



Centre adscrit a la



Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona

ESCOLA SUPERIOR D'INFERMERIA DEL MAR

MÉS ENLLÀ DE L'EXPERIÈNCIA.

**APROXIMACIÓ FENOMENOLÒGICA AL SIGNIFICAT DE L'INGRÉS A LES UNITATS
D'AGUTS DE SALUT MENTAL.**

Alumna: Ana C. Codina Rodríguez

Directora: Olga Ortega Solsona

Coordinadors: Juan M. Leyva Moral i Marta López

Matèria: Treball de Fi de Grau

4rt Curs Grau en Infermeria

Any acadèmic: 2013-2014

Data de lliurament: 27/05/2014

Resum

Introducció: L'ingrés psiquiàtric d'una persona ve donat quan independentment del trastorn que pateixi, la seva situació suposa un risc vital tant per sí mateixa com per a la resta. El període agut d'un trastorn mental suposa un malestar per a la persona, que requereix la necessitat de la intervenció immediata dels professionals d'infermeria per ajudar-la a comprendre i afrontar de forma efectiva la situació que viu. Per dur a terme les cures infermeres pertinents, és primordial establir una relació terapèutica sòlida basada en la confiança amb el pacient, i per tant, cal conèixer i comprendre en profunditat què suposa dita experiència.

Objectiu: Comprendre i conèixer el significat de l'ingrés del pacient en una unitat d'aguts de Salut Mental.

Material i mètodes: Estudi qualitatiu fenomenològic hermenèutic. La mostra serà de tipus intencional, la selecció serà multicèntrica (centres principals de Salut Mental de Barcelona i rodalies) entre els pacients hospitalitzats a les unitats d'aguts, i la mida d'aquesta es definirà segons la saturació teòrica. Les dades es recolliran mitjançant entrevistes semiestructurades i individuals. Aquestes seran enregistrades en vídeo, transcrites i analitzades mitjançant la triangulació d'investigadors. Durant tot el procés es respectaran en tot moment el dret a l'autonomia i la lliure decisió i el dret a la intimitat, l'anonimat i la confidencialitat.

Consideracions finals: Inclouen de forma argumentada les limitacions i punts forts de l'estudi, així com les propostes de millora, i el grau de satisfacció i competències adquirides amb la realització de l'estudi.

Paraules clau: Salut Mental, Ingré, Significats, Malestar, Relació terapèutica.

Resumen

Introducción: El ingreso psiquiátrico de una persona viene dado cuando independientemente del trastorno que sufra, su situación supone un riesgo vital tanto para sí misma como para el resto. El período agudo de un trastorno mental supone un malestar para la persona, que requiere la necesidad de la intervención inmediata de los profesionales de enfermería para ayudar a comprender y afrontar de forma efectiva la situación que vive. Para llevar a cabo los cuidados pertinentes, es primordial establecer una relación terapéutica sólida basada en la confianza con el paciente, y por tanto, es necesario conocer y comprender en profundidad qué supone dicha experiencia.

Objetivo: Comprender y conocer el significado del ingreso del paciente en una unidad de agudos de Salud Mental.

Material y métodos: Estudio cualitativo fenomenológico hermenéutico. La muestra será de tipo intencional, la selección será multicéntrica (centros principales de Salud Mental de Barcelona y alrededores) entre los pacientes hospitalizados en las unidades de agudos, y el tamaño de ésta se definirá según la saturación teórica. Los datos se recogerán mediante entrevistas semiestructuradas e individuales. Estas serán grabadas en vídeo, transcritas y analizadas mediante la triangulación de investigadores. Durante todo el proceso se respetarán en todo momento el derecho a la autonomía y la libre decisión y el derecho a la intimidad, el anonimato y la confidencialidad.

Consideraciones finales: Incluyen de forma argumentada las limitaciones y puntos fuertes del estudio, así como las propuestas de mejora, y el grado de satisfacción y competencias adquiridas con la realización del estudio.

Palabras clave: Salud Mental, Ingreso, Significados, Malestar, Relación terapéutica.

Abstract

Introduction: The psychiatric admission is given when a person, regardless their mental disorder, is vital risk both for him/herself and for others. The acute phase of a mental disorder cause a discomfort for the person who requires the need for immediate intervention by nurses to help understand and effectively address the situation that. To carry out the appropriate care is essential to establish a strong therapeutic relationship based on trust with the patient, and therefore it is necessary to know and understand what is involved in this experience.

Objective: To know and understand the patient's meaning of the admission in an acute mental health's unit.

Material and methods: Hermeneutic phenomenological qualitative study. The sample will be intentional, the selection will be multicentric (Barcelona's major Mental Health centers) among hospitalized patients in the acute care units, and the size of it will be defined according to the theoretical saturation. Data will be collected through individual and semi-structured interviews. These interviews will be videotaped, transcribed and analyzed by triangulation of researchers. During the whole process will be respected, the right to autonomy and self-determination and the right to privacy, anonymity and confidentiality.

Concluding remarks: It includes the limitations and strengths of the study and suggestions for improvement, and the degree of satisfaction and skills acquired with the study.

Key words: Mental Health, Hospital admission, Meanings, Discomfort, Therapeutic relationship.

Índex de continguts

1. Introducció.....	5
2. Cos del treball.....	13
2.1. Metodologia.....	13
2.2. Recollida i anàlisi de dades.....	15
2.3. Recursos humans, materials i econòmics.....	20
2.4. Aspectes ètics i jurídics.....	20
2.5. Cronograma.....	22
3. Consideracions finals.....	23
3.1. Limitacions de l'estudi i propostes de millora.....	23
3.2. Competències adquirides, autoavaluació i nivell de satisfacció.....	24
4. Annexes	27
4.1. Annex I: Glossari.....	27
4.2. Annex II: Carta de petició d'accés al centre.....	29
4.3. Annex III: Consentiment Informat.....	31
4.4. Annex IV: Guia per a l'entrevista semiestructurada.....	33
5. Bibliografia.....	34

1. Introducció

Al llarg dels gairebé quatre anys que comprenen els estudis d'infermeria, he observat la particularitat i la individualitat de les persones, on un mateix esdeveniment suposa respostes, conductes i formes de viure-ho molt diferents. Tot i compartir característiques físiques, llengua, creences, principis... cap persona és completament igual a l'altra, i quan s'evidencia des de la perspectiva infermera, t'empeny a necessitar conèixer aquestes característiques i què suposa sobre allò que hem d'abordar. Conèixer és l'objecte d'aquest projecte, amb el qual pretenc incidir en el món de significats, en especial els que atorguen les persones al seu propi ingrés en una unitat d'aguts de salut mental.

Actualment a Europa i a Estats Units, les malalties mentals representen el 43% dels quadres totals de discapacitat per malaltia; i Espanya els ingressos degut a trastorns mentals, es situa als 251,6 per cada 10000 habitants per any¹. Segons la Organització Mundial de la Salut (OMS), la salut mental es pot considerar com *“un estat de benestar en el que l'individu és conscient de les seves pròpies capacitats, pot afrontar les tensions normals de la vida, pot treballar de forma productiva i fructífera, i és capaç contribuir a la comunitat”*.² En definitiva, consisteix en l'equilibri entre l'estat físic, mental i social, tenint impacte en com percebem el nostre entorn, com pensem, i quines decisions prenem³. D'acord amb Peplau, la persona és un equilibri inestable dels elements esmentats⁴, i quan es produeix un desequilibri entre aquests, és quan apareix el trastorn o malaltia mental.

Resulta complex definir la malaltia mental degut a la gran varietat d'interpretacions sobre aquesta. Segons el DSM-IV-TR, la malaltia o trastorn mental és *“un síndrome o patró comportamental o psicològic clínicament significatiu que apareix associat a un malestar (per exemple el dolor) i/o a una discapacitat (per exemple el deteriorament d'una o més àrees del comportament)”*⁵. Quan aquest desequilibri o trastorn afecta directament a l'autonomia de la persona i suposa un risc vital tant per a ella com per a la resta, compleix els criteris necessaris per a ser hospitalitzada^{6,7}. Independentment de la causa que desencadena l'ingrés, el trastorn s'ha de considerar com *“la manifestació individual d'una disfunció comportamental, psicològica o biològica”*⁸. Tenint en compte que el fet de ser ingressat en una unitat de salut mental suposa un alt grau d'ansietat a la persona tant pel motiu d'ingrés com pel canvi d'entorn⁸, l'equip assistencial i en especial els professionals d'infermeria juguen un paper fonamental en aquest primer contacte amb el pacient i la seva família. I posant de manifest la pròpia creença en la individualitat de cada persona, entenent la relació que s'estableix entre la infermera i el pacient com un encontre cultural necessari per al tenir cura d'aquest, considero

primordial realitzar una aproximació al significat, a l'experiència vital de cada persona en el moment d'ésser hospitalitzada des d'una mirada holístico-humanista. És a dir, considerant en tot moment a la persona com un ésser culturalment únic que es troba en un equilibri inestable, on la intervenció infermera es basa en les relacions interpersonals ja que els enfrontaments culturals que es produeixen, requereixen del professional infermer comprendre els significats que la persona atorga, desenvolupa i viu arrel dels esdeveniments vitals⁴.

Aquesta idea sorgeix d'acord i en consonància entre la bibliografia consultada i la meua pròpia experiència com a estudiant d'infermeria, i en especial, durant la convivència amb l'atenció a la salut mental als processos aguts en la unitat hospitalària de salut mental del Centre Fòrum, que m'ha permès creure en la construcció del coneixement en base a la interpretació de l'objecte d'estudi (Paradigma constructivista), en aquest cas, el significat de l'ingrés de les persones en una unitat d'aguts de salut mental.

