobar unes solucions útils en el context dels participants. És probable que ja hi hagi algunes accions positives i que els mateixos participants, o altres persones o serveis, ja les estiguin duent a terme. Es poden emprar aquests exemples positius per crear unitat i demostrar que tothom pot contribuir al canvi.

### Treball en grup

Al llarg dels exercicis, el formador ha de demanar als participants que treballin en grups. Aquests grups es poden formar d'una manera flexible, segons triïn els participants, o bé a l'atzar o en funció de les seves preferències. Si algun participant no se sent còmode en un grup determinat, cal tenir-ho en compte.

Tots els exercicis de la formació han estat pensats per afavorir la participació i el debat i perquè els participants puguin aportar idees i trobar solucions per ells mateixos. La funció del formador consisteix a guiar els debats i, si escau, a plantejar idees o problemes específics per fer-los més estimulants. Si algun participant no vol participar en algunes de les activitats de la formació, cal respectar-ho.

### Notes per als formadors

Els mòduls de formació contenen notes per als formadors. Són de color **blau** i inclouen exemples de respostes o altres instruccions que s'hi adrecen exclusivament, raó per la qual no s'han de llegir als participants.

El text de la presentació i les preguntes i els comentaris adreçats als participants són de color **negre**.

Les diapositives que acompanyen els mòduls de formació estan disponibles a:

<https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidanceand-training-tools>

## Avaluació de la formació QualityRights

Els qüestionaris d'avaluació prèvia i posterior de QualityRights que formen part d'aquest paquet de formació han estat dissenyats, tant per mesurar l'impacte de la formació com per millorar-la amb vista als tallers de formació que es duuin a terme en el futur.

Els participants han d'emplenar el qüestionari d'avaluació prèvia a la formació abans de començar la formació. Cal reservar 30 minuts per fer aquesta activitat.

Al final de la formació, els participants han d'emplenar el qüestionari d'avaluació posterior a la formació, per a la qual cosa també disposen de 30 minuts.

Cal crear un identificador (ID) únic per a cada participant, amb independència que els qüestionaris es contestin a mà o en línia. Tant en el qüestionari d'avaluació prèvia com en el d'avaluació posterior cal fer servir el mateix ID. Una manera de crear identificadors únics consisteix, per exemple, a utilitzar el nom del país on s'imparteixi la formació i afegir-hi un nombre comprès entre 1 i 25 (o el nombre de participants que hi hagi en el grup). Així, per exemple, un participant podria rebre l'ID únic de *Jakarta12*. Es recomana posar els qüestionaris d'avaluació prèvia i posterior en les carpetes dels participants abans no comenci la formació, i comprovar que en tots els casos contenen un ID únic. Així es té la certesa que cada participant ha rebut l'ID únic correcte. No cal fer-ne un seguiment, ja que els qüestionaris són anònims, però és important assegurar-se que cada persona tingui el mateix ID en tots dos qüestionaris.

Quan els participants hagin acabat d'emplenar el qüestionari d'avaluació posterior a la formació, el formador començarà un debat perquè puguin dir què els ha semblat la formació, quines parts els han agradat i consideren que són útils, quines parts no els han agradat i consideren que no són útils, i qualsevol altra opinió que vulguin posar en comú. També serà un bon moment perquè comentin quines de les accions i estratègies abordades durant la formació tenen la intenció de posar en pràctica.

Cal imprimir els dos qüestionaris —el d'avaluació prèvia i el d'avaluació posterior— abans de la formació. Les versions per imprimir i repartir estan disponibles a:

- Avaluació de la formació QualityRights de l'OMS sobre salut mental, drets humans i recuperació: qüestionari previ a la formació:  
<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PreEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>
- Avaluació de la formació QualityRights de l'OMS sobre salut mental, drets humans i recuperació: qüestionari posterior a la formació:
- <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PostEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>

## Vídeos de formació

Cal que els formadors revisin tots els vídeos que hi hagi disponibles en el mòdul i que triïn els que siguin més adequats per projectar durant la formació. Els enllaços dels vídeos poden canviar amb el pas del temps. Per tant, és important que abans de començar la formació comprovin que els enllaços funcionen. Si un enllaç no funciona, n'hi ha d'haver un d'alternatiu a un vídeo semblant.

## Nota preliminar sobre el llenguatge

Som conscients que el llenguatge i la terminologia reflecteixen l'evolució de la conceptualització de la discapacitat i que al llarg del temps cada persona pot emprar termes diferents en contextos diferents. Les persones han de poder decidir sobre el vocabulari, les expressions i les descripcions que volen emprar per referir-se a la seva experiència, situació o malestar. Així, per exemple, amb relació a l'àmbit de la

salut mental, algunes persones utilitzen termes com ara *persones amb diagnòstic psiquiàtric*, *persones amb trastorn mental* o *amb malaltia mental*, *persones amb trastorn de salut mental*, *persones consumidores*, *persones usuàries dels serveis*, o *persones supervivents de psiquiatria*. D'altres consideren que alguns o tots aquests termes són estigmatitzants o fan servir altres expressions per fer referència a les seves emocions, experiències o malestar. De la mateixa manera, per referir-se a la discapacitat intel·lectual s'empren expressions diferents en contextos diferents, com ara *discapacitat d'aprenentatge*, *trastorns del desenvolupament intel·lectual* o *dificultat d'aprenentatge*.

El terme *discapacitat psicosocial* s'ha adoptat per incloure les persones que han rebut un diagnòstic relacionat amb la salut mental o que s'identifiquen amb aquest terme. Els termes *discapacitat cognitiva* i *discapacitat intel·lectual* han estat concebuts per referir-se a les persones que han rebut un diagnòstic relacionat específicament amb la seva funció cognitiva o intel·lectual, com ara, a tall d'exemple, la demència i l'autisme.

L'ús del terme *discapacitat* és important en aquest context perquè posa de manifest els significatius obstacles que dificulten la participació plena i efectiva en la societat de les persones amb discapacitat— real o percebuda— i el fet que aquestes estan emparades per la CDPD. L'ús del terme *discapacitat* en aquest context no implica que les persones tinguin cap deficiència ni trastorn.

També fem servir els termes *persones usuàries* o *persones que han estat usuàries* dels serveis socials o de salut mental per referir-nos a les persones que no consideren necessàriament que tinguin una discapacitat, però que tenen diverses experiències aplicables a aquesta formació.

A més, l'ús en aquests mòduls del terme *serveis socials i de salut mental* fa referència a un ampli ventall de serveis que actualment s'ofereixen en diferents països, com ara centres de salut mental comunitaris, centres d'atenció primària, serveis d'atenció ambulatoria, hospitals psiquiàtrics, unitats de psiquiatria en hospitals generals, centres de rehabilitació, curanderos tradicionals, centres de dia, centres residencials per a gent gran i altres centres *col·lectius*, així com serveis d'atenció domiciliària i serveis i suports que representen alternatives als serveis socials o de salut mental convencionals i que són prestats per una àmplia gamma de professionals de l'atenció socio sanitària en els sectors públic, privat i no governamental.

La terminologia adoptada en aquest document s'ha seleccionat per motius d'inclusió. És una opció individual identificar-se amb unes expressions o conceptes determinats, però els drets humans continuen sent aplicables a tothom, a tot arreu. Per damunt de tot, mai no hem de deixar que un diagnòstic o una discapacitat defineixin una persona. Tots som individus, amb un context social, personalitat, autonomia, somnis, objectius, aspiracions i relacions amb els altres que són únics.

## Objectius d'aprenentatge, temes i recursos

### Objectius d'aprenentatge

En acabar la formació, els participants han de:

- definir les pràctiques en els serveis de salut que constitueixen aïllament i contenció;
- analitzar l'impacte físic i psicològic de l'aïllament i la contenció en les persones usuàries dels serveis i en els professionals dels serveis socials i de salut mental;
- entendre la manera en què l'aïllament i la contenció violen els drets humans;

- entendre i qüestionar els motius d'utilitzar l'aïllament i la contenció en els serveis socials i de salut mental;
- proporcionar coneixements i competències en les diverses estratègies que es poden posar en pràctica en els serveis socials i de salut mental per posar fi a l'aïllament i la contenció.

### Temes

**Tema 1.** Què és la recuperació? (10 minuts)

**Tema 2.** Definir l'aïllament i la contenció (2 hores i 40 minuts)

**Tema 3.** L'experiència personal i l'impacte de l'aïllament i la contenció (3 hores i 30 minuts)

**Tema 4.** Qüestionar-se les pressuposicions sobre l'aïllament i la contenció (1 hora i 25 minuts)

**Tema 5.** Identificar les situacions de tensió i els elements d'una resposta eficaç (1 hora i 35 minuts)

**Tema 6.** Plans individualitzats per explorar i respondre a les sensibilitats i als signes de malestar (1 hora)

**Tema 7.** Establir una cultura del «sí» i del «sí que es pot» (40 minuts)

**Tema 8.** Entorns d'acompanyament i ús de sales de benestar (55 minuts)

**Tema 9.** Desescalada de les situacions de conflictitat i de tensió (15 minuts)

**Tema 10.** Equips de resposta (1 hora)

**Tema 11.** Accions que es poden emprendre per erradicar l'aïllament i la contenció (2 hores i 10 minuts)

**Nota:** El mòdul bàsic *Protecció contra la coacció, la violència i el maltractament* aborda tot un ventall de pràctiques restrictives que tenen lloc en els serveis socials i de salut mental. El present mòdul es basa en moltes de les estratègies analitzades en el mòdul bàsic esmentat. Igualment, les estratègies que s'exploren en el present mòdul són rellevants per posar fi a les pràctiques restrictives en general.

### Recursos necessaris

- **Les diapositives que acompanyen el curs «Estratègies per posar fi a l'aïllament i la contenció» de la formació bàsica QualityRights l'OMS: salut mental i serveis socials (diapositives del curs) estan disponibles a:** <https://www.who.int/publicationsdetail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>
- **Requisits de la sala de formació.** Per optimitzar l'experiència d'aprenentatge dels participants, la sala on es dugui a terme la formació ha de tenir les característiques següents:
  - Ser prou gran perquè hi càpiguen tots els participants, però també prou petita per crear un entorn que afavoreixi uns debats lliures i oberts.
  - Disposar de seients distribuïts de tal manera que els participants es puguin asseure en grups (per exemple, la distribució que solem trobar en un banquet, amb taules rodones repartides per la sala, que permeti als participants seure junts al voltant de cadascuna de les taules; aquesta disposició presenta l'avantatge addicional de fomentar la interacció entre els participants i, a més a més, així ja estan repartits en grups per als exercicis col·lectius).
- **Ajustos raonables, segons escaigui i sempre tenint en compte que garanteixen a totes les persones un accés inclusiu a la formació.**
- **Accés a internet a la sala per projectar-hi els vídeos.**
- **Altaveus per a l'àudio dels vídeos.**
- **Una pantalla de projecció i un equip de projecció.**
- **Un o diversos micròfons per al formador o formadors i, a més, un mínim de tres micròfons sense fil per als participants (si pot ser, un micròfon per a cada taula).**
- **Un mínim de dues pissarres (amb fulls de paper o d'un altre tipus) i paper i bolígrafs.**

**A més, per a aquest mòdul de formació calen els recursos següents:**

- còpies de l'annex 1 «Casos».
- Optatiu: còpies de l'annex 2 «Citacions de persones que han viscut experiències d'aïllament i de contenció».
- còpies de l'annex 3 «Elaborar un pla individualitzat».
- còpies de l'annex 4 «Accions personals per erradicar l'aïllament i la contenció».
- còpies de l'annex 5 «Canvis al servei per erradicar l'aïllament i la contenció» per a tots els participants

### **Durada**

Aproximadament 15 hores.

### **Nombre de participants**

D'acord amb l'experiència adquirida fins ara, el nombre ideal de participants per a aquest taller és de 25 com a màxim. Així es té la certesa que tothom té prou oportunitats per interactuar i dir-hi la seva.

### **Recordatori important:**

**Com a part d'aquest mòdul pot ser necessari oferir a les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva l'oportunitat de parlar entre elles, al marge dels professionals de salut mental i altres àmbits relacionats, sobre la violència, la coacció i el maltractament que poden haver patit. En aquest sentit, el formador s'hauria de plantejar organitzar una sessió prèvia a la formació per acollir aquest debat.**

**Durant la formació també pot ser necessari garantir la presència d'una o dues persones més amb experiència en tractament de traumes.**

Per a l'exercici 3.1, opció 1: si aquesta opció està seleccionada, abans de la sessió el formador haurà de localitzar i convidar un o dos oradors que puguin parlar sobre la seva experiència personal d'haver patit aïllament o contenció (vegeu més endavant més informació sobre els temes de què poden parlar els oradors). Per a l'exercici 3.6, opció 1: si aquesta opció està seleccionada, abans de la sessió el formador haurà de localitzar i convidar un especialista o membre del personal sanitari que hagi tingut experiències negatives a l'hora d'aplicar aïllament o contenció i vulgui compartir la seva experiència.



## Introducció

L'aïllament i la contenció són pràctiques, àmpliament predominants als serveis socials i de salut mental arreu del món, que poden derivar en danys físics o mentals. Molt personal recorre a aquestes pràctiques amb la finalitat de protegir les persones d'un dany o perill percebut. Diverses legislacions i polítiques nacionals contribueixen a implementar a escala general aquestes pràctiques autoritzant-ne l'ús, a la qual cosa se sumen unes cultures de serveis que deshumanitzen les persones usuàries d'aquests serveis i insensibilitzen el personal davant l'impacte de les seves mesures restrictives en els individus.

L'objectiu d'aquesta formació en *Estratègies per posar fi a l'aïllament i la contenció* no és insinuar que no es donin situacions de tensió o de conflictitat en els serveis, ja que és sabut que aquest tipus de situacions es produeixen. Tanmateix, tal com es demostra en aquest mòdul, l'ús de l'aïllament i les contencions com a resposta a aquestes situacions és completament inadequat, impropï, inacceptable i perjudicial.

El mòdul analitza com les actituds i les cultures de serveis negatives contribueixen d'una manera activa a crear situacions difícils i ofereix als participants oportunitats per posar en qüestió el «saber convencional» pel que fa a l'aïllament i la contenció, i per entendre la necessitat urgent de canviar les pràctiques als serveis per garantir que les persones usuàries rebin l'atenció i l'acompanyament que considerin acceptable, eficaç i pràctic.

Aquest mòdul convida els participants a examinar l'impacte físic i psicològic de l'aïllament i la contenció, i presenta a grans trets per què aquestes pràctiques vulneren els drets humans. Els participants aprendran a posar en qüestió alguns dels arguments que s'exposen per justificar aquestes pràctiques i adquiriran coneixements i habilitats relatius a les estratègies i els abordatges clau que es poden adoptar per tal d'erradicar l'aïllament i la contenció.

## Tema 1. Què és la recuperació?

### Durada del tema

Aproximadament 10 minuts.



### **Presentació 1.1. Què és la recuperació? (10 minuts)**

Aquesta presentació aporta una breu descripció general de la recuperació per contextualitzar aquest mòdul sobre l'aïllament i la contenció.

L'objectiu de la presentació és definir l'abordatge basat en la recuperació a fi de garantir que tots els participants tinguin una mateixa idea de què s'entén per *recuperació* a l'inici del mòdul. La presentació també examina breument les conseqüències d'un abordatge basat en la recuperació en relació amb les pràctiques d'aïllament i de contenció. Per a més informació, vegeu el mòdul *Pràctiques de recuperació per a la salut mental i el benestar*.

El terme *recuperació* té diferents significats per a diferents persones. En general, s'entén per *recuperació* el fet que una persona reprèn el control de la seva identitat i de la seva vida, veu el futur amb esperança i viu una vida que té significat per a ella. A continuació, s'inclouen algunes citacions i definicions relatives a la recuperació:

- «La recuperació és un viatge global i definit per un mateix que la persona emprèn per curar-se i créixer. La recuperació la propicien les relacions i els entorns que proporcionen esperança, empoderament, alternatives i oportunitats per fomentar que les persones assoleixin el seu potencial com a individus i com a membres d'una comunitat.» (2)
- «L'important en la recuperació no és si es fa ús o no dels serveis ni si es pren o no medicació. L'important a l'hora d'orientar una recuperació és preguntar-se si estem vivint la vida que volem viure. Estem assolint els nostres objectius personals? Tenim amics? Tenim vincles amb la comunitat?» (3)
- «La recuperació té lloc quan les persones poden viure bé en presència o absència de la seva malaltia mental i de les múltiples dificultats que se'n poden derivar, com són l'aïllament, la pobresa, l'atur i la discriminació. La recuperació no sempre implica que les persones recuperin plenament la salut o el que han perdut, sinó que són capaces de viure bé malgrat això.» (4)

Un abordatge basat en la recuperació és rellevant per a totes les persones que superen reptes a la vida, incloses les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva. Els serveis socials i de salut mental orientats a la recuperació transmeten missatges d'esperança i suport per superar barreres i fomentar l'empoderament, el creixement personal, la inclusió i la independència. Aquests serveis respecten les decisions de les persones i els permeten agafar les regnes de la seva atenció i el seu recorregut cap a la recuperació i viure la vida que volen.

És fonamental entendre que els serveis orientats a la recuperació no es basen en la coacció.

Els serveis que apliquen mesures restrictives, inclosos els serveis en què es practica l'hospitalització i el tractament involuntaris, causen tensió i conflictes. Sovint, les persones poden reaccionar a la seva situació, al tracte que reben i a l'entorn del servei d'una manera que el personal del servei pot percebre, per exemple, com a «amenaçadora», «desafiant» o «desobedient». La resposta del servei en aquestes situacions acostuma a ser coaccionar encara més les persones, fins i tot recorrent a l'ús de l'aïllament i/o la contenció (vegeu el mòdul *Protecció contra la coacció, la violència i el maltractament*).

L'ús de l'aïllament i de la contenció no és terapèutic; és incompatible amb un abordatge basat en la recuperació i és contrari a l'objectiu de l'atenció de salut. A més, adoptar un abordatge basat en la recuperació i respectar les decisions de les persones pel que fa a la seva atenció, tractament, acompanyament i la resta d'aspectes de la seva vida redueix el potencial que es produeixin situacions de tensió i de conflictivitat.

## Tema 2. Definir l'aïllament i la contenció

### Durada del tema

Aproximadament 2 hores i 40 minuts.



### **Exercici 2.1: Significat d'aïllament i de contenció (10 minuts)**

Comenceu amb un breu debat general sobre les idees inicials dels participants pel que fa al significat dels termes *aïllament* i *contenció*. L'objectiu d'aquest exercici és animar els participants a pensar d'una manera crítica i creativa sobre l'aïllament i la contenció, pràctiques que moltes persones poden considerar procediments acceptables, habituals i inevitables en els serveis. Plantegeu als participants la pregunta següent i convideu-los a compartir què en pensen.

Què enteneu pels termes *aïllament* i *contenció*?

Preneu nota de les respostes en una pissarra. No us amoïneu de moment per obtenir definicions completes, ja que aquests termes es definiran a la presentació següent.



### **Exercici 2.2: Identificar l'aïllament i la contenció (15 minuts)**

L'objectiu d'aquest exercici és analitzar diverses formes subtils i explícites d'aïllament i de contenció que se solen emprar als serveis socials i de salut mental.

En principi, alguns d'aquests exemples poden semblar ambigus. Per mitjà del debat amb els participants, la idea és aclarir què és l'aïllament i la contenció (incloses les formes més subtils) i què no. Nota: Aquest conjunt d'exemples es pot modificar i adaptar en funció del context on s'imparteix la formació.

