



## **MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA: UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA**

**Antonio Rafael Moreno Poyato**

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

Antonio Rafael Moreno Poyato

MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS  
CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS  
DE PSIQUIATRÍA

TESIS DOCTORAL dirigida por:

Dra. Pilar Montesó Curto

Dra. Pilar Delgado Hito

Departamento de Enfermería



Barcelona, 2016

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato



SE HACE CONSTAR que el presente trabajo, titulado “MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA: UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA”, que presenta **Antonio Rafael Moreno Poyato** para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo nuestra dirección en el Departamento de Enfermería de esta universidad.

Tarragona, abril de 2016

Las directoras de la tesis doctoral,



**Dra. Pilar Montesó Curto**



**Dra. Pilar Delgado Hito**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato

A **Andrea, Dani** y **Elsa**, mis hijos,  
por ser la luz que alumbra mi camino,  
y a **Antonio** y **Rafi**, mis padres,  
por habérmelo mostrado.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis directoras de tesis, las doctoras Pilar Montesó Curto y Pilar Delgado Hito, por haber confiado en mí y haberme guiado a lo largo del recorrido en esta travesía.

A Valle y a Susana, por su cariño y compañía, y sobre todo por el desgaste ocasionado, siempre os querré. A Fran y a Alberto por permanecer ahí incondicionalmente.

A Marta, por pensar y creer en mí, y a Óscar, por hacerme pensar y creer.

A todo el equipo de investigación MERTCEATE, por su participación y su tiempo.

Al Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona, por haber financiado esta investigación a través del proyecto: Mejorando la relación terapéutica en los cuidados enfermeros a través de la evidencia. Una investigación–acción participativa en unidades de agudos de psiquiatría (PR: 1915-14). A la Fundación IMIM por su soporte y por la ayuda a la impresión y encuadernación de este trabajo.

A Manel, por ser el inicio, a Carmen, Xavi, Diana, Luís, Teresa y, a muchos otros, que han aportado su granito de arena desinteresadamente.

Y sobre todo, a todas las enfermeras participantes en el grupo MERTCEATE: Anna M., Blanca, Rosa, Jose, Pedro, Inma, Juan, Vane, Anna E., Neus, Angels, Raul y Clemente. Gracias a ellas se ha podido desarrollar y llevar a buen puerto esta investigación. Gracias a ellas que han confiado, que han creído, que han trabajado y que se han ilusionado con que, a pesar de todo, siempre se puede mejorar...

*Muchas gracias a todos y a todas*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato

## CONTENIDO

### INTRODUCCIÓN

### PARTE PRIMERA: PERSPECTIVA TEÓRICA

#### CAPÍTULO I. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

1. Introducción .....	11
2. Enfermería y Relación Terapéutica.....	12
3. Evolución histórica de la Relación Terapéutica.....	14
4. La Relación Terapéutica desde la mirada teórica.....	17
5. La Relación Terapéutica desde la práctica clínica .....	21
6. Consideraciones finales.....	26

#### CAPÍTULO II. HACIA UN MODELO INTEGRADOR DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA: CONSTRUYENDO PUENTES QUE UNAN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA REFLEXIÓN TEÓRICA

1. Introducción .....	33
2. Los fundamentos de la Relación Terapéutica .....	34
3. Las fases de la Relación Terapéutica .....	35
4. Los atributos para un adecuado establecimiento y desarrollo de la Relación Terapéutica.....	38
5. Consideraciones finales.....	41

#### CAPÍTULO III. DEL PARADIGMA AL MÉTODO

1. Introducción .....	43
2. Del posicionamiento paradigmático al planteamiento de la investigación .....	44
3. La Investigación-Acción Participativa como método para mejorar los cuidados en las unidades de agudos de psiquiatría .....	46
4. Consideraciones finales.....	50

## **PARTE SEGUNDA: PARTE EMPÍRICA**

### **CAPÍTULO IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

1. Introducción.....	53
2. Pregunta de investigación.....	53
3. Objetivos de investigación .....	53
4. Hipótesis.....	55

### **CAPÍTULO V. PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO**

1. Introducción.....	57
2. Tipo de diseño .....	57
2. Ámbito de estudio .....	59
3. Período de estudio .....	60
4. Participantes del estudio.....	61
5. Técnicas, procedimientos y análisis de los datos .....	62
6. Rigor metodológico.....	75
7. Aspectos éticos .....	76

### **CAPÍTULO VI. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS**

1. Introducción.....	79
2. Características de la muestra .....	79
3. Fase 1: Resultados cuantitativos pre Investigación-Acción Participativa.....	81
4. Fase 2: Resultados cualitativos Investigación-Acción Participativa.....	88
5. Fase 3: Resultados cuantitativos post Investigación-Acción Participativa .....	196

## CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

1. Introducción.....	209
2. La Relación Terapéutica para las enfermeras de unidades de psiquiatría.....	210
3. Obstáculos para una adecuada Relación Terapéutica en unidades de psiquiatría	215
4. Propuestas de mejora para la Relación Terapéutica en unidades de psiquiatría .	219
5. Efectos del proceso de cambio y mejora de una IAP en unidades de psiquiatría	223
6. La implantación de evidencias científicas: Impacto en la Relación Terapéutica	227
7. Las limitaciones y fortalezas de los resultados .....	231
<b>CONSIDERACIONES FINALES .....</b>	<b>235</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>241</b>
<b>FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN .....</b>	<b>265</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>271</b>

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato

## INTRODUCCIÓN

El siguiente escrito trata de relaciones. Narra las relaciones entre enfermeras y pacientes, las relaciones entre enfermeras y enfermeras, las relaciones entre trabajadores y dirigentes, las relaciones entre investigadores e investigados, las relaciones entre colegas, también trata de relaciones entre compañeros, entre amigos, pero ante todo, trata de relaciones entre personas, de relaciones entre seres humanos.

Quizás las relaciones humanas sea una de las materias más estudiadas a lo largo de la historia de las civilizaciones. Sin embargo, tanto por la capacidad y necesidad comunicativa humana como por la evolución y adaptación de la misma al contexto social, quizás sea también el ámbito de las relaciones humanas aquel con mayor espacio todavía por descubrir y evidentemente motivo de sorpresa para muchos...

En primer lugar, me gustaría poder situar al lector, relatando en primera persona, en los orígenes de mi interés por el tema central de esta tesis doctoral. Por ello, debo hacer un viaje en el tiempo y trasladarme a aquel día en que me propusieron impartir un seminario sobre psicofarmacología a las enfermeras de nueva incorporación del servicio de psiquiatría. Creo recordar que estaba finalizando el año 2004. Aquella clase que me propusieron, formaba parte de un curso de formación junto a otros temas del ámbito de la enfermería de salud mental. ¡Vaya! Me habían propuesto quizás uno de los temas que menos me gustaban de mi profesión: la farmacología. Siempre he pensado que no es congruente enseñar algo en lo que uno no cree demasiado, por este motivo no demoré en tantear al resto de docentes para intentar cambiar ese tema por otro que me fuera más afín. Sin duda, había un tema que

siempre me había generado especial interés, la relación terapéutica. Sin embargo, apenas sabía nada de ella. Menos mal que pude contactar e intercambiar el tema con la docente que debía impartirlo, creo que hoy debiera agradecerle mucho ese cambio. Seguramente, ese fue el momento a partir del cual la relación terapéutica y yo empezamos nuestra “relación”, ¡qué cosas...!.

A medida que la relación avanzaba y nos conocíamos más profundamente, más interesante me parecía. Ya se había convertido en la RELACIÓN TERAPÉUTICA (RT), con mayúsculas. Y es que no puede ser de otra manera, tiene que ser con mayúsculas. De forma inevitable, en el ámbito de la enfermería y concretamente en la enfermería de salud mental, es imposible la impermeabilidad relacional con las personas que cuidamos. A no ser, claro está, que no las consideremos como personas, o como personas de nuestra misma categoría y nivel. Pero eso ya es otra historia....

Siempre me he dedicado a la enfermería psiquiátrica, o sea al cuidado de las personas con problemas de salud mental en situación de crisis, en adelante les llamaré pacientes. Siempre he cuidado a pacientes agudos, a pacientes que he recibido y acompañado desde su entrada por la puerta de urgencias. Muchos de éstos, pacientes que se sienten enfermos, incluso me atrevería a decir que necesitan sentirse enfermos, y que de forma inconsciente utilizan ese papel para su supuesto bienestar. Pero también muchos otros, que ni se sienten enfermos, ni quieren estarlo, y además reniegan de todo aquello que les identifique como tal. ¡Hay que ver!, primera paradoja de nuestro ámbito profesional; cuidar a quien no quiere ser cuidado y tratar de empoderar a su autocuidado al que quiere ser cuidado por el sistema, ¿no resulta contradictorio y a la vez apasionante?.

Evidentemente, uno de los aspectos más importantes en cualquier relación entre personas, es la expectativa que tenga cada una de ellas respecto a los resultados de dicha relación. Si tal y cómo decía en el epígrafe anterior, el paciente psiquiátrico espera respecto a su situación de salud una respuesta generalmente opuesta a la que probablemente reciba por nuestra parte, ya nos podemos imaginar el conflicto relacional que se va a producir entre paciente y enfermera en la mayoría de interacciones. La observación de esta discrepancia entre expectativas, ha ido sucediéndose de forma continuada ante mí durante los últimos años. También es cierto, que no siempre se producen esas diferencias entre las enfermeras y los pacientes. De hecho, cuando el contexto de cuidados y los objetivos de los mismos son diferentes a los habituales, cambia la actitud por ambas partes. Por ejemplo, cuando la interacción se produce sin una demanda a iniciativa del paciente y no tiene que ver con una petición respecto a su situación de salud, el paciente se muestra más afable, y la enfermera se muestra mucho más cercana y relajada. Estos sucesos suelen darse más a menudo con profesionales que tienden a compartir más tiempo con los pacientes y a establecer relaciones de tipo más humanista e igualitarias. Sin embargo, la dinámica de los servicios sanitarios hoy en día, nos lleva a no disponer del tiempo suficiente, y a veces, ni de la motivación a emplearlo...

Siempre he pensado que los equipos necesitan sentirse equipo. Evidentemente un equipo está formado por diferentes personas con diferentes personalidades, inquietudes, actitudes y capacidades profesionales. Pero es ahí, en la disparidad de competencias de los integrantes de un equipo donde reside su riqueza y potencial. Para ello, cada uno de los actores que lo conforman deben sentirse respetados en sus funciones, y por tanto, con la confianza y reconocimiento del resto. El grupo que se siente equipo es capaz de trabajar más y mejor,

rentabiliza sus intervenciones y auto gestiona sus limitaciones y dificultades. Tiene la habilidad de contagiar a los nuevos integrantes y a su entorno, facilitando y creando ambientes más terapéuticos para el cuidado.