Quant a la cerca bibliogràfica tant de caire teórico-conceptual com científic, ha estat realitzada en base a una selecció crítica tenint en compte l'any i lloc de publicació i el factor d'impacte de la font (revista i autor). Les fonts principals d'informació de tipus científic han estat bases de dades com Pubmed, Scopus, PLOSONE, Biblioteca Cochrane, Scielo i Dialnet, utilitzant les paraules clau esmentades, els cercadors booleans <AND>, <OR> i l'operador de relació <STARTS>.

Tal com he afirmat anteriorment, la decisió d'hospitalitzar a una persona resideix especialment en la seguretat d'aquesta, és a dir, quan independentment del trastorn que pateixi, suposa un risc vital per a la persona o les que l'envolten^{6,7}. Dins de la hospitalització en la salut mental, trobem dos tipus d'ingrés, el voluntari i l'involuntari⁹. La diferència principal entre ambdós és que l'ingrés de caràcter involuntari es duu a terme sense el consentiment de la persona. Actualment és la modalitat d'hospitalització més habitual¹⁰. Aquest pot ser conseqüència d'un procés penal, civil ordinari (programat) o civil urgent. En els tres casos és necessària l'autorització legal d'un jutge, recolzat per un informe d'un metge forense, en un termini no major a 72 hores^{11,12,13}. Cal dir que habitualment i en funció de l'evolució clínica de la persona, aquesta s'adona de que la hospitalització i el tractament contribueixen positivament en ajudar-la a recuperar l'estabilitat, i per tant, el no consentiment d'aquesta cedeix, passant a ser un ingrés de caràcter voluntari¹³.

Durant la meua estada clínica a la unitat de salut mental del Centre Fòrum, vaig poder evidenciar en base a la meua pròpia interpretació de les afirmacions dels pacients durant la

primera entrevista a l'ingrés, un major malestar i disconformitat amb la hospitalització en els pacients ingressats segons la modalitat involuntària, que en la voluntària, tot i que en un grau menor, en aquests últims també era present. El malestar i la disconformitat residia principalment en la manca d'informació i al desconeixement sobre el seu estat (consciència de malaltia), en la pèrdua d'autonomia, en l'estigma cap a la salut mental i l'autoestigma, en la pròpia seguretat, i en la necessitat d'establir vincles amb els professionals (relació terapèutica). Contrastant aquesta interpretació amb l'escassa evidència científica disponible en relació a les experiències de les persones, relatives al seu ingrés en les unitats de salut mental, els pacients afirmaven viure'l com un confinament, una pèrdua de la llibertat tant d'acció com d'expressió, és a dir, una pèrdua de l'autonomia on la seva opinió no era respectada^{14,15}. En altres estudis els pacients parlen de l'estigma i l'autoestigma, relacionats amb la manca d'informació tant individual com de la comunitat respecte a la salut mental, i a la cultura de cada persona, ja que per exemple, tot i que moltes famílies i persones recorren a l'ajuda professional per enfrontar el repte que suposa la malaltia mental d'un dels seus membres, en ocasions l'estigma que s'associa a aquesta provoca que ocultin a la persona afectada i gestionin les seves necessitats utilitzant els seus propis mètodes, o bé responen simplement amb la negació de la situació i rebutjant a la persona, potenciant així el propi autoestigma³. No obstant la disponibilitat dels serveis de salut mental, l'estratègia que desenvolupen moltes persones és aferrar-se als propis patrons culturals^{14,16-18}. Seguint en la mateixa línia, segons Hopkins, els pacients expressaven la necessitat de sentir-se segurs, és a dir, que esperaven tant per part de la institució com dels professionals, que els aportessin un entorn on sentir-se segurs i acollits¹⁸, juntament amb l'establiment de relacions interpersonals, en especial amb els professionals per afavorir la contribució en les necessitats esmentades.^{15,18}

Mitjançant la relació entre els estudis anteriors sobre el significat de les experiències d'ingrés i el meu aprenentatge reflexiu, apareixen principalment els conceptes de malestar, estigma, manca d'informació, seguretat i manca d'autonomia entre les necessitats i problemes expressats per les persones.

Tot i que el concepte de malaltia és universal, la forma en que les persones perceben i gestionen la seva salut està basada en la seva pròpia cultura en com ho expliquen, doncs el llenguatge com a part de la comunicació, és la forma en com es manifesta¹⁹ i en que es transmet la cultura. El concepte de malestar està definit per Leininger, on diferencia dos conceptes, *illness* i *disease*^{4,19}. El concepte de *disease* fa referència a la malaltia com a procés fisiològic, el diagnòstic i el tractament. D'altra banda, el concepte *illness* es relaciona amb l'experiència cultural, interpersonal i personal de la malaltia, és a dir, els problemes que la

persona o la família perceben quan la primera viu un procés de malaltia, i com viu amb la malaltia, per tant, arriba més enllà fent referència a tot allò que afecta sobre la persona suposant un estat malestar físic, mental i social^{4,19}. Per tant, entenent el trastorn mental com quelcom que suposa un malestar global a la persona, hem de tenir en compte quins són els aspectes que el provoquen, en quina mesura, com interaccionen entre sí, i com abordar-los.

En primer lloc, un dels elements principals que suposa un malestar és l'estigma. Giuseppe Ressi afirmà: *“Què és la raó?, la bogeria de tots. I què és la bogeria?, la raó d'un”*. El terme bogeria és una derivació de *locus* (llatí). Aquest és el lloc on es col·loca a l'altre per ser diferent, per ser estrany o inclús anormal. Els bojos són aquelles persones de les que ens hem de protegir, dels quals s'ha de defensar la comunitat, i sortir-se del discurs oficial, suposant una incertesa constant i en conseqüència un perill²⁰ (resposta natural de defensa de l'ésser humà front la incertesa codificant-la com a quelcom perillós). Per tant, en el moment que l'entorn s'alarmava front la incapacitat de comprendre la conducta d'una persona amb un trastorn mental (estructures de pensament diferents, llenguatges, significats, sentiments, relacions, etc.) és on apareix l'estigma, i amb això no vull per referències a les etiquetes, doncs el problema no és una etiqueta determinada, si no que el problema és quan aquestes s'associen a idees negatives per part de la persona (autoestigma) o la societat (estigma públic), que varien en funció de la cultura, creences, experiències i subjectivitat de la persona (components cognitius, emocionals i conductuals que es relacionen amb l'estigma, *Taula 1*)²⁰⁻²², tal com afirma Goffman, l'estigma és *“una classe especial de relació entre l'atribut desacreditador i l'estereotip”*²³. Desafortunadament, les persones presentem una tendència a pensar que estem exemptes dels problemes que observem en els demés, pel qual seria interessant i enriquidor el fet de realitzar una reflexió autocrítica sobre la nostra pròpia conducta per a poder entendre què suposa admetre les nostres limitacions malgrat que aquestes no arribin al punt de suposar una patologia^{20,22}. Videbeck afirma la importància de la realització d'autoconsciència per part dels professionals infermers, ja que el fet de conèixer-nos, explorar-nos i comprendre'ns a nosaltres mateixos, ens permetrà conèixer, explorar i comprendre als demés per a poder tenir cura d'aquests^{22,24}.

	Estigma públic	Autoestigma
Esteriotip	Creences negatives sobre un grup (perillositat, incompetència, agressivitat, etc.).	Creences negatives sobre un mateix.
Prejudici	Conformitat amb les creences i actitud front aquestes.	Conformitat amb les creences negatives, i actitud front aquestes.
Discriminació	Comportament en resposta al prejudici (rebuig, aïllament, etc.).	Comportament en resposta al prejudici (rebuig a la cerca d'ajuda sanitària, manca de consciència de malaltia, etc.).

Taula 1: Components cognitius, emocionals i conductuals que es relacionen amb l'estigma²¹.

Altres temes que causen especial malestar als pacients i que són una de les causes relacionades amb l'estigma^{20,21}, és la manca d'informació. Segons la llei actual que regula el dret d'informació de la persona i els drets humans relatius a la llibertat i l'autonomia de la persona, aquesta té dret complet sobre la elecció a rebre o no, informació²⁵. I com a professionals, hem de respectar aquesta decisió, oferint la nostra disponibilitat a informar a la persona amb completa transparència i amb la finalitat d'oferir un benestar i evitar el malestar de la persona (Principi de beneficència i principi de no-maleficència). D'aquesta forma no sols actuem en base a la creença de que els pacients són persones i els principis ètics que regeixen la professió infermera, sinó que s'actua directament sobre l'estigma, tal com he esmentat, ja que la educació i el coneixement de tot allò relacionat amb la salut i la seva pròpia salut mental condueix a l'afrontament de la situació, sobre la seguretat de la persona i sobre l'autonomia¹³. Aquest últim concepte és un tema que interessa especialment als professionals de la infermera psiquiàtrica i de salut mental, és a dir, la incapacitat per funcionar en la vida diària en relació amb el malestar que produeixen els trastorns mentals (alteracions psiquiàtriques, emocionals i fisiològiques)²⁴, ja que és un dels objectius principals el de mantenir i promocionar l'autonomia de la persona per a que aquesta sigui capaç d'afrontar els esdeveniments de la seva vida diària d'una forma satisfactòria sense suposar un desequilibri de la seva salut mental²⁶.