Mostreu als participants el següent:

### **Les situacions següents són aïllament, contenció, totes dues coses o cap?**

1. Retenir una persona lligada al llit amb un cinturó o cadenes.
2. Mantenir una persona en un llit gàbia.
3. Lligar una persona a un arbre, llit o objecte fix.
4. Immobilitzar una persona.
5. Agafar algú a força de braços per vestir-lo.
6. Obligar una persona a anar a la seva habitació.
7. Retenir una persona a la seva habitació, amb la porta oberta, però amb la prohibició de sortir-ne.
8. Subjectar les mans a algú per alimentar-lo perquè està desnodrit.

9. Lligar algú amb corretges per alimentar-lo amb un tub perquè es nega a menjar des de fa un cert temps.
  10. Mantenir les portes d'un servei tancades amb clau per «seguretat» o per altres motius, fins i tot si les persones tenen oficialment llibertat de moviment.
- Totes aquestes situacions representen formes d'aïllament i de contenció. Algunes són més subtils que d'altres, però cal eliminar-les totes dels serveis socials i de salut mental per garantir la recuperació i el compliment de la CDPD.
  - Alguns exemples (exemples 1-4) són casos obvis d'aïllament i de contenció (fer servir llits de tipus gàbia, lligar una persona a un arbre, un llit o un objecte fix o retenir una persona lligada amb cinturons o cadenes) i segurament els participants no els posaran en dubte.
  - Per contra, els participants poden argumentar que alguns d'aquests exemples no es poden considerar restrictius o que algunes d'aquestes pràctiques són millors que d'altres. Des de la perspectiva dels participants, algunes pràctiques poden estar justificades perquè es duen a terme en benefici de la persona implicada i, en conseqüència, no es poden qualificar d'aïllament o de contenció (per exemple, subjectar a la força les mans d'algú per alimentar-lo perquè està desnodrit).
  - A mesura que la sessió avanci, els participants aniran entenent que aquestes pràctiques constitueixen violacions dels drets humans i són perjudicials, que no beneficien la persona implicada i que n'impedeixen la recuperació. De fet, totes són exemples d'aïllament i de contenció.



### **Presentació: Formes d'aïllament i de contenció (15 minuts)**

Aquesta presentació té com a objectiu definir l'aïllament i la contenció i explorar les diverses formes que poden adoptar. Permet distingir què constitueix aïllament i contenció i què no.

### **L'aïllament**

- En general, l'*aïllament* es pot definir com l'acció de separar una persona de la resta limitant físicament la seva capacitat de sortir d'un espai determinat (confinament). Es pot posar en pràctica tancant una persona en un espai concret (com ara una habitació, un cobert o una cel·la) o confinant-la en una àrea i tancant-ne amb clau les portes d'accés, i prohibir-li que surti d'aquesta zona o amenaçar-la amb conseqüències negatives si ho fa.

### **La contenció física**

- La contenció física fa referència a les intervencions que es duen a terme amb les mans o cos a cos sense fer servir cap dispositiu. També s'anomena *restricció física* i *immobilització física*.
- La contenció física comporta la limitació de la mobilitat d'una persona (ja sigui de tot el cos o només d'una part) sense l'aplicació de dispositius mecànics, sovint mitjançant l'aplicació de força.

- També fa referència al control físic d'una persona, que pot implicar lluita física, com arrossegar la persona per terra o immobilitzar-la estirada a terra. De vegades, es fan servir postures doloroses per exercir el control, com retòrcer els braços a l'esquena o pressionar punts de dolor.
- La contenció en decúbit pron o de bocaterrosa és una forma habitual de contenció física. Es produeix quan se subjecta una persona estirada a terra boca avall (pron) i se li impedeix moure's físicament moure's d'aquesta postura. Es tracta d'una forma de contenció especialment perillosa, ja que comporta el risc d'asfíxia i de mort sobtada (5), (6, 7).

### **La contenció mecànica**

- En general, la contenció mecànica fa referència a les intervencions que es duen a terme mitjançant l'ús de dispositius mecànics per immobilitzar una persona o limitar la seva capacitat de moure lliurement una part del cos.
- Alguns dispositius restrictius són cinturons, cordes, cadenes, manilles o draps lligats. La contenció mecànica també es duu a terme mitjançant roba discapacitadora, com ara camises de força, guants discapacitadors o elements de mobiliari discapacitadors, com llits de tipus gàbia, llits amb xarxes o cadires d'immobilització.
- Lligar algú a un arbre o a un altre objecte també constitueix una forma de contenció mecànica.

### **La contenció farmacològica**

- La contenció farmacològica o contenció química es defineix, a grans trets, com l'administració de medicació en contra de la voluntat de la persona, justificant que es tracta d'un «tractament necessari» o d'una «mesura d'urgència» per controlar-ne la mobilitat i/o el comportament.
- Implica l'ús involuntari d'un medicament sedatiu o psicoactiu. Pot incloure l'administració oral o la injecció de la medicació sense el consentiment de la persona.
- S'acostuma a administrar en resposta a un risc percebut, com ara una acció violenta o agressiva de la persona envers ella mateixa o altres persones, o bé per controlar les persones o que resultin «més fàcils de manejar».
- La contenció farmacològica se sol emprar com a alternativa a la contenció física, la contenció mecànica o l'aïllament, o bé en combinació amb aquestes pràctiques. No obstant això, la contenció farmacològica és una forma de contenció en ella mateixa i *no* és cap alternativa acceptable a altres formes de contenció o aïllament, malgrat que sovint es consideri una alternativa més positiva.

L'aïllament i la contenció acostumen a anar acompanyades de pràctiques humiliants o degradants, com ara despullar les persones, escorcollar-les, etc.

### **Pràctiques restrictives combinades als serveis d'atenció sanitària**

- L'aïllament i la contenció s'acostumen a fer servir en paral·lel; és a dir: en molts casos es conté mecànicament o físicament una persona per dur-la a una cel·la o sala d'aïllament.

- Les contencions físiques o mecàniques sovint s'empren en combinació amb la contenció farmacològica; per exemple, en molts casos s'immobilitza les persones de bocaterrosa (contenció física) per poder-les sedar.

Moltes pràctiques que no constitueixen estrictament aïllament o contenció es poden aplicar per aïllar les persones del món exterior al servei (per exemple, confiscar els telèfons mòbils, limitar o prohibir les visites o limitar l'accés a internet o altres mitjans de comunicació). Això pot impedir que les persones usuàries del servei denunciïn pràctiques abusives.



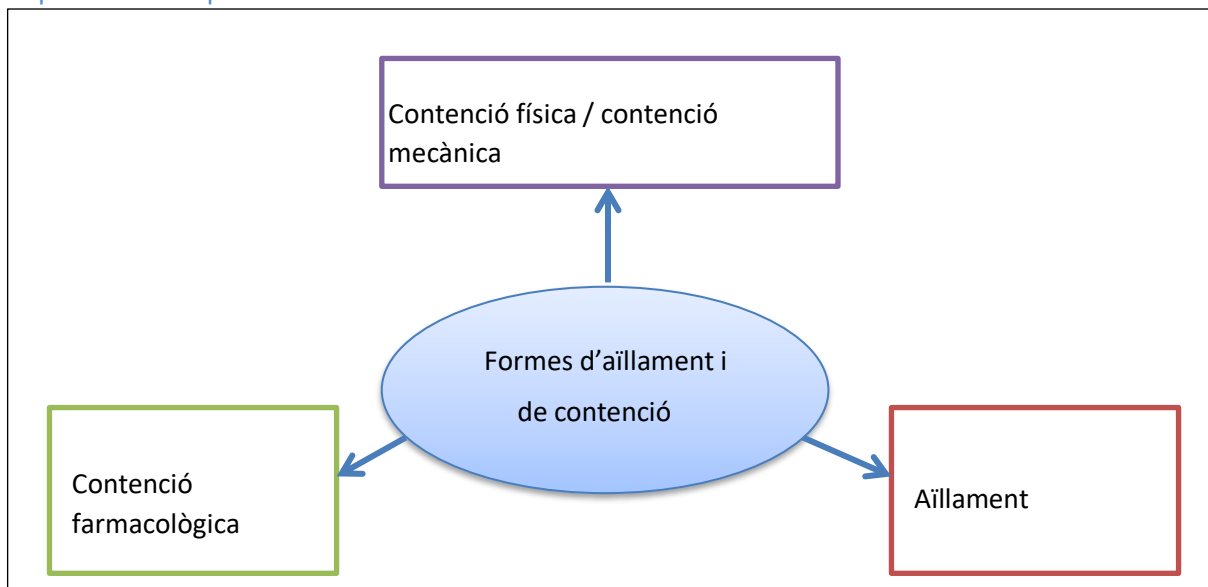
### **Exercici 2.3: Formes d'aïllament i de contenció (30 minuts)**

Els participants tindran opinions diferents sobre les diverses formes d'aïllament i de contenció, per la qual cosa resulta útil convidar-los a identificar diferents exemples d'aïllament i de contenció que es practiquen al seu servei. Per exemple, es pot donar el cas que alguns participants no hagin considerat mai l'ús excessiu de medicació, la medicació administrada al marge dels plans de tractament acordats o l'administració de medicació en contra de la voluntat d'una persona com a formes de contenció.

Feu als participants les preguntes següents:

1. Quins exemples d'aïllament i de contenció es fan servir al vostre servei social o de salut mental?
2. Quins altres termes feu servir per descriure l'aïllament i la contenció al vostre servei?

Dibuixeu un gràfic similar al de l'exemple següent i preneu nota dels exemples dels participants als requadres corresponents.



Algunes de les possibles respostes poden ser, a tall d'exemple:

Aïllament



- Tancar amb clau una persona en una sala.
- Ficar una persona en una habitació i mantenir la porta tancada.
- Obligar una persona a romandre a la seva habitació, encara que sigui amb la porta oberta, i impedir-li que pugui moure's lliurement fora d'aquest espai.
- Aïllar una persona d'altres parts del servei i/o d'altres usuaris del servei, de la seva família i del personal.

## Contenció

### Contenció física/mecànica

- Qualsevol mètode que limiti la mobilitat d'una persona sense utilitzar dispositius mecànics (per exemple, immobilitzar-la de bocaterrosa).
- Qualsevol dispositiu que s'aplica a una persona per limitar-ne la mobilitat (per exemple, lligar-li les mans i els canells).

### Contenció farmacològica

- Sedar una persona per controlar-la o imposar-s'hi.
- Administrar a una persona medicació (que li pugui afectar els pensaments, el moviment o el comportament) sense el seu consentiment.

Nota: Els participants poden portar a col·lació algunes formes d'aïllament i de contenció específiques dels seus contextos culturals o nacionals i amb denominacions específiques; per exemple, a Indonèsia, el fet d'immobilitzar una persona rep el nom de *Pasung*. I en el context africà, els fàrmacs subministrats com a contenció farmacològica reben el nom de *stoppers* o *aturadors*.



**Advertiment:** Recordeu als participants que aquestes imatges a algunes persones els poden causar malestar.



### **Exercici 2.4: Imatges d'aïllament i de contenció (10 minuts)**

Aquest exercici està pensat per permetre als participants veure i debatre imatges de diverses pràctiques d'aïllament i de contenció arreu del món.

Aneu mostrant les imatges al grup i demaneu-los que descriguin què veuen en cada imatge.

Veieu aïllament o contenció en aquesta imatge? De quin tipus?



### **Presentació: L'ús de l'aïllament i de la contenció és una vulneració dels drets humans (50 minuts)**

L'afirmació que l'aïllament i la contenció són vulneracions dels drets humans pot provocar fortes reaccions per part dels professionals de la salut mental i altres àmbits que participen en la formació. Alguns poden opinar que aquestes pràctiques són necessàries i estan justificades per protegir la persona o altres persones de possibles riscos. És important acceptar que el personal pot emprar l'aïllament i la contenció amb bones intencions. Això no obstant, també és important posar en relleu que aquestes pràctiques provoquen danys i que en aquesta formació s'exploraran alternatives no perjudicials i no restrictives per ajudar les persones sense que prenguin mal.

El fet de fer servir l'aïllament o la contenció en persones vulnera molts drets humans. Per exemple:

- el dret a la llibertat i a la seguretat
- el dret a la vida
- el dret a la capacitat jurídica
- el dret a la protecció enfront de la violència i el maltractament
- el dret a la protecció contra la tortura i altres tractes o penes cruels, inhumans o degradants
- el dret a la integritat personal
- el dret a la intimitat

Aquests drets estan protegits per múltiples instruments de drets humans, com ara:

- la Declaració universal sobre drets humans
- el Pacte internacional de drets civils i polítics
- el Pacte internacional de drets econòmics, socials i culturals
- la Convenció de les Nacions Unides contra la tortura i altres tractes o penes cruels, inhumans o degradants
- la Convenció de les Nacions Unides sobre els drets dels infants (CDI)
- la Convenció de les Nacions Unides per a l'eliminació de totes les formes de discriminació contra les dones
- la Convenció de les Nacions Unides sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD).
- El relator especial sobre tortura de l'ONU ha exigint «la prohibició absoluta de les contencions i l'aïllament» (8). Ha declarat que la imposició d'un aïllament «de qualsevol durada a persones amb discapacitat mental constitueix un tracte cruel, inhumà i degradant». (9)

Per il·lustrar les presentacions prèvies, mostreu als participants el vídeo següent sobre un home que ha viscut aïllat en una habitació durant els darrers cinc anys.

**Attitude Live: Seclusion** (29:10) <https://youtu.be/OjOXo9W68qQ> [consulta: 9 abril 2019].

En finalitzar el vídeo, doneu als participants l'oportunitat de mantenir un debat obert sobre el que han vist. Després del debat, el formador pot proposar als participants fer una pausa.



## Presentació: Quan i per què s'empren l'aïllament i la contenció? (30 minuts)

Els professionals de la salut mental i d'altres àmbits poden recórrer a l'aïllament i a la contenció per diversos motius. En molts casos, no pretenen fer un ús abusiu de la força ni ser violents, però hi ha diverses raons que els poden portar a fer servir aquestes pràctiques. Per exemple, la legislació o la política nacional els poden permetre emprar l'aïllament i la contenció per protegir les persones d'un risc o perill percebuts, i una cultura dels serveis poc saludable (es pot trobar més informació sobre la cultura dels serveis a la *Guia per a la millora i la transformació dels serveis*) o la manca de coneixements, de formació i de recursos també hi poden contribuir.

### Demaneu als participants:

Per què penseu que l'aïllament i la contenció són pràctiques habituals?

### Algunes respostes possibles poden ser:

- Per evitar que algú es faci mal a ell mateix o a altres persones.
- Perquè no hi ha prou mètodes alternatius o no hi ha temps o recursos per posar-los en pràctica.
- A causa de l'estigma i el prejudici envers les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva.
- A causa de la manca d'educació i formació del personal.
- Perquè la legislació en matèria de salut mental recomana utilitzar-les.

Informeus els participants que en aquesta presentació s'exploraran aquests factors.

Els professionals de la salut mental i l'atenció social al·leguen que empren l'aïllament i la contenció per motius molt diversos:

- **Per evitar lesions o situacions de perill (reals o percebudes).**
- Per evitar que les persones es facin mal o per garantir la seva seguretat (per exemple, en resposta a intents d'autolesió o de suïcidi).
- Per evitar que les persones facin mal a altres persones: el personal dels serveis acostuma a percebre que les situacions perjudicials o perilloses plantegen un dilema entre la necessitat d'intervenir mitjançant la força o restar de braços plegats. Normalment, no hi veuen una tercera opció.
- L'eliminació de les pràctiques d'aïllament i la contenció no comporta que el personal no hagi d'adoptar mesures per impedir que algú es faci mal a ell mateix o a altres persones. Es poden produir situacions que requereixin una reacció immediata per evitar que algú es faci mal o per salvar-li la vida. No obstant això, qualsevol reacció en aquest sentit s'ha d'adoptar de la mateixa manera que s'adoptaria amb una persona sense cap discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva.

En aquest punt, al formador li pot interessar debatre alguns exemples amb els participants (per exemple, impedir que algú salti d'un pont, immobilitzar algú per evitar que pegui una altra persona). L'objectiu és deixar clara la distinció entre aquestes situacions i l'aïllament i la contenció.

- A més, és important que el personal del servei reconegui que no ho pot tenir tot controlat. De vegades, la preocupació pel benestar de les persones usuàries del servei pot fer que el personal actuï d'una manera extremament restrictiva o coercitiva i, en última instància, perjudicial i contraproduent.
- **A causa de polítiques, pràctiques o recursos inadequats als serveis**
  - Les polítiques relacionades amb els serveis sovint permeten l'ús de l'aïllament i de la contenció. Aquestes pràctiques es poden considerar procediments estàndard perquè mai no s'han posat en qüestió o perquè les persones se senten incapaces de canviar-les en la seva pràctica.
  - La manca de personal o recursos en alguns serveis socials i de salut mental pot portar el personal a recórrer a l'aïllament i/o a la contenció per intentar gestionar el servei.
  - El personal del servei es veu forçat a fer servir l'aïllament i la contenció per aplicar els rígids procediments, calendaris i normes del servei.
  - Els recursos per ajudar les persones usuàries del servei o per supervisar el funcionament del servei poden ser inadequats.
  - Una cultura de serveis negativa pot deshumanitzar les persones usuàries del servei i insensibilitzar el personal, de tal manera que no les vegin com a éssers humans mereixedors de respecte.
- **A causa d'unes capacitats o uns coneixements inadequats del personal**
  - De vegades, aquestes pràctiques s'utilitzen com a resposta automàtica a una situació tensa o conflictiva.
  - El personal pot no tenir formació en estratègies alternatives per respondre a les situacions de tensió o per proporcionar suport a persones molt alterades. En conseqüència, no disposa de les habilitats i les eines necessàries que li permetrien desplegar tècniques no restrictives i alternatives creatives a l'hora de proporcionar atenció i acompanyament a les persones usuàries del servei.
  - Algunes persones tenen la creença errònia que l'aïllament i la contenció funcionen com a tractament terapèutic.
- **A causa d'idees falses o suposicions sobre la discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva**
  - Com a reacció automàtica a una persona que té una malaltia suposada o diagnosticada perquè se sospita o es percep que es pot fer mal a ella mateixa o a altres persones o que és ingovernable.
  - Prejudicis i actituds discriminatòries envers determinats grups de persones usuàries dels serveis que es poden considerar grups «problemàtics» (com ara els joves, persones de grups minoritaris, els homes, els drogodependents, etc.) i la presumpció que poden tenir intencions violentes o perilloses.

- **Per por al risc i a la responsabilitat del servei/personal**
  - Sovint s'apliquen mètodes d'aïllament i de contenció com a primer recurs perquè els seus resultats es perceben com a «segurs» en comparació d'altres abordatges.
  - De vegades, al personal li preocupa que se'l consideri responsable si es produeix un incident (per exemple, si algú resulta ferit) quan no s'han aplicat tècniques d'aïllament i de contenció. Això els incita a fer servir pràctiques restrictives.
  
- **Per controlar**
  - Per controlar o mantenir l'ordre a l'entorn del servei gestionant amb fermesa les accions o comportaments desobedients. De fet, molts serveis tendeixen a posar un èmfasi excessiu en la necessitat de mantenir un entorn ordenat, en detriment de proporcionar una atenció personalitzada. En molts d'aquests serveis, mediquen en excés, seden o immobilitzen les persones usuàries d'una manera rutinària per assegurar-se que siguin més «fàcils de manejar» i «controlar».
  - Per coaccionar o forçar les persones usuàries dels serveis a comportar-se o actuar d'una manera determinada.
  - Part del personal del servei pot considerar l'ús de l'aïllament i la contenció com a mitjans necessaris per establir límits amb la finalitat de deixar clara la seva autoritat i de «controlar el comportament» des de bon començament de la seva interacció amb les persones usuàries del servei.
  