Llegados a este punto, ya se poseen todos los ingredientes necesarios para poder presentar y justificar el argumento conductor de esta tesis doctoral. Por tanto, se tratará de enlazar con cierto sentido cada uno de los supuestos expuestos anteriormente con la pregunta de investigación. En primer lugar, se posee a la extraordinaria e imprescindible herramienta enfermera de cuidados, la RT. Sin ella, seguramente la enfermería de salud mental estaría huérfana. Pero por otro lado, se ha mencionado que entorno a ella existen discrepancias entre enfermeras y pacientes en cuanto a su aplicación y a sus objetivos en las unidades de psiquiatría. Además, tal y como se ha podido observar, se debe considerar la importancia del trabajo grupal en equipo. Por tanto, el planteamiento sería: si en el contexto del cuidar a pacientes psiquiátricos no se puede obviar la RT, y ésta resulta que para los pacientes, tal y cómo se aplica, no resulta ni adecuada ni eficaz...¿qué está pasando?. Resultan dos posibles argumentaciones; o no se está aplicando correctamente porque se desconoce cómo se debiera implantar, o existen otras barreras que impiden su adecuado establecimiento. Para el primer caso, se debería asegurar que existan los conocimientos necesarios. En consecuencia, que mejor manera que incluir alguna evidencia científica sobre el establecimiento de la RT para confirmar tal indicio. Respecto a la segunda consideración, una posible respuesta fuera que quizás en el marco del trabajo en equipo y de su reflexión, las enfermeras pueden sentirse más seguras y capaces de indagar en esas limitaciones, y tener la habilidad de plantear alternativas a las mismas. Por tanto, con la finalidad de explorar estas consideraciones surge la siguiente pregunta: ¿Se pueden producir modificaciones y mejoras en la RT que se establece entre enfermeras y pacientes en unidades de agudos de psiquiatría, a través de la implementación de

evidencias científicas mediante un proceso participativo y reflexivo?. Esta será, por tanto, la pregunta que servirá de guía en esta investigación.

Una vez identificados los orígenes junto a la finalidad y justificación, se tratará a continuación de presentar la distribución y contenidos de la presente tesis doctoral. Ésta consta de dos partes, una primera parte que acoge a la aproximación teórica del fenómeno de estudio, y una segunda que comprende la parte empírica propiamente dicha. En la primera parte se presenta la perspectiva teórica de la investigación y consta de 3 capítulos, a través de los cuales se establecen las bases del estudio.

En el primer capítulo, se efectúa una inmersión progresiva en el concepto de RT tanto desde la literatura teórica como desde la literatura empírica. Partiendo de la argumentación de la importancia y necesidad de establecer una adecuada relación entre enfermera y paciente, se realiza un recorrido histórico por las principales enfermeras que han contemplado la RT en el desarrollo de sus modelos teóricos. Posteriormente, se profundiza en la conceptualización de la RT que emerge de la revisión de la literatura científica en unidades de agudos de psiquiatría; tanto desde la perspectiva de las enfermeras como desde la posición de los pacientes. Finalmente, se recoge y confronta, a través una mirada crítica, el posicionamiento conceptual tanto de enfermeras como de pacientes, o sea de las personas que cuidan con la de las personas que son cuidadas.

A lo largo del capítulo II, se construye un marco conceptual formado por la fusión del conocimiento empírico aportado por los resultados de la revisión de la literatura del primer capítulo y la reflexión sobre el conocimiento teórico proporcionado por los modelos teóricos de Cibanal (2010), Peplau (1990) y Rogers (1972). En este capítulo, se desarrollan contenidos

en torno a la definición conceptual de la RT, las fases que se producen en la práctica clínica y los atributos y elementos fundamentales que le son propios.

A través del tercer capítulo, se tratan los aspectos metodológico-epistemológicos de la investigación, cerrando la parte teórica de esta tesis doctoral. La finalidad de este capítulo es argumentar los principios que sustentan la investigación, de tal forma que mediante la respuesta a cada uno de los supuestos que componen los paradigmas de investigación (Guba & Lincoln, 2002), se contextualiza, se enmarca y se justifica la metodología y método seleccionados para abordar el fenómeno de estudio.

En la segunda parte de la investigación se presenta el desarrollo del trabajo empírico realizado. Esta parte está compuesta por cuatro capítulos; la formulación de la pregunta de investigación junto a sus objetivos e hipótesis, el planteamiento metodológico, la descripción de los resultados obtenidos y la discusión de los mismos.

El capítulo IV conforma la formulación de la pregunta de investigación obtenida de la confrontación entre los supuestos ontológicos y epistemológicos de la parte teórica, se definen los objetivos que conducirán el resto del planteamiento metodológico y la hipótesis.

El quinto capítulo constituye el diseño metodológico de la investigación. En este capítulo se describe el ámbito y participantes del estudio, así como los instrumentos para la recogida de los datos, el procedimiento de recogida y el método para su análisis. Finalmente se hace especial mención a los aspectos de rigor metodológico y éticos propios de la investigación.

A lo largo del capítulo VI, se describen los resultados obtenidos del estudio. Los resultados se exponen a medida que van surgiendo en el decurso de la investigación. Se

presentan dentro de cada una de las fases propuestas en el planteamiento metodológico, de tal forma que se puede ir observando la evolución del proceso de forma cronológica.

Es motivo del séptimo capítulo, el proporcionar significado y sentido a los resultados obtenidos. En él, tratando de responder a los objetivos de la investigación, se efectúa una exposición de los principales hallazgos del estudio, delimitando también sus carencias y debilidades. Asimismo, se estudia la relación de los resultados con la literatura empírica y teórica publicada anteriormente.

Para concluir, se ofrecen algunas consideraciones finales que servirán para reforzar la pregunta de investigación planteada y la consecución o no de los objetivos, y se describen todas aquellas implicaciones surgidas del estudio que puedan tener repercusión en los distintos ámbitos de la disciplina enfermera, implicaciones por tanto para la práctica, para la docencia, para la gestión y para la apertura de futuras líneas de investigación.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato

## **PARTE PRIMERA: PERSPECTIVA TEÓRICA**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato

## **CAPÍTULO I**

### **CONCEPTUALIZACIÓN DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA**

#### **1. INTRODUCCIÓN**

En muchas ocasiones, cuando se trata de definir un concepto el ser humano se puede encontrar con grandes dificultades. Por un lado, existen ideas que son difíciles de expresar con palabras. La persona para formar el entendimiento de las mismas, las concibe en relación con su experiencia y aprendizaje de forma más o menos arbitraria. Por otro lado, existen conceptos que son más comprensibles por el entendimiento y que se pueden definir de una forma más sencilla, pero sin embargo, a la hora de operativizarlos en la vida diaria, presentan importantes limitaciones. Quizás en este último patrón, se podría incluir el concepto de Relación Terapéutica (RT). La mayor parte de las enfermeras son conocedoras del significado de la RT, pero muchas de ellas muestran dificultades a la hora de aplicarla en la práctica clínica.

A lo largo del presente capítulo, se efectuará una inmersión progresiva en el concepto central de esta tesis doctoral: la RT. Partiendo del acto fundamental de la disciplina enfermera; el cuidado, y de la definición propuesta por Hildegard Peplau acerca de la enfermería, se pretende argumentar la importancia y necesidad de establecer una adecuada relación entre enfermera y paciente, ya que en torno a ella se construye el marco para poder brindar unos cuidados de calidad en la enfermería psiquiátrica y de salud mental. A continuación, se realizará un recorrido histórico por las principales enfermeras que han

contemplado la RT en el desarrollo de sus modelos teóricos. Recogiendo ulteriormente las principales contribuciones conceptuales al respecto. Posteriormente, se profundizará en la conceptualización de la RT que emerge de la revisión de la literatura científica en unidades de agudos de psiquiatría; diferenciando las aportaciones propuestas por las enfermeras clínicas, de las planteadas por los pacientes hospitalizados. La intención en las consideraciones finales, es recoger y confrontar, desde una mirada crítica, el posicionamiento conceptual de las personas que cuidan con la de las personas que son cuidadas.

## **2. ENFERMERÍA Y RELACIÓN TERAPÉUTICA**

La disciplina enfermera, entendida por Peplau (1990) como “un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud de los individuos...”(p. 14), requiere “per se” de la relación entre seres humanos. De hecho, para Peplau (1990) se trata de “una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda” (p. 5). Es evidente, que la enfermería exige que la persona que cuida -la enfermera-, para poder llevar a cabo su labor interaccione con la persona que es cuidada -el paciente-. Además, para poder cuidar de forma adecuada, el acto debe efectuarse de forma terapéutica. Así, la enfermera se relaciona con el paciente con una finalidad, no lo hace a su libre albedrío. La enfermera tiene como objetivo mejorar el estado de salud del paciente, y pretende hacerlo a través de un proceder científico, metódico y sistemático; el plan de cuidados. Dicho plan contempla de forma secuencial cinco etapas, como son (Alfaro-LeFevre, 1996):

1. la valoración de la situación de salud de la persona a cuidar, considerando en esa valoración de forma crítica y reflexiva la influencia y participación tanto de la familia como

del contexto de cuidados, de tal manera que la enfermera emite su juicio clínico en el que identifica las áreas de salud afectadas y que requieren de su participación.

2. La planificación, dónde la enfermera propone de forma consecuente al juicio clínico emitido, los objetivos de salud que pretende lograr y plantea las intervenciones que llevará a cabo para poder alcanzarlos.

3. A continuación, en la etapa de ejecución, la enfermera lleva a cabo su plan previamente planteado, y

4. finalmente, la enfermera evalúa los objetivos que se había propuesto.

Este proceso del cuidar es continuo y circular. Es decir, la enfermera está constantemente interrelacionando con el paciente, de forma independiente a la etapa del proceso en la que se encuentre (Alfaro-LeFevre, 1996).

En consecuencia, si el método que utiliza la enfermera para desarrollar su profesión es el plan de cuidados, y de forma consustancial a la implementación del mismo, es necesaria la interacción interpersonal entre enfermera y paciente, se podría afirmar que dicha relación forma parte indisoluble del acto de cuidar, y por tanto de la profesión enfermera. Esta interacción en el contexto de cuidados, recibe el nombre de RT.

Evidentemente, en el ámbito de la enfermería de salud mental y debido a la trascendencia e importancia de la relación entre la enfermera y el paciente, no cabe duda que la RT adquiere aún mayor entidad en el proceso de cuidados. De hecho, como señala Scanlon (2006), son múltiples autores internacionales quienes afirman que se trata de “la piedra angular” sobre la cual se ha sustentado la enfermería psiquiátrica y de salud mental. Además, la RT se ha ido

construyendo de forma simultánea a la propia evolución y profesionalización de los cuidados (O'Brien, 2001), la enfermera de salud mental ha hecho y hace uso de sí misma y de su competencia relacional como herramienta de cuidado. Cualquier intervención enfermera sea o no de tipo psicoterapéutico debe implementarse inevitablemente a través de la comunicación humana, y por tanto en el contexto de la interacción interpersonal con el paciente. Evidentemente, en el ámbito de unidades de agudos de psiquiatría, las desestabilizaciones psicopatológicas de los pacientes hospitalizados afectan a su área relacional. Por ello, se debe tener en cuenta que en muchos casos el juicio de la realidad se haya alterado y la comunicación, en consecuencia, puede estar distorsionada. En función de cómo la enfermera se relacione con él paciente, se favorecerá la reestructuración de su pensamiento o se aumentarán las dificultades y se fomentará su distanciamiento. Así pues, es necesario que la relación que se establezca entre la enfermera y el paciente se construya de forma sólida, con confianza entre ambos, para que de esta forma el proceso de cuidados enfermeros sea más eficaz y eficiente (Moreno Poyato & Tolosa Merlos, 2013).

### **3. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA**

Si bien se puede considerar que la relación que establecen las enfermeras con los pacientes siempre ha tenido connotaciones terapéuticas, según O'Brien (2001), el origen de la RT puede estar trazado por los cuidadores en las prácticas interpersonales que llevaban a cabo en la era de los manicomios del siglo XIX. Sin embargo, según este mismo autor, el dominio del conocimiento médico sobre la enfermedad mental y el estatus de los cuidadores de los manicomios, impidió el desarrollo de un informe sobre la enfermería de salud mental basada en las relaciones de los cuidadores con los internos de los manicomios.

En cualquier caso, no es hasta mediados del siglo XX, cuando Render (1947 citado en O'Brien, 2001) y de forma primordial Peplau (1990), desarrollan una construcción racional de la enfermería de salud mental, conceptualizando la RT entre enfermera y paciente. El propio O'Brien (2001), afirma que el informe de Render es el intento más precoz de sistematizar la enfermería como la relación interpersonal terapéutica, aunque es Peplau y su teoría sobre las Relaciones Interpersonales en Enfermería, quien frecuentemente recibe el crédito de ser la primera formulación teórica en torno a la RT.