Per a poder tractar els conceptes esmentats, és necessària la seguretat. És competència directa dels professionals infermers la gestió de l'entorn (persones, espai físic, mesures de seguretat) per a que la persona pugui sentir-se segura i acollida on residirà durant el temps que es consideri necessari²⁶. Per exemple relació a la manca d'informació, aquesta influeix de forma negativa i insidiosa sobre la seguretat del pacient, donat que és molt important que

aquest conegui què li està passant (Consciència de malaltia) per poder afrontar i adaptar-se a la situació²⁵.

Per tant, aquí es on sorgeix la qüestió. Què han de fer els professionals d'infermeria per a poder tenir cura de la persona en el moment de l'ingrés?, actuar considerant necessari el coneixement de la persona i tot allò que la conforma per a poder abordar-la d'una forma integral, incloent la seva família, l'entorn i un mateix, mitjançant les relacions interpersonals o relació terapèutica. Segons els objectius plantejats pel protocol de l'IMASIS per als professionals en aquest primer contacte amb el pacient i el binomi pacient-família^{6,27}, Travelbee afirma que "l'objectiu de la infermeria és ajudar als individus i famílies a prevenir i afrontar l'experiència de la malaltia i el patiment, i ajudar-lo a donar sentit a les seves experiències mitjançant l'establiment d'una relació persona a persona"⁶. És a dir, que la relació no ha de ser de tipus social ni informal, sinó que ha d'estar concebuda com una eina de caire terapèutic que pretén el benefici del pacient, mitjançant la identificació i resolució de problemes reals i/o potencials. No sols es considera que la relació ha estat un èxit quan s'obtenen els resultats esperats, sinó quan ha suposat una contribució per al creixement personal tant del pacient com del professional infermer^{4,6}.

Els objectius plantejats per al moment de l'ingrés es basen en acollir a la persona afavorint un vincle de confiança amb l'equip, facilitar informació sobre l'entorn i el procés assistencial als quals la persona es veurà sotmesa per a que aquesta es senti segura, i recollir les dades necessàries per planificar i dur a terme les cures infermeres més adients en base a les necessitats detectades. Segons Cibanal trobem dos abordatges fonamentals, dues formes principals d'enfocar les cures infermeres²⁸:

- Abordatge subjectiu-científic.
- Abordatge inter-subjectiu.

L'abordatge subjectiu-científic es basa en l'aportació de cures orientades cap allò extern al professional infermer, on aquest utilitza un pla, un protocol precís i identifica de la forma més objectiva una sèrie de paràmetres, actuant front aquests, de forma legal, quantificable, i defensable²⁹.

D'altra banda, l'abordatge inter-subjectiu es considera més global i profund, ja que el professional ha d'integrar la relació terapèutica, el procés de cures i un model infermer²⁹. És a dir, que comprèn la tasca contemplada en l'abordatge subjectiu-científic de caire més paternalista, juntament amb l'atenció a la resta d'esferes que conformen la persona (psicosocial, cultural i espiritual), d'acord amb Leininger i Watson, dotant a les cures

infermeres d'un caire holístic i humanista entenent a la persona com un ésser únic en sí mateix amb les seves característiques i particularitats⁴.

No obstant, i reafirmant la meua opinió, per a poder dur a terme un abordatge integral tal com és l'intersubjectiu, és necessari conèixer i comprendre els problemes i/o necessitats interpretats com a més rellevants per les pròpies persones que els pateixen³⁰, i tal com afirma Peplau, per poder arribar a aquesta subjectivitat de les persones per a finalment, poder tenir cura d'elles, és necessari l'establiment d'una relació terapèutica⁴, com afirma Beltrán, "la interacció humana permet definir la infermeria, i és la forma per dur a terme el tenir cura"³¹.

La relació terapèutica és per tant, el procés³² on s'origina un encontre cultural entre la infermera i el binomi pacient-família³³⁻³⁵, on l'únic propòsit del professional és el benestar del pacient, fet que la diferencia d'una relació d'amistat o simpatia²⁴, i que per tant, ha d'estar



Figura 1: Actituds promotores de l'eficàcia de les cures.

fomentada per una comunicació verbal y no verbal³⁶ eficaç on l'eix central d'aquesta sigui el pacient, i on l'eficàcia vingui donada per les habilitats terapèutiques i comunicatives del professional^{24,34}.

En el primer contacte amb el pacient, el professional exerceix el paper d'estrany, i per tant, és primordial que generi confiança en el pacient mitjançant els elements clau o actituds, que

afavoreixen la comunicació terapèutica i promouen l'èxit de la relació, ja que ambdós elements (comunicació i confiança) són claus per l'eficàcia de les cures (Figura 1)²⁴.

Donat que l'impàs necessari de la interacció en el primer contacte que s'estableix entre la infermera i el binomi pacient-família per a poder tenir cura, permet conèixer i comprendre el significat del moment que viuen les persones en aquell determinat instant, és a dir, endinsar-nos en el món de significats individuals que depenen de la cultura de cada persona i la converteixen en un ésser únic, i aquesta comprensió dels significats ens permet interpretar-los en base a la nostra pròpia cultura³⁵, l'aproximació ha de ser des d'una mirada qualitativa de

caire fenomenològic, entenent la construcció dels coneixements des de la interpretació personal dels significats de determinades persones sobre un fenomen en concret (en aquest cas l'ingrés en una unitat d'aguts de salut mental)³⁷. Per tant, en base a la creença en el model dialèctic basat en que el coneixement es el resultat de la dialèctica entre el subjecte (professional infermer) i l'objecte d'estudi³⁷ (significats de les persones front l'ingrés psiquiàtric), em plantejo els següents objectius:

Objectiu principal

Comprendre i conèixer el significat de l'ingrés del pacient en una unitat d'aguts de Salut Mental.

Objectius específics

Comprendre què significa l'ingrés per als professionals infermers.

Conèixer com viuen l'ingrés els familiars o acompanyants.

Conèixer què significa el professional infermer i la família per al pacient en el moment de l'ingrés.

2. Cos del treball

L'objectiu principal que em plantejo i que motiva la realització d'aquest projecte és la d'endinsar-nos a l'experiència que suposa l'ingrés a una unitat d'aguts psiquiàtrica des del punt de vista dels professionals, familiars, i en especial dels pacients que el pateixen, és a dir, conèixer en profunditat l'experiència que suposa per a cada persona dita situació, i el significat que li confereixen (punt de vista èmic), considero que és necessari realitzar una aproximació des de la metodologia qualitativa, ja que permet comprendre les experiències vitals de les persones i el significat que els atorguen, alhora que és el tipus d'investigació que permet estudiar la realitat en el seu context natural, ja que per tant, l'individu és aquell qui ens podrà aportar la major riquesa d'informació en relació a sí mateix^{38,39}.

Així mateix, considerant que la realitat és subjectiva (individual per a cada persona) i que les experiències de les persones en base a la seva realitat són úniques, dins de la metodologia qualitativa i en relació al paradigma constructivista, aquest projecte serà de tipus fenomenològic, de tal forma que la única font d'informació vàlida per conèixer el significat de qualsevol fenomen és la pròpia persona^{38,39}.

D'altra banda, la ment humana degut a la seva pròpia naturalesa és interpretativa i des de la observació o la adquisició d'informació, es realitza una interpretació per a comprendre-la, la metodologia presenta un enfoc hermenèutic, ja que els propis investigadors interpreten constantment la informació que perceben, tant a nivell verbal com no verbal⁴⁰.

En relació a l'escenari d'estudi, es pretén que aquest sigui multicèntric per tal d'accedir a un major nombre de possibles participants i així corroborar i viure la creença en la singularitat i complexitat de les persones, les seves experiències i els significat d'aquestes, i la importància de conèixer-les i comprendre-les des del punt de vista infermer per així entendre-les en profunditat i poder tenir cura de forma individualitzada.

Per poder accedir al coneixement de les persones sobre les seves pròpies experiències, cal que el projecte sigui aprovat per un comitè ètic³⁸⁻⁴².

2.1. Metodologia

Segons Arantzamendi, *"Transformar una idea en una pregunta d'investigació és un procés creatiu"*³⁸. La meua pregunta principal, és la de com viuen i què significa la vivència de les persones que degut al seu estat de salut mental han de ser hospitalitzades. És a dir, que pretenc endinsar-me en el món de significats de les persones, identificar la naturalesa

profunda de les seves realitats i la estructura dinàmica d'aquestes, és a dir, conèixer i comprendre allò que explica el per què de les seves manifestacions, comportament i conducta d'aquestes. Per a poder assolir els objectius que promouen aquest estudi, és necessari realitzar una aproximació des d'una mirada qualitativa^{38,40}.

La metodologia qualitativa s'allunya del model positivista el qual considera a l'investigador com a una "càmera fotogràfica" de l'objecte d'estudi, mentre que acull al model dialèctic, el qual considera que el coneixement és el resultat del diàleg(hermenèutica) entre el subjecte (investigador) i l'objecte d'estudi (participants)³⁹.

Cal afegir que tota pregunta que ha de ser resposta, requereix d'un mètode per a poder arribar a aquesta. No obstant, cal tenir en compte que l'ús de mètodes qualitius no implica que la investigació sigui qualitativa, sinó la mirada i el tipus de disseny utilitzat³⁹. D'aquesta forma, observem que el mètode mitjançant el qual podem arribar a percebre i comprendre l'essència, és a dir, la veritable naturalesa de les diferents realitats, és el fenomenològic-analític, partint d'allò particular cap a allò general (disseny inductiu)⁴⁰.

Tot estudi qualitatiu com qualsevol activitat científica, es desenvolupa de forma sistemàtica amb la finalitat d'arribar a un coneixement³⁹. En aquest cas, el procés consta de cinc etapes principals (*Figura 2*), que alhora inclouen diverses fases.