- **Per comoditat**
  - En molts casos, el personal del servei percep que és més fàcil i ràpid fer servir mètodes restrictius, com l'aïllament i la contenció, que altres mètodes no restrictius per respondre a situacions de tensió o per donar suport a les persones molt alterades. En especial, això es pot produir quan els serveis no tenen prou personal.
  
- **Per castigar**
  - Com a forma de càstig per a les persones que es neguen a seguir les normes.
  - De vegades, el personal no percep l'ús de l'aïllament i la contenció com un càstig, sinó com una conseqüència necessària de determinades accions o conductes de les persones usuàries dels serveis.

## Tema 3. L'experiència personal i l'impacte de l'aïllament i la contenció

### Durada del tema

Aproximadament 3 hores i 32 minuts.



### **Exercici 3.1: L'experiència personal d'aïllament i de contenció (1 hora)**

Aquest exercici està pensat per ajudar els participants a entendre que l'aïllament i la contenció són esdeveniments violents adversos que poden causar danys mentals, emocionals i físics. És important fomentar que les persones que no han patit personalment aquestes pràctiques provin d'entendre la perspectiva de qui hi ha estat sotmès.

El formador pot optar per una de les opcions següents o bé combinar-les per fer un exercici més global.

Nota: La manera més potent per entendre l'experiència personal de l'aïllament i la contenció és escoltar directament persones que hi hagin estat sotmeses. Per tant, es recomana prioritzar l'opció 1 en aquest exercici.

**Opció 1:** El formador hauria de localitzar un o dos oradors que hagin viscut l'experiència de l'aïllament i la contenció als serveis socials o de salut mental i convidar-los a compartir les seves històries amb el grup. Convé que el formador orienti els oradors a descriure no només què va passar, sinó també com va passar. Els oradors haurien d'explicar com els va afectar aquesta vivència negativa, tant des del punt de vista emocional com físic, a més d'exposar les seves idees sobre com es podria haver previngut l'ús de l'aïllament i la contenció en la seva situació. **Abans de la sessió, el formador haurà de trobar oradors amb aquestes característiques i organitzar-ne la participació** (al començament d'aquest mòdul es donen altres instruccions per organitzar-ho).

**Opció 2:** El formador distribueix un fullet amb citacions de persones que han viscut experiències d'aïllament i de contenció (vegeu l'**annex 2**) i convida els participants a analitzar els sentiments i les vivències d'aquestes persones pel que fa a l'aplicació d'aquestes pràctiques.

Després d'escoltar o llegir les vivències personals d'aïllament i de contenció, pregunteu als participants:

- Què penseu i sentiu sobre el que acabeu d'escoltar i/o llegir?
- Com creieu que es poden sentir les persones quan se les sotmet a aïllament o contenció? Què podeu dir de l'impacte emocional i físic de l'aïllament i la contenció?
- A algú li agradaria comentar què hauria fet d'una manera diferent en aquestes situacions?



Presentació: L'impacte psicològic de l'aïllament i la contenció en les persones usuàries dels serveis (20 minuts)

Hi ha evidència de la relació entre l'ús de l'aïllament i de la contenció, i molts nombrosos impactes i resultats adversos (10),(11),(12):

### **Impacte en el benestar psicològic i emocional**

- La imposició forçosa de la voluntat d'una altra persona per sobre de la pròpia, juntament amb la pèrdua de control sobre el propi cos i l'entorn generen emocions molt negatives i tenen un profund impacte psicològic i traumàtic en les persones.
- Moltes persones tenen sensacions de pèrdua de la dignitat i el respecte, degradació, desmoralització, rebuig, humiliació, por, malestar, ansietat, desempoderament, pèrdua de l'autoestima i la seguretat en elles mateixes, indefensió, desesperança, soledat, desesperació, frustració, pena profunda, còlera, agressivitat, destructivitat, desconfiança, rebuig i resistència.
- Les persones també poden sentir dissociació del jo i la sensació d'estar fora del seu propi cos.
- L'aïllament i la contenció poden causar traumes i tenir repercussions a llarg termini en la vida d'una persona (relacions, feina, etc.).
- Quan es reclou o s'immobilitza una persona, la manca de poder, control i intimitat derivades poden dur-la a adoptar conductes que els professionals de la salut mental interpreten com a símptomes d'una malaltia mental.
- L'aïllament i la contenció poden tornar a traumatitzar persones amb un historial d'abusos sexuals o de maltractament físic o amb traumes psicològics passats (13). Les persones usuàries dels serveis que són testimonis de pràctiques d'aïllament o de contenció envers altres persones també poden patir impactes psicològics, com ara por, ansietat, indefensió, trauma, retraumatització, etc.
- Poden potenciar les conductes autolesives i les autoagressions, incloses l'automutilació i els intents de suïcidi.
- A més, quan es comunica als familiars o altres persones implicades en l'atenció d'una persona que ha estat reclosa o continguda, poden tenir sentiments de culpa i d'incapacitat per ajudar.

### **Impacte en la recuperació (14)**

- L'aïllament i la contenció són contraterapèutiques i impedeixen la recuperació de les persones. Alguns estudis han demostrat que les mesures restrictives, i en concret l'ús de l'aïllament, s'associen a una estada més prolongada de les persones als serveis (15).
- Deteriorenen les aliances terapèutiques i són responsables del trencament de la relació entre les persones usuàries dels serveis i el personal d'atenció sanitària.

És important entendre que l'ingrés involuntari als serveis socials i de salut mental pot causar el mateix tipus de dany psicològic que l'aïllament i la contenció, tal com es descriu més amunt. (Per a més informació sobre aquest tema, vegeu el mòdul de formació *Protecció contra la coacció, la violència i el maltractament*.)



En aquest punt, mostreu un dels vídeos següents, o tots dos, als participants:

1. Vídeo «I couldn't move. I couldn't breathe (52 seconds)»: <http://www.bbc.com/news/ukengland-37427665> [consulta 19 gener 2017]. Aquest vídeo tracta sobre l'ús de la contenció de bocaterrosa.
2. Uganda: «Stop the abuse» [https://youtu.be/slr\\_SvB1uyU](https://youtu.be/slr_SvB1uyU) (5:07) [consulta: 9 abril 2019]. Aquest vídeo mostra la pràctica de l'aïllament, la contenció i els abusos que s'hi associen a Uganda.



### **Exercici 3.2: Impacte psicològic de l'ús de l'aïllament i la contenció (30 minuts)**

L'objectiu d'aquest exercici és posar en relleu el greu impacte psicològic que l'ús de la coacció té en les persones que pateixen aquestes pràctiques.

Expliqueu als participants el següent:

Aquest vídeo explica l'experiència de la Naomi Jones, usuària de serveis al Regne Unit. Tot i que el vídeo es va enregistrar al Regne Unit, és important entendre que arreu del món s'apliquen pràctiques d'aïllament i de contenció, tant en països amb rendes altes com mitjanes i baixes. Tanmateix, al marge del context, el trauma psicològic i l'impacte en les persones són importants.

Aquest vídeo hauria de començar al minut 10:27:

**Video – 'Road so far':** <https://youtu.be/j405vpdjeUU?t=627> [consulta: 9 abril 2019].

(Més endavant, en l'exercici 3.6, es mostrarà un vídeo per explorar l'impacte des del punt de vista del personal del servei.)

Pregunteu als participants el següent:

Què en penseu, de l'experiència de la Naomi? Quins són alguns dels termes, emocions i sentiments que la Naomi descriu com a part de la seva experiència?

Convideu els participants a debatre sobre el testimoni de la Naomi.

Preneu nota a la pissarra dels diversos termes que la Naomi ha fet servir per descriure la seva experiència.

- Entre els termes que descriuen l'experiència de l'aïllament de la Naomi figuren: por, confusió, desorientació, trauma, humiliació, còlera, frustració, augment de l'angoixa, sensació de càstig i soledat.
- No es va sentir ajudada, reconfortada ni se li va donar suport i va tenir la sensació que es dificultava la seva recuperació.

- La Naomi també descriu sentiments de trauma i por, que van continuar setmanes després de l'incident.



**Presentació: L'impacte físic de l'aïllament i la contenció en les persones usuàries dels serveis (7, 14, 16-22) (20 minuts)**

**Les contencions físiques** impliquen una lluita cos a cos que pot conduir a lesions físiques com ara:

- blaus
- fractures òssies
- atròfia muscular
- pèrdua de dents
- lesions al cap
- coma
- asfíxia (les persones immobilitzades panxa enlaire corren el risc d'ofegar-se amb menjar regurgitat, líquid o saliva)

**Les contencions mecàniques** poden provocar que les persones entrin en pànic i s'ofegin amb la saliva o pateixin estrangulació durant la contenció. A causa de la seva situació d'alta dependència, aquestes persones corren, a més, un risc més elevat de:

- Deshidratació: les persones es poden deshidratar greument durant les contencions o durant una baralla en què s'apliquen mesures restrictives.
- Problemes circulatoris i cutanis: la pressió a la pell provocada per fortes contencions i immobilitzacions pot interferir en la circulació sanguínia. Pot produir un deteriorament de la pell i nafres per pressió. També pot provocar gangrena, que és la mort de teixit tou per manca d'oxigen quan es produeix una alteració greu de la circulació a les extremitats superiors o inferiors.
- Atròfia muscular.

**La contenció farmacològica** pot provocar dolor a causa de la injecció de la medicació.

A més, es pot forçar una persona a sentir els efectes negatius de la medicació, els quals, en funció del medicament rebut, són, entre d'altres:

- Problemes musculars, inclosos espasmes, rigidesa, moviments lents o espasmòdics, tremolor i una agitació incontrolable (acatisia).
- Efectes cardíacs, baixa pressió arterial, atordiment i desmaís.
- Boca seca, visió borrosa, restrenyiment, al·lucinacions, dificultat per memoritzar i dificultat per orinar.
- Descens del llindar en què es poden produir crisis.
- Síndrome neurolèptica maligna: una malaltia potencialment mortal caracteritzada per rigidesa, febre, augment de la freqüència cardíaca i un descens o augment significatiu de la pressió arterial (23).

- Alentiment i entorpiment dels processos de pensament, apatia, manca de motivació per fer res i indiferència emocional (24).

**L'aïllament** pot provocar que una persona entri en pànic o acabi lesionada. Pot requerir atenció mèdica immediata i pot no ser atesa o escoltada a temps, la qual cosa pot derivar en alteracions permanents. La persona també pateix risc de deshidratació o col·lapse cardiovascular.

Quan es combinen diverses formes d'aïllament i/o de contenció, es multipliquen els riscos per a la salut de la persona.

### **Totes les formes d'aïllament i de contenció poden comportar la mort (25), (17), (7)**

- Els estudis han demostrat que entre les causes de mort per contenció i aïllament hi ha, entre d'altres, l'asfíxia, complicacions cardíques, sobredosi o interacció medicamentosa, contusió, estrangulació o ofegament, inhalació de foc o fum i aspiració.
- L'aïllament i la contenció també posen les persones en risc perquè obstaculitzen la seva capacitat de fugir durant les emergències (per exemple, en cas d'incendi).
- Una revisió de la literatura científica sobre l'impacte advers de la contenció mecànica va demostrar que l'ús de determinades contencions físiques o mecàniques és especialment perillós, pel fet que limiten la funció respiratòria (26).
- La contenció farmacològica pot interaccionar o interferir amb altres medicacions i posar la persona en risc de sobremedicació i mort sobtada (27).
- Gairebé no es disposa de dades recents sobre el nombre de morts relacionades amb l'aïllament o la contenció. Tanmateix, una recerca duta a terme en 50 estats dels Estats Units va estimar que entre 50 i 150 persones moren cada any als serveis de salut mental i residències com a resultat directe de l'adopció de mesures restrictives (28).



#### ***Presentació: Impacte dràstic de l'ús de l'aïllament i la contenció (5 minuts)***

L'ús de l'aïllament i de la contenció s'ha associat amb morts a gran escala de persones usuàries de serveis d'emergències. La incapacitat de les persones de moure's o abandonar l'edifici durant un incendi comporta que s'hi quedin atrapades i no en puguin escapar.

A sota es donen dos exemples de l'immens nombre de víctimes que es podrien haver evitat si no s'haguessin aplicat mètodes de contenció a les persones usuàries dels serveis de salut mental.

Convideu els participants a compartir altres exemples que coneguin.

- Incendi a Erwadi (29)
  - 6 d'agost de 2001
  - Ramanathapuram, Tamil Nadu, Índia
  - Almenys 25 víctimes mortals

- Quan es va calar foc, tots els usuaris del servei van morir cremats vius perquè estaven lligats amb cadenes.
- Incendi a Ramensky, Moscou (30)
- ○ 26 d'abril de 2013
- Ramensky, Rússia
- 38 víctimes mortals
- Un incendi en plena nit va acabar amb la vida de les persones usuàries del servei, que se suposa que havien estat immobilitzades físicament i farmacològicament en unes instal·lacions tancades amb clau.



### **Exercici 3.3: Impacte psicològic de l'ús de l'aïllament i la contenció en el personal dels serveis (40 minuts)**

L'objectiu d'aquest exercici és fomentar que els participants pensin en l'impacte negatiu de fer servir l'aïllament i la contenció.

**Hi ha dues opcions per a aquest exercici. L'opció preferent és l'opció 1.**

#### **Opció 1**

Abans de la sessió, el formador hauria de localitzar un professional que se senti còmode explicant experiències negatives relacionades amb l'ús de l'aïllament i la contenció (incloent-hi l'encadenament, l'administració forçosa de medicació, etc.) i convidar-lo a compartir les seves vivències amb el grup.

Una vegada l'orador hagi exposat les seves experiències negatives d'aplicar l'aïllament o la contenció, el formador pot, mitjançant una sèrie de preguntes i respostes, orientar-lo perquè expliqui:

- El context de la situació que va conduir a l'ús de l'aïllament o la contenció.
- L'impacte d'administrar l'aïllament i la contenció, incloent-hi les emocions i la incomoditat.
- L'impacte negatiu que pot haver tingut el fet d'aplicar-los en la relació terapèutica amb les persones usuàries dels serveis.
- Què es podria haver fet d'una altra manera per canviar el curs dels esdeveniments i evitar l'ús de l'aïllament i la contenció.

Ofereix als participants l'oportunitat de fer preguntes a l'orador relacionades amb la seva xerrada.

#### **Opció 2**

Si no ha estat possible trobar un orador abans de la sessió, projecta aquest vídeo d'11 minuts sobre l'experiència d'un psiquiatre que va ser atacat per una persona que temia que li apliquessin pràctiques restrictives.

A continuació, convideu els participants a compartir la seva opinió sobre el vídeo. Pregunteu als participants:

- Què en penseu, d'aquesta experiència?  
Quins són alguns dels termes, emocions i sentiments que l'orador fa servir per descriure la seva experiència?
- Quins són alguns dels impactes en la persona que va patir la mesura restrictiva? I en la relació terapèutica?
- Què es podria haver fet d'una altra manera per canviar el curs dels esdeveniments i evitar que aquesta situació es produís?



**Presentació: L'impacte de l'aïllament i la contenció en els professionals de la salut mental i dels serveis que s'hi relacionen (10 minuts)**

L'ús de la contenció o de l'aïllament també pot tenir un impacte negatiu en els professionals de la salut.

- Les dades indiquen que l'ús de mètodes restrictius està vinculat amb lesions físiques del personal. Per exemple, un estudi atribuïa almenys el 50 % de les lesions del personal de salut mental a l'ús de l'aïllament i la contenció. (31), (14).
- Els professionals de la salut mental i altres àmbits relacionats que fan servir mesures restrictives com l'aïllament i la contenció també poden patir traumes. (32), (10).
- L'ús de la força i la coacció alimenten el ressentiment, la culpa, la frustració i la pèrdua de confiança entre les persones usuàries dels serveis i el personal, la qual cosa té un impacte negatiu en les relacions terapèutiques (33).
- El personal dels serveis pot tenir conflictes morals entre el seu desig de, d'una banda, proporcionar una atenció i un acompanyament adequats a les persones (la qual cosa, en molts casos, és el motiu principal pel qual van triar la professió) i, de l'altra, veure's forçats a actuar d'una manera coactiva i intimidadora envers persones a qui volen ajudar.
- L'ús d'aquestes pràctiques també pot derivar en demandes civils o penals contra els serveis i/o el personal, per exemple, per fer un ús abusiu de la força, per mala praxi mèdica o per lesions provocades per desprotecció i per incapacitat de proporcionar un entorn saludable per a les persones usuàries del servei (34).
- Malgrat la idea equivocada que l'ús de l'aïllament i la contenció és rendible, aquesta afirmació no està demostrada amb dades de recerca.
- L'ús de l'aïllament i la contenció incrementa les despeses vinculades al temps de dedicació del personal, a l'augment de la supervisió, a l'ús de sedants i tranquil·litzants, així com a assegurances, investigacions, interrupció dels serveis, litigis i lesions (14), (35).

## Tema 4. Qüestionar-se les pressuposicions amb relació a l'aïllament i la contenció

### Durada del tema

Aproximadament 1 hora i 25 minuts.



**Presentació: Qüestionar-se les pressuposicions sobre l'aïllament i la contenció (32) (20 minuts)**

Quines són les pressuposicions que cal qüestionar-se en relació amb l'aïllament i la contenció?

- 1. Pressuposició 1: L'aïllament i la contenció es poden aplicar en benefici terapèutic de les persones usuàries dels serveis socials i de salut mental.**
  - No hi ha cap evidència basada en la recerca que avaluï la idea que l'aïllament o la contenció siguin terapèutiques. Al contrari, tal com s'ha vist prèviament, l'evidència indica que aquestes pràctiques poden ser lesives per al benestar físic i mental d'una persona.
- 2. Pressuposició 2: L'aïllament i la contenció garanteixen la seguretat de les persones.**
  - L'aïllament i la contenció provoquen lesions físiques, emocionals i mentals.
  - Tal com hem vist, de vegades les contencions provoquen lesions físiques, com fractures òssies i fins i tot la mort. A més, l'impacte psicològic i el trauma derivats de l'aïllament i la contenció poden ser profunds i de llarga durada.
  - Els estudis que avaluen l'impacte del «Programa de reducció de l'ús de l'aïllament i la contenció a Pennsilvània» (Estats Units) han demostrat que reduir significativament l'ús d'aquestes pràctiques als hospitals psiquiàtrics públics no va comportar un augment de les agressions al personal, sinó que, en alguns casos, fins i tot es van reduir (36), (37). Altres estudis també indiquen que la reducció de l'ús de mesures restrictives està vinculada a menys lesions del personal (38).
- 3. Pressuposició 3: L'aïllament i la contenció eviten comportaments violents.**
  - L'evidència demostra que l'aïllament i la contenció poden empitjorar els sentiments de frustració i còlera, cosa que dona lloc a conductes més lesives.
  - En efecte, les persones que ja han patit mesures restrictives com l'aïllament i la contenció, i els sentiments que s'hi associen com pèrdua del control, por i humiliació, poden tenir la sensació que tenen molt poques opcions, tret de defensar-se, fins i tot amb violència, d'una nova intervenció restrictiva. «Si volem que la gent deixi de comportar-se violentament, potser hauríem de deixar de tractar-la violentament» (39).
  - Les persones usuàries dels serveis acostumen a veure l'aïllament i la contenció com un càstig disciplinari (per exemple, per no fer el que els ordenen, com ara no voler prendre's la medicació), la qual cosa pot incrementar la sensació de frustració envers els professionals de la salut mental i altres àmbits relacionats, així com envers altres

persones. L'ús d'aquestes pràctiques també consolida una cultura del «nosaltres i ells» (14).