Si bien Peplau desarrolló su teoría para la enfermería en todos los contextos, por su dedicación asistencial ésta ha tenido mayor peso en la enfermería de salud mental (Stockmann, 2005). Ahora bien, ni Render ni Peplau parece que usaran el término RT en sus trabajos. Sin embargo, ambas sí que describieron el término terapéutico en el contexto del efecto del cuidado enfermero, definiendo el concepto de relación como el significado de alcanzar un efecto terapéutico (O'Brien, 2001).

Más adelante Orlando (1961 citado en O'Brien, 2001), de la misma manera que Peplau, centra la relación entre la enfermera y el cliente como el foco de su trabajo, pero mientras que Peplau contempla la relación como un proceso a largo plazo, Orlando centra la acción en las necesidades inmediatas del paciente (Forchuk, 1991). Otra enfermera que teorizó, Travelbee (1971 citado en O'Brien, 2001), usó los términos relación humano con humano e interacción enfermera-paciente como representativos de la enfermería. En su teoría, el uso terapéutico de uno mismo es la característica principal de la enfermera. Según O'Brien (2001), la influencia de las relaciones interpersonales también se observan en trabajos teóricos posteriores como los de Watson (1985) y Paterson y Zderad (1988).

Ya en el siglo XXI, se ha tratado de buscar la aplicabilidad clínica de la RT. Por ejemplo, Dziopa y Ahern (2009a) intentaron operativizarla mediante una revisión sistemática de la literatura y la elaboración posterior de un elemento de medida, en sus resultados argumenta que la RT es el núcleo de la práctica clínica enfermera, expone que es un elemento fundamental de los cuidados de la enfermería de salud mental y que siempre ha sido asociada con objetivos terapéuticos. En este sentido, consiguieron elaborar un esquema con 6 atributos fundamentales que constituyen la RT (Dziopa & Ahern, 2009a). Otros autores que se han planteado el mismo objetivo han sido Cleary, Hunt, Horsfall, y Deacon, (2012a) y Hawandeh y Fakhry (2014), obteniendo resultados con esquemas de 6 y 3 constructos para definir la RT respectivamente. En el próximo capítulo se profundizará en los contenidos de sus aportaciones.

Si como se ha podido observar, algunos autores han intentado la operativización de la RT. Por el contrario, hay otros autores que critican que la RT se ha convertido en un amplio cajón de sastre (Clark, 2012). Un lugar que alberga múltiples aproximaciones clínicas y conceptuales, que dependen de los antecedentes de cada profesional, y además se incorporan de una forma no reflexionada ni estructurada en la práctica asistencial. De los argumentos de Clark (2012), se intuye que la RT en la práctica clínica ha dejado de ser una herramienta con estructura y procedimiento estandarizado para las enfermeras. En esta misma línea, ya anticipaban el debate Hewitt y Coffey (2005) cuando decían que el enfoque de las enfermeras cuando se relacionaban con los pacientes, estaba más basado en la propia educación y en la experiencia clínica que en una visión teórica general sobre lo que realmente constituye la RT.

Además en la actualidad, y para aumentar el nivel de complejidad, la necesidad de medir la RT en lugar de contribuir a su crecimiento y consolidación, también es motivo de

discusión. De esta manera, autores como Muralidharan y Fenton (2006) ya señalaban que la poca existencia de ensayos clínicos aleatorizados en torno a la RT, así como la escasez de instrumentos validados que permitan medir la RT en unidades de agudos de psiquiatría, hace que se dude de su efectividad. En cambio, otros autores defienden que la RT, como cualquier intervención de tipo psicoterapéutico, no puede ser estandarizada y ser evaluada solamente por los resultados, obviando el proceso de desarrollo de dicha intervención terapéutica (McAndrew, Chambers, Nolan, Thomas, & Watts, 2014). Sin duda, esta discusión será larga y creará desacuerdo en los expertos del ámbito de la enfermería de salud mental. Evidentemente, para poder demostrar la eficacia y así poder justificar la importancia y necesidad de la RT en la práctica clínica de unidades de agudos, se deberá poder medir de alguna forma su aplicación y los resultados de la misma. Como siempre, el enfoque y posicionamiento paradigmático adoptado será quien determine el camino. No obstante, las políticas organizacionales y sanitarias actuales demandan desde hace tiempo la estructuración de la práctica en relación con la evidencia empírica existente; a través del diseño de guías de buenas prácticas, trayectorias clínicas y otros documentos estandarizados que, efectivamente, faciliten la aplicabilidad y la medida de los resultados. Estas directrices, inevitablemente, junto a indicadores como la satisfacción de los usuarios son los que dirigen hacia el tipo de aproximación que se debe emplear, de forma prioritaria, para la consecución de los objetivos de salud.

#### **4. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA DESDE LA MIRADA TEÓRICA**

Es evidente que la enfermería de salud mental ha intentado desarrollar la teoría de la profesión bajo el amparo de la RT. No obstante, tal y como se ha visto en el apartado anterior, debido a la diversidad en la forma y contenido de esta gran teoría hace que manejarla,

definirla y medirla sea muy complejo (Clark, 2012). Obviamente, uno de los factores que obstruyen la operativización de la RT es su ambigüedad conceptual. Efectivamente, múltiples términos albergan el mismo concepto. La relación terapéutica también es conocida como: relación de ayuda, relación enfermera-paciente, trabajo de confianza, alianza terapéutica... En cualquier caso, como se verá posteriormente, el enfoque central de todos estos conceptos es el trabajo terapéutico de ayuda, éste se realiza de forma conjunta con el paciente y su finalidad es la promoción del cambio (Hewitt & Coffey, 2005). De hecho, la mayor parte de postulados teóricos incluyen en su definición términos relacionados con *el cambio, la mejora, la necesidad y la ayuda*. A continuación, de forma resumida se presentan algunas posturas teóricas al respecto, solamente se exponen las definiciones conceptuales sobre la RT. Será objeto del capítulo siguiente el poder profundizar en la operatividad de la misma. Para enmarcar de forma inequívoca el enfoque teórico que se empleará en el decurso del manuscrito, se han seleccionado autores con posicionamientos conceptuales bastante similares y complementarios, y que desde diversas disciplinas y momentos históricos distintos, han desarrollado modelos centrados en la persona que necesita ayuda, modelos humanistas que a día de hoy todavía pueden ser vigentes, ya que con pequeños matices, poseen y dan cobertura de forma satisfactoria a las expectativas y necesidades de salud de las personas con problemas de salud mental (Connor & Wilson, 2006; Duxbury, Wright, Bradley & Barnes, 2010).

En primer lugar, es importante resaltar la figura de Carl Rogers, quien bajo la influencia del existencialismo elaboró la teoría de la terapia centrada en el cliente o en la persona. Esta teoría es la piedra angular de la corriente humanista, y por tanto, de obligada mención en esta tesis doctoral. Rogers (1972) entendía la relación de ayuda como: "...aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo, y un uso más funcional de estos" (p.46). Para

Rogers, como se verá más adelante, primaban más los valores y actitudes del terapeuta que la parte técnica de la propia intervención.

En segundo lugar, se considera necesario abordar el concepto de alianza terapéutica. Este concepto es identificado prácticamente como sinónimo de RT, pero en realidad su origen se remonta al psicoanálisis y posteriormente a la escuela psicodinámica, con el paso de los años ha sido adoptado y validado por la mayoría de escuelas psicoterapéuticas como constructo fundamental de la RT, y de ahí su integración teórica. Si se explora su conceptualización, se debe mencionar el trabajo de Bordin. Éste, como se mencionaba anteriormente, trató de generar un modelo transteórico de la alianza terapéutica (Corbella, Botella, Gómez, & Herrero, 2011), la definía como el elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio. En su formalización, incluía la presencia de tres componentes o dimensiones (Andrade-González, 2005): 1. El vínculo entre paciente y terapeuta, que incluye aspectos como la empatía, la confianza mutua y la aceptación. 2. El acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a los objetivos, es decir, el mutuo consentimiento acerca de qué es lo que se pretende lograr con la intervención, y 3. El acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a las tareas o actividades a realizar. Este autor y su propuesta teórica en torno a la alianza terapéutica son importantes, porque de su trabajo han surgido diversos instrumentos de medida como el Working Alliance Inventory (WAI) (Horvath & Greenberg, 1989), herramientas que pueden ser muy útiles para aproximarse de una forma cuantitativa al fenómeno de estudio de esta tesis doctoral.

No cabe duda que Peplau (1990) y su modelo de Relaciones Interpersonales, es el modelo más determinante en el área de la enfermería de salud mental de todos los tiempos.

Peplau, influida por Rogers y también por la corriente psicodinámica, concebía la relación entre enfermera y paciente como la: "...relación entre una persona con necesidad de ayuda y una enfermera formada adecuadamente para reconocer sus necesidades e intervenir terapéuticamente..." (p. 5). Para Peplau esa relación implica respeto, desarrollo y aprendizaje para ambos, enfermera y paciente. De hecho ella sostiene que este proceso "resulta útil solamente cuando tanto el paciente como la enfermera progresan como el resultado del aprendizaje que se verifica en la situación de enfermería" (p. XIII). Esta afirmación es importante porque introduce en el proceso enfermero aspectos tan fundamentales como el enriquecimiento y crecimiento personal de la propia enfermera en su proceso de cuidar. El trabajo desarrollado por Peplau, constituye una influencia primordial para el desarrollo y posicionamiento teórico de esta tesis doctoral. Por consiguiente, en adelante se irán desarrollando aspectos más específicos en torno a sus postulados.

También se hace necesaria la mención de Chalifour (1994), quien define la relación de ayuda como "una interacción particular entre dos personas, la enfermera y el cliente, contribuyendo cada una personalmente a la búsqueda y a la satisfacción de una necesidad de ayuda presente en el cliente..." (p.42), en ella presupone que la enfermera, en función de sus objetivos, adopta una forma de estar y de comunicarse.

A nivel español, Cibanal (2010) es uno de los autores que más ha trabajado su conceptualización:

La relación de ayuda es un intercambio humano y personal entre dos seres humanos. En este intercambio, uno de los interlocutores (profesional de la salud) captará las necesidades del otro (usuario, paciente) con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual (p.133).

Siguiendo la línea de los autores anteriores, Cibanal pretende empoderar todo lo posible al paciente, éste debe asumir mayor protagonismo en la responsabilidad sobre sí mismo.

Parece evidente que casi todas las perspectivas y aproximaciones teóricas confluyen en conceptos fundamentales muy similares. Por tanto, desde la reflexión teórica, se podría definir la RT como:

*Aquella relación que se establece entre la enfermera y el paciente con una finalidad de ayuda. Su meta es promover el cambio en la otra persona, proporcionándole una mejor calidad de vida. Se fundamenta en una comunicación que sea eficaz, en la que el paciente es el eje central y el profesional de enfermería el último responsable de su efectividad.*

## **5. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA DESDE LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Aunque la experiencia por sí sola no pueda substituir al conocimiento científico, ésta sirve de guía para poder adentrarse en caminos que requieran su exploración. Evidentemente, desde una perspectiva fenomenológica, la percepción de las personas que experimentan una misma situación puede ser totalmente diferente. Por supuesto, el establecimiento de la RT no va a ser diferente. La literatura pone de manifiesto, que tanto profesionales enfermeros como pacientes coinciden en gran parte de los atributos que se espera de la RT (Binnema, 2004; Cameron, Kapur, & Campbell, 2005; Cleary, Horsfall, O'Hara-Aarons, Jackson, & Hunt, 2012; Hewitt & Coffey, 2005; Hopkins, Loeb, & Fick, 2009; Megens & Van Meijel, 2006; Stockmann, 2005), pero también manifiesta divergencias entre la expectativa y la percepción que tienen de ella (Evans, 2005; Hall, 2004; Hopkins et al., 2009; Schroeder, 2013; Stockmann, 2005), existiendo distanciamiento entre las expectativas de los pacientes y de las enfermeras. Por ello, es conveniente explorar de forma diferenciada la conceptualización que

se desarrolla desde la teoría a la que concibe desde la práctica, y aún más, profundizar en los matices que distancian las perspectivas de enfermeras y de pacientes.