Figura 2: Etapes del procés d'investigació qualitativa.

Durant tot el procés d'investigació els subjectes d'estudi es consideren i denominen com a "participants", ja que realitzen l'estudi en conjunció amb l'investigador, suposant una guia i una ajuda per l'últim; pel qual, és necessària la implicació d'aquest amb els participants, ja que l'èxit de la recollida de dades es veurà influïda pel nivell de confiança que s'estableixi entre ambdós^{39,40}. No obstant, no sols és necessària la confiança que s'estableixi entre l'entrevistador i l'entrevistat, sinó que és necessari que el primer propiciï un ambient adequat per a que el participant es senti còmode per expressar allò que volem amb sinceritat i assegurar la validesa de l'estudi, ja que la validesa i l'impacte de les dades no dependrà de la quantitat de persones participants a l'estudi, sinó de la qualitat de la informació que ens transmetin, per tant, no és possible estimar la mida de la mostra ja que es determinarà quan

s'arribi a la saturació teòrica³⁹, el qual desenvolupo amb més detall en el proper apartat.

Finalment, és important tenir en compte que en investigació qualitativa els resultats duen al coneixement de quelcom en una situació única i concreta, i per tant, no són generalitzables, però sí transferibles³⁹.

2.2. Recollida i anàlisi de dades

Estratègies de mostreig i mostra

La qualitat d'un estudi qualitatiu està molt lligada a la selecció dels participants, i per tant, cal tenir en compte que el sistema de mostreig ha de ser viable (temps, recursos, accés als participants i característiques de l'investigador) i pertinent en relació al marc conceptual i als objectius d'estudi, alhora que els subjectes d'estudi o participants han de complir com a mínim les característiques necessàries i posseir la informació rellevant des del punt de vista dels requeriments de l'estudi. Finalment, en relació als aspectes ètics, tindrem en compte en tot moment que els participants hagin signat el consentiment informat i disposin de tota la informació necessària relativa a ells/es i a l'estudi⁴⁰.

En aquest cas, el mostreig serà de tipus intencional, teòric, i de conveniència, i la mostra de la qual es disposarà serà de tipus intencional, ja que es buscarà i es seleccionarà un grup específic de persones³⁹. El mostreig el duré a terme amb l'ajuda d'un infermer/a de cada escenari d'estudi al qual accedeixi, per que considero que els infermers/es poden suposar una gran ajuda donat que són qui coneixen als possibles participants amb una major profunditat i és necessari que els que participin a l'estudi (pacients, familiars i infermers), disposin i puguin aportar informació rica tant a nivell de quantitat com de qualitat en relació al fenomen d'estudi. Per tant, la selecció es durà a terme al context on es donen les situacions i experiències que es volen estudiar, evitant així introduir interferències que els suposi comportar-se d'altra forma de com ho fan habitualment³⁹.

Per aconseguir la mostra, inicialment jo mateixa amb l'ajuda dels infermers col·laboradors que desenvolupen el paper d'informants, identificarem aquells casos d'interès dels quals es coneix que poden aportar una informació rica (Bola de neu o en cadena). Per determinar la mostra d'una forma més exacta, es seleccionaran els possibles participants segons els criteris d'inclusió i exclusió que es mostren a continuació (Selecció per criteris)^{39,40}.

criteris d'inclusió

- Persones hospitalitzades a les unitats d'aguts de salut mental dels centres esmentats, independentment del trastorn que hagi propiciat l'ingrés, el seu sexe, religió, ètnia i cultura.
- Familiar/acompanyant que exerceixi el paper de cuidador principal dels pacients participants.
- Professionals d'infermeria que tinguin cura dels pacients participants.
- Tots els participants han de ser coneixedors de l'estudi i haver signat el consentiment informat.

criteris d'exclusió

- Barrera idiomàtica, donat que tot i poder recórrer a la figura d'un mediador, considero que es podria perdre molta informació valuosa per a l'estudi.
- Persones amb deteriorament cognitiu que els suposi dificultats per entendre la finalitat i tot allò relatiu a l'estudi, i per tant no puguin aportar allò necessari per aquest.

En relació a la mida de la mostra cal saber que en la investigació qualitativa, aquesta no depèn de la quantitat de informació ni de participants, sinó de la qualitat d'aquesta³⁹. Per tant, el nombre de participants es determinarà durant la realització del projecte ja que es deixarà de recollir informació un cop s'aconsegueixi arribar a la saturació teòrica, és a dir, quan s'arribi a la redundància de dades i no s'obtingui nova informació³⁸.

Per accedir a la mostra i extreure-la, cal escollir l'escenari d'estudi. Tal com he afirmat anteriorment, es pretén que aquest sigui multicèntric, abastant els centres de salut mental principals de Barcelona i rodalies (Centres del Parc de Salut Mar i Centres del Parc Sanitari Sant Joan de Déu), assegurant així l'accés a un major nombre i varietat de persones i experiències per comprendre i analitzar. El fet d'accedir a un major nombre de casos, ens proporcionarà més avantatges alhora de captar participants, ja que resulta una tasca complicada³⁹ i en aconseguir accedir a una major varietat d'informació ja que no importen les diferències que pugui haver entre els participants, donat que el que es busca és la singularitat, la individualitat i l'experiència pròpia.

Un cop seleccionat l'escenari d'estudi d'on s'extrauran els participants que conformaran la mostra d'estudi, s'inicia el treball de camp, el qual inclou l'accés a dit escenari, la recollida de dades i la retirada d'aquest⁴².

Per a poder accedir a l'escenari és imprescindible l'autorització dels responsables de les institucions a les quals em vull dirigir⁴². Per tant, em posaré en contacte amb els directors/es dels centres esmentats, ja que són la màxima autoritat dels centres, mitjançant una sol·licitud formal per escrit⁴² on disposaran de tota la informació relativa al projecte de forma justificada (motius per a la realització de l'estudi, recollida de dades i recursos materials i humans). Un cop obtinguda l'autorització d'accés, es realitzarà una sessió informativa per als professionals on s'especifiqui la mateixa informació que a la petició d'accés, ja que no sols és necessari captar als infermers que realitzaran la selecció dels participants, sinó que també a aquells professionals que han de ser entrevistats, i s'aprofitarà per fer-los arribar el consentiment informat, mantenint en tot moment una actitud de respecte, motivació i confiança^{41,42}. El fet de recórrer a un professional com a col·laborador per a seleccionar i captar als participants, és degut a la relació de confiança que s'estableix entre la infermera i els pacients, familiars i professionals, i alhora el coneixement sobre ells/es que aquesta els proporciona^{38,39,42}. És important destacar que durant la captació dels participants (i en el moment previ a iniciar la entrevista) se'ls farà saber en primer lloc que gaudeixen completament del dret a la lliure decisió i per tant és la seva elecció la de participar a l'estudi, en segon, que disposen d'un consentiment informat que hauran de signar conforme ens cedeixen la seva informació personal, i finalment que la seva identitat es mantindrà en absolut anonimat i les dades recopilades seran eliminades un cop siguin transcrites i analitzades (aquests aspectes es desenvolupen amb més profunditat a l'apartat d'aspectes ètics i jurídics)⁴⁰.

En segon lloc, es durà a terme la recollida de dades, la qual es troba desenvolupada en el següent apartat (Eines de recollida de dades). Pretenc que aquesta sigui productiva, és a dir, que s'aconsegueixin una sèrie d'aspectes (clima de confiança, entorn tranquil, comoditat, habilitats comunicatives de l'investigador, etc.), que afavoreixin la obtenció d'informació rica i de qualitat per part de la persona⁴².

Finalment, en relació a la retirada de l'escenari d'estudi, aquesta es realitzarà un cop la informació obtinguda sigui de la suficient qualitat per arribar a la saturació teòrica, pel qual, de forma anticipada em dirigiré a aquelles persones que han fet que sigui possible la realització de l'estudi, per tal d'informar-los de que s'ha recollit tota la informació necessària, i que quan aquest es finalitzi (obtenció de resultats i conclusions) es realitzarà un feedback amb ells per a que coneguin la forma final del projecte⁴².

Eines de recollida de dades

Tal com he afirmat anteriorment, la selecció i captació dels participants es realitzarà en el seu

context habitual (unitat d'aguts de salut mental) per evitar introduir interferències que suposin diferències en el seu comportament⁴⁰. Aquesta és la última fase en la que es recopilen les dades amb la finalitat d'analitzar-les i donar resposta a la pregunta d'investigació³⁹.

La recollida de dades es durà a terme mitjançant entrevistes semiestructurades i individuals amb cadascun dels participants ja que els permetrà expressar-se amb més comoditat i crear un clima de confiança³⁹. Les persones que hi seran presents durant l'entrevista serem el participant i jo mateixa que com a investigadora desenvoluparé el paper d'entrevistadora. Les entrevistes es realitzaran de forma presencial (cara a cara) amb els participants, ja que així podrem observar la informació no verbal que conté el missatge que aquests ens proporcionaran (llenguatge corporal, sentiments, emocions, silencis, etc.), la qual ens permetrà interpretar allò que ens volen transmetre⁴¹. Per tal de captar aquesta informació, durant l'entrevista s'utilitzarà una càmera de vídeo per enregistrar-la i poder retornar a la situació una vegada es transcriguin i analitzin les dades per tal d'interpretar-les i comprendre-les amb major profunditat⁴⁰. Respecte a l'ús de la càmera, de la mateixa forma que la resta d'aspectes en relació a l'entrevista i al projecte, s'informarà als participants i estarà present al consentiment informat. Per finalitzar, un altre element que utilitzaré durant la recollida de dades serà el "diari reflexiu de l'investigador", el qual considero que resulta un element clau, ja que em permetrà recollir tots els comentaris, sentiments, reflexions i interaccions que experimentaré amb els participants, per a posteriorment realitzar una interpretació més rica i fidel a l'experiència⁴⁰.