**4. Pressuposició 4: El personal està capacitat per identificar amb precisió les situacions potencialment violentes.**

- La creença que és possible predir conductes i situacions potencialment violentes amb precisió és una altra de les raons per les quals els professionals recorren a l'ús de l'aïllament i la contenció.
- Però predir la violència i possibles riscos futurs amb precisió és extremament difícil.
- Sovint el personal no és capaç de diferenciar entre un comportament imprevisible/inesperat i un comportament de risc/perillós. A més, el personal també acostuma a associar el malestar amb l'agressió.
- La incertesa sobre quin risc de danys o violència envers un mateix o altres persones poden anticipar els professionals ha donat lloc a una cultura de pràctiques excessivament defensives i a un augment de les pràctiques restrictives (40), (41).

**5. Pressuposició 5: Les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva acostumen a ser irracionals, violentes i imprevisibles.**

- Hi ha la idea equivocada que les persones amb discapacitat psicosocial estan governades per les seves psicosis i/o al·lucinacions, la qual cosa les fa violentes, imprevisibles i irracionals.
- Hi ha una evidència sòlida que demostra que aquestes persones no són més violentes que la resta de la població i que, de fet, tenen més probabilitats de ser víctimes de la violència que agressores (42), (43), (44), (45).

**6. Pressuposició 6: Hi ha circumstàncies en què no és possible evitar l'ús de l'aïllament i de la contenció.**

- És una de les assumpcions clau sobre l'aïllament i la contenció. L'analitzarem més en detall en l'exercici següent.



***Exercici 4.1: Qüestionem la idea que, en circumstàncies excepcionals, hi ha raons vàlides per fer servir l'aïllament i la contenció (25 minuts)***

La idea que hi ha circumstàncies excepcionals en què cal aplicar l'aïllament i la contenció és un dels temes més espinosos en relació amb els esforços per reduir l'ús d'aquestes pràctiques als serveis socials i de salut mental. El formador ha de preparar-se per debatre-la exhaustivament amb el grup.

Alguns participants poden expressar l'opinió que, de vegades, no és possible evitar l'ús de l'aïllament o la contenció. Per exemple, alguns participants poden argumentar que, si algú actua d'una manera perillosa i violenta, pot ser inevitable recórrer a l'aïllament o la contenció per evitar que es faci mal a ella o a les altres persones. L'exercici següent té com a objectiu desmentir aquesta idea errònia.

Mostreu als participants l'afirmació o idea errònia següent:



## Hi ha circumstàncies en què l'ús de l'aïllament i la contenció és inevitable.

Feu les preguntes següents als participants i convida'ls a debatre les seves respostes directament entre ells:

1. Esteu d'acord o en desacord amb aquesta afirmació? Per què?
2. En quines circumstàncies creieu que l'aïllament i la contenció són inevitables?

Podeu prendre nota de les idees a la pissarra.

Algunes de les circumstàncies per avalar aquesta afirmació que poden plantejar els participants inclouen (a tall d'exemple):

- Quan les persones usuàries dels serveis actuen d'una manera agressiva o amenacen amb violència el personal o altres persones del servei.
- Quan les persones usuàries del servei requereixen atenció hospitalària i tractament immediat perquè la seva vida perilla (per exemple, per injectar insulina a una persona que requereix tractament urgent per a la diabetis o per protegir una persona d'un elevat risc de suïcidi).
- Quan les persones usuàries del servei s'oposen a prendre la medicació malgrat que els professionals dels serveis socials i salut mental consideren que la necessiten.

Després del debat, expliqueu als participants el següent:

### **L'aïllament i la contenció s'han d'evitar sempre en el cas de les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva, fins i tot en circumstàncies extremes.**

- L'aïllament i la contenció no són intervencions d'últim recurs.
- Sempre s'han de buscar alternatives a l'aïllament i la contenció per protegir el benestar de les persones.
- Això no obstant, quan algú es comporta d'una manera molt perillosa envers altres persones, cal aturar-lo de la mateixa manera que aturàriem qualsevol altra persona, amb o sense discapacitat, per exemple, recorrent a un grup amb formació especial en les habilitats necessàries per gestionar la situació (com ara un equip de resposta, vegeu el tema 10) o, d'una manera alternativa, en determinats casos, a les forces de seguretat de l'estat (per exemple, la policia) per garantir la seguretat de tothom. Cal que les forces de seguretat de l'estat encarregades de respondre a aquestes crisis tinguin formació per entendre les necessitats específiques de les persones amb discapacitat, incloses persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva.

### **El personal creu que, en determinats casos, és impossible trobar alternatives a l'aïllament i la contenció, motiu pel qual aquestes pràctiques es continuen aplicant al servei.**

- Sempre hem de considerar l'ús de l'aïllament i de la contenció com un fracàs, un resultat negatiu i una vulneració dels drets humans, fins i tot quan sembla que s'han aplicat totes les alternatives a aquestes pràctiques abans de recórrer-hi.
- Sempre hi ha alternatives a l'aïllament i a la contenció.

- Algunes d'aquestes alternatives s'analitzaran al tema següent.

**L'ús de l'aïllament i la contenció també és un fracàs del servei, el fracàs de tot un sistema i, fins i tot, el fracàs de membres concrets del personal.**

L'afirmació «L'ús de l'aïllament i la contenció sempre és un fracàs del servei» pot interpretar-se com una acusació als membres del personal. És important ressaltar el següent:

- Cal un espai de reflexió perquè cada membre del personal pugui reflexionar amb deteniment sobre si pot haver tingut algun paper en els esdeveniments que han comportat l'ús de l'aïllament o les mesures restrictives.
- També cal considerar si l'ús de l'aïllament o les mesures restrictives ha pogut constituir un acte delictiu. En aquest cas, cal exercir les accions pertinents davant el sistema penal.

**Cada fracàs s'ha de considerar un esdeveniment advers.**

- S'ha de veure com una oportunitat per entendre els errors i corregir-los.
- També hauria de permetre una reflexió crítica sobre com persones individuals poden contribuir sense voler a l'aplicació de l'aïllament i de la contenció (per exemple, «Quins factors de mi mateix, de la persona i de la situació em van dur a creure que aquella era la resposta adequada?»).
- Hauria d'animar el personal a revisar i millorar totes les estratègies adoptades per posar fi a l'aïllament i a la contenció.
- 

**Cal redactar un informe sobre l'incident concret.**

- En aquest informe, s'ha d'oferir a la persona que va patir l'aïllament o les mesures restrictives l'oportunitat d'expressar (amb l'ajut d'una persona de confiança, si vol) la seva perspectiva sobre:
  - els esdeveniments que van conduir a l'ús de l'aïllament i/o de la contenció;
  - l'ús de l'aïllament i/o de la contenció i les seves conseqüències;
  - què considera que cal fer per evitar l'ús d'aquestes pràctiques en el futur.
- És convenient que la situació sigui revisada per organismes i mecanismes independents del servei.
- En casos de dubte jurídic seriós, cal una investigació criminal i, si escau, el processament corresponent.

**És recomanable redactar periòdicament informes sobre l'ús de l'aïllament i de la contenció al servei.**

- És recomanable redactar informes periòdicament (per exemple, anualment), en què es documentin tots els casos d'aïllament i de contenció registrats al servei durant aquest període. L'informe també hauria de descriure i analitzar les estratègies vigents per erradicar l'ús de l'aïllament i de la contenció.
- La informació que conté l'informe ha de ser anònima i sense dades identificatives; és a dir, no ha d'especificar la identitat de les persones implicades.

- Aquests informes sobre l'ús de l'aïllament i de la contenció s'haurien de posar a disposició del públic. Això permetria a les persones adoptar decisions més informades relatives al seu professional de l'atenció sanitària i també permetria a les empreses i a les persones individuals posar en dubte l'ús d'aquestes pràctiques (fins i tot mitjançant procediments legals als jutjats), alhora que incitaria els governs a investigar els serveis amb taxes especialment elevades d'aïllament i de contenció.
- És probable que l'afavoriment d'una cultura de la transparència mitjançant la redacció regular d'informes motivés la direcció i el personal a canviar i millorar les seves pràctiques.



**Exercici 4.2: És possible canviar el curs dels esdeveniments que condueixen a l'ús de l'aïllament i de les contencions? (30 minuts)**

Aquest exercici se centra en què es pot fer per prevenir que les situacions s'agreugin i explora les oportunitats perdudes d'intervenir al llarg del procés.

Els participants poden exposar els seus propis exemples i situacions. Convideu-los a reflexionar sobre aquestes situacions tal com es fa a l'exercici següent.

Mostreu i llegiu als participants la situació següent:

**Cas 1. L'experiència del Tom**

El Tom viu en una residència dels serveis socials per a persones amb demència. Vol fer una trucada telefònica a la seva germana i necessita obtenir una targeta telefònica de la infermera per fer-la. La infermera li diu que atindrà la seva petició al cap d'una estona perquè ara està molt ocupada.

Com que la infermera està desbordada de feina, el Tom ha d'esperar durant més d'una hora. Cada cop s'agita més i acaba colpejant enfadat la porta de la infermeria. La infermera li demana que «es calmi», la qual cosa només agreuja la sensació de frustració del Tom.

Llavors la infermera li respon: «Si et continues comportant així, no et permetré fer la trucada telefònica.»

El Tom arrenca a caminar amunt i avall del passadís, cada vegada més agitat, i comença a donar cops de peu a la porta i a insultar el personal que passa pel seu costat.

L'agitació del Tom fa que li acabin aplicant mesures de contenció mecànica i farmacològica. El personal justifica aquesta actuació com a necessària per vetllar per la seguretat del Tom i de les altres persones.

Demaneu als participants de respondre les preguntes següents:

1. **Què n'opineu, d'aquest cas?**
2. **Amb quina freqüència es produeix al vostre servei?**
3. **Era inevitable l'ús de contencions en el cas del Tom? Què es podria haver fet per evitar-ho?**
4. **De qui va ser la responsabilitat? La infermera en va ser l'única responsable?**
5. **Quin impacte creus que va tenir aquest episodi en el benestar del Tom?**

Després del debat, mostreu als participants el següent:

### **Reflexions sobre la situació del Tom**

- El resultat d'aquesta situació és bastant habitual en molts serveis d'atenció social i de salut mental i, tanmateix, es podria haver evitat.
- El nivell de dependència del servei i de personal patit pel Tom i el fet que no tingui control sobre la seva comunicació, que és un aspecte vital important, el porta a reaccionar a aquesta situació.
- El fet que la rutina del personal sigui prioritària per damunt de les necessitats del Tom, tot i que la funció principal del servei és proporcionar atenció i acompanyament a les persones usuàries, indica que el personal té actituds deshumanitzadores envers els usuaris. Així ho reflecteix també la resposta humiliant i ofensiva de la infermera al Tom.
- En aquest cas, la infermera hauria d'haver donat prioritat a les necessitats del Tom per damunt de la resta de tasques, que podia haver posposat uns minuts, i haver-li lliurat la targeta telefònica. D'aquesta manera, es podria haver evitat la crisi.
- Altres membres del personal mèdic, d'infermeria i altres departaments que van passar pel davant del Tom probablement sabien que s'esperava per fer una trucada telefònica i li van detectar signes inicials de malestar a causa d'una espera innecessària. Tan sols els hauria costat uns minuts de la jornada laboral ajudar el Tom i, en canvi, ningú no ho va fer. Al final, el curs dels esdeveniments va comportar una inversió de temps significativament superior per part del personal.
- És probable que l'ús de la contenció mecànica i farmacològica afectés negativament el Tom (per exemple, que el fes sentir indefens, el traumatitzés, li generés sensació de pèrdua de control i por i li transmetés deshumanització), tingués repercussions negatives en el seu benestar i augmentés, d'una banda, el cost del servei i, de l'altra, la demanda de temps invertit pel personal del servei.
- Tothom que va mirar cap a una altra banda quan podia haver ajudat el Tom es podria considerar personalment responsable de permetre que la situació s'agreugés.
- Un altre factor que podria haver contribuït al resultat és que la direcció del servei no tingués contractat tot el personal necessari per evitar sobrecarregar de feina els seus treballadors i, així, permetre'ls respondre d'una manera adequada a les necessitats de les persones usuàries del servei. Altres persones poden i haurien d'adoptar mesures d'una manera proactiva per influir en el curs dels esdeveniments sempre que sigui possible amb la finalitat d'evitar que les situacions s'agreugin. Tothom pot complir una funció en la prevenció de l'ús de l'aïllament i la contenció i demostrar que aquestes pràctiques es poden evitar.

- El Tom va ser castigat per un servei que va permetre l'ús de l'aïllament i de la contenció i també pel personal del servei, que va passar per alt la seva petició i els seus drets humans bàsics.

## Cas 2 . L'experiència de la Fàtima

La Fàtima és una estudiant universitària de primer any de carrera i comparteix pis amb altres estudiants. Pateix falta de son perquè ha estat estudiant moltes hores per aprovar els exàmens. La perspectiva de suspendre li provoca una angoixa creixent.

Acudeix al metge del centre d'atenció primària per parlar dels seus problemes de son. També explica que té mals de panxa i atacs de pànic, i que cada vegada li resulta més difícil llevar-se al matí.

El metge la deriva a un psicòleg, però, com que la seva situació no es considera prioritària en comparació de la d'altres persones, li donen hora per al cap de tres setmanes.

Quan arriba el dia de la visita, la Fàtima ja es troba molt malament, cada vegada està més nerviosa i agitada. No es presenta a la visita amb el psicòleg, però ningú no en fa cap seguiment.

Un dia, els seus companys de pis, preocupats, truquen a la policia perquè la Fàtima no els deixa entrar a casa i no respon a les seves trucades telefòniques. Tenen por que tingui idees suïcides o es pugui fer mal si ningú no aconsegueix entrar-hi.

La policia arriba i tira la porta a terra. Es produeix una batussa entre la Fàtima i els agents de policia i la Fàtima acaba essent continguda i ingressada involuntàriament en un servei de salut mental.

Després de llegir aquesta situació, pregunteu als participants el següent:

1. **Què en penseu, d'aquesta situació?**
2. **Amb quina freqüència creieu que es produeix?**
3. **Era inevitable l'ús de mesures restrictives en la situació de la Fàtima?**
4. **Què es podria haver fet per evitar-ho?**

Una vegada els participants hagin tingut l'oportunitat d'exposar les seves opinions, expliqueu-los el següent:

Reflexions sobre l'experiència de la Fàtima

- La manca de recursos humans va comportar que no es donés a la Fàtima l'atenció i l'acompanyament que necessitava quan ho va sol·licitar, abans que la seva situació es deteriorés.
- Hi va haver oportunitats al llarg de l'experiència de la Fàtima en què podria haver rebut suport.

- El fet de trucar a la policia va fer que la situació derivés en l'adopció de mesures restrictives envers la Fàtima. La policia va castigar la Fàtima aplicant-li aquestes mesures. L'ús de la coacció va augmentar el seu malestar i agitació.
- En la seva intervenció, la policia hauria d'haver demostrat una preocupació sincera per la Fàtima i haver desplegat tècniques no restrictives per ajudar-la (per exemple, parlar amb ella amb calma a través de la porta, explicar-li que havien vingut a assegurar-se que estava bé, demanar-li si podien fer res per a ella, preguntar-li si els podia obrir la porta, etc.).
- És probable que les contencions tinguessin efectes adversos en la Fàtima.
- I, finalment, el servei de salut mental la va castigar encara més ingressant-la involuntàriament.



### **Presentació: El ventall d'oportunitats perdudes (10 minuts)**

- Recórrer a l'aïllament i a la contenció és una vulneració dels drets humans.
- Tothom té un paper en l'oportunitat de canviar el curs dels esdeveniments. És important identificar les oportunitats perdudes al llarg del camí que podrien haver evitat l'ús d'aquestes pràctiques.
- El personal dels serveis hauria d'actuar respectant els drets humans i la dignitat de les persones a qui presten serveis en tot moment.
- Les situacions de tensió o de conflictivitat es poden evitar mostrant-se reactiu a les necessitats de les persones.
- Cal que els professionals de la salut mental i altres àmbits relacionats dins dels serveis reflexionin sobre si les seves pràctiques contribueixen a la coacció i a una escalada de violència. Han de reconèixer la seva responsabilitat personal a l'hora de mostrar-se reactius i compassius i de donar acompanyament quan algú el necessita, respectant sempre el consentiment lliure i informat de la persona.
- Cada fracàs s'hauria de considerar una oportunitat per entendre què ha sortit malament i què es pot fer millor la propera vegada.

## Tema 5. Identificar les situacions de tensió i els elements d'una resposta eficaç

### Durada del tema

Aproximadament 1 hora i 35 minuts.



**Reflexió a partir dels temes previs: (15 minuts)**

Convideu els participants a compartir els seus pensaments i les seves reflexions sobre els temes previs.

Pregunteu al grup:

**Ha canviat la vostra opinió sobre l'aïllament i la contenció? En cas afirmatiu, en quin sentit? Com podem evitar recórrer a l'aïllament i a la contenció?**

Després del debat, projecteu el vídeo següent, que mostra una perspectiva i experiència de l'aïllament i la contenció. Es tracta d'un resum potent de l'ús de l'aïllament i la contenció, i de l'impacte que té en les persones i les seves famílies.

### Chained and Locked Up in Somaliland

<https://youtu.be/mbjxRgRFb88> (3:05) [consulta: 9 abril 2019]

Al final del vídeo, demaneu als participants que comparteixin els seus pensaments. Aquest exercici dona l'oportunitat de repassar alguns dels temes debatuts prèviament i prepareu el terreny per parlar de les estratègies per posar a fi a l'aïllament i la contenció.



**Presentació: Identificació de les situacions de tensió i elements d'una resposta eficaç (10 minuts)**

### Presentació de les estratègies per prevenir i evitar l'aïllament i la contenció

Hi ha algunes estratègies clau per respondre d'una manera eficaç a les situacions de tensió o de conflictivitat i posar fi a l'ús de l'aïllament i la contenció. Entre d'altres, són:

- els plans individualitzats per explorar les sensibilitats i els signes de malestar;
- la desescalada;
- l'establiment d'una cultura del «sí» i del «sí que es pot»;
- sales de benestar;

- equips de resposta.

Cadascuna d'aquestes estratègies s'analitzarà amb més detall més endavant en aquesta formació.

Abans d'explorar-les, és important tenir present com identifiquem les sensibilitats i els signes de malestar per poder adoptar una resposta apropiada i evitar que la situació s'agreugi.

### Reconeixement i resposta a les sensibilitats i als signes de malestar

- Sovint, el personal dels serveis fa servir l'aïllament i la contenció en resposta a situacions de tensió o de conflictivitat.
- Les situacions de tensió o de conflictivitat poden tenir moltes causes, incloent-hi malentesos, una mala comunicació o persones «que es limiten a fer la seva feina» (per exemple, quan la funció del personal és mantenir el control i l'ordre al servei). Aquestes situacions acostumen a produir-se quan algú té la sensació que no l'escolten o que no es respecta la seva voluntat.
- Identificar i respondre a les necessitats i el malestar de les persones en un primer moment i d'una manera no restrictiva evita que la situació s'agreugi.
- **Sensibilitats:** Tothom té sensibilitats, que són situacions o estímuls que poden derivar en un ampli ventall d'emocions, incloses l'angoixa, la frustració o la còlera, en funció de cada persona. Podem apreciar patrons en nosaltres mateixos, en els altres o en determinades relacions, els quals provoquen reaccions i reaccions contràries.
- Cadascú té la seva pròpia sensibilitat, i una cosa que pot provocar emocions fortes en una persona pot no tenir el mateix impacte en una altra.
- Les sensibilitats i els patrons de reaccions es poden originar en els pensaments i sentiments interns d'una persona. També poden estar induïts per esdeveniments externs i per la conducta d'altres persones.
- A tothom li resulta difícil anticipar quan una altra persona pot tenir una reacció als seus propis sentiments i pensaments.
- L'activació de múltiples sensibilitats en un breu espai de temps pot provocar que una persona senti un gran malestar. És més, l'activació de les sensibilitats de diverses persones amb elevats nivells de malestar pot derivar ràpidament en una situació tensa i conflictiva.