### *La perspectiva de las enfermeras*

Tradicionalmente, las enfermeras de salud mental se han posicionado en una perspectiva de tipo humanista; tratan de comprender al paciente y muestran un interés por su cuidado global, es evidente que si en el encuentro que se produce entre enfermera y paciente se comparte humanidad aumenta extraordinariamente la eficacia en el proceso de ayuda (Walsh, 1999).

En ese sentido, las enfermeras entienden que una relación de trabajo con el paciente es el eje del cuidado diario. Cuidar significa para las enfermeras enseñar, contener y proteger al paciente usando un abordaje de experto/colaborador dentro de la relación enfermera-paciente (Berg & Hallberg, 2000). Las enfermeras consideran que ellas mismas, en sí son “instrumentos” en el cuidado, por lo que el fundamento de la enfermería psiquiátrica es la relación entre la enfermera y el paciente (Hem & Heggen, 2003) y que además, cuidar a pacientes psiquiátricos requiere conocimiento de su individualidad (Shattell et al., 2006).

Otro elemento que aparece en la literatura es el autoconocimiento. A modo de ejemplo, seis enfermeras psiquiátricas con experiencia formaron parte de un estudio, mediante teoría fundamentada (Scanlon, 2006), en el que se pretendía comprender el significado que las enfermeras atribuían a la relación terapéutica. Los resultados del estudio indicaron que el proceso de desarrollo de la relación terapéutica es una combinación de experiencia aprendida a través de la adquisición de habilidades interpersonales. Sin embargo, estas habilidades no son eficaces si las enfermeras no han adquirido suficiente autoconocimiento y madurez personal, de forma que intuitivamente aprecien los aspectos terapéuticos de la relación de

ayuda. Aun así, a pesar de que las enfermeras entienden que esas habilidades interpersonales son un componente clave en la RT, a menudo no saben cómo evitar actitudes que limitan su eficacia.

Las enfermeras psiquiátricas reconocen, como se ha podido observar durante los apartados anteriores, la RT con diferentes denominaciones: relación de ayuda, relación enfermera-paciente, trabajo de confianza, alianza terapéutica. En todos los casos, se trata de una interacción interpersonal entre la enfermera y el paciente; relación basada en la confianza entre ambos con un enfoque central basado en el trabajo terapéutico de ayuda (Björkdahl, Palmstierna & Hansebo, 2010; Cahill et al. 2013; Cameron et al., 2005; Chiovitti, 2008; Cleary, Hunt et al. 2012; Dziopa & Ahern, 2009b; Hawamdeh & Fakhry 2014; Hewitt & Coffey 2005, Scanlon 2006).

Para ellas, la RT acoge a múltiples modelos y perspectivas teóricas, que van desde la teoría psicodinámica procedente de Freud y el modelo de relaciones interpersonales de Peplau, al modelo de terapia panteorética; incluyendo, entre otras, la perspectiva humanista o centrada en la persona, la terapia cognitivo-conductual, el modelo Tidal y la Relationship Based Care (Cahill et al., 2013; Clark, 2012; Fitzpatrick, 2014; Hewitt & Coffey, 2005; Wand, 2010). En la Tabla 1, se muestra una síntesis de algunos manuscritos publicados en los últimos años, cuya finalidad es construir un marco de trabajo entorno a la Relación Terapéutica, a través de la descripción de sus elementos constituyentes desde la investigación en la práctica clínica.

Asimismo, la literatura describe diversos aspectos identificados por las enfermeras como limitantes en el establecimiento de la Relación Terapéutica. Cabe destacar el incremento, cada

vez mayor, de tareas de carácter administrativo, que redundan en falta de tiempo (Cameron et al., 2005; Hopkins et al., 2009; Sharac et al., 2010; Thomson & Hamilton, 2012), siendo el tiempo uno de los factores fundamentales en Relación Terapéutica. Asimismo tanto la falta de camas como la disminución de la estancia media de hospitalización, implica disminución de tiempo para establecer relaciones significativas con los pacientes (McCrae, 2014). Otro aspecto importante son las sensaciones negativas percibidas por las enfermeras, como el temor a ser agredidas físicamente o las preocupaciones acerca de hacer daño o perjuicio a los pacientes (Camuccio, Chambers, Välimäki, Farro, & Zanotti, 2012; Ward, 2013). Por este motivo, algunas enfermeras se ven incapaces de decir la verdad en relación a las expectativas poco realistas que presentan los pacientes frente a su enfermedad y a sus cuidados (Ahmead, Rahhal, & Baker, 2010; Stockmann, 2005) y no se sienten preparadas para proveer la individualidad que precisa el paciente (Hopkins et al., 2009). Por ello, tienen la impresión en su actividad diaria, de que conceptos socialmente inaceptables como la segregación, la coerción y el control dominan su trabajo, lo que provoca una vivencia poco motivadora y rutinaria, como si su trabajo estuviera sometido a funciones de control social (Shattell, Andes, & Thomas, 2008). Por último, las enfermeras destacan las limitaciones percibidas en el entorno. Por un lado, se evidencia la limitación producida por la insatisfacción laboral, fruto de la falta de políticas y diseños organizacionales (Roche, Duffield, & White, 2011; Ward, 2011) junto con la falta de liderazgo y soporte por parte de los supervisores (Bowers, Nijman, Simpson, & Jones, 2011; Shattell et al.). Por otro lado, identifican aspectos relacionados con la normativa y la estructura de las unidades. Resultando difícil promover la individualidad en la relación con el paciente manteniendo a su vez normas y códigos de conducta colectivos (Oeye, Bjelland, Skorpen, & Anderssen, 2009). Asimismo, otros factores identificados por las enfermeras como limitantes de la RT son: la baja ratio enfermera-paciente (Sharac et al.,

2010; Shattell et al., 2008), la falta de espacios para la privacidad (Borille, Paes, & Brusamarello, 2013) y la percepción de un entorno impredecible y desafiante (; Cleary et al., 2012; Shattell et al., 2008; Ward, 2013).

### *La perspectiva de los pacientes*

Los pacientes hospitalizados en unidades de psiquiatría esperan la ayuda de las enfermeras a través de la interacción con ellas (Binnema, 2004; Duxbury et al., 2010; Hopkins et al., 2009; Stenhouse, 2011). De acuerdo a la literatura, las expectativas de los pacientes respecto a cómo debería ser su relación con las enfermeras, se puede clasificar en dos aspectos fundamentalmente. Por un lado, el enfoque de cuidados que los pacientes prefieren que sea utilizado por las enfermeras; ya que los pacientes prefieren una atención de tipo humanista, donde prime el respeto, la individualidad del cuidado y su empoderamiento (Bee et al., 2008; Binnema, 2004; Biering, 2010; Gaillard, Shattell, & Thomas, 2009; Hopkins et al., 2009; McCloughen et al., 2011; Megens & Van Meijel, 2006; Stenhouse, 2011). Por otro lado, los pacientes consideran necesarias en las enfermeras unas cualidades determinadas para establecer una adecuada relación terapéutica. En la Tabla 2 se muestran aquellas cualidades deseadas en las enfermeras, que los pacientes van repitiendo en la literatura científica.

Por el contrario, desde la percepción de los pacientes, el principal factor que limita el adecuado establecimiento de la RT en la práctica clínica es el tiempo. La falta de tiempo para la interacción enfermera-paciente es percibida por los pacientes a través de la inaccesibilidad y la poca disponibilidad de las enfermeras (Nolan, Bradley, & Brimblecombe, 2011; Sharac et al., 2010; Stenhouse, 2011). Los pacientes perciben que pasan la mayor parte del tiempo

aislados y con escasa relación con el equipo (McCrae, 2014; Sharac et al., 2010). En este sentido, la falta de comunicación limita la RT, provocando la obtención de información inadecuada por parte de las enfermeras (Sharac et al., 2010; Stenhouse, 2011). A menudo, los pacientes entienden que reciben pocas oportunidades para colaborar en sus cuidados (Hopkins et al., 2009; Stenhouse, 2011), y a veces, en el caso de ser escuchados, no se tienen en cuenta sus aportaciones (Soininen et al., 2013) y se sienten tratados como un objeto o un problema a resolver (Gaillard et al., 2009; Stenhouse, 2011). Así, la percepción de actitudes en las enfermeras como: el autoritarismo (Hamrin et al., 2009), el paternalismo (Gaillard et al., 2009), la intimidación o la condescendencia (Schroeder, 2013) y la falta de seguridad (Hopkins et al., 2009; Schroeder 2013), crean sensaciones negativas en los pacientes como la vulnerabilidad, la deshumanización y la frustración (Gaillard et al., 2009). Por último, la sensación de un ambiente tenso, intimidador e inseguro en la unidad, es percibido por los pacientes como un factor limitador del establecimiento de la RT (Muir-Cochrane, Oster, Grotto, Gerace, & Jones, 2013; Oeye et al., 2009; Shattell et al., 2008).

## **6. CONSIDERACIONES FINALES**

### ***Una mirada crítica de posturas de enfermeras y pacientes***

En relación con lo mencionado en el presente capítulo, si realizamos un análisis crítico de las perspectivas de enfermeras y pacientes en la práctica clínica, vemos que el significado que poseen tanto enfermeras como pacientes acerca de la RT es similar. Ambos consideran que la RT está constituida por la interacción interpersonal entre ellos, donde unos quieren ayudar y otros esperan ser ayudados. Dicha relación parte de la confianza y el respeto, estableciendo un marco en el que las enfermeras pueden cuidar a sus pacientes desde diversas perspectivas y modelos teóricos, empleando intervenciones distintas; hecho que dificulta la

estandarización y medición de su eficacia, como intervención propiamente dicha (Cahill et al., 2013; Cameron et al., 2005; Hurley, 2009).

Los pacientes describen a la enfermera ideal para la RT como aquella que es respetuosa, empática, honesta, amable y que esté disponible. Los pacientes priorizan el enfoque de cuidados humanista a cualquier otro modelo, puesto que lo que quieren es ser tratados como iguales, esperando ser empoderados por las enfermeras respecto a su enfermedad y a sus cuidados. Es evidente que para que la relación sea eficaz existe la necesidad de respetar mutuamente las diferencias entre las personas (Borille et al., 2013). Sin embargo, los pacientes manifiestan que, a menudo, se sienten tratados como un problema a resolver, sin que su opinión sea tenida en cuenta. En ese sentido, parece que desde la perspectiva de algunas enfermeras el paternalismo y el proteccionismo está todavía muy presente (McCann, Baird, Clark, & Lu, 2008). Estas actitudes son tomadas por las enfermeras como respuesta ante la percepción de sensaciones negativas en el cuidado del paciente, y como consecuencia son vividas por los pacientes como autoritarias o paternalistas, como intimidatorias o condescendientes. En cualquier caso, estas actitudes les llevan a sentirse vulnerables y frustrados. Llegados a este punto, cabría preguntarse si las expectativas y objetivos que se marcan las enfermeras en el cuidado de pacientes psiquiátricos agudos puedan ser poco realistas. La literatura dice que los pacientes quieren empoderamiento, pero también insinúa que las enfermeras tienen miedo a dárselo. Si esto es así, entonces se debería valorar como limitación el insuficiente autoconocimiento y autoconsciencia de las propias enfermeras, en relación con la finalidad terapéutica de sus cuidados en unidades de psiquiatría (Holm & Severinsson, 2011; Moreno-Poyato & Tolosa-Merlos, 2013; Silverstein, 2006; Van den Heever, Poggenpoel, & Myburgh, 2013; Van Sant & Patterson, 2013).