L'espai on es realitzin les entrevistes pot influir en la recollida de dades i en conseqüència als resultats que s'obtindran^{39,41,42}. Per tant, aquest haurà de reunir les condicions necessàries per assegurar una recollida productiva d'informació³⁹. En primer lloc, l'espai ha de ser accessible i ha de ser un espai que indueixi a la comoditat dels participants i per tant que permeti la intimitat i la tranquil·litat suficient per tal d'evitar interrupcions³⁹. Per tant, un cop les persones seleccionades acceptin la participació i hagin signat el consentiment informat (es pot signar en els moments previs a la entrevista), pactaré amb aquestes sobre quan i on volen realitzar la entrevista, deixant escollir entre la sala que ens proporcioni el centre o qualsevol altre espai que reuneixi les condicions esmentades com per exemple l'habitació en el cas dels pacients, el control d'infermeria en el cas dels professionals, etc. És important tenir en compte que la creació d'un clima de confiança, i no sols depèn de l'espai, sinó que també de l'investigador (jo mateixa en aquest cas), ja que cal mostrar una actitud fomentada per l'interès de conèixer allò que el pacient ens expressa, afavorint així la confiança necessària per compartir quelcom que forma part de la seva intimitat^{38,39,42}.

En relació a l'estructura que es seguirà per a la realització de les entrevistes, tal com he esmentat, seran semiestructurades. A diferència de les estructurades, les quals es caracteritzen per ser entrevistes amb preguntes ordenades i tancades, aquestes es tracten d'un guió temàtic, és a dir, un llistat on consten els temes que han de ser tractats durant la entrevista, i que permeten a l'investigador realitzar o formular les preguntes de la forma que considera més adequada (profunditat, nivell de comprensió de l'entrevistat, aclariments, etc.) i en l'ordre que cregui oportú, en funció l'avenç de l'entrevista. Així doncs, és possible fomentar la intervenció dels participants mitjançant preguntes obertes, i expressar-se tant el participant com l'investigador amb confiança i tranquil·litat, sobre tots els temes a mesura que es vagin tractant^{39,40}.

Mètode d'anàlisi de dades

Donat que es tracta d'un estudi qualitatiu, l'anàlisi i interpretació de les dades obtingudes es realitza simultàniament a la recollida⁴⁰. Per tant, per poder captar tota la informació tant verbal com no verbal, tal com he esmentat, utilitzaré una càmera de vídeo per enregistrar l'entrevista, i a més a més, durant aquesta realitzaré anotacions. És a dir, que en relació al mètode emprat, realitzaré l'anàlisi de text lliure a través de codis⁴².

A l'hora d'analitzar les dades cal seguir una sèrie de passos^{39,40,42}:

- **Transcripció:** Ja que utilitzaré la càmera durant les entrevistes, realitzaré una transcripció paraula a paraula d'aquestes, per així poder tenir tota la informació a format paper i poder analitzar-la amb més facilitat i eliminar tot allò enregistrat.
- **Codificació:** Un cop obtingut el text realitzaré una lectura en profunditat i el desmembraré en categories i les classificaré a cadascuna mitjançant un codi per així establir similituds i diferències entre la resta de parts.
- **Identificació dels temes:** Mitjançant els codis, agruparé la informació i desenvoluparé els temes rellevants que apareguin en la informació proporcionada pels participants per a poder elaborar una explicació integrada (construcció de models conceptuals).
En relació a aquests, utilitzaria la tècnica de codificació inductiva, la qual no té codificació prèvia a les dades, sinó que es realitzen a partir de la obtenció d'aquestes. Alguns autors ho defineixen com "la sensació del codi en us i no de codi genèric per a molts casos", fent referència a que representa de forma més fidel les dades.
- Finalment, un cop identifiqui els temes, intentaré conèixer què suposa per a una persona el fet d'ésser hospitalitzada a una unitat d'aguts de salut mental, quin significat li atorga a aquesta vivència, què suposa la seva família per ell o ella, quins

punts de suport té (si creu que els necessita), quina és la seva realitat, i des de una mirada purament infermera, arribar a conèixer com ajudar i tenir cura d'aquesta persona des de la comprensió.

Donat que en aquest cas em tracto d'una investigadora novell, considero necessari utilitzar la Triangulació d'investigadors per a l'anàlisi de totes i les mateixes dades, mitjançant la col·laboració d'un/a Infermer/a expert/a en investigació qualitativa, i un/a altre/a en Infermeria de Salut Mental, per tal d'evitar algunes de les meves limitacions que suposa la meva inexperiència^{39,40}.

En els apartats anteriors on intervé la figura d'una persona i en funció de la seva edat (estratègies de mostra, mostreig, recollida de dades i anàlisi), intervenen aspectes ètics i legals que s'han de tenir en compte i que a continuació del següent apartat es troben argumentats³⁹.

2.3. Recursos humans, materials i econòmics

Per al desenvolupament de l'estudi serà necessària en primer lloc com a recursos humans, la participació d'un infermer per cada escenari d'estudi per la selecció dels participants, i dos infermers per a la triangulació de dades, un d'ells expert en investigació qualitativa i un altre en salut mental. En segon lloc, en relació als recursos materials serà necessària una càmera de vídeo per enregistrar les entrevistes, una sala disponible a cada centre per a la realització d'aquestes, i el material d'oficina necessari per als consentiments informats i les anotacions que realitzaré durant les entrevistes. Finalment, en relació als recursos econòmics, serà necessari destinar una part del pressupost per als desplaçaments als centres.

2.4. Aspectes ètics i jurídics

En la actualitat, el desenvolupament d'un projecte d'investigació està reglat per un marc conformat de normes tant ètiques com jurídiques, que han d'anar lligades en qualsevol acció relacionada amb l'estudi i s'han de manifestar en el mateix i en totes les seves etapes. Considero primordial destacar que les directrius ètiques i la legislació vigent (Conveni Europeu de Bioètica, 2000) fan prendre en especial consideració a les persones menors d'edat i/o amb trastorns mentals^{43,44}.

En primer lloc i en relació a la llibertat de la persona, és necessari respectar el Dret a la lliure decisió. Cal tenir en compte, que totes les persones són persones amb autonomia, i per tant, disposen del dret de viure la vida de la forma que considerin més correcta, prenent qualsevol decisió sense coaccions ni controls externs a aquesta³⁸.

Una persona és considerada com un ésser autònom en un projecte d'investigació quan l'investigador l'informa sobre l'estudi, li permet decidir lliurement si participar o no en aquest, i retirar-se en el moment que desitgi, sense rebre cap tipus de penalització^{38,41}.

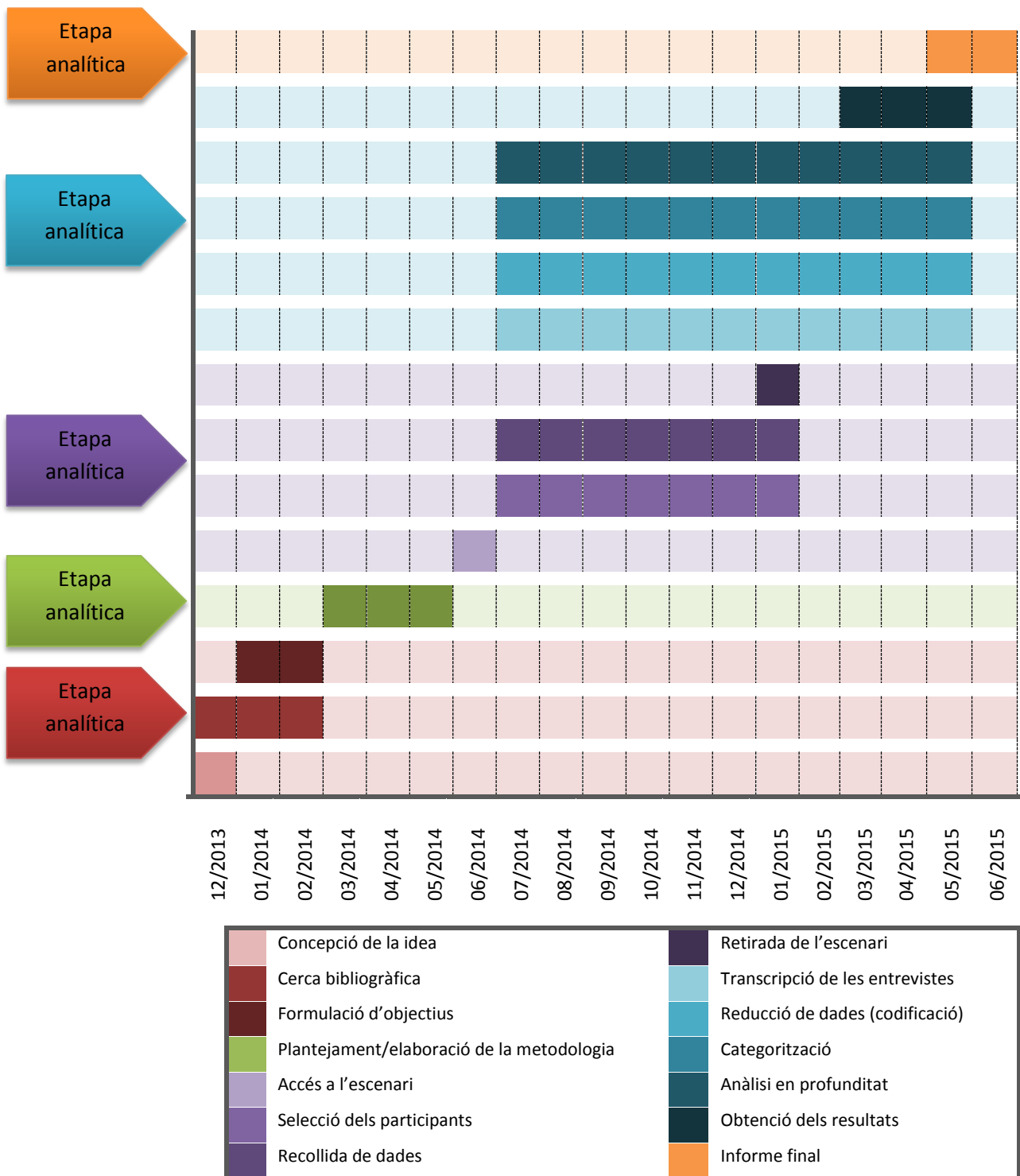
Per tant, es tindrà en compte en tot moment, que la decisió de participar i en la mesura que desitgi quant a la revelació d'informació, resideix en la persona i no en l'investigador, i en el primer contacte amb els participants, que es realitzarà juntament amb la infermera investigadora, cadascun serà informat adequadament sobre els objectius, els mètodes (aclarirem l'ús de gravadora durant les entrevistes i que un cop transcrites seran eliminades) i el contingut general de l'estudi, tant de forma verbal adaptant-nos al nivell de comprensió de la persona, aclarint-los la possibilitat de canviar de decisió i abandonar el projecte en qualsevol moment sense cap tipus de conseqüència afegida, i de forma escrita mitjançant el consentiment informat que per a iniciar l'estudi, hauran d'haver signat un cop ens cerciorem de que la persona ha comprès tota la informació proporcionada.