Entre els exemples dels factors que poden activar les sensibilitats de les persones figuren:

- sentir crits o ser escridassades
- que no les escoltin
- que altres persones se'ls acostin massa
- que els parlin sense respecte
- sentir-se pressionades a fer quelcom que no volen fer
- que algú interfereixi amb les seves pertinences personals
- el soroll
- l'agitació al seu voltant
- que la gent parli massa de pressa
- no entendre què els passa o què passa al seu voltant
- estar aïllades



- sentir-se soles
- sentir-se desconnectades de la seva família i amistats
- recordar coses dolentes
- la manca d'intimitat
- la foscor
- no tenir elecció, control o informació
- discussions
- que les mirin fixament

Molts d'aquests factors, de fet, es produeixen en l'entorn dels serveis socials i la salut mental.

### Com es pot identificar el malestar

Els senyals físics de malestar requereixen una resposta reflexiva i acompanyament, amb l'objectiu d'identificar-ne i eliminar-ne la causa, de tranquil·litzar la persona o d'ajudar-la d'alguna altra manera. Alguns exemples habituals de signes de malestar són (46):

- intranquil·litat
- agitació
- caminar amunt i avall
- respiració dificultosa o ràpida
- suor
- serrar les dents
- plor
- retorçar-se les mans
- balancejar-se
- introspecció
- contacte ocular perllongat
- alçar el to de veu
- agressió
- amenaçar de fer mal



#### **Exercici 5.1: Debat: entendre les sensibilitats i els patrons de reaccions (30 minuts)**

Aquest exercici ajudarà els participants a adonar-se que moltes persones tenen sensibilitats semblants, al marge de la seva salut mental, i que és important respondre a les sensibilitats de cadascú amb paciència i empatia.

Comenceu convidant els participants a reflexionar sobre què els fa sentir, a ells, espantats, tristos, enfadats, nerviosos o estressats.

Plantegeu al grup la pregunta següent i anota les respostes a la pissarra.

**Què us fa sentir espantats, tristos, enfadats, nerviosos o agitats i en quin sentit aquestes sensacions podrien fer que actuéssiu d'una manera que podria alterar altres persones (com ara si perdeu els nervis, crideu, us torneu conflictius, etc.)?**

Després d'1 o 2 minuts de reflexió individual, convideu els participants a compartir les seves idees. Feu una llista amb les respostes a la pissarra.

És possible que els participants donin exemples semblants als de la presentació anterior.

Una vegada els participants hagin donat les seves respostes, expliqueu que totes les persones tenen sensibilitats. Entendre aquestes sensibilitats és clau per abordar-les o evitar que apareguin situacions de tensió o de conflictivitat, sobretot perquè les persones han recorregut als serveis per treballar en la seva recuperació i tenir un respir de situacions vitals ja difícils.



### **Exercici 5.2: Accions tranquil·litzadores (15 minuts)**

Comenceu l'exercici convidant els participants a reflexionar sobre com aborden les sensibilitats i el malestar propis, i sobre si hi ha cap acció específica que els hi ajudi. Feu la pregunta següent als participants:

Què feu quan us sentiu frustrats o trasbalsats? Hi ha alguna cosa que us agradi fer, o que els altres facin, per ajudar-vos en aquests moments?

Després d'1 o 2 minuts de reflexió individual, convideu els participants a compartir les seves idees. Feu una llista amb les respostes a la pissarra. Algunes idees són, entre d'altres, a tall d'exemple, les accions següents:

- fer un passeig
- escoltar música
- parlar amb algú que sàpiga escoltar

Una vegada els participants hagin tingut l'oportunitat de contestar, poseu en relleu que és fonamental prendre's temps per entendre què ens ajuda i què ajuda els altres per reaccionar d'una manera adequada quan s'activen les sensibilitats.



### **Exercici 5.3: Respondre a les sensibilitats i al malestar (20 minuts)**

Aquest exercici dona als participants l'oportunitat d'aplicar els conceptes tractats en la presentació anterior.

## **El cas de la Susan**

### 1. Llegiu el cas següent:

La Susan és una dona jove amb un diagnòstic de trastorn bipolar i un historial d'abusos sexuals. L'han portada en ambulància i l'han ingressat en un servei en què treballa com a professional de la salut mental perquè fa dies que no dorm i es nota amb una energia excessiva, intranquil·la i irritada amb tothom qui l'envolta. Durant el procés d'ingrés ha acceptat romandre-hi internada durant uns dies. T'explica que quan se sent així l'espanten els llocs tancats. Les ocasions anteriors en què la Susan ha utilitzat el servei deixen clar que sovint se sent alterada abans d'anar a dormir. Es tapa les orelles amb les mans, deixa d'escoltar i, de vegades, parla amb agressivitat al personal i a altres persones del servei. El servei té la norma que tothom ha de ser a la seva habitació a les 21 hores i, a partir d'aquesta hora, les persones usuàries del servei no tenen accés als espais exteriors comuns (com ara la sala de televisió).

### 2. Després de llegir el cas, debateu les preguntes següents amb els participants.

Tenint en compte aquesta descripció, quina informació us resulta útil per plantejar les necessitats d'acompanyament de la Susan?

Hi ha alguna altra cosa que penseu que podria ser útil explorar amb la Susan?

Si la Susan torna a mostrar-se agitada abans d'anar a dormir, com podríeu respondre-hi?

Expliqueu als participants que l'objectiu d'aquest exercici no és trobar la manera que la Susan vagi a dormir sense fer escarafalls ni assegurar-se que no destorbi els altres. Demaneu als participants que considerin la situació amb empatia i mirin d'entendre que la Susan ha recorregut al servei per recuperar-se. Si la seva presència interfereix en el descans d'altres persones, els participants s'haurien de plantejar com la poden acompanyar, alhora que es vetlla pel benestar dels altres usuaris.

### 3. Després del debat, llegiu les estratègies que es van identificar i adoptar:

Després de parlar amb el personal, la Susan va identificar les estratègies següents per encaixar les seves preferències personals amb una rutina diària i respondre a les seves necessitats:

- Li oferiran suport per tractar el trauma provocat pels abusos que va patir i ajudar-la a superar la por als espais tancats.
- No l'obligaran a anar-se'n al llit; serà ella qui decideixi quan vol anar a dormir. Això va comportar un replantejament integral de la política del servei relativa a l'hora de dormir amb la finalitat d'adequar-se a les preferències personals de la Susan.
- La Susan pot mirar la televisió a la sala comuna fins que es noti cansada, relaxada i preparada per anar-se'n a dormir.
- Si vol, té la possibilitat de fer un passeig a l'exterior, sola o acompanyada d'un membre del personal.

Repetiu l'exercici amb la història de l'Abdu.

### 1. Llegiu el cas següent:

## El cas de l'Abdu

L'Abdu és un home de 68 anys amb diagnòstic de demència. Li costa tenir-se dret i té tendència a caure. Li agrada passejar pels passadissos i els jardins de la residència i no li agrada que li diguin que no és segur per a ell caminar sense ajuda. Quan li ho diuen, comença a cridar i colpeja la persona que l'impedeix fer el que vol. També escridassa el personal i camina amb gest frustrat.

### 2. Debateu amb els participants les preguntes següents:

- Què és el que més molesta l'Abdu?
- Què pot fer el personal del servei per adaptar-se a les seves necessitats?

### 3. Després del debat, llegiu les estratègies que es van identificar i adoptar:

L'Abdu i el personal de la residència van ser capaços d'identificar les estratègies següents per acompanyar i adaptar-se a les seves preferències i no alterar-lo.

- Li faciliten un caminador perquè pugui caminar lliurement i sense ajut per la residència i els jardins.
- A més, el personal organitza voluntaris d'un grup de suport local per acompanyar-lo a passejar per la ciutat un o dos cops a la setmana.

## Tema 6. Plans individualitzats per explorar i respondre a les sensibilitats i als signes de malestar

### Durada del tema

Aproximadament 1 hora.



### **Presentació: Plans individualitzats per explorar les sensibilitats i els signes de malestar (20 minuts)**

Aquesta presentació aprofundeix en la sessió introductòria prèvia, en què es destacava la necessitat d'identificar i entendre les sensibilitats i els signes de malestar.

Al tema anterior hem analitzat com es poden identificar les sensibilitats i els patrons de reaccions. Una estratègia que pot ser d'utilitat per ajudar a posar fi a l'aïllament i la contenció és la creació de plans individualitzats que analitzin les sensibilitats i els signes de malestar.

### **Què és un pla individualitzat?**

- És un pla que esbossa les accions que poden ajudar una persona a calmar-se i relaxar-se en moments d'augment de l'angoixa, el malestar, la frustració o la còlera, tenint en compte les seves sensibilitats i patrons de reacció habituals.
- Es tracta d'un pla únic per a cada persona.
- El pla prioritza les necessitats de l'individu per sobre de les del servei.
- Aquests plans inclouen estratègies per identificar signes de malestar i respondre a les sensibilitats abans que la situació s'agreugi.
- Dissenyar un pla amb una persona ofereix als altres l'oportunitat d'entendre les emocions i els sentiments de la persona davant determinades situacions i de debatre maneres eficaces de satisfer-ne les necessitats quan es produeix una d'aquestes situacions i a llarg termini.

### **A qui van destinats els plans individualitzats?**

- Pot no ser rellevant dissenyar un pla individualitzat per a cada persona. No tothom els vol o els necessita. No obstant això, en el cas d'algunes persones, dissenyar un pla individualitzat pot resultar útil per entendre què les fa sentir agitada, nerviosa o enfadada i com poden respondre els altres a aquestes situacions d'una manera respectuosa amb la persona i amb els seus desitjos i preferències. És la persona mateix qui ha de decidir si un pla d'aquestes característiques pot resultar útil en el seu cas o no.
- Els plans individualitzats no només van destinats a persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva. L'ús dels plans individualitzats s'aplica també als membres del personal, familiars i altres cuidadors. Tothom té sensibilitats que poden afectar el seu comportament en determinades situacions. I tothom hauria d'intentar conèixer i entendre les seves pròpies sensibilitats i estratègies per calmar-se.

## Com s'ha d'elaborar i utilitzar un pla individualitzat?

- Cal que el pla el desenvolupi la persona implicada i, si vol, amb l'ajuda d'altres persones que vulguin participar. Aquestes persones poden ser familiars, professionals de la salut mental o altres àmbits relacionats, companys, etc.
- És la persona per a qui es crea el pla qui decideix què hi figura, i no els altres.
- El pla s'ha de dissenyar quan la persona es troba en un estat mental calmat i relaxat.
- Si escau, el pla es pot integrar en el pla de recuperació general de la persona (vegeu el mòdul *Pràctiques de recuperació per a la salut mental i el benestar*).
- Si la persona ho desitja, els plans es poden posar a disposició del personal sanitari, els equips de resposta i altres persones rellevants (per exemple, desfer-se a l'expedient mèdic del servei o incloure's en un registre en línia).
- Els plans individualitzats s'han d'actualitzar i revisar amb regularitat, a mesura que les persones aprofundeixin en el coneixement de les seves sensibilitats i causes de malestar.

## Elaboració d'un pla individualitzat

La persona identifica i elabora una llista de què la fa sentir frustrada, enfadada o alterada. Si vol, pot demanar que algú l'ajudi. També recull com expressa la seva alteració (o com es manifesta en ella el malestar) i a què vol que els altres parin atenció (per exemple, un signe perquè els altres reaccionin i l'ajudin).

A continuació, la persona identifica possibles estratègies per abordar la causa o causes subjacents al seu malestar per tal d'eliminar-les o bé de reconèixer-les i buscar consol i suport. Aquestes estratègies seran diferents en cada cas, però alguns exemples són:

- fer un passeig
- que algú reconegui els seus sentiments
- fer respiracions lentes i profundes
- estrènyer una pilota o una manta
- cridar o plorar
- passar una estona en una sala de benestar
- trucar a un amic o familiar
- fer exercici
- dutxar-se

Els passos adoptats per ajudar les persones a eliminar la causa del seu malestar, còlera, frustració o angoixa, o per superar-los, sempre han de sorgir voluntàriament, mai no s'han d'imposar a ningú.

Les accions tranquil·litzadores i altres maneres d'abordar el malestar han de definir-se a mida de cada persona i cada situació: una acció que funciona per a una persona en un moment determinat pot no funcionar per a una altra persona o per a aquesta mateixa persona en un altre moment. És important fer servir la creativitat per trobar solucions a mida de les necessitats individuals.

L'ús de plans individualitzats per abordar els problemes sorgits de situacions de conflictivitat o de tensió també pot ser una bona oportunitat perquè el personal del servei i les persones usuàries estableixin relacions de confiança i de respecte mutu.



### Exercici 6.1: Elaborar un pla individualitzat (40 minuts)

Tothom, inclosos els professionals de la salut mental i altres àmbits relacionats, les famílies i altres cuidadors, es pot beneficiar d'identificar les seves pròpies sensibilitats. Recorda als participants que no han de revelar res que no vulguin.

Demaneu als participants que s'organitzin per parelles. A continuació, distribueix-los exemplars de l'annex 3 (Elaboració d'un pla individualitzat). Si ho volen, els participants poden fer aquest exercici individualment.

Convideu cada parella de participants a emplenar la taula representada a sota per a cada persona.

1. Comenceu l'exercici fent que una persona de cada parella interrogui l'altra sobre **què la fa sentir frustrada, nerviosa, enfadada o alterada**.
2. A continuació, tots dos han de debatre **què ajuda la persona a asserenar-se** durant aquestes situacions tenses, estressants o conflictives.
3. Finalment, la parella ha d'identificar **accions concretes que ajudin la persona que ha compartit les seves sensibilitats a tranquil·litzar-se i abordar la situació**.

Una vegada acabada la primera ronda, s'inverteixen els rols dels participants i repeteixen l'exercici.

Pla per gestionar les meves sensibilitats		
Quines són les meves sensibilitats?	Què m'ajuda a calmar-me?	Quins passos concrets es poden fer?
<i>Per exemple, sentir-me aclaparat pel soroll i les persones que m'envolten</i>	<i>Per exemple, alentir la respiració i prendre'm una mica de temps per estar a soles</i>	<i>Per exemple, mantenir una respiració lenta, buscar un lloc tranquil on pugui estar a soles fins que em senti més tranquil.</i>

## Tema 7. Establir una cultura del «sí» i del «sí que es pot»

### Durada del tema

Aproximadament 40 minuts.



### **Presentació: Establiment d'una cultura del «sí» i del «sí que es pot» (15 minuts)**

En el moment de l'ingrés en un servei, les persones usuàries d'aquest servei (sobretot dels caracteritzats per una cultura institucional) i les que s'hi internen en contra de la seva voluntat es veuen obligades a cedir un control considerable al personal i al servei.

Estan aïllades de la seva vida quotidiana, de casa seva, de les seves coses i comoditats familiars, del seu menjar, del seu entorn habitual, dels seus llibres i ordinadors, dels programes de televisió, de la família, de les amistats, de les xarxes socials, de les seves pertinences, etc. És possible que se'ls impedeixi sortir a l'exterior, passejar a l'aire lliure i seguir les seves rutines i hàbits, portar les seves obres d'art o material d'escriptura i lectura, i treballar-hi. Trobar-se en una situació de pèrdua de control i de dependència del personal per obtenir consol, seguretat i benestar pot provocar malestar, por, ansietat i frustració.

El personal d'atenció sanitària acostuma a respondre amb un «no» a les peticions de les persones o a posposar el compliment de les seves demandes. Això es pot deure a una sobrecàrrega de feina, a l'escassetat de personal, a una formació insuficient, a la normativa del servei o a una cultura de manca de resposta aplicada al servei d'una manera més generalitzada.

El personal pot malinterpretar la frustració, el malestar i la dependència que percep la persona com un comportament problemàtic, la qual cosa, en última instància, pot derivar en una situació de conflictivitat en què el personal recorre a mesures restrictives com l'aïllament i la contenció.

Cal entendre que les persones acudeixen al servei perquè tenen necessitats, perquè els cal un respir de les dificultats que tenen a la vida, perquè cerquen contacte humà i consol en èpoques difícils o perquè volen treballar en la seva recuperació al marge de la seva vida i rutina habituals.

Per ser veritablement eficaç, és necessari que el servei abandoni la cultura de «gestionar» i «controlar» les persones usuàries dels serveis i n'adopti una d'orientada a la seva recuperació i que els ofereixi acompanyament. Això requereix necessàriament que el personal identifiqui i es mostri reactiu a les necessitats i les sol·licituds de les persones, en comptes de negar-les i rebutjar-les.

Una estratègia útil és crear una cultura del «sí» i del «sí que es pot» al servei. Això passa per crear un espai sense judicis on es pugui plantejar com es prenen les decisions i, si és possible, dir «sí» en comptes de «no» en resposta a una sol·licitud d'una persona usuària del servei. D'aquesta manera, el personal del servei podrà posar en primer terme les persones, les seves necessitats i exigències.

Abans de dir «no» a una petició d'una persona usuària del servei, el personal hauria d'aplicar el model R.E.F.L.E.C.T., que consisteix en (47):



- R – Replantejament: què caldria per dir «sí»?
- E – Emoció: com se sentirà la persona si dic «no»?
- F – Fàcil: és «no» l'opció fàcil?
- L – L'escolta: he escoltat realment la persona i què demana?
- E – Explicació: puc explicar-li a la persona per què no puc satisfer la seva petició?
- C – Creativitat: hi ha alguna manera creativa de satisfer la petició d'aquesta persona?
- T – Temps: estic destinant el temps necessari a considerar la seva petició?

Fins i tot en situacions en què els professionals ja han respost «no» a una petició, resulta útil reflexionar sobre les motivacions per haver-ho fet aplicant el model R.E.F.L.E.C.T.

- R – Replantejament: Què hauria calgut per dir «sí»?
- E – Emoció: Com s'hauria sentit?
- F – Fàcil: Era «no» l'opció fàcil?
- L – L'escolta: El personal va escoltar la persona implicada?
- E – Explicació: Es va donar una explicació a la persona interessada?
- C – Creativitat: Es va recórrer a la creativitat per trobar una manera de satisfer la petició de la persona?
- T – Temps: Es va destinar el temps necessari a considerar la petició?

Reflexionar sobre aquests aspectes anima els participants, que són professionals i cuidadors, a reflexionar sobre la seva pràctica i a replantejar-se com poden corregir la situació per establir una cultura de «primer, dir que sí».

Un altre aspecte important que el personal ha de considerar és: puc assignar recursos a les persones usuàries del servei perquè no necessitin fer aquesta petició i puguin ser més autònomes?

Per a aquesta darrera qüestió, és important tenir en compte el següent:

L'objectiu no és proporcionar a la persona la informació o els recursos que sol·licita per «treure-se-la de sobre». El personal ha d'escoltar-la i provar d'entendre realment què necessita. Ha de ser sincer sobre els recursos i la informació que pot proporcionar-li i procurar no aclaparar-la amb massa recursos o alguns d'irrellevants. De vegades, això pot implicar posar en contacte directament la persona amb algú capaç de satisfer la seva petició.