Parece evidente, que la falta de tiempo es considerada como la principal barrera para la RT tanto para enfermeras como para pacientes. Las enfermeras la atribuyen a la carga de intervenciones, el exceso de tareas administrativas y la escasa ratio enfermera-paciente. En cambio, la percepción para los pacientes es que las enfermeras están poco disponibles y son inaccesibles. Hay evidencia que sugiere que cada vez se está menos tiempo con el paciente, a pesar, en algún caso, del aumento de ratio de profesionales en los dispositivos (Sharac et al., 2010). Incluso, en algunos países se han creado espacios específicos para el contacto con el paciente (patient-protected time), y sin embargo, se han observado también dificultades en la relación, bien por la escasez de personal o bien por falta de soporte por parte de la supervisión (McCrae, 2014). En cualquier caso, el hecho de que los pacientes perciban a las enfermeras como lejanas e inabordables, es una importante barrera para la RT. Aunque no se disponga de tiempo para interactuar con el paciente, las enfermeras deberían transmitir la sensación de disponibilidad para él.

Otro aspecto considerado como limitador para la RT es un entorno inseguro. Las enfermeras se referían a él como impredecible, desafiante, normativo y con falta de privacidad. Para los pacientes, la intimidación junto con la tensión en el ambiente eran sus características definitorias. Es obvio, que para poder establecer adecuadamente la RT es necesario que las enfermeras preparen el ambiente de forma adecuada, deben dotar al encuentro de privacidad y adecuar la normativa colectiva a cada paciente de forma individualizada. Por supuesto, esto no supone una desaparición de la imprevisibilidad, dado que ésta siempre estará presente en una unidad de agudos de psiquiatría, pero es la enfermera quien debe aceptar esta realidad y trabajar para que eso no suponga un elemento de inseguridad en el entorno.

Por último, cabe señalar que si además de todo lo descrito anteriormente añadimos factores identificados en la literatura como la insatisfacción laboral o la sensación de falta de soporte por parte de la organización, el bajo estado motivacional de muchas enfermeras de unidades de psiquiatría puede afectar directamente a la calidad de la Relación Terapéutica con los pacientes. En este sentido debería jugar un papel importante la supervisora y su figura como líder, ya que su función tiene consecuencias directas sobre el burnout de las enfermeras, repercutiendo en las actitudes de los profesionales hacia los pacientes (Bowers et al., 2011; O'Connell, Ockerby, Johnson, Smenda, & Bucknall, 2013).

**Tabla 1. Constituyentes de la Relación Terapéutica**

<b>(Scanlon, 2006) Ireland</b>	<b>(Chiovitti, 2008) Canadá</b>	<b>(Dziopa &amp; Ahern, 2009)Australia</b>	<b>(Cleary et al., 2012) Australia</b>	<b>(Hawamdeh &amp; Fakhry, 2014) Emiratos Árabes</b>
1. La Enfermería es proporcionar un servicio	1. Respetar al paciente.	1. Autoconocimiento	1. Comunicación sofisticada	1. Prestar de cuidados físicos
2. El proceso de la terapia	2. No tomar la conducta del paciente como algo personal.	2. Autenticidad	2. Discriminaciones sutiles	(ayudar auto cuidado y tratamiento, atender las demandas del día a día)
3. El aprendizaje de la RT	3. Proporcionar seguridad al paciente.	3. Cuidar de forma individualizada	3. Manejar parámetros de seguridad	2. Transmitir seguridad y protección
4. El desarrollo de la RT está limitado por el tiempo	4. Fomentar la salud del paciente.	4. Respeto	4. Comunicación común	(confianza, relación genuina y accesibilidad)
5. Habilidades requeridas para formar la RT	5. Relación auténtica.	5. Comprensión	5. Dependencia del equipo de enfermería	3. Compañerismo
6. Actitudes que afectan al desarrollo de la RT	6. Enseñanza interactiva	6. Dar confort/soporte.	6. Características personales importantes para los pacientes	(estar juntos, respeto y paciencia).

**Tabla 2. Expectativas de los pacientes respecto a las cualidades de las enfermeras para la Relación Terapéutica**

<b>Cualidades de las enfermeras</b>	<b>Autores</b>
Aceptación/respeto/no prejuizar	(Biering, 2010; Gaillard et al., 2009; Hamrin, Iennaco, & Olsen, 2009; McCloughen et al., 2011)
Empatía/comprensión	(Biering, 2010; Schroeder, 2013)
Escucha/ disponibilidad/acompañamiento	(Biering, 2010; Hamrin et al., 2009; McCloughen et al., 2011)
Autenticidad/honestidad/confianza	(Biering, 2010; Duxbury et al., 2010; Schroeder, 2013)
Amabilidad/sentido del humor	(Biering, 2010; McCloughen et al., 2011)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato

## **CAPÍTULO II**

# **HACIA UN MODELO INTEGRADOR DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA: CONSTRUYENDO PUENTES QUE UNAN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA REFLEXIÓN TEÓRICA**

### **1. INTRODUCCIÓN**

Han pasado ya unas décadas, desde que Schafer (1987) dejara claro que el conocimiento en enfermería precisaba desarrollar teorías sobre la práctica y la filosofía de la disciplina. Sin embargo, en base al distanciamiento observado en la literatura, tal afirmación sigue siendo una necesidad, por lo que se considera oportuno efectuar una integración de ambas fuentes de conocimiento. En ese sentido, en el presente capítulo, se pretende construir un marco conceptual formado por la fusión del conocimiento empírico aportado por los resultados de la revisión de la literatura del capítulo anterior y la reflexión sobre el conocimiento teórico proporcionado por tres modelos existentes en torno a la RT. Se desarrollarán contenidos en torno a la definición conceptual de la RT, las fases que se producen en la práctica clínica y los atributos y elementos fundamentales que le son propios. Es evidente, que el hecho de poder analizar varias teorías por separado y conjuntamente, facilita la posibilidad de que emerjan nuevos constructos a los que dar respuesta. Por supuesto, el análisis de los mismos posee la intención de contribuir al crecimiento y mejora de la naturaleza del conocimiento de la propia disciplina (Botha, 1989; Roy, 1995).

## 2. LOS FUNDAMENTOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

De acuerdo a la revisión de la literatura descrita en el capítulo anterior, múltiples términos albergan el mismo concepto. Las enfermeras psiquiátricas reconocen la relación terapéutica como relación de ayuda, relación enfermera-paciente, trabajo de confianza, alianza terapéutica. En la Tabla 3 se muestra la comparativa entre la conceptualización de los modelos teóricos estudiados y la aportada por las enfermeras y los pacientes de unidades de hospitalización

**Tabla 3. Fundamentos de la Relación Terapéutica desde las perspectivas clínicas y teóricas**

<b>Rogers (1972)</b> “Psicoterapia centrada en el cliente”	<i>La relación de ayuda es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo, y un uso más funcional de estos.</i>
<b>Peplau (1990)</b> “Relaciones Interpersonales en enfermería”	<i>...relación entre una persona con necesidad de ayuda y una enfermera formada adecuadamente para reconocer sus necesidades e intervenir terapéuticamente... implica respeto, desarrollo y aprendizaje para ambos.</i>
<b>Cibanal et al. (2010)</b> “Relación de ayuda”	<i>La relación de ayuda es un intercambio humano y personal entre dos seres humanos. En este intercambio, uno de los interlocutores (profesional de la salud) captará las necesidades del otro (usuario, paciente) con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual.</i>
<b>(Moreno-Poyato et. al, 2016)</b> “La RT según las enfermeras de psiquiatría”	<i>La RT se trata de una interacción interpersonal entre la enfermera y el paciente; relación basada en la confianza entre ambos, desde su enfoque central el trabajo terapéutico de ayuda.</i>

---

**(Moreno-Poyato**

**et. al, 2016)**

“La RT según los  
pacientes de  
psiquiatría”

*A través de la interacción, los pacientes esperan la ayuda de  
las enfermeras y prefieren una atención de tipo humanista.*

---

La comparativa entre conceptos evidencia la importante cohesión entre los mismos. De este modo, a grandes rasgos, la RT en el contexto de la enfermería psiquiátrica, podría entenderse como:

*La interacción interpersonal que se produce entre enfermera y paciente, en la que la enfermera pretende ayudar y el paciente espera ser ayudado en relación a su situación actual de salud.*

### **3. LAS FASES DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA**

Si bien en la revisión de la literatura no se han encontrado indicios de que las enfermeras o los pacientes contemplan la existencia de etapas en el proceso de la RT, los modelos teóricos plantean la existencia de diferentes fases en su desarrollo. En la Figura 1, se detalla la relación entre las propuestas de los tres modelos teóricos estudiados.



**Figura 1. Relación entre las fases de la Relación Terapéutica en los modelos teóricos**

Como se puede observar en la figura, los tres modelos están plenamente interrelacionados. A efectos prácticos, y teniendo en cuenta, la idiosincrasia del cuidado en las unidades de hospitalización de psiquiatría y los resultados de la revisión de la literatura, se podría plantear un modelo que comprendiera tres etapas:

1. En una primera etapa o fase de conocimiento y comprensión, donde el paciente y la enfermera son desconocidos el uno para el otro (Peplau, 1990), por lo que la generación del vínculo terapéutico entre ambos es absolutamente necesario (Andrade-González, 2005). Para ello, los pacientes esperan confianza y respeto y las enfermeras entienden que deben proporcionar seguridad y protección configurando un entorno terapéutico adecuado. En esta fase, el paciente no reconoce ni percibe el

problema (Rogers, 1972), por lo que una vez se siente acogido por la enfermera, ésta debe ayudar a clarificar los roles de cada uno, identificar las expectativas del paciente y orientarlo a la identificación de su problema real actual (Peplau, 1990). La escucha activa de la verbalización de las experiencias sobre él mismo ayudará en este proceso (Rogers, 1972). Por consiguiente, el paciente debe sentirse acogido, escuchado y finalmente comprendido (Cibanal, 2010; Rogers, 1972). Para tal fin, la enfermera debe recoger las percepciones y expectativas del paciente en relación con su situación problemática, y devolverlas con la mayor asertividad posible, en forma de una exposición que permita al paciente realmente haberse sentido comprendido, quedando por tanto, totalmente clarificado e identificado el problema tratar.