D'altra banda, es respectarà en tot moment el Dret a la intimitat, a l'anonimat i a la confidencialitat. Aquest dret, és la llibertat de la que disposa la persona de decidir el moment, la extensió i les circumstàncies en les que aquesta decideix que la informació que incumbeix la seva vida privada sigui coneguda, compartida o revelada a altres persones⁴¹. Per tant, d'acord amb el respecte als drets de la persona, ja que tot i que en aquest cas l'anonimat no és absolut per que tant els investigadors com a captadors i jo com a investigadora/entrevistadora, coneixerem la identitat dels participants, aquests seran informats del nostre compromís de mantenir l'estricta anonimat i confidencialitat en relació a les seves dades personals. Per tal d'assegurar que les seves dades no puguin ser transmeses de cap forma, també informaré als participants sobre el meu compromís d'eliminar els vídeos enregistrats durant les entrevistes posteriorment a la transcripció i anàlisi de les dades.

Per finalitzar, cal afirmar que alhora serà respectat el dret a la dignitat, creences, intimitat i pudor de tots els participants en tot moment.

2.5. Cronograma

A continuació presento el cronograma del projecte en relació al temps i les fases que s'han de seguir tal com he exposat amb anterioritat, el qual serveix de guia en el moment de dur a terme l'estudi. Tot i això, degut a que aquest es tracta d'un estudi de disseny emergent, i per tant la finalització i la recollida de dades depèn de la riquesa de la informació que s'obtingui fins l'arribada a la saturació teòrica, el temps és estimat⁴⁰.



3. Consideracions finals

3.1. Limitacions de l'estudi i propostes de millora

Donat que qualsevol projecte es pot sotmetre a crítica, i de fet considero que és un exercici important per part d'un investigador plantejar-se les mancances i les possibles millores que es poden aportar a l'estudi. Es donen projectes en els quals prèviament a l'inici de la recollida de dades es realitza una prova pilot per observar, verificar i eradicar errors⁴⁰.

Limitacions/Punts febles

Quant als punts febles que considero important destacar és en primer lloc la meua escassa experiència amb la investigació i en especial amb la investigació qualitativa, ja que això em pot comportar una sèrie de mancances en primer lloc a l'hora de la recollida de dades en relació a la influència que pugui causar sobre els participants i a les meves habilitats com a entrevistadora, en segon, en relació a l'anàlisi d'aquestes, al qual pretenc donar solució mitjançant la triangulació d'investigadors, i per acabar, en relació a les carències i dificultats relacionades amb l'argumentació, l'expressió escrita i l'ús de la documentació necessària per a la elaboració del projecte⁴⁰. D'altra banda, en relació a les estratègies de recollida de dades, el fet de realitzar les entrevistes cara a cara, implica que l'estudi suposi un major cost econòmic degut principalment als desplaçaments⁴⁰. Finalment, és molt important tenir en compte els biaixos que poden interferir en els resultats que s'obtinguin a l'estudi, ja que tal com he afirmat amb anterioritat, l'encontre que es produeix entre l'investigador i el participant és un encontre intersubjectiu on implica la subjectivitat (valors, creences, estereotips, etc.) de cadascun d'ells^{39,40}.

Punts forts

Quant als punts forts trobo rellevant destacar la mirada des de la qual està enfocat el projecte, ja que és des d'una mirada infermera basada en el coneixement profund de les realitats, per assolir objectius d'aquest mateix caire. Per tal d'arribar a aquest coneixement, plantejo una estratègia de recollida de dades que tot i suposar limitacions a nivell econòmic i relacionades amb la meua inexperiència com a investigadora, permet tant a la persona com a mi en aquest cas, expressar-nos amb major llibertat sense abandonar els temes que han de ser abordats, afavorint una major participació de l'entrevistat, i arribar a qüestions més complexes. D'altra banda, cal tenir en compte que a partir d'aquest estudi de tipus qualitatiu, es poden identificar aspectes clau a considerar de cara a la realització d'altres estudis tant de la mateixa metodologia com quantitativus⁴⁰. Per finalitzar, tal com esmento al marc teòric, cal destacar la

poca producció científica que hi ha a nivell nacional en especial, respecte el tema en qüestió. Per tant, considero que la realització d'aquest estudi pot suposar una gran aportació de coneixement tant a nivell personal com pel creixement del coneixement infermer.

Propostes de millora

Donat que aquest estudi es tracta d'un disseny emergent, és a dir, que es desenvolupa en funció de la evolució i per tant poden aparèixer nous elements durant les distintes fases del projecte, considero viable la possible intervenció d'una nova figura com un professional de la psicologia per a la realització d'anotacions durant les entrevistes, ja que degut a la meva inexperiència i la complexitat que suposa el procés simultani de recollida i anàlisi de dades durant l'encontre amb els participants, poden aparèixer dificultats i per tant, considero que seria una bona forma de solucionar-ho⁴⁰. Seguint en la mateixa línia en relació a la meva inexperiència com a investigadora, el mètode de codificació que plantejo utilitzar requereix que l'investigador sigui molt sensible al context per captar tota la informació que la persona transmet, i jo tot i que recorro a la triangulació d'investigadors per solucionar aquesta mancança em considero inexperta, per tant, trobo viable l'ús de codis inicials en relació a les condicions, interaccions entre actors, estratègies i tàctiques i conseqüències. Per exemple, en el cas del codi de condicions buscaria paraules com *per que, des de...*, o bé, en el cas de les conseqüències paraules com *degut a, com a resultat de...*, etc. Per finalitzar, en un dels estudis en el qual m'he basat per a elaborar el marc teòric, la població diana era la població immigrant de EEUU, i per tant, la barrera idiomàtica no estava contemplada com un criteri d'exclusió. A diferència d'aquest, com es pot observar, en el meu projecte si que ho suposa, degut al fet de necessitar una persona intermediària per poder comprendre el que la persona pretén transmetre, i per tant, considero que seria interessant la realització d'un estudi posterior on dites persones fossin incloses sempre i quan l'investigador fos qui conegués la llengua de les persones a les quals es dirigís sense necessitat d'un intermediari, per així aconseguir una recollida d'informació productiva⁴⁰.

3.2. Competències adquirides, autoavaluació i nivell de satisfacció

La realització d'aquest treball m'ha resultat una tasca realment complexa degut a la meva inexperiència amb la investigació i la elaboració d'un projecte científic, però alhora m'ha aportat un gran creixement a nivell de coneixements, a nivell personal, i com a infermera.

D'una banda, referent a l'àmbit de l'atenció infermera a la salut mental, he reafirmat la meva creença en la complexitat que suposa l'abordatge integral de les persones que pateixen

trastorns mentals. És cert que desconeixem la fina línia que separa la ment humana dels processos fisiològics al quals es troba lligada, però realment considero que no s'han de separar, donat que concebo i crec que s'ha de concebre a la persona com un tot on tots els factors que conformen la seva vida i les seves experiències actuen de forma interrelacionada. D'altra banda he pogut comprendre en una major mesura gràcies a la consulta bibliogràfica tot allò que suposa el fet d'hospitalitzar a una unitat d'aguts de salut mental, pel que crec que s'hauria de fer un pas més enllà des de la educació sanitària i arribar a resta de la població, als estereotips, a l'estigma. I sóc conscient de la complexitat del que plantejo, però és evident que tot i la evolució que ha patit la societat en els darrers anys, aquesta situació encara és present, i no sols a la salut mental, sinó que també amb d'altres realitats com per exemple l'VIH, i per tant, trobo que des de la infermeria és important abordar-ho començant des de la comprensió de la pròpia persona que ho pateix.