Simultàniament, és important entendre que no es poden satisfer totes les necessitats; de vegades, el servei no pot cobrir-les o fer-ho pot tardar un temps. No obstant això, en les situacions en què la petició o la necessitat d'una persona no es pugui cobrir, s'ha de parlar amb ella per fer-li-ho entendre. A més, la direcció del servei ha de vetllar perquè el personal sigui capaç de tenir cura de les seves pròpies necessitats en el procés, per tal que pugui destinar tota l'atenció i mostrar-se disposat a involucrar-s'hi.



### **Exercici 7.1: Establir una cultura del «sí» i del «sí que es pot» en el nostre servei social i de salut mental (25 minuts)**

Aquest exercici està pensat per ajudar els participants a elaborar una llista de passes que poden donar-se per establir una cultura del «sí» i del «sí que es pot» en un servei social o de salut mental.

Feu les preguntes següents als professionals de la salut mental i els serveis socials, a les persones usuàries dels serveis i als cuidadors o familiars.

- **Pregunta per a professionals de la salut mental i àmbits que s'hi relacionen:** penseu en l'última vegada que va dir «no» a la petició d'una persona usuària del servei. Què podríeu haver fet de diferent?
- **Pregunta per als cuidadors o familiars:** penseu en l'última vegada que va dir «no» a la petició del vostre familiar amb una discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva. Què podríeu haver fet de diferent?
- **Pregunta per a les persones usuàries dels serveis:** penseu en la darrera vegada que un membre del personal o cuidador o familiar us va dir que «no» a una petició. Què es podria haver fet diferent?

Després d'escriure a la pissarra les diferents respostes dels participants, feu-los la pregunta següent i preneu nota de les seves idees a la pissarra.

- Què cal per crear una cultura del «sí» en un servei social o de salut mental?
- Com podrien els professionals, les persones usuàries del servei, els familiars i els cuidadors o altres persones implicar-se en el procés?
- Quines capacitats caldrien per crear o millorar una cultura del «sí»?

## Tema 8. Entorns d'acompanyament i ús de sales de benestar

### Durada del tema

Aproximadament 55 minuts.



### **Presentació: Entorns d'acompanyament i sales de benestar (15 minuts)**

L'entorn d'un servei pot influir a augmentar les tensions o a reduir-les. Un entorn coercitiu o opressiu pot incrementar els conflictes i l'escalada, mentre que un entorn de comoditat i d'acompanyament pot potenciar la recuperació, el benestar, la inclusió, l'esperança, la resiliència i la interacció social, entre altres aspectes.

Si bé l'entorn general hauria de ser d'ajuda, un exemple pràctic podria ser crear una sala de benestar al servei. Es pot oferir en qualsevol moment i pot ajudar a evitar l'escalada del conflicte.

### **Sales de benestar (48-50)**

Una sala de benestar crea un santuari per mantenir-se allunyat de l'estrès i permet a les persones manifestar els seus sentiments i alleujar el seu malestar en privat.

- Una sala de benestar no és una sala d'aïllament. És una eina preventiva que pot ajudar una persona alterada a asserenar-se i relaxar-se.
- Aquestes sales sempre s'han d'utilitzar voluntàriament i amb el consentiment informat de la persona implicada.
- Convé respectar l'ús de les sales de benestar com a santuari i lloc de sanació perquè no es percebin com un lloc exclusiu per a les persones usuàries del servei o com una sala d'aïllament. Una manera de fer-ho és posar-les a disposició tant de les persones usuàries del servei com del personal per fer activitats de relaxació i repòs.
- Abans de proposar a una altra persona que faci servir la sala de benestar, és important revisar les pròpies emocions i reaccions i assegurar-se que la proposta d'emprar-la no es fa per alleujar el malestar propi davant la situació. També és important ser conscient que pot ser que la proposta no sigui ben rebuda.

### **Com es pot muntar una sala de benestar**

- El personal i les persones usuàries del servei haurien de col·laborar en el disseny d'un pla per a la creació d'una sala de benestar. És fonamental que les persones usuàries del servei participin activament en la planificació, la creació i el disseny de la sala de benestar.
- S'ha de debatre i decidir:
  - Quin ús es donarà a la sala de benestar, com es preveu que es faci servir i quin tipus d'entorn es vol crear.
  - Quina sala o sales s'utilitzaran.

- Com es moblarà i decorarà.
- Com es pagarà.
- Qui s'encarregarà del manteniment.

A l'hora de dissenyar la sala, és important tenir en compte la seguretat de les persones que la faran servir. Pot ser útil plantejar crear una sala amb un disseny universal, per tal que resulti segura i accessible a tothom. També pot ser necessari retirar els objectes de vidre, els objectes inflamables, els objectes lleugers que es puguin llençar fàcilment o els elements que es puguin fer servir per fer-se mal a un mateix o a altres persones (com ara els poms de les portes).

Per a algunes persones pot resultar útil incloure estimulació sensorial tranquil·litzant i relaxant a les sales de benestar per desviar el focus d'atenció del que las pertorba a una altra cosa. Les estratègies sensorials sempre han de ser voluntàries.

Alguns exemples d'estratègies sensorials que es poden integrar en una sala de benestar són aigua tèbia, mantes, catifes o coixins tous, colors relaxants, una il·luminació tènue, balancins, música o sons tranquils i relaxants, aromateràpia, etc.

Les estratègies sensorials han de ser individualitzades. Cal que el personal del servei consulti la persona si en vol provar diverses fins que trobi quina li funciona millor. A més, les persones poden explorar per elles mateixes les estratègies sensorials de què disposen.

És important tenir en compte que el que pot ser relaxant per a una persona pot ser una font d'estrès per a una altra. Per exemple, algunes persones poden preferir seure en silenci, amb poca estimulació sensorial o sense. D'altres, en canvi, poden tenir necessitat de plorar, cridar, colpejar, ballar, resar o fer servir altres estratègies per relaxar-se.



### **Exercici 8.1: Estratègies sensorials (15 minuts)**

Comenceu l'exercici convidant els participants a pensar individualment en algunes estratègies sensorials que es podrien emprar en una sala de benestar del servei. Demaneu als participants el següent:

Intenteu pensar en algunes estratègies sensorials específiques que es poden fer servir en l'entorn dels serveis socials o la salut mental.

Transcorreguts 5 o 10 minuts de temps de reflexió individual, convideu els participants a compartir les seves idees amb el grup. Feu una llista amb les idees a la pissarra.



### **Presentació: Sales de benestar en unitats d'urgències d'hospitals generals o en altres llocs de cures intensives (10 minuts)**

- Les unitats d'urgències dels hospitals generals i altres llocs de cures intensives sovint són el primer lloc on acudeixen les persones que senten un malestar greu.
- En aquests llocs, l'activitat pot ser atrafegada i caòtica, amb molts factors i estímuls, com ara soroll, excés de persones i llargs temps d'espera, que poden agreujar l'alteració i l'ansietat d'una persona (51).
- A més, el personal de les unitats d'urgències no sol tenir formació en estratègies no restrictives per ajudar les persones en situacions de malestar. Això fa que, en molts casos, el personal recorri a l'ús de l'aïllament i la contenció.
- Els estudis demostren que l'ús de l'aïllament i la contenció és molt freqüent a les unitats d'urgències (52, 53).
- Crear una sala de benestar dins d'una unitat d'urgències és una manera útil de garantir que les persones no hagin d'esperar en sales d'espera sorolloses, amb molta gent i, de vegades, caòtiques, sinó que puguin fer-ho en un entorn relaxant, lluny d'estímuls negatius.



### **Exercici 8.2: Sales de benestar al vostre servei (15 minuts)**

Aquest exercici està pensat per ajudar els participants a elaborar una llista de mesures que es podrien adoptar per crear una sala de benestar al seu servei.

Feu-los les preguntes següents i preneu nota de les idees a la pissarra:

Què s'ha de fer per crear una sala de benestar en un servei social o de salut mental?

- Quina sala s'utilitzarà?
- Quina mena d'espai es vol crear?
- Qui serà el responsable de crear-lo?
- Què hi pot haver a la sala?
- Com es poden recollir i incorporar suggeriments de les persones usuàries del servei i del personal a l'hora de crear la sala?
- Com es finançarà?

## Tema 9. Desescalada de les situacions de conflictivitat i de tensió

### Durada del tema

Aproximadament 15 minuts.



### **Presentació: Introducció a la desescalada (15 minuts)**

La desescalada és una tècnica per abordar situacions en què les persones se senten extremament agitadaes o alterades, cosa que les fa actuar de manera que pot afectar-les o afectar altres persones negativament, ja sigui emocionalment o físicament. Això pot derivar en situacions molt complicades que, de vegades, fins i tot posen en risc la seguretat de les persones afectades.

La desescalada és un abordatge que estableix una relació de col·laboració amb les persones clau implicades en un conflicte amb la finalitat de resoldre o alleujar la situació. La desescalada aplica tècniques de comunicació eficaces en aquestes situacions (per a més informació sobre les tècniques de comunicació, vegeu el mòdul *Protecció contra la coacció, la violència i el maltractament*).

Per exemple, la desescalada implica fer servir l'escolta activa. L'escolta activa és una forma estructurada d'escoltar i reaccionar que focalitza l'atenció en la persona. Consisteix a escoltar amb atenció el que diu l'altra persona per entendre el seu punt de vista i els seus sentiments. Requereix concentrar tota l'atenció en la persona i verificar que s'ha entès el sentit genuí del que es diu.

L'escolta activa també requereix ser conscient de no atribuir un sentit personal al que l'altra persona diu. Consisteix a mantenir un diàleg (en comptes d'un monòleg) amb la persona implicada i valorar els seus sentiments, pensaments i idees. (Per a més informació sobre l'escolta activa, consulteu el mòdul *Pràctiques de recuperació per a la salut mental i el benestar*.)

Quan s'interacciona amb una persona que manifesta malestar d'una manera que els altres troben molesta o amenaçadora, tots els implicats han de fer l'esforç d'identificar les seves reaccions emocionals.

Algunes persones tenen la capacitat, d'una manera natural, de desescalar les situacions de conflictivitat o de tensió fent servir aquestes tècniques. Això no obstant, la desescalada és una tècnica que tothom pot aprendre i posar en pràctica, que requereix formació per aplicar-la d'una manera eficaç i obtenir resultats segurs i satisfactoris. En conseqüència, el personal del servei es pot beneficiar d'ampliar la seva formació en aquesta matèria.

### Consells per evitar una escala del conflicte (54)

- Respecteu l'espai personal de cadascú.
- Eviteu els espais tancats (com les sales petites) per assegurar-vos que la persona no se sent atrapada, acorralada o confinada.
- Proveu de comunicar-vos amb la persona. Digueu-li que voleu ajudar-la i que no fareu res en contra de la seva voluntat ni res que pugui fer-li mal.
- No feu servir vocabulari que es pugui percebre com a provocatiu, humiliant o condescendent. Sigueu educats i respectuosos en tot moment.
- Parleu amb la persona amb el nivell adequat de formalitat, en funció del vostre grau de coneixença.
- No l'apresseu. Doneu-li temps i espai per processar el que diu i reaccionar-hi.
- Intenteu entendre la raó que li ha provocat el malestar, així com què vol i què necessita. Pregunteu-li directament què espera i què podeu fer.
- Pregunteu-li què li seria d'ajuda i proveu d'oferir-li algunes opcions i alternatives.
- No desestimeu el que diu la persona només perquè no hi esteu d'acord. Encara que no hi estigueu d'acord, busqueu punts de consens. Si no sou capaços d'arribar a un acord en res, llavors arribeu a l'acord que esteu totalment en desacord.
- Facilitau que la persona pugui accedir a persones que coneix i en qui confia.
- Un cop superat el moment difícil, proveu d'analitzar amb la persona què ha passat.

Les tècniques de desescalada poden diferir en funció del context i la cultura, i s'han d'adaptar en conseqüència.

## Tema 10. Equips de resposta

### Durada del tema

Aproximadament 1 hora.



**Presentació: La constitució d'un equip de resposta (36, 37, 55-57) (30 minuts)**

Aquesta presentació ofereix una visió general de com es pot recórrer als equips de resposta perquè intervinguin durant situacions de tensió o de conflictivitat sense emprar mesures restrictives.

### Què és un equip de resposta?

- Un equip de resposta és un grup bàsic d'especialistes experimentats i compromesos que adopten un abordatge no restrictiu i són responsables d'intervenir o respondre quan és probable que es produeixi una situació d'emergència considerada difícil o «ingovernable» per les persones presents.
- Un equip de resposta pot rebre denominacions diverses en diferents països i serveis, com ara *equip de resposta en cas de crisi* o *equip de resposta a emergències psiquiàtriques*.
- Els equips de resposta poden gestionar eficaçment crisis mitjançant unes bones habilitats de comunicació, desescalada i prevenció de la violència per calmar i resoldre d'una manera segura una situació tensa o conflictiva (58).
- Els membres de l'equip ajuden i ofereixen suport durant una situació conflictiva, si bé també poden dur a terme prevenció proactiva als serveis.
- Ara bé, és important destacar que la intervenció d'un equip de resposta no és necessària ni adequada quan les persones simplement expressen malestar. La intervenció de l'equip de resposta només és pertinent quan l'alteració d'una o diverses persones té un efecte acumulatiu en les altres i es genera una situació tensa i conflictiva que no són capaces de resoldre per elles mateixes.
- Convé que l'equip estigui disponible en tot moment, sobretot quan el risc que es produeixi un incident pot ser més elevat (per exemple, a la nit).

**La missió de l'equip de resposta és respondre sempre a les situacions de tensió o de conflictivitat d'una manera no violenta i no restrictiva. És important assegurar-se que l'equip de resposta no evolucioni amb el pas del temps en un equip que faci servir mesures restrictives i violentes per gestionar les situacions de tensió i de conflictivitat.**

### Objectius

- Proporcionar una resolució segura a situacions de tensió o de conflictivitat que tinguin implicacions per a la salut o el potencial de fer mal a algú.



- Desenvolupar i aplicar abordatges no conflictius i no restrictius dissenyats per ajudar i acompanyar les persones en comptes de per controlar-les.
- Reduir el potencial que es produeixin lesions o danys durant aquestes situacions.
- Proporcionar un abordatge d'equip i lideratge organitzat davant les situacions de conflictivitat més complexes.
- Formar i compartir experiències i coneixements sobre habilitats i estratègies no restrictives amb altres persones. Contribuir al debat i revisar la situació una vegada resolta amb la finalitat de continuar millorant en la manera de respondre a les situacions d'aquest tipus.

### **Composició i funció**

L'equip de resposta ha d'estar format per:

- Professionals de la salut mental i els serveis socials (personal auxiliar, d'infermeria, de medicina, etc.) compromesos amb l'adopció d'abordatges no coercitius en els serveis i l'atenció. Hi ha un risc d'escalada del conflicte si les persones implicades no coneixen els membres de l'equip.
- Altres membres (companys, defensors de la comunitat, familiars, etc.).
- La composició de l'equip de resposta es fa a mida de les necessitats de la persona o persones (per exemple, s'han de tenir en compte l'edat, el gènere, la cultura i les necessitats particulars). Per tant, és important assegurar-se que la composició de l'equip respecti en la mesura del que sigui possible l'equilibri de gènere, ètnia i edat.

Funció dels diversos membres:

- Els membres de l'equip han de tenir funcions clares i específiques per evitar confusions i duplicacions en situacions d'estrès.
- Hi hauria d'haver assignat com a mínim un grup bàsic d'especialistes al servei social o de salut mental cada dia.
- També hi pot haver membres externs al servei que estiguin «de guàrdia» per acudir-hi quan se'ls necessita:
  - Aquests membres no romanen d'una manera permanent al servei social o de salut mental.
  - Se'ls avisa perquè ajudin només quan cal.
  - Se'ls pot avisar sense avís previ i tenen capacitat per presentar-se al lloc corresponent en poc temps.
  - Els membres de l'equip han de ser retribuïts per aquest temps en què estan «de guàrdia».

### **Responsables de l'equip**

- Els equips de resposta han de tenir un responsable. Ha de ser una persona amb lideratge eficaç i habilitats per a la desescalada, així com amb experiència en l'acompanyament de persones alterades. La direcció del servei ha d'avaluar els responsables de l'equip abans de contractar-los per incorporar-s'hi.
- Un responsable d'equip eficient:
  - promou un abordatge no violent per a la resolució d'una situació;

- vetlla per la seguretat de totes les persones implicades en la situació de tensió o de conflictivitat;
- assumeix un rol de lideratge en la situació i delega altres funcions i responsabilitats en d'altres membres de l'equip (buidar la zona, garantir que no hi hagi objectes potencialment perillosos, etc.);
- es manté al dia i comparteix els nous estudis de recerca sobre els abordatges no restrictius;
- té capacitats de comunicació verbal i no verbal;
- escolta els consells i forma els altres en temes de seguretat i pràctiques no restrictives;
- posa en dubte les decisions i pràctiques insegures;
- és el responsable de la resposta i del corresponent informe posterior a l'episodi.

### **Formació en respostes no restrictives**

- Els membres de l'equip (tant professionals com no professionals) s'han de formar en com evitar i abordar situacions de crisi.
- És convenient que els serveis socials i de salut mental actualitzin la qualitat i la quantitat de la seva formació, de tal manera que esdevingui un requisit anual per a tots els membres de l'equip.
- Els membres de l'equip s'han de formar junts i mantenir relacions laborals per poder respondre d'una manera conjunta com a equip i evitar errors de comunicació o manca de coordinació en les situacions en què intervenen.
- La formació hauria d'incloure com acompanyar persones amb necessitats i exigències especials (dones embarassades, persones amb discapacitat física, etc.).
- La formació hauria de simular l'estrès de situacions reals que en el passat han derivat en l'ús de l'aïllament i la contenció a fi de permetre als membres de l'equip practicar com mantenir la calma sota tensió.
- A mesura que els equips de resposta adquireixen més experiència pràctica, amb el temps augmenta la seva eficàcia a l'hora de calmar situacions de conflictivitat.
- Tot el personal del servei (i no només els membres de l'equip de resposta) hauria de rebre també formació en matèria de respostes no restrictives a situacions de conflictivitat.

### **L'equip de resposta en acció**

#### **1. Abans d'una potencial situació de conflictivitat**

- Quan es produeix una situació de conflictivitat, el membre del personal que hi sigui present ha de donar l'alerta a l'equip de resposta perquè acudeixin al lloc de la situació per ràdio, cercapersones o altres mètodes.
- Quan reben l'alerta, els membres han de deixar de fer el que estiguin fent i acudir a la zona.
- L'equip de resposta ha d'arribar a la zona en un espai de temps breu (en menys de 5 minuts).