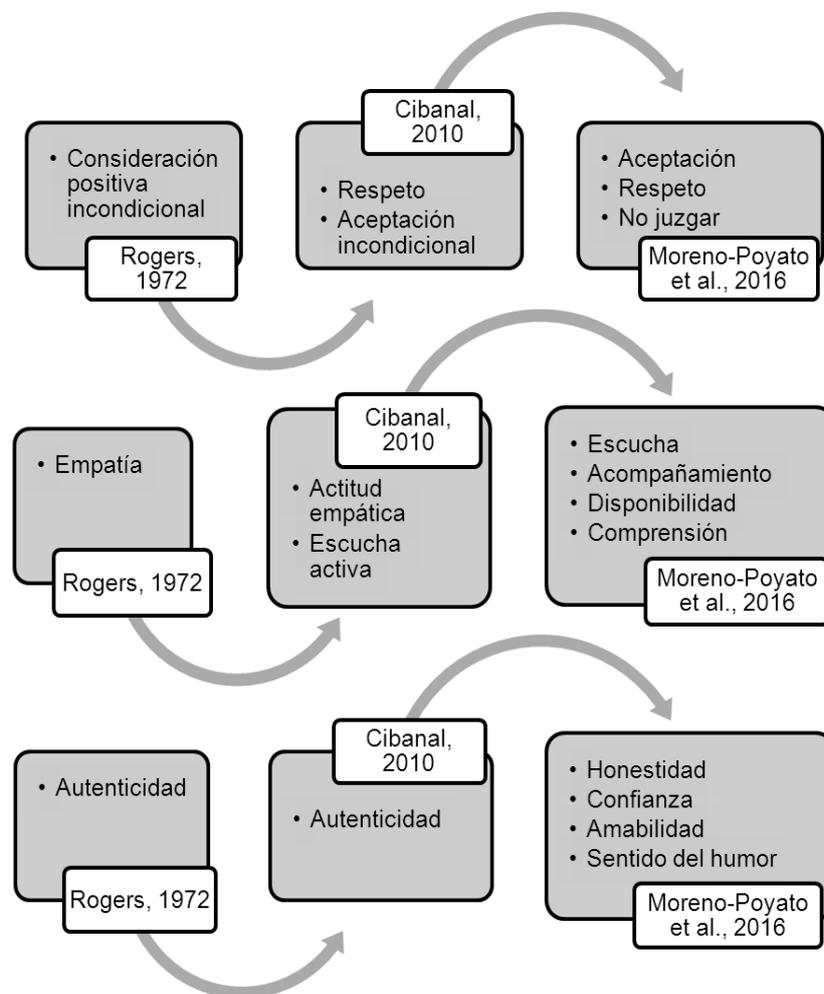
2. La segunda etapa o fase de trabajo, se inicia con el planteamiento de alternativas de mejora o de cambio tanto por parte del paciente como de la enfermera. La posible reestructuración del problema debe surgir desde la confrontación de los planteamientos de enfermera y paciente (Cibanal, 2010), evidentemente la situación clínica del paciente determinará la función que desempeñará la enfermera a este nivel (Peplau, 1990). Por supuesto, el acuerdo de objetivos de trabajo que se planteen, debe ser consensuado entre la enfermera y el propio paciente (Andrade-González, 2005), de hecho los pacientes quieren sentirse empoderados y la enfermera quiere mostrarse disponible a ello, sobre todo desde de su función como enseñante (Peplau, 1990). En este punto del proceso, el paciente expresa libremente sus emociones (Rogers, 1972), confía en la enfermera y ya se siente ayudado. Es el momento de la acción, el paciente debe llevar a cabo las tareas acordadas con la enfermera para el cambio o mejora de su situación (Andrade-González, 2005). La enfermera debe acompañar,

liderar o sustituir el trabajo del paciente durante ese camino (Peplau, 1990). Esta fase tocaría a su fin, cuando el paciente es capaz de experimentar sin miedo sus emociones y percibir la sensación de mejora o de cambio (Rogers, 1972).

3. Sin duda, la tercera etapa o fase de cierre y separación, es un momento especialmente trascendente para el proceso terapéutico (Peplau, 1990). La enfermera y el paciente han estado unidos fuertemente por el vínculo establecido, por lo que la separación debe producirse de forma natural y auténtica (Rogers, 1972). El proceso debe cerrarse adecuadamente y sin fisuras, evaluando los resultados del mismo, reforzando los logros alcanzados y proponiendo estrategias de mejora para el resto. La despedida debe entenderse como la continuidad asistencial para el paciente, tanto la posibilidad del reencuentro con la misma enfermera como con otros profesionales. En este sentido, tanto enfermeras como pacientes verbalizan que la sensación de disponibilidad es fundamental.

#### **4. LOS ATRIBUTOS PARA UN ADECUADO ESTABLECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA**

Evidentemente, las enfermeras de salud mental, y concretamente de unidades de hospitalización psiquiátrica, deben poseer unas capacidades indispensables para el adecuado establecimiento de la RT. En la Figura 2 se muestra la relación entre los elementos teóricos fundamentales y los conceptos manifestados por los pacientes en la revisión de la literatura (Moreno-Poyato et al., en prensa).



**Figura 2. Relación entre elementos teóricos de la Relación Terapéutica y los conceptos proporcionados por los pacientes**

Según los modelos estudiados, desde la perspectiva teórica, la mayoría de autores coinciden en la *empatía* como principal cualidad que deben tener los profesionales que practican la RT (Cibanal, 2010; Peplau, 1990; Rogers 1972). Asimismo, existen otros elementos contemplados como esenciales y que se van repitiendo sucesivamente a lo largo de sus manuscritos, como son: la *aceptación* del paciente, la *autenticidad* en la relación, la *autoconciencia* y *autoconocimiento* del profesional. Sin embargo, desde la práctica clínica, tanto los pacientes como las enfermeras identifican esas competencias de una forma más

concreta y específica. La convergencia entre los conceptos teóricos desarrollados y la aplicabilidad de los mismos proporcionada por enfermeras y pacientes, queda recogida en el mapa conceptual que muestra la Figura 3, intentando de esta forma integrar ambas fuentes de conocimiento. El mapa muestra como desde los conceptos teóricos esenciales, surgen las competencias identificadas por las enfermeras y pacientes en la práctica clínica. Además, incluidas en las competencias profesionales, se incorporan capacidades transversales a los tres elementos esenciales y que son propuestas por los modelos teóricos pero no identificadas en la literatura empírica por enfermeras y pacientes.

Llegados a este punto, y en base a los principales autores de corte humanista citados previamente, cabe definir los tres elementos esenciales de la RT:

- *La empatía* como la intención de tratar de comprender lo que le está sucediendo al paciente y cómo lo está experimentando.
- *La autenticidad* como la capacidad del profesional de ser original, de no sobreactuar, de ser simplemente quien es.
- *La aceptación incondicional del paciente* como la capacidad de no emitir prejuicios y que éstos no afecten a la relación, independientemente de las condiciones y situación del paciente.

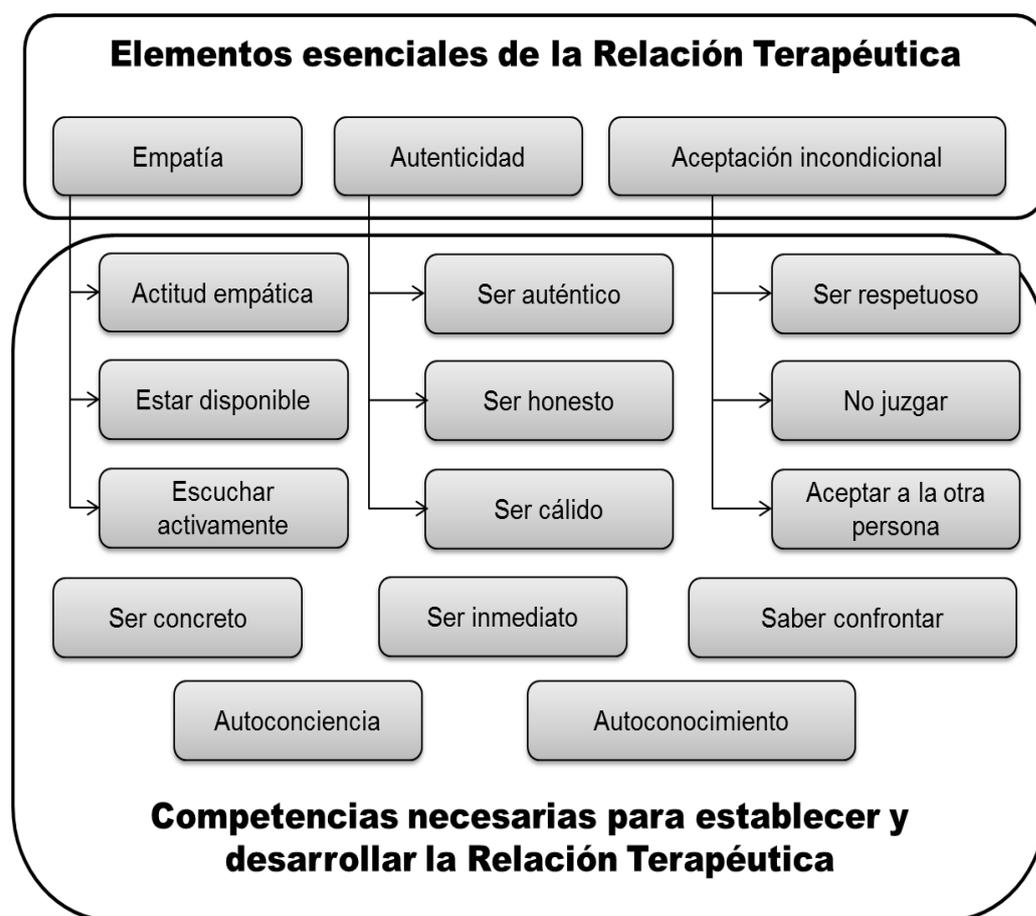


Figura 3. Elementos y competencias para el establecimiento y desarrollo de la Relación Terapéutica

## 5. CONSIDERACIONES FINALES

### *El puente que une la práctica con la teoría*

A lo largo de este capítulo se ha tratado de hacer converger la evidencia empírica y la reflexión teórica con la finalidad de poder facilitar la aplicabilidad y operatividad en la práctica clínica de conceptos tan teóricos como los que constituyen el marco de la RT. Por un lado, se ha podido observar como la distancia que separa la percepción clínica de la reflexión teórica no es tan lejana, sino que los factores que las disciernen son pequeños matices conceptuales. Esta pequeña dispersión terminológica entre práctica y teoría, a menudo,

imposibilita en la clínica su entendimiento, y por tanto, su aplicabilidad y la reflexión sobre la misma, hecho indispensable para la calidad y mejora en los cuidados. Uno de los motivos que justifica este pequeño distanciamiento es la evolución propia de las expectativas de cuidado de los pacientes en los últimos años, hecho evidenciado desde la perspectiva clínica.

Por otro lado, el mayor conocimiento y comprensión de los conceptos por parte de las enfermeras y de los pacientes y su integración en los modelos teóricos, permite operativizar con mayor precisión las características constituyentes del modelo. Por tanto, en el ámbito de la investigación, podría dirigirnos en un futuro hacia la construcción de un instrumento adecuado de medida de la RT en unidades de psiquiatría. Este instrumento, no solo permitiría evaluar la calidad de la RT en unidades de psiquiatría, sino que facilitaría la medición de la influencia de la RT, herramienta tan importante en enfermería psiquiátrica y de salud mental en los resultados de salud de los pacientes hospitalizados en psiquiatría.

## CAPÍTULO III

### DEL PARADIGMA AL MÉTODO

#### 1. INTRODUCCIÓN

Es objeto de este capítulo tratar los aspectos metodológico-epistemológicos de la investigación. De esta forma se cerrará la parte teórica de esta tesis doctoral, dando paso en el siguiente capítulo a los aspectos metodológico-técnicos propiamente dichos (Valles, 2003). Para ello, es indispensable la definición de paradigma de investigación. Atendiendo a la definición aportada por Guba y Lincoln (2002), los paradigmas deben entenderse como sistemas de creencias básicas (principios, supuestos) sobre:

- a) *la naturaleza investigada,*
- b) *sobre el modelo de relación entre el investigador y lo investigado*
- c) *sobre el modo en que podemos obtener conocimiento de dicha realidad.*

En relación con ello, la intención es argumentar los principios que sustentan la investigación. Así, la naturaleza investigada está formada por la síntesis y crítica de la revisión de la literatura científica y su integración con los planteamientos teóricos más afines al contexto de estudio. De dicha naturaleza ha surgido la justificación y la necesidad de llevar a cabo la investigación. Esta necesidad de conocimiento planteada será el punto de partida de la argumentación para poder situar la investigación en su marco paradigmático. Por tanto, siguiendo el planteamiento de Guba y Lincoln (2002), el discurso tratará de ir dando respuesta y sentido a los tres supuestos o preguntas que deben definir el paradigma de esta investigación:

- *el supuesto o pregunta ontológica; ¿cuál es la forma y naturaleza de la realidad que se pretende investigar?*,
- *el supuesto o pregunta epistemológica; ¿cuál es la naturaleza de la relación entre lo que se pretende investigar y el investigador?*
- *y, finalmente, el supuesto o pregunta metodológica; ¿cómo puede el investigador arreglárselas para averiguar si lo que él cree puede ser conocido?*

## **2. DEL POSICIONAMIENTO PARADIGMÁTICO AL PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

Como se ha ido repitiendo a lo largo del texto, la RT es una de las herramientas con mayor entidad del profesional de enfermería. Sin embargo, y por desgracia, en la mayoría de ámbitos clínicos no tiene la importancia que debiera dentro del rol enfermero, cuando la relación terapéutica es una parte fundamental del cuidar (Chalifour, 1994). Sin duda, en el campo de la enfermería de salud mental es donde más relevancia tiene. El paciente lo que pide es ser acogido, escuchado y comprendido, elementos indispensables de la relación terapéutica (Cibanal, 2010).