D'altra banda, en relació a la elaboració del treball, puc dir que a l'inici del projecte no era conscient de la complexitat d'aquest tipus d'investigació, doncs és tant complexa com l'objecte d'estudi. En primer lloc he après la importància de l'objectiu que promou la realització de l'estudi, ja que s'ha de construir un marc teòric sòlid, per així donar coherència i cohesió al treball, d'on he après la importància d'una bona recerca bibliogràfica i una lectura crítica i estricta de cada font, ja que no sols ha de parlar del tema en qüestió, sinó que hem d'anar més enllà i tenir en compte l'impacte i la validesa d'aquesta, tant des de l'autor, com de l'any de publicació. I alhora, la elecció d'una metodologia adient als objectius. En relació al tipus de metodologia emprada i la posada d'aquesta en escena, m'he adonat de la preparació i la formació que ha de tenir un investigador, doncs no sols es tracta de conèixer la metodologia i el gran ventall de temes que abasta, sinó que també de les habilitats comunicatives que s'han de desenvolupar per aconseguir una recollida productiva d'informació, en el cas d'aquest projecte ja que plantejo la realització d'entrevistes. Seguint en la mateixa línia, cal destacar la rellevància d'establir un clima que indueixi a la confiança durant el contacte amb els participants, i considero oportú retornar a la relació terapèutica i emprar les habilitats i aptituds que aquesta requereix per així aportar una actuació de caire infermer des de la mirada infermera. Per acabar, en relació als aspectes bioètics i legals que he hagut de tenir en compte per a la realització del treball, penso que és molt important que es tinguin presents en tot moment durant qualsevol activitat científica, ja que cal ser rigorosos amb els drets dels que totes les gaudim, i ja no sols amb els drets relacionats amb l'anonimat i la confidencialitat, sinó els relacionats amb el dret a la lliure decisió. Considero que tot investigador ha de tenir molt present que a l'hora de captar als participants, és tant possible que acceptin com que no, i que

tot i que el seu objectiu sigui que la seva resposta sigui positiva, ha de tenir molt present no coaccionar-los i que els que participin a l'estudi sigui per pròpia voluntat.

M'agradaria destacar un aprenentatge en especial que m'ha permès adquirir en una major mesura la realització del treball de fi de grau, però que alhora m'ho han permès els quatre anys que han comprès els meus estudis d'infermeria. L'aprenentatge ha estat el creixement en les meves capacitats crítiques i autocrítiques. Considero que per créixer a nivell professional, és important desenvolupar actituds i aptituds que motivin a la reflexió i la crítica constructiva amb objectius de millora, i que l'exercici personal d'autocrítica en especial, permet, ens permet a les persones adonar-nos del punt en el que ens trobem sobre qualsevol situació i corregir-la o adaptar-nos-hi mitjançant el desenvolupament de les habilitats necessàries, i m'he adonat que al cap i a la fi, aquesta aptitud és una de les que vull que em conformin com a futura professional infermera, doncs la infermeria és un procés avaluatiu constant, tant de la persona, com de les nostres accions, com de nosaltres mateixos, l'equip, la institució, etc., i arrel d'aquest acte de crítica-autocrítica és quan podem plantejar preguntes d'investigació, i com a mínim créixer en coneixement.

Per tant, estic molt satisfeta ja tan sols pel coneixement que he adquirit durant la realització del treball, però en especial per que tot i que m'ha suposat un gran esforç i una gran dedicació, m'ha permès posar en pràctica totes les nocions teòriques i coneixements que he adquirit durant els meus estudis, i alhora, m'ha conduït a construir finalment, el tipus de professional infermera que vull ser. Una professional que basi la seva pràctica en la individualitat de cada persona, entenent-la com un ésser únic, i tenint cura d'aquesta des de la comprensió de la naturalesa de la seva realitat.

4. Annexes

4.1. Annex I: Glossari

Cultura: Conjunt de coneixements, models de vida, costums, llengua, procedència, valors, creences, etc., que permeten a la persona desenvolupar els seu judici crític.

Estigma: Atributs (etiquetes) que generen una resposta negativa o rebuig per part de la societat.

Holisme: Doctrina que promou la concepció de cada realitat com un tot diferent a la suma de les parts que la conformen.

Humanisme: Corrent filosòfica basada en la concepció integradora dels valors humans.

Ingrés hospitalari: Acte de ser admès a una institució sanitària en funció de les necessitats que presenti la persona amb la finalitat de rebre les cures pertinents.

Tipus:

Ingrés civil ordinari: Ingrés programat prèviament.

Ingrés civil urgent: Ingrés realitzat de forma imminent al detectar les necessitats de cures.

Ingrés involuntari: Ingrés realitzat sense el consentiment de la persona implicada.

Ingrés penal: Ingrés conseqüència d'un procés penal.

Ingrés voluntari: Ingrés realitzat amb el consentiment de la persona implicada.

Malaltia mental: Síndrome o patró comportamental o psicològic clínicament significatiu que apareix associat a un malestar (per exemple el dolor) i/o a una discapacitat (per exemple el deteriorament d'una o més àrees del comportament)

Malestar (*illness-disease*): Leininger diferencia dos conceptes, *illness* i *disease*. El concepte de *disease* fa referència a la malaltia com a procés fisiològic, el diagnòstic i el tractament. D'altra banda, el concepte *illness* es relaciona amb l'experiència cultural, interpersonal i personal de la malaltia, és a dir, els problemes que la persona o la família perceben quan la primera viu un procés de malaltia, i com viu amb la malaltia.

Relació terapèutica: Procés on s'origina un encontre cultural entre la infermera i el pacient/família, on l'únic propòsit del professional és el benestar del pacient.

Salut mental: Estat de benestar en el que l'individu és conscient de les seves pròpies capacitats, pot afrontar les tensions normals de la vida, pot treballar de forma productiva i fructífera, i és capaç contribuir a la comunitat

4.2. Annex II: Carta de petició d'accés al centre

Títol de l'estudi: *Més enllà de l'experiència. Aproximació fenomenològica al significat de l'ingrés a una unitat d'aguts de salut mental.*

Investigadora: Ana Celia Codina Rodríguez

L'estudi que jo Ana Celia Codina Rodríguez, estudiant de quart d'infermeria de la Escola Superior d'Infermeria del Mar (adscrita a la Universitat Pompeu Fabra), pretenc dur a terme, té com a objectiu principal conèixer el significat que atorguen les persones a l'experiència de ser ingressades a una unitat d'aguts de salut mental. Alhora, pretenc conèixer allò que suposa des de la perspectiva dels professionals d'infermeria i dels familiars dels pacients, per així comprendre en profunditat l'experiència de les persones hospitalitzades i els factors que intervenen en aquesta.

Per a poder realitzar l'estudi ha estat necessària l'aprovació del Comitè d'Ètica de la Universitat Pompeu Fabra. I per tant, em dirigeixo a vostè _____ per a que com a director/a i responsable del la institució _____ em cedeixi l'autorització pertinent per tal d'accedir a la mostra necessària per a l'estudi, utilitzant com a espais físics una sala per a realitzar una sessió informativa inicial als professionals de les unitats d'aguts per a que coneguin l'estudi i oferir-los participar a l'estudi tant per a ser entrevistats com per a la selecció i captació de la resta de participants (pacients i familiars) ja que ells són qui coneixen els casos i em poden proporcionar la informació i les dades necessàries per realitzar una elecció de possibles participants. D'altra banda seria necessària una sala/despatx/consulta per a realitzar entrevistes individuals a cadascun dels participants. Considero essencial mencionar que durant aquestes s'utilitzarà una càmera de vídeo per a enregistrar-les, per així, durant l'anàlisi en profunditat posterior a la recollida de dades poder retornar a aquestes i transcriure tant la comunicació verbal com la no verbal, i per tant, un cop transcrites, els vídeos enregistrats seran eliminats.

Les dades que s'obtinguin seran codificades, de tal forma en la que no apareixerà cap que desvetlli la identitat de la persona, respectant el dret a l'anonimat i la confidencialitat tant durant la realització de l'estudi com en la transferència del coneixement adquirit (publicació de dades a revistes conferències, congressos, etc.)

He llegit aquest document i he estat correctament informat/ada sobre la finalitat d'aquest i els seus requeriments. Per tant, cedeixo de forma voluntària sense cap tipus de coacció l'autorització a Ana Celia Codina Rodríguez d'accedir a la Institució _____

per al desenvolupament del projecte d'investigació esmentat.

Nom del/la director/a _____

Signatura del/la director/a

Signatura de la investigadora

Barcelona a, _____ de _____ de 2014.

4.3. Annex III: Consentiment informat

Títol de l'estudi: *Més enllà de l'experiència. Aproximació fenomenològica al significat de l'ingrés a una unitat d'aguts de salut mental.*

Nom de la investigadora: Ana Codina Rodríguez

Institució on es realitza l'estudi: _____

Tal com especifico al document, el meu nom és Ana Codina Rodríguez, estudiant d'infermeria de l'Escola Superior d'Infermeria del Mar (adscrita a la Universitat Pompeu Fabra), i em complau convidar-lo/la a participar a l'estudi que pretenc dur a terme. Abans d'aportar cap informació, cal destacar que aquest document té com a finalitat informar-vos a tots els possibles participants sobre la finalitat d'aquest estudi, allò que implica i el rol que desenvolupareu en aquest. La participació és completament voluntària i es pot abandonar l'estudi en el moment que cregui convenient. Per tant, un cop hagi entès l'estudi i si desitja participar, haurà de firmar el present document en forma de consentiment i se li entregarà una còpia signada.