## 2. Resposta a una crisi o emergència

- Quan els membres de l'equip arriben, els rep el responsable de l'equip, que identifica quines mesures s'han d'adoptar en la situació concreta, basant-se en el diàleg mantingut amb les persones implicades, l'experiència passada de mesures eficaces, l'observació personal, els plans de decisions anticipades i els plans individualitzats (si n'hi ha), etc.
- El personal sanitari de l'equip de resposta ha de determinar si hi ha raons mèdiques subjacents que puguin fer que la persona es comporti o reaccioni d'una determinada manera i si la persona té alguna malaltia prèvia (problemes cardíacs, historial de traumes, drogodependència, etc.) que l'equip hagi de conèixer.
- El responsable de l'equip designa una persona encarregada de la resposta. Aquesta persona ha de ser un membre de l'equip que conegui la persona implicada i hi mantingui la millor relació.
- Els membres de l'equip treballen amb totes les persones implicades per entendre les circumstàncies immediates i el rerefons rellevant que ha precipitat la situació i per identificar les possibles maneres de superar-la. Això fomenta una relació basada en el coneixement compartit que, de retruc, permetrà als membres de l'equip entendre la posició de cada persona.
- En cas necessari, un o més membres haurien de conduir les persones no implicades en la situació (com ara el personal no essencial i altres persones usuàries del servei) lluny de la zona.
- Els membres de l'equip de resposta s'han d'assegurar que altres membres del personal proporcionin el suport necessari a les altres persones usuàries del servei.
- Els equips de resposta han d'adoptar mesures per tranquil·litzar l'ambient (reduir la il·luminació potent, la contaminació acústica o sorolls estridents, etc.) i treure'n qualsevol objecte potencialment perillós (com ara mobiliari o equipament mèdic).
- Els equips de resposta no han d'aclaparar les persones implicades ni generar més caos, per exemple, parlant tots alhora o actuant a correuita i tots simultàniament, atès que pot fer augmentar el potencial de lesions i trauma.
- Fins i tot durant una situació de conflictivitat, és important tenir en compte com es pot millorar la relació entre les persones presents, i evitar dir i fer coses que la puguin dificultar.

## 3. Una vegada resolta la situació

- S'ha de dur a terme una revisió posterior a l'incident al més aviat possible, en un termini màxim de 72 hores després de l'episodi.

- Els membres de l'equip de resposta han de mantenir una reunió informativa posterior a l'incident per analitzar la seva resposta i el resultat, i determinar què va funcionar, què no va funcionar i com es podrien gestionar millor alguns aspectes en el futur si es produeix una situació semblant.
- Convé que l'equip de resposta parli amb totes les persones implicades per determinar què pensen que va conduir a la situació, què opinen de com es va gestionar i què es podria fer perquè en el futur no es torni a produir una situació semblant.
  - L'objectiu d'aquesta revisió és extreure'n lliçons, donar suport al personal i les persones usuàries del servei i fomentar les relacions positives entre les persones.
- Convé dur a terme una reunió informativa a part amb la persona usuària del servei implicada en la situació quan se senti preparada per tenir-la, amb la finalitat d'entendre què va conduir a la situació, quina va ser la seva experiència, què li va causar el malestar, a què es va deure la seva reacció i en quina mesura creu que l'equip de resposta va respondre adequadament a la situació.
  - Aquesta sessió ofereix també l'oportunitat d'elaborar els plans individualitzats i revisar-los.
  - És recomanable donar a les persones implicades l'oportunitat d'escriure la seva perspectiva personal sobre l'incident i sobre com s'hauria de procedir en el futur davant situacions similars.
- A més, convé dur a terme una revisió posterior a l'incident poc després de la crisi (per exemple, en un termini de tres dies). Com a part d'aquesta revisió, s'han de fer recomanacions que subratllin les accions que es podrien adoptar en el futur per millorar la capacitat del servei d'evitar i respondre a situacions de conflictivitat. Si escau, els resultats d'aquesta revisió s'han de compartir amb el personal i la direcció del servei.



### **Exercici 10.1: Constituir un equip de resposta (20 minuts)**

Aquest exercici està pensat per ajudar els participants a elaborar una llista de mesures que es podrien adoptar per crear un equip de resposta al seu servei.

Feu-los les preguntes següents i preneu nota de les idees a la pissarra.

Què es pot fer per crear un equip de resposta al vostre servei?

- Qui s'hi podria implicar?
- Com es podrien implicar en l'equip de resposta persones que no formin part del personal? (Per exemple, poden estar disponibles per al servei diàriament o poden estar «de guàrdia» per acudir-hi ràpidament.)
- Com es podria organitzar la formació de l'equip?
- Si cal finançament, quina en seria la font?



### **Exercici per reflexionar (10 minuts)**

Aquest exercici ofereix als participants l'oportunitat de reflexionar amb més profunditat sobre tot el que han après a la formació.

A continuació trobareu una pregunta per reflexionar després de la sessió. Podeu escriure la vostra resposta per analitzar-la al tema següent o simplement reflexionar-hi.

**Què podeu fer a títol individual per ajudar a erradicar l'aïllament i la contenció al vostre servei?**

## Tema 11. Accions que es poden emprendre per erradicar l'aïllament i la contenció

### Durada del tema

Aproximadament 2 hores i 12 minuts.

L'objectiu d'aquest tema és fomentar que els participants reflexionin sobre les estratègies descrites als temes anteriors i sobre les accions concretes poden adoptar en el seu propi context.



### **Exercici 11.1: Pràctiques actuals per respondre a situacions de tensió i de conflictivitat al servei (15 minuts, dispositives)**

Aquest breu exercici de debat està pensat per animar els participants a parlar sobre com es procedeix actualment al seu servei (o en un servei amb què estiguin familiaritzats) quan es produeix una situació de conflictivitat.

Plantegeu als participants la pregunta següent:

- Com es gestionen actualment al vostre servei les situacions de crisi?

Deixeu als participants 15 minuts per respondre-hi.



### **Exercici 11.2: Accions personals per eliminar l'aïllament i la contenció (20 minuts)**

Aquest exercici pretén animar els participants a debatre l'aplicació de les estratègies alternatives explicades a grans trets en aquesta formació. L'objectiu és fer que el grup es comprometi amb l'eliminació de l'aïllament i la contenció mitjançant l'acció individual.

Comenceu convidant els participants a reflexionar internament sobre algunes accions individuals específiques que poden fer per eliminar l'aïllament i la contenció.

Demaneu al grup:

Quines són algunes de les accions personals que podeu adoptar per erradicar l'ús de l'aïllament i la contenció en un servei social o de salut mental?

Passats 5 o 10 minuts de temps de reflexió, convideu els participants a compartir les seves idees amb el grup. Feu una llista amb les respostes a la pissarra. Alguns exemples poden ser, entre d'altres:

- Respirar abans d'abordar una situació de tensió per permetre'm reflexionar en lloc de abordar-la a correcció.

- Si veig algú que té un comportament que m'altera, provar d'abaixar el to de veu i projectar serenor, amabilitat i comprensió.
- A l'hora d'abordar una situació tensa, pensar com es pot estar sentint l'altra persona i com puc respondre a la situació, tenint presents les sensibilitats de la persona.
- Quan vegi un membre del personal bregant amb una situació de tensió, oferir-li ajuda d'una manera respectuosa.
- Informar els supervisors sobre l'ús de l'aïllament i de la contenció.
- Parlar amb altres membres del personal sobre el tipus d'estratègies que es poden emprar per redreçar les situacions de tensió o de conflictivitat pacíficament.
- Treballar amb les persones usuàries del servei per entendre les seves necessitats, sensibilitats i preferències i poder-s'hi adaptar.
- Treballar d'una manera conjunta amb les persones usuàries del servei per entendre com l'entorn i les pràctiques generals al context del servei es poden millorar per satisfer més bé les necessitats de tothom.
- Posar en qüestió les pràctiques del servei i de membres concrets del personal que són restrictives i no són conformes a l'abordatge basat en la recuperació.
- Després de resoldre una situació de conflictivitat, parlar amb tots els implicats sobre què es va fer bé, què no es va fer bé i què es podria fer millor en el futur. També puc reflexionar sobre les meves pressuposicions i la meva conducta influenciada per la situació, i sobre com puc millorar-les en el futur.

Una vegada elaborada la llista, ajudeu el grup a seleccionar-ne tres accions amb les quals es puguin comprometre col·lectivament (és a dir: tot el grup tria tres o més accions individuals amb les quals es comprometen a títol personal). Convideu-los a prendre nota d'aquestes accions al full amb la taula (vegeu l'annex 4).



### **Exercici 11.3: Accions en l'àmbit del servei per erradicar l'aïllament i la contenció (1 hora)**

A continuació, demaneu als participants que elaborin una llista conjunta de quatre o cinc canvis que s'han d'introduir al seu servei per posar fi a l'ús de l'aïllament i la contenció. La llista ha d'incloure les accions específiques que s'han d'adoptar per implementar aquests canvis. Podeu dibuixar una taula a la pissarra (com la de l'exemple de sota) o convidar els participants a escriure aquests canvis a la taula «Canvis en l'àmbit del servei per erradicar l'ús de l'aïllament i la contenció» (annex 5).

Plantegeu als participants les preguntes següents:

Quins són alguns dels canvis que es poden introduir al servei per eliminar l'ús de l'aïllament i la contenció?

(Preneu-ne nota a la columna «Canvis en l'àmbit del servei»)

Quines accions s'han d'adoptar per aplicar aquests canvis?

(Preneu-ne nota a la columna «Què s'ha de fer»)

Taula d'exemple per dibuixar a la pissarra:

Canvis en l'àmbit del servei	Què s'ha de fer
Establir una política al servei destinada a erradicar l'ús de l'aïllament i la contenció	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Acció 1: convocar una reunió del personal i les persones usuàries per començar a esbossar la política del servei per erradicar l'aïllament i la contenció</li> <li>○ Acció 2: etc.</li> </ul>
Tot el personal ha de tenir capacitats per evitar i gestionar les situacions de conflictivitat	<p>Acció 1: fer sessions de formació per a tot el personal sobre estratègies per evitar i abordar situacions de crisi</p> <p>Acció 2: etc.</p>



**Presentació: Accions en l'àmbit del servei per erradicar l'aïllament i la contenció (20 minuts)**

Per resumir els debats de l'exercici previ, mostreu als participants aquesta breu presentació.

Tal com hem vist a l'exercici anterior, es poden emprendre accions per erradicar l'ús de l'aïllament i la contenció, tant a títol individual com en l'àmbit del servei, mitjançant la introducció de canvis culturals i en les polítiques del servei.

Entre els exemples d'accions que es poden dur a terme en l'àmbit del servei hi ha, entre d'altres:

- Establir una política al servei destinada a erradicar l'ús de l'aïllament i la contenció.
- Establir una política al servei per garantir que el personal no es consideri responsable o culpable quan es produeixen accidents si han seguit totes les estratègies, els procediments i els protocols no restrictius adequats.



- Sovint, el personal es resisteix a trobar alternatives a l'aïllament i la contenció perquè tem que se'l considerarà responsable dels possibles danys i podria perdre la feina. Eliminar aquesta responsabilitat és cabdal per posar fi a l'aïllament i la contenció.
- Formar tot el personal en abordatges basats en la informació sobre els traumes i pràctiques orientades a la recuperació.
- Formar tot el personal sobre com es poden evitar les situacions de tensió i de conflictivitat, i com s'hi pot respondre.
- Avaluar i revisar amb el personal què funciona i què no funciona en la gestió de les situacions de conflictivitat.
- Instal·lar una sala de benestar al servei.
- Revisar i analitzar amb regularitat les dades recopilades sobre l'ús de l'aïllament i la contenció.

### **Programa de reducció de l'aïllament i la contenció en el sistema hospitalari de l'estat de Pennsilvània (36, 37, 55, 56)**

A la dècada de 1990, el Departament de Benestar Públic de Pennsilvània va instituir un programa actiu per reduir i, en última instància, eliminar l'aïllament i de la contenció als centres de salut mental i psiquiàtrics. Fa anys que no es practica l'aïllament en cap dels hospitals i s'hi aplica un abordatge de contenció zero.

El programa es va fer efectiu mitjançant una combinació de formació, supervisió, revisió de les polítiques, canvi cultural, transparència de les dades, ús d'equips de resposta i adopció d'un abordatge basat en la recuperació per proporcionar serveis socials i de salut mental.

Els estudis que van avaluar l'impacte del programa entre 2001 i 2010 van demostrar una reducció significativa en l'ús de l'aïllament i de la contenció durant aquest període en tot l'estat. En el període comprès per l'estudi, l'ús de medicació no programada com a indicador de l'ús de la contenció farmacològica també va disminuir. A més, en contra del que es temia, no van augmentar els atacs al personal; en determinats casos, el nombre d'atacs al personal fins i tot va disminuir.

Al final de la presentació, projecta el vídeo següent No Force First («Primer, sense recórrer a la força»), un programa de reducció de les mesures restrictives implementat al Regne Unit. No force first, Mersey Care NHS Trust (7:15)

<https://youtu.be/sCNdpDK3V3g> [consulta: 9 abril 2019]



**Presentació: Conclusions (10 minuts)**

**Pregunteu als participants:**

Quins són els tres punts fonamentals que heu après amb aquesta formació?

Després de formular aquesta pregunta, doneu als participants els missatges següents perquè els recordin.

- L'aïllament i la contenció són vulneracions dels drets humans i són nocives.
- Hi ha moltes estratègies per prevenir i respondre adequadament a les situacions de tensió i de conflictivitat sense recórrer a l'aïllament i a la contenció.
- Tothom té alguna cosa a aportar per posar fi a l'aïllament i la contenció.
- Posar fi a aquestes pràctiques va en benefici de tothom.

## Referències

1. Guidelines on language in relation to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society; 2015. Disponible a: <https://www.bps.org.uk/system/files/userfiles/Division%20of%20Clinical%20Psychology/public/Guidelines%20on%20Language%20web.pdf> [consulta: 18 novembre 2018].
2. Pennsylvania Recovery Workgroup. Pennsylvania Medicaid Funded Peer Support Services. Pennsylvania (PA): Pennsylvania Office of Mental Health and Substance Abuse Services (OMHSAS); 2004. Disponible a: [http://164.156.7.185/parecovery/services\\_peer.shtml](http://164.156.7.185/parecovery/services_peer.shtml) [consulta: 13 febrer 2017].
3. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J.* 1993;16(4):11–23. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1037/h0095655>.
4. Mental Health Commission. Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: how things need to be. Wellington: Mental Health Commission; 1998. Disponible a: [http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/0E6493ACAC236A394C25678D000BEC3C/%24file/Blueprint for mental health services.pdf](http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/0E6493ACAC236A394C25678D000BEC3C/%24file/Blueprint%20for%20mental%20health%20services.pdf) [consulta: 18 gener 2019].
5. Morrison L, Duryea PB, Moore C, Nathan-Shinn A. The lethal hazard of prone restraint: positional asphyxiation. Oakland (CA): Protection & Advocacy, Inc.; 2002. Disponible a: <http://www.disabilityrightsca.org/pubs/701801.pdf> [consulta: 14 febrer 2017].
6. Mental health crisis care: physical restraint in crisis A report on physical restraint in hospital settings in England. London: Mind; 2013. Disponible a: [https://www.mind.org.uk/media/197120/physical\\_restraint\\_final\\_web\\_version.pdf](https://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf) [consulta: 14 febrer 2017].
7. Mohr W, Petti T, Mohr B. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry.* 2003;48(5):330–7. Epub June 2003. Disponible a: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674370304800509>.
8. United Nations Human Rights Council (UNHRC). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, February 2013 (document A/HRC/22/53), Para. 63. Geneva: United Nations; 2013. Disponible a: [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53\\_English.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf) [consulta: 2 febrer 2017].
9. United Nations Human Rights Council (UNHRC). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 1 February 2013 (A/HRC/22/53), Para. 78. Geneva: United Nations; 2013. Disponible a: [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53\\_English.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf) [consulta: 2 febrer 2017].
10. Cusack P. Restraining good practice: reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK). *Int J Law Psychiatry.* 2016;46:2026.
11. Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs.* 2010;19(6):416–27. Disponible a: [doi: 10.1111/j.14470349.2010.00694.x](https://doi.org/10.1111/j.14470349.2010.00694.x).

12. Mellow A, Tickle A, Rennoldson M. Qualitative systematic literature review: the experience of being in seclusion for adults with mental health difficulties. *Mental Health Review Journal*. 2017;22(1):1–15. Disponible a: doi: <https://doi.org/10.1108/MHRJ-04-2016-0007>.
13. Borckardt JJ, Madan A, Grubaugh AL, Danielson CK, Pelic CG, Hardesty SJ, et al. Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*. 2011;62(5):477–83. Epub 1 May 2011. Disponible a: doi: [http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.62.5.pss6205\\_0477](http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.62.5.pss6205_0477).
14. The business case for preventing and reducing restraint and seclusion use. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2011. Disponible a: <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA11-4632/SMA11-4632.pdf> [consulta: 14 febrer 2017].
15. 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*. 2016;11(12). doi: 10.1371/journal.pone.0168720.
16. Ashcraft L, Anthony WA, Jaccard S. Rein in seclusion and restraints. They are not compatible with recovery-oriented services. Malvern (PA): Behavioural Healthcare; 2008. Disponible a: <http://www.behavioral.net/article/rein-seclusion-and-restraints> [consulta: 14 febrer 2017].
17. Berzlanovich A, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109(3):27–32. Epub 20 January 2012. Disponible a: doi: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0027>.
18. Haimowitz S, Urff J, Huckshorn KA. Seclusion and restraint reduction: a risk management guide. Rochester (NH): The National Empowerment Center; 2006. Disponible a: <https://www.power2u.org/downloads/R-S%20Risk%20Manag%20Guide%20Oct%2006.pdf>, [consulta: 14 febrer 2017].
19. Duxbury J, Wright K. Should nurses restrain violent and aggressive patients? London: Nursing Times; 7 March 2011. Disponible a: <https://www.nursingtimes.net/roles/mental-health-nurses/-shouldnurses-restrain-violent-and-aggressive-patients/5026793.article> [consulta: 14 febrer 2017].
20. Duxbury JA. The Eileen Skellern Lecture 2014: physical restraint: in defence of the indefensible? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;22(2):92-101. Epub 26 February 2015. Disponible a: doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12204>.
21. Shalev S. A sourcebook on solitary confinement (London: Mannheim Centre for Criminology; 2008:15-17); and Scharff Smith P. The effects of solitary confinement on prison inmates: a brief history and review of the literature (*Crime and Justice*, vol. 34. 2006:441). A: Interim report of the Special Rapporteur of the Human Rights Council on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 5 August 2011 (A/66/268) Para. 78. New York (NY): United Nations; 2011. Disponible a: <https://documents-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/445/70/PDF/N1144570.pdf?OpenElement> [consulta: 14 febrer 2017].
22. Sentinel event alert, Preventing restraint deaths. Oakbrook Terrace (IL): The Joint Commission; 1998. Disponible a: [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA\\_8.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_8.pdf) [consulta: 14 febrer 2017].
23. Correll C. Antipsychotic use in children and adolescents: minimizing adverse effects to maximize outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:9–20.