A pesar del aparente conocimiento en la conceptualización y la importancia del establecimiento de la RT en la enfermería de salud mental, la experiencia asistencial y los resultados de estudios como: Ahmead et al. (2010), Coffey y Hewitt (2008), Connor y Wilson (2006), Hem y Heggen (2004), McCabe (2004) o McCann et al. (2008), donde los pacientes opinan acerca de las actitudes de los profesionales, hacen pensar que no solo el conocimiento teórico de dichas habilidades comunicativas y relacionales es suficiente para llevarlas a cabo de forma eficaz y, en consecuencia, proporcionar unos cuidados de calidad. Desde un posicionamiento constructivista, el *supuesto ontológico* o naturaleza de la realidad a

investigar, asume que las realidades son comprensibles de la forma en que se construyen de manera heterogénea (Guba & Lincoln, 2002). Por tanto, este distanciamiento de perspectivas, realidades y de resultados entre enfermeras, equipo y pacientes nos dirige hacia la mayor comprensión y mejor conocimiento de dicho fenómeno, y de esa forma poder mejorar nuestra relación y por tanto nuestros cuidados.

Además, tal y como se ha visto, si el aparente conocimiento de dichas habilidades no implica que se lleven a cabo en la práctica diaria, sería necesario plantearse estrategias que promuevan el cambio y su adecuada implantación. Conocer cómo perciben los profesionales su propia práctica clínica, conocer cuáles son sus limitaciones, y de qué forma creen que les afectan a la hora de cuidar a sus pacientes es de vital importancia ya que abre el campo del autoconocimiento y el autocontrol. Para poder ayudar a otras personas y poder identificar cuáles son sus dificultades es necesario entenderse primero a uno mismo (Peplau, 1990). Explorar esas percepciones y esas vivencias que limitan va a ayudar a diseñar las estrategias más adecuadas para poder producir cambios y mejoras en la práctica clínica. De forma consecuente, dando respuesta al *supuesto epistemológico* o naturaleza de la relación entre el investigador y lo que pretende ser conocido, se asume que la interacción entre el observador y lo observado es constante e interactiva, y además se crea un vínculo en el proceso de investigación ya que están presentes y participan la totalidad de participantes en el mismo. En ese sentido, el trabajo en grupo es un sistema muy válido para el conocimiento individual y del equipo, para la elaboración de estrategias de cambio y para evaluar los resultados del mismo. Las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría, tal y como se ha podido vislumbrar, son lugares donde el trabajo en equipo constituye un elemento fundamental de su idiosincrasia. El equipo y quien lo conforma en cada momento, determina su intervención. El

posicionamiento del equipo viene dado por los elementos compartidos de sus miembros y las distintas realidades de cada uno de ellos (Guba & Lincoln, 2002). En este sentido, la IAP considera la generación de conocimiento como un proceso colaborativo, donde las habilidades y experiencias de cada participante son fundamentales para el resultado del trabajo (Kemmis & McTaggart, 1998). En consonancia con los supuestos anteriores, en el apartado siguiente se argumentará el porqué de la aproximación metodológica de la investigación.

### **3. LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA COMO MÉTODO PARA MEJORAR LOS CUIDADOS EN LAS UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA**

Como se mencionaba anteriormente, la comprensión del fenómeno como pretensión inicial permitirá el análisis, la crítica y permitirá la posterior mejora sobre la situación. En este sentido, se puede decir que la Investigación-Acción Participativa (IAP), que se construye por y para la práctica, mejora ésta desde su transformación a la vez que ayuda a comprenderla (Kemmis & McTaggart, 1998). Proporciona, por tanto, garantías para responder la pregunta o *supuesto metodológico*.

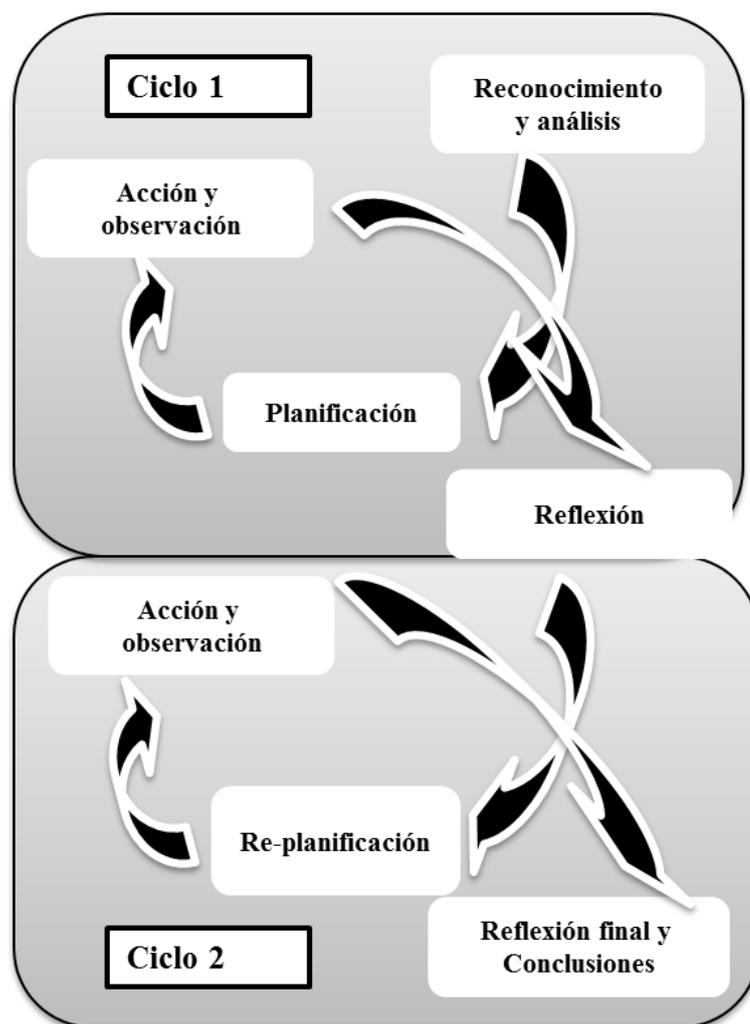
La IAP se sustenta en los principios de que las personas son capaces de “aprender, cambiar y transformar su mundo y que para ello es necesario una participación activa de estas personas en el proceso de investigación” (Delgado-Hito, 2012, p.102). De esta forma, se establece un proceso colaborativo y participativo entre enfermeras e investigador que, en palabras de Abad, Delgado-Hito y Cabrero (2010) estaría formado por: “...un proceso de análisis de la situación, identificación de problemas y elaboración de estrategias de acción planeadas, llevadas a cabo y sistemáticamente sometidas a observación, reflexión y cambio” (p.467).

En este sentido, poder realizar dicho proceso de una forma participativa y reflexiva facilitará el aprendizaje desde la acción y sobre la acción que se lleva a cabo (López de Ceballos, 2005). La IAP se construye, como se señalaba, por y para la práctica. Se trata de un método dinámico que consiste en un proceso abierto, holístico e igualitario entre investigadores y prácticos (Abad, et al., 2010; Delgado-Hito et al., 2001); un proceso en acción que necesita pasar por la experiencia y la reflexión para llegar a mejorar o cambiar las prácticas. Su meta es resolver o modificar problemas concretos en comunidades, en este caso, en equipos de enfermería de unidades de agudos de psiquiatría (Denzin & Lincoln, 2013).

El método de investigación-acción se atribuye originalmente a Dewey, quien en el año 1929 lo aplicó en el campo de la pedagogía, su principal fuerza radicaba en generar el aprendizaje a través de la propia acción. Más adelante, Collier en el año 1945 trabajó un método similar en las relaciones interétnicas. No obstante, quien aportó mayor conocimiento al método fue Lewin (1948), quien planteaba que a través de este método se alcanzaban logros teóricos y sociales a la vez (Abad et al., 2010). Posteriormente otros autores trabajaron con este método principalmente en los campos relacionados con la educación, sobre todo en Estados Unidos (Brock-Utne, 1980), en Reino Unido (Elliot y Adelman, 1973) y en Australia (Carr & Kemmis, 1986; McTaggart & Garbutcheon-Singh, 1986) todos ellos citados en (Kemmis & McTaggart, 1998). A nivel internacional, la IAP ha sido utilizada también en el campo de la enfermería obteniendo buenos resultados (Munten, van den Bogaard, Cox, Garretsen, & Bongers, 2010), y de forma progresiva también se está empleando cada vez más a nivel nacional (Abad et al., 2010). De forma más específica, en el ámbito de salud mental también ha sido utilizado con buenos resultados, sobre todo en la atención comunitaria y en la

docencia (Clements, 2012; Hutchinson & Lovell, 2013; Onnela, Vuokila-Oikkonen, Hurtig, & Ebeling, 2014; White & Kudless, 2008).

De los diferentes modelos de IAP, se propone efectuar el planteado por Kemmis y McTaggart (1998), puesto que se considera que, por su diseño, es el más adecuado al contexto de estudio. Se efectúa mediante una sucesión de pasos incluidos en una espiral de como mínimo 2 ciclos auto-reflexivos. El primer ciclo está compuesto por 4 fases: 1. Planificar un cambio, 2. Actuar, 3. Observar el proceso del cambio y 4. Reflexionar en torno al proceso y a sus consecuencias. El segundo ciclo contiene: 5. Re-planificar, 6. Actuar, 7. Observar nuevamente, 8. Volver a reflexionar...y así sucesivamente, realizando tantos ciclos como sean necesarios (Figura 4).



**Figura 4. La espiral de la investigación-acción participativa**

Fuente: Elaboración propia a partir del modelo de Kemmis y MacTaggart (1998).

Kemmis y MacTaggart (1998) plantean que los resultados del proceso de aprendizaje son los cambios que se producen en los participantes a tres niveles:

1. Lo que hacen las personas: Intervenciones en la práctica clínica.
2. Cómo las personas interactúan con el mundo y con los demás: Relación con el equipo y la institución.