Aclariments:

- La seva participació en aquest estudi es completament voluntària.
- No suposarà cap conseqüència negativa per a vostè en el cas de no acceptar participar.
- Si decideix participar, pot retirar-se en el moment que ho desitgi, havent d'informar o no de la seva decisió.
- L'estudi no suposarà cap despesa econòmica per a vostè.
- No rebrà cap compensació econòmica per participar a l'estudi.
- Durant l'evolució de l'estudi podrà sol·licitar informació actualitzada sobre aquest.
- Les dades personals de cadascun dels participants serà mantinguda en estricta confidencialitat i anonimata.

La finalitat d'aquest estudi és la de conèixer i comprendre el significat de l'ingrés en una unitat d'aguts de Salut Mental des de la perspectiva dels pacients en especial, i alhora dels familiars i dels professionals per comprendre l'experiència en profunditat.

Si accedeix a participar a l'estudi, se li sol·licitarà respondre a una entrevista que tan sols suposarà una petita part del seu temps. Durant aquesta s'utilitzarà una càmera de vídeo que enregistrarà tant la seva imatge com la seva veu, de mode que un cop s'hagin d'analitzar les entrevistes puguin ser transcrites (un cop transcrites els vídeos seran eliminats).

La informació que es recopili serà estrictament confidencial i no serà utilitzada per a cap finalitat que no sigui la d'aquesta investigació. Alhora serà codificada, i per tant anònima.

Si té qualsevol dubte sobre l'estudi pot expressar-lo en qualsevol moment de la seva participació. Si alguna de les preguntes durant l'entrevista li resulten comprometedores, té el dret de fer-ho saber i no respondre.

Gràcies pel seu temps.

Jo, _____ a dia de ___ de _____ de 201_, accepto participar voluntàriament en aquesta investigació sense esperar cap remuneració.

He estat informat/ada de l'objectiu del projecte i del rol que hi desenvoluparé (entrevistat/ada), alhora que de que la informació que proporcioni serà estrictament confidencial i no serà utilitzada per a cap finalitat aliena a l'estudi. Reconec que puc realitzar preguntes sobre el projecte en qualsevol moment i em puc retirar d'aquest, sense suposar cap conseqüència per a mi.

Conec que em serà entregada una còpia d'aquest consentiment i que puc sol·licitar informació sobre els resultats de l'estudi quan aquest hagi finalitzat.

Signatura del participant

Signatura de la investigadora

Barcelona, _____ de _____ de 20__.

4.4. Annex IV: Guia per a l'entrevista semiestructurada

Salut mental

Com veus a les persones amb trastorns mentals? / I abans de la teva experiència amb la salut mental? / Què t'ha fet canviar d'opinió? (...)

Ingrés/Hospitalització

Què vas sentir quan es va comunicar el diagnòstic? / Què va suposar per a tu ingressar? (...)

Malestar

Què és el que et provoca més malestar en relació a l'ingrés? / Com creus que podria millorar? / Què creus que et podria ajudar per a sentir-te millor? (...)

Estigma/Auto-estigma

Com et veus a tu mateix? I a la malaltia? I a ambdós com una unitat? / Què penses quan veus a la resta de persones ingressades? (...)

Autonomia

Fins a quin punt sents que arriba la teva autonomia? / Com t'agradaria que fos? / Què significa per a tu ser autònom? (...)

Seguretat

Com et sents més segur? / Què és allò que t'aporta seguretat? / Què penses sobre les mesures de seguretat emprades pel centre? (Portes tancades, contencions, personal de seguretat, etc.) (...)

Relació terapèutica

Què suposen per a tu els professionals d'infermeria? / Creus que pots confiar en els professionals del centre? (...)

5. Bibliografía

1. Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. Rubí: European Observatory on Health Systems and Policies, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
2. National Institute of Mental Health. Statistics Retrieved. 2009. Disponible en [Disponible a: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/statistics/index.shtml>.] [Consultat el 13/12/2013].
3. Womble, D. Introducción a la enfermería de la salud mental. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012; 2-34,91-119.
4. Marriner Tomey, A., Raile Alligood, M. Modelos y teorías de enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2011: 50-51, 335-365.
5. López-Ibor Aliño, J.J. et. al. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson;2007; XXIX.
6. Barrios Flores, L.F. El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012; 32(116): 829-847.
7. Bowers, L. Reasons for admission and their implications for the nature of acute inpatient psychiatric nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2005; 1(2): 231-236.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders text revision. 4ª ed. Washington DC: Author;2000.
9. Institut Municipal d'Assistència Sanitària. Acollida del malalt/usuari a la unitat d'hospitalització de salut mental. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona; 2008.
10. Casarotti, H. Reflexiones sobre responsabilidad médica en Psiquiatría. Rev Psiquiatr Urug; 2004; 68(2): 181-193. [Disponible a: http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/05_reflexiones.pdf].
11. Vega Vega, C., Bañón González, R.M., Fajardo Augustín, A. Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales. Atención Primaria: 2010; 42(3): 176-182. [Disponible a: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet? f=7032&revistaid=27] [Consultat el 13/12/2013].
12. Mayoral, F., Torres González, F. La utilización de medidas coercitivas en psiquiatría. Actas Españolas de Psiquiatría. 2005; 33(5): 331-338. [Disponible a: <http://www.stmeditores.com/Generalitats/fStm.php?Mw%3D%3D&ZmZhc2NpY3Vsbnw%3D%3D&MTg%3D&NjEx&>.] [Consultat el 13/12/2013].
13. Moreno Poyato, A.R., Bádenas Orts, L., Suárez Pérez, R. Autonomía y competencia en las unidades psiquiátricas de enfermos agudos. Metas de Enfermería. 2013; 16(7): 50-53.
14. McGuinness, D., Dowling, M., Trimble, T. Experiences of involuntary admission in an approved mental health centre. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2013; 20: 726-734.

15. Johansson, I.M., Lundman, B. Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2002; 9(6): 639-647.
16. Van der Voort, T.Y., Goossens, P.J., Van der Bijl, J.J. Burden, coping, and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007; 14(7): 679-687.
17. Iversen, V.C, Berg, J.E., Smavik, R., Vaaler, A.E. Clinical differences between immigrants voluntarily and involuntarily admitted to acute psychiatric units: a 3-year prospective study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011; 18: 671-676
18. Hopkins, J.E., Loeb, S.J. Fick, D.M. Beyond satisfaction, what service users expect of inpatient mental health care: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2009; 16: 927-937.
19. Lipson, J.G. Cultura y Cuidados de Enfermería. *Index de enfermería*. 2000; 28(29):19-25. [Disponible a: http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php] [Consultat el 13/12/2013].
20. Velasco, R. De-construyendo el estigma en la salud mental. *Psychology, Society, & Education*: 2013; 5(1): 91-102.
21. López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A.M., Aparicio, A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*: 2008; 28(101): 43-83.
22. López, M., Laviana, M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas para el debate desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*: 2007; 27(99): 187-223.
23. Goffman, E. El estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu; Buenos Aires: 1989.
24. Videbeck, S.L. Enfermería psiquiátrica. 5ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012: 8-14, 80-124, 156-161.
25. López-Ibor Aliño, J.J. et. al. Retos para la psiquiatría y la salud mental en España. Barcelona: Fundación Lilly, Ars Médica; 2003.
26. American Nurses Association. Psychiatric-mental health nursing: Scope and standards of practice. Silver Spring MD: Nursebooks; 2007.
27. Beltrán Salazar, O.A. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de enfermería. *Investigación y educación en enfermería*. 2006; 24(2): 144-150.
28. Cibanal, J.L. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010.
29. García Marco, M.I., López Ibort, M.N., Vicente Edo, M.J. Reflexiones en torno a la Relación

- Terapéutica ¿Falta de tiempo?. *Índex de Enfermeria*. 2004; 4(7): 44-48.
30. Ortiz de Zárate San Agustín, A. et. al. Trastorno mental grave de larga evolución. Barcelona: Elsevier Masson; 2010: 1-9.
 31. Beltrán Salazar, O.A. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de enfermería. *Investigación y educación en enfermería*. 2006; 24(2): 144-150.
 32. López, M.E., Vargas, L.R. La comunicación interpersonal en la relación enfermera-paciente. *Revista de Enfermería*. 2002; 10(2): 93-102.
 33. Leininger, M.M., McFarland, M.R. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2ª ed. Jones and Bartlett; Sudbury: 2006.
 34. Moreno Poyato A.R., Tolosa Merlos, D. La relació terapèutica: més enllà de l'aptitud. *Revista ROL de Enfermería*: 2013; 36(12): 818-823.
 35. Lipson, J.G. Cultura y Cuidados de Enfermería. *Index de Enfermería (edició digital)*. 2000; 28(29): 19-25. [Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php] [Consultat el 13/12/2013].
 36. De Vito, J.A. The interpersonal communication handbook. 12ª ed. Boston: Pearson Education; 2008.
 37. Miguel Martínez, M. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista IIPSI. Facultad de Psicología UNMSM*. 2006; 9(1): 123-146.
 38. Burns, N., Grove, S.K., Gray, J. Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
 39. Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O., Vivar, C.G. Investigación cualitativa. Manual para principiantes. España: Eunate; 2012.
 40. Miguel Martínez, M. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista IIPSI*. 2006; 9(1): 123-146.
 41. Gerrish, K., Lacey, A. Investigación en enfermería. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2008.
 42. Icart Isern, M.T., Fuentelsaz Gallego, C., Pulpón Segura, A.M. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Barcelona: EUB, Edicions Universitat de Barcelona; 2001.
 43. Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Sevilla. Principios éticos que deben regir la experimentación con sujetos humanos. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2005.
 44. Consejo general de Colegios Oficiales de médicos. El consentimiento informado en la práctica médica. Madrid: OMC; 2010.