24. Szmulewicz A, Samamé C, Caravotta P, Martino DJ, Igoa A, Hidalgo-Mazzei D, et al. Behavioral and emotional adverse events of drugs frequently used in the treatment of bipolar disorders: clinical and theoretical implications. *Int J Bipolar Disord.* 2016;4:1–12. Disponible a: doi: [10.1186/s40345016-0047-3].
25. Bellenger E, Ibrahim JE, Bugeja L, Kennedy B. Physical restraint deaths in a 13-year national cohort of nursing home residents. *Age Ageing.* 2017;1(46):688—93. Disponible a: doi: 10.1093/ageing/afw246.
26. Barnett R, Stirling C, Pandyan AD. A review of the scientific literature related to the adverse impact of physical restraint: gaining a clearer understanding of the physiological factors involved in cases of restraint-related death. *Med Sci Law.* 2012;52(3):137–42. Epub 15 February 2012. Disponible a: doi: <https://doi.org/10.1258/msl.2011.011101>.
27. Windfuhr K, Turnbull P, While D, Swinson N, Mehta H, Hadfield K, et al. The incidence and associated risk factors for sudden unexplained death in psychiatric in-patients in England and Wales. *J Psychopharmacol.* 2011;25(11):1533–42. Disponible a: doi: 10.1177/0269881110379288.
28. Weiss EM. Deadly restraint: a Hartford Courant investigative report (October 11-15). Hartford (CT): Hartford Courant; 1998. Disponible a: <http://www.charlydmiller.com/LIB05/1998hartfordcourant11.html> [consulta: 3 febrer 2019].
29. Erwadi fire tragedy victims remembered. Madurai: The Hindu; 7 August 2012. Disponible a: <http://www.thehindu.com/news/cities/Madurai/erwadi-fire-tragedy-victimsremembered/article3737418.ece> [consulta: 14 febrer 2017].
30. Fire in Russian psychiatric hospital that killed 38 stirs anger over State's neglect. New York (NY): New York Times; 26 April 2013. Disponible a: <http://www.nytimes.com/2013/04/27/world/europe/fire-at-russian-psychiatric-hospital.html> [consulta: 14 febrer 2017].
31. Short R, Sherman ME, Raia J, Bumgardner C, Chambers A, Lofton V. Safety guidelines for injury-free management of psychiatric inpatients in pre-crisis and crisis situations. *J Psychiatric Services.* 2008;59(12):1376–8. Epub 13 January 2015. Disponible a: doi: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2008.59.12.1376>.
32. Roadmap to seclusion and restraint free mental health services. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2005. Disponible a: ([http://www.asca.net/system/assets/attachments/2661/Roadmap\\_Seclusion.pdf?1301083296](http://www.asca.net/system/assets/attachments/2661/Roadmap_Seclusion.pdf?1301083296)) [consulta: 14 febrer 2017].
33. Holloman GH, Zeller SL. Overview of project BETA. Best practices in evaluation and treatment of agitation. *West J Emerg Med.* 2012;13(1):1–2. Disponible a: doi: <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6865>.
34. Stephen S. Perspectives from the field: Legal and regulatory aspects of seclusion and restraint in mental health settings. *Networks.* Summer/Fall 2002;8(12):3–4.
35. Flood C, Bowers L, Parkin D. Estimating the costs of conflict and containment on adult acute inpatient psychiatric wards. *Nursing Economics.* 2008;26(5):325–30. Disponible a: doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18979699>.
36. Smith GM, Ashbridge DM, Altenor A, Steinmetz W, Davis RH, Mader P, et al. Relationship between seclusion and restraint reduction and assaults in Pennsylvania's forensic services centers: 2001-2010. *Psychiatr Serv.* 2015;66(12):1326–32. Epub 1 December 2015. Disponible a: doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400378>.

37. Smith GM, Ashbridge DM, Davis RH, Steinmetz W. Correlation between reduction of seclusion and restraint and assaults by patients in Pennsylvania's state hospitals. *Psychiatr Serv*. 2015;66(3):303–9. Epub 1 March 2015. Disponible a: doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400185>.
38. Sanders K. The effects of an action plan, staff training, management support and monitoring on restraint use and costs of work-related injuries. *J App Res Intellect Disabil*. 2009;22(2):216–20. Epub 8 February 2009. Disponible a: doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00491.x>.
39. Davidow S. Mind the gap: the space between alternatives & force. Cambridge (MA): Mad in America; 11 December 2013. Disponible a: <https://www.madinamerica.com/2013/12/mind-gap-spacealternatives-force/> [consulta: 9 febrer 2017].
40. Wand T. Investigating the evidence for the effectiveness of risk assessment in mental health care. *Issues Ment Health Nurs*. 2012;33(1):2–7. Epub 6 January 2012. Disponible a: doi: <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2011.616984>.
41. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs*. 2007;58(2):140–9. Epub 19 April 2007. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04169.x>.
42. McFarlane AC, Schrader GD, Bookless C. The prevalence of victimization and violent behaviour in the seriously mentally ill. Adelaide: University of Adelaide; 2004. Disponible a: <http://www.criminologyresearchcouncil.gov.au/reports/200203-16.pdf> [consulta: 14 febrer 2017].
43. Teplin LA, McClelland GM, Abram KM, Weiner DA. Crime victimization in adults with severe mental illness, comparison with the National Crime Victimization Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(8):911–21. Disponible a: doi: <http://dx.doi.org/doi:10.1001/archpsyc.62.8.911>.
44. Another assault: Mind's campaign for equal access to justice for people with mental health problems London: Mind; 2007. Disponible a: <https://www.mind.org.uk/media/273466/another-assault.pdf> [consulta: 14 febrer 2017].
45. Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*. 2012;379(9826):1621–9. Epub 27 February 2012. Disponible a: doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61851-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61851-5).
46. Covington SS. Beyond violence: a prevention program for criminal justice-involved women. Participant workbook. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2013.
47. Ray MK, Rae S. No audit: reflect to reframe in power to empower lies beyond binaries. Cambridge: PROMISE: PROactive Management Of Integrated Services & Environments; 2016. Disponible a: [http://www.promise.global/2016\\_01\\_29\\_sp\\_no\\_audit.pdf](http://www.promise.global/2016_01_29_sp_no_audit.pdf) [consulta: 14 febrer 2017].
48. Bluebird G. Comfort rooms. Gainesville (FL): National Association of State Mental Health Program Directors; 2009. Disponible a: <https://www.power2u.org/downloads/ComfortRooms4-23-09.pdf>, [consulta: 14 febrer 2017].
49. Cummings KS, Grandfield SA, Coldwell CM. Caring with comfort rooms: reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2010;48(6):26–30. Epub 1 June 2010. Disponible a: doi: <http://dx.doi.org/10.3928/02793695-20100303-02>.

50. Office of the Senior Practitioner. Positive solutions in practice: from seclusion to solutions, Issue No. 2. Melbourne: State Government Victoria, Department of Human Services; 2007. Disponible a: [http://www.dhs.vic.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/606920/osp\\_positivesolutionsseclusion\\_pdf\\_231007.pdf](http://www.dhs.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0005/606920/osp_positivesolutionsseclusion_pdf_231007.pdf) [consulta: 14 febrer 2017].
51. El-Mallakh RS, Whiteley A, Wozniak T, Ashby M, Brown S, Colbert-Trowel D, et al. Waiting room crowding and agitation in a dedicated psychiatric emergency service. *Ann Clin Psychiatry*. 2012;24(2):140–2.
52. Zun LS, Downey L. The use of seclusion in emergency medicine. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27(5):365–71. Epub 15 September 2005. Disponible a: doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.05.001>.
53. Downey LA, Zun LS, Gonzales SJ. Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(6):470–4. Epub 20 November 2007. Disponible a: doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.07.006>.
54. Fishkind A. Calming agitation with words not drugs: 10 Commandments for safety. *Curr Psychiatr*. 2002;1(4):32–9. Epub April 2002. Disponible a: doi: <http://www.mdedge.com/currentpsychiatry/article/66121/calming-agitation-words-notdrugs-10-commandments-safety>.
55. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altenor A, Altenor RJ, et al. Pennsylvania State hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv*. 2005;56(9):1115–22. Epub 1 September 2005. Disponible a: doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1115>.
56. Office of Mental Health and Substance Abuse Services. State hospital risk management summary reports. Harrisburg (PA): Pennsylvania Department of Human Services; 2017. Disponible a: [http://dhs.pa.gov/publications/forproviders/statehospitalriskmanagementsummaryreports/index.htm#.V1V\\_bfI9672](http://dhs.pa.gov/publications/forproviders/statehospitalriskmanagementsummaryreports/index.htm#.V1V_bfI9672) [consulta 13 febrer 2017].
57. Smith GM. Response training programs: PERT training. Shutesbury (MA): Response trainings; 2011. Disponible a: [www.youtube.com/watch?v=kRC4W6iGHlg](http://www.youtube.com/watch?v=kRC4W6iGHlg) [consulta: 14 febrer 2017].
58. Hughes R, editor. Rights, risk and restraint-free care of older people: person-centred approaches in health and social care. London & Philadelphia (PA): Jessica Kingsley Publishers; 2010.



# Annexos

## Annex 1. Casos

### **Tema 4. Exercici 4.2: És possible canviar el curs dels esdeveniments que condueixen a l'ús de l'aïllament i de les contencions?, el Tom**

El Tom viu en una residència dels serveis socials per a persones amb demència. Vol fer una trucada telefònica a la seva germana i necessita obtenir una targeta telefònica de la infermera per fer-la. La infermera li diu que atindrà la seva petició al cap d'una estona perquè ara està molt ocupada.

Com que la infermera està desbordada de feina, el Tom ha d'esperar durant més d'una hora. Cada cop s'agita més i acaba colpejant enfadat la porta de la infermeria. La infermera li demana que «es calmi», la qual cosa només agreuja la sensació de frustració del Tom.

Llavors la infermera li respon: «Si et continues comportant així, no et permetré fer la trucada telefònica.»

El Tom arrenca a caminar amunt i avall del passadís, cada vegada més agitat, i comença a donar cops de peu a la porta i a insultar el personal que passa pel seu costat.

L'agitació del Tom fa que li acabin aplicant mesures de contenció mecànica i farmacològica. El personal justifica aquesta actuació com a necessària per vetllar per la seguretat del Tom i de les altres persones.

### **Tema 4. Exercici 4.2: És possible canviar el curs dels esdeveniments que condueixen a l'ús de l'aïllament i de les contencions?, la Fàtima**

La Fàtima és una estudiant universitària de primer any de carrera i comparteix pis amb altres estudiants. Pateix falta de son perquè ha estat estudiant moltes hores per aprovar els exàmens. La perspectiva de suspendre li provoca una angoixa creixent.

Acudeix al metge del centre d'atenció primària per parlar dels seus problemes de son. També explica que té mals de panxa i atacs de pànic, i que cada vegada li resulta més difícil llevar-se al matí.

El metge la deriva a un psicòleg, però, com que la seva situació no es considera prioritària en comparació de la d'altres persones, li donen hora per al cap de tres setmanes.

Quan arriba el dia de la visita, la Fàtima ja es troba molt malament, cada vegada està més nerviosa i agitada. No es presenta a la visita amb el psicòleg, però ningú no en fa cap seguiment.

Un dia, els seus companys de pis, preocupats, truquen a la policia perquè la Fàtima no els deixa entrar a casa i no respon a les seves trucades telefòniques. Tenen por que tingui idees suïcides o es pugui fer mal si ningú no aconsegueix entrar-hi.

La policia arriba i tira la porta a terra. Es produeix una batussa entre la Fàtima i els agents de policia i la Fàtima acaba essent immobilitzada i ingressada involuntàriament en un servei de salut mental.

### **Tema 5. Exercici 5.3: Respondre a les sensibilitats i al malestar, la Susan**



La Susan és una dona jove amb un diagnòstic de trastorn bipolar i un historial d'abusos sexuals. L'han portada en ambulància i l'han ingressat en un servei en què treballa com a professional de la salut mental perquè fa dies que no dorm i es nota amb una energia excessiva, intranquil·la i irritada amb tothom qui l'envolta. Durant el procés d'ingrés ha acceptat romandre-hi internada durant uns dies. T'explica que quan se sent així l'espanten els llocs tancats. Les ocasions anteriors en què la Susan ha utilitzat el servei deixen clar que sovint se sent alterada abans d'anar a dormir. Es tapa les orelles amb les mans, deixa d'escoltar i, de vegades, parla amb agressivitat al personal i a altres persones del servei. El servei té la norma que tothom ha de ser a la seva habitació a les 21 hores i, a partir d'aquesta hora, les persones usuàries del servei no tenen accés als espais exteriors comuns (com ara la sala de televisió).

**Tema 5. Exercici 5.3: Respondre a les sensibilitats i al malestar, l'Abdu**

L'Abdu és un home de 68 anys amb diagnòstic de demència. Li costa tenir-se dret i té tendència a caure. Li agrada passejar pels passadissos i els jardins de la residència i no li agrada que li diguin que no és segur per a ell caminar sense ajuda. Quan li ho diuen, comença a cridar i colpeja la persona que l'impedeix fer el que vol. També escridassa el personal i camina amb gest frustrat.

## Annex 2. Citacions de persones que han patit experiències d'aïllament i de contenció

<sup>(1,2,3)</sup>

El gran problema que tinc amb les contencions és que et sents vulnerable i comences a pensar coses estranyes, com que et volen fer mal, sobretot el personal. Com que la llei els requereix que et controlin, sempre els veus mirant-te fixament per la finestra mentre estàs estirat a terra, saps?, i fa por. Fa molta por.

—Home

Quan era adolescent, tenia 12 anys, em van ingressar en una unitat psiquiàtrica per a adolescents. Em van internar per maltractaments i durant tota l'estada em van tenir tancada en una sala que anomenàvem cel·la d'aïllament. Em van deixar allà, nua, i em van obligar a estar-m'hi durant cinc hores perquè em negava a mirar un vídeo d'abusos sexuals. En lloc de deixar-me estar a la meva habitació i parlar amb la meva infermera d'aleshores, van dir que si no seguia les normes havien de ficar-me allà.

—Dona que va patir aïllament i contenció quan era adolescent

He estat reclosa unes set vegades. He patit que entre set i vuit persones m'immobilitzin a terra i altres vegades en què m'han immobilitzat menys persones. És molt degradant, perquè, quan t'hi fiquen, encara que siguis una nena o una dona, et deixen només amb la roba interior i una bata de paper i un matalàs pelat.

—Dona

La por és molt dolenta. Ets vulnerable. La sala d'aïllament de vegades es fa servir com a càstig, no com a teràpia. No crec que tractar algú com un animal es pugui considerar una teràpia. Crec que molts membres del personal tenen por dels pacients. I reaccionen a aquesta por controlant els pacients, en comptes d'intentar tractar-los.

—Home

I també apliquen contencions; veritablement, semblen uns sàdics. Et tenen amb les cames i els braços oberts i no et pots moure. Ni tan sols no et circula la sang. No pots fer res. I quan t'ho fan de bocaterrosa, no pots ni respirar. I l'instint humà quan t'immobilitzen és posar-te dret, de manera que no deixes de lluitar per alliberar-te.

—Home

---

<sup>1</sup> Roadmap to seclusion and restraint free mental health services. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2005. Disponible a: [http://www.asca.net/system/assets/attachments/2661/Roadmap\\_Seclusion.pdf?1301083296](http://www.asca.net/system/assets/attachments/2661/Roadmap_Seclusion.pdf?1301083296) [consulta: 14 febrer 2017].

<sup>2</sup> Mental health crisis care: physical restraint in crisis. A report on physical restraint in hospital settings in England. London: Mind; 2013. Disponible a: [https://www.mind.org.uk/media/197120/physical\\_restraint\\_final\\_web\\_version.pdf](https://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf) [consulta: 14 febrer 2017].

<sup>3</sup> Living in hell: abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia. New York (NY): Human Rights Watch; 2016. Disponible a: <https://www.hrw.org/report/2016/03/20/living-hell/abuses-against-people-psychosocial-disabilities-indonesia> [consulta: 4 abril 2019].

He sentit a parlar de persones que proven d'alliberar els peus quan les immobilitzen i acaben lesionades. Jo no ho he provat mai: tinc els peus massa grossos i em feia por perdre'ls.

—*Home*

Normalment acabava autolesionant-me més pel que m'havien fet, en lloc de menys.

—*Dona*

Em deien que quan em relaxés, em deixarien anar. Mentrestant, estàs despullada sobre el llit, lligada amb corretges, amb la porta oberta, i encara es pregunten per què no et tranquil·litzes.

—*Dona que va patir mesures de contenció i aïllament quan era una adolescent*

I la sala d'aïllament és el mateix, però amb gent mirant-te. No deixen de mirar-te, amb aquells ulls vidriosos que tenen. Fa molta por, molta por.

—*Home*

Després d'obrir el pany i arrossegar-me allà dins, em van dir: «No pots quedar-te amb la roba per motius de seguretat». I em van obligar a despullar-me. I no van deixar d'enregistrar-me en vídeo en cap moment. Per a una noia que se sent incòmoda i que és allà per temes de violència domèstica, l'únic que van aconseguir va ser intensificar el meu odi.

—*Dona que va patir mesures de contenció i aïllament quan era una adolescent*

Sé que em va fer tenir encara més por. Era allà per rebre ajuda, per no autolesionar-me més i convertir-me en una millor persona. Però només va aconseguir fer-me enfadar més i no em va ajudar gens.

—*Dona*

A casa acostumaven a lligar-me amb una corda de plàstic. Se'm va trencar el cor quan em van encadenar... Em van encadenar la primera vegada que vaig venir [a Galuh]. M'encadenen sovint, almenys deu vegades des que vaig arribar, perquè em barallo amb els altres. M'hi puc estar entre un dia i una setmana. Havia de fer les meves necessitats allà mateix, a la claveguera de l'habitació. El personal sovint em dona mastegots i em colpeja; ho han fet tres vegades perquè em vaig pixar a sobre i es van enfadar. Digues al govern que vull anar-me'n a casa.

—*Home indonesi*

Em criden pel nom, em posen els medicaments a la mà i em diuen que me'ls prengui amb aigua... No em permeten negar-m'hi.

—*Wuri, una dona amb una discapacitat psicosocial que viu en un centre de rehabilitació*

Em fan empassar els medicaments i, si no ho faig, em fiquen a la sala d'aïllament.

—*Dona indonèsia*



## Annex 4. Accions personals per erradicar l'aïllament i la contenció

(Es poden afegir més files a la taula si cal)

Accions personals per erradicar l'aïllament i la contenció al meu servei
<i>Per exemple: treballar amb les persones usuàries del servei en l'elaboració de plans individualitzats</i>
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

## Annex 5. Canvis en l'àmbit del servei per erradicar l'ús de l'aïllament i la contenció

Canvis en l'àmbit del servei	Accions que cal emprendre
<i>P. ex. Desenvolupar una política de serveis destinada a erradicar l'ús de l'aïllament i la contenció.</i>	<i>P. ex. Acció 1: Tenir una reunió amb el personal i les persones usuàries del servei per iniciar l'elaboració d'una política de servei destinada a erradicar l'aïllament i la contenció</i>  <i>Acció 2: etc.</i>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Els mòduls de formació i orientació de la iniciativa QualityRights de l'Organització Mundial de la Salut se centren en les aptituds i els coneixements necessaris per proporcionar serveis socials i de salut mental i suports de bona qualitat, així com per promoure els drets de les persones amb discapacitat psicosocial, intel·lectual o cognitiva.

Mitjançant exercicis, presentacions, estudis de casos i extensos, debats i col·loquis, **els mòduls de formació QualityRights** posen de manifest alguns dels reptes crítics a què han de fer front les parts interessades de diferents països d'arreu del món. Per exemple:

- Com respectem la voluntat i les preferències de les persones, fins i tot en situacions difícils?
- Com garantim la seguretat de les persones i alhora respectem el dret de cada persona a decidir sobre el seu tractament, la seva vida i el seu destí?
- Com posem fi a l'aïllament i a la contenció?
- Com funciona un abordatge basat en el suport a la presa de decisions si algú no pot comunicar la seva voluntat?

Els **mòduls d'orientació de la iniciativa QualityRights** complementen el material de formació. Els mòduls d'orientació *Organitzacions de la societat civil* i *La defensa de la salut mental* expliquen, pas a pas, què poden fer els moviments de la societat civil de diferents països d'arreu del món per impulsar abordatges basats en els drets humans en el sector dels serveis socials i de salut mental a fi d'aconseguir un canvi que sigui impactant i durador. Els mòduls d'orientació *Suport individualitzat entre iguals* i *Grups de suport entre iguals* proporcionen una orientació concreta sobre com crear i dirigir eficaçment aquests serveis tan crucials, però que sovint no es tenen en compte.