3. Cuáles son los discursos y el lenguaje de las personas: Comunicación verbal.

#### **4. CONSIDERACIONES FINALES**

##### ***La importancia de generar e implementar conocimiento mediante un proceso colaborativo***

Como se ha podido ir argumentando a lo largo del capítulo, bajo este planteamiento metodológico, se pretende mejorar la práctica clínica enfermera en las Unidades de Agudos de Psiquiatría. La IAP, dentro del contexto de la investigación cualitativa, integra el conocimiento y la acción; no hay que esperar a que tras producir el conocimiento se produzca la traslación de éste a la práctica. Por tanto, la aplicación es inmediata en la práctica clínica diaria de los profesionales. De esta forma se pretende disminuir el distanciamiento entre la evidencia científica y su aplicación práctica. Los mismos profesionales que generan el conocimiento establecen las pautas y estrategias para aplicarlo. Permite que los profesionales participen en la adecuación de las mismas e incluso se puedan anticipar a las demandas, este proceso democrático y de participación contribuye a la eficiencia de la intervención. Por tanto, la IAP hace que la participación se convierta en un proceso de concienciación, sensibilización y educación, para fomentar nuevos y válidos estados de auto-concepto tanto de individuo como de grupo.

## **PARTE SEGUNDA: PARTE EMPÍRICA**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato

## CAPÍTULO IV

### PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

#### 1. INTRODUCCIÓN

Evidentemente, cualquier investigación pretende aportar conocimiento en un área determinada de la ciencia. Para ello, la metodología de la investigación participa de un proceso mediante el cual de forma sistematizada, en primer lugar se plantea una pregunta o problema a resolver que guía el resto del proceso, y a continuación se establecen unas estrategias para poder dar respuesta a esa pregunta formulada. En este capítulo se abordará la primera parte de lo expuesto. Por tanto, se expondrá la pregunta de investigación que se planteó, se describirán los objetivos que emergen de dicha pregunta y se formulará la hipótesis correspondiente.

#### 2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La pregunta que ha servido de guía para el resto del estudio ha sido:

*¿Se pueden producir modificaciones y mejoras en la Relación Terapéutica que se establece entre enfermeras y pacientes en unidades de agudos de psiquiatría, a través de la implementación de evidencias científicas mediante un proceso participativo y reflexivo?*

#### 3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

##### **Objetivos Generales:**

1. Generar cambios en la práctica clínica enfermera sobre el establecimiento de la Relación Terapéutica en unidades de agudos de psiquiatría, a partir de la implementación de evidencias a través de un proceso de IAP.

2. Evaluar la efectividad de la implementación de evidencias, a través de un proceso de IAP, en términos del impacto en la alianza terapéutica y la empatía en unidades de agudos de psiquiatría.

### **Objetivos Específicos:**

1. Describir el sentido otorgado por las enfermeras de unidades de agudos de psiquiatría respecto al establecimiento de la RT con el paciente.
2. Identificar los elementos facilitadores y limitadores de la relación terapéutica con el paciente ingresado en unidades de agudos de psiquiatría desde el punto de vista de las enfermeras.
3. Identificar las estrategias de cambio y mejora en el establecimiento de la RT de las enfermeras con el paciente en unidades de agudos de psiquiatría, a partir de la confrontación de las evidencias con la práctica clínica real.
4. Evaluar cualitativamente los efectos de la implementación de las evidencias relacionadas con el establecimiento de la relación terapéutica de las enfermeras con el paciente hospitalizado en unidades de agudos de psiquiatría.
5. Determinar el efecto de la implantación de evidencias relacionadas con el establecimiento de la RT sobre:
  - a) el nivel de alianza terapéutica de la enfermera con el paciente.
  - b) el grado de empatía de la enfermera con el paciente.

#### 4. HIPÓTESIS

##### **Conceptual:**

La implementación de evidencias científicas sobre el establecimiento de la Relación Terapéutica a través de un proceso de Investigación-Acción Participativa, mejora la práctica clínica enfermera en unidades de agudos de psiquiatría.

##### **Operativas:**

**Hipótesis operativa 1:** Las enfermeras obtendrán una puntuación mediana superior en la medición de la alianza terapéutica mediante la escala WAI-S tras la realización del proceso de IAP en unidades de agudos de psiquiatría.

**Hipótesis operativa 2:** Las enfermeras obtendrán una puntuación mediana superior en la medición de la empatía mediante la escala IRI tras la realización del proceso de IAP en unidades de agudos de psiquiatría.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato

## **CAPÍTULO V**

### **PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO**

#### **1. INTRODUCCIÓN**

Es motivo de este capítulo profundizar en los aspectos metodológicos que dan cuerpo a esta pesquisa. Partiendo de la pregunta de investigación, a continuación se exponen las estrategias diseñadas para poder dar respuesta de la forma más rigurosa posible a los objetivos surgidos de la misma. De tal forma que el lector pueda conocer y comprender los siguientes aspectos: dónde se efectúa la indagación, quienes participan, qué se mide y cómo, qué pasos se siguen, que consideraciones de tipo ético se tienen en cuenta y, por supuesto, que rigor ha custodiado todo el proceso.

#### **2. TIPO DE DISEÑO**

Se ha propuesto un diseño global para la investigación siguiendo una metodología mixta de tipo secuencial y transformativa (Tashakkori & Teddlie, 2003). Teniendo en cuenta los objetivos principales del estudio, la metodología cualitativa ha guiado el proceso convirtiéndose en el eje central del diseño. No obstante, el uso de técnicas cuantitativas de forma secuencial durante el proceso, ha servido como elemento suplementario del mismo (Kemmis & McTaggart, 1998) y ha complementado el análisis de los resultados obtenidos.

Por tanto, para dar respuesta al primer objetivo general se ha planteado una metodología cualitativa y se ha escogido el método de Investigación-Acción Participativa (IAP), enmarcada en el paradigma constructivista y siguiendo el modelo de Kemmis y McTaggart (1988). Este modelo está constituido por un proceso cíclico en espiral que consta, de dos fases o ciclos. Tras una primera etapa de reconocimiento del terreno y análisis de la

situación efectuada en el primer ciclo, se van repitiendo de forma correlativa las siguientes cuatro etapas para cada uno de los ciclos que se van desarrollando posteriormente: a) planificación, b) acción, c) observación y d) reflexión.

Para responder al segundo objetivo general, se ha propuesto una metodología cuantitativa y se ha seleccionado un método cuasi-experimental de un solo grupo pretest-posttest. La finalidad fue aplicar una medición antes y después de la intervención (IAP) para examinar si existían diferencias en el nivel de RT en el grupo de enfermeras participantes. Es por este motivo que la intención no era generalizar los resultados ni comparar con otro grupo, sino suplementar los resultados, obteniendo mayor información del fenómeno y mayor comprensión del proceso de cambio. Asimismo, por las características de este tipo de diseño, además de obtener resultados complementarios, ha permitido el planteamiento de futuras recomendaciones e indicaciones sobre el fenómeno estudiado (Pulpón & Icart, 2012). En este aspecto se profundizará en el apartado de implicaciones de la investigación.

La Figura 5 muestra la estructura e integración de la aproximación metodológica, en ella se pretende mostrar la secuencia en la que se introduce cada uno de los métodos. En ese sentido, es en primer lugar cuando se efectúa la primera medición pretest de la RT a través de las escalas establecidas, y tras la etapa de reflexión en la parte final de la metodología cualitativa es cuando se realiza la medición posttest de la RT.

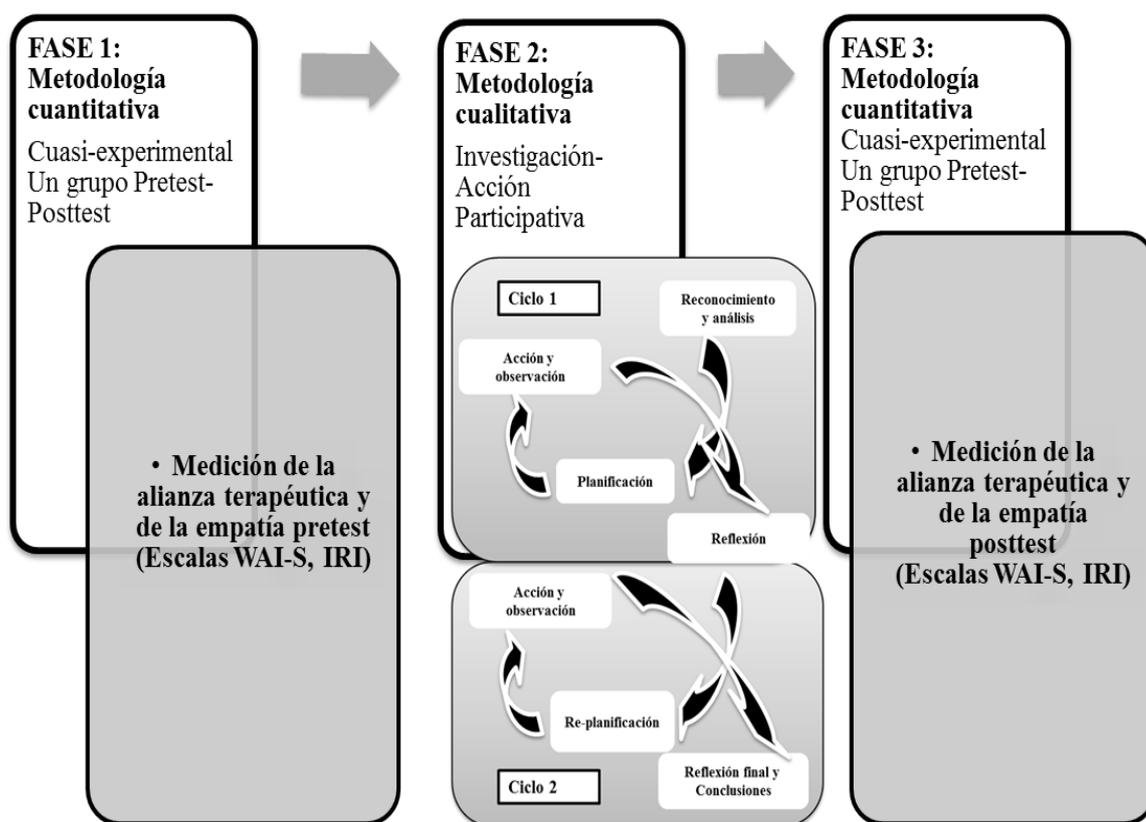


Figura 5. Diseño de la investigación

## 2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría del Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD) del Parc de Salut Mar de Barcelona:

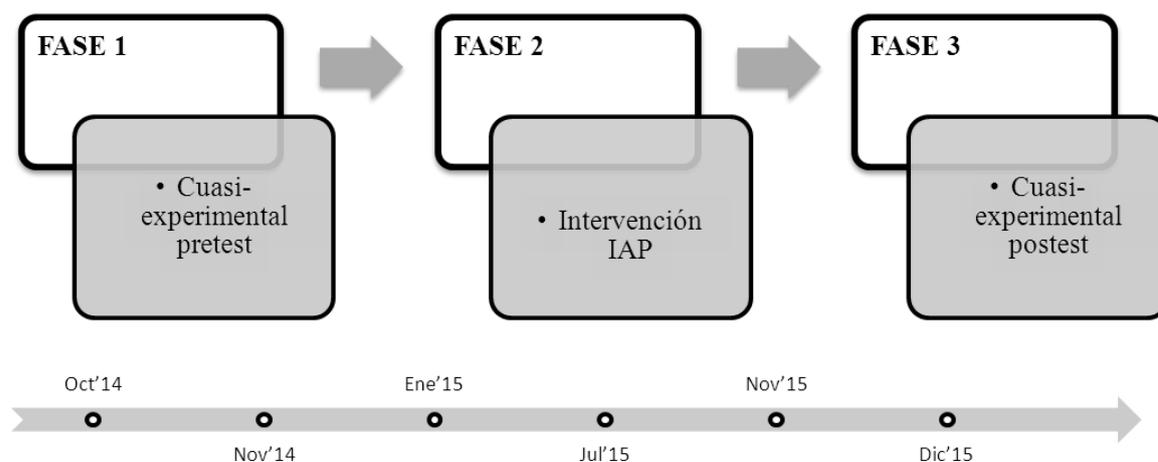
1. **Unidad 07 de hospitalización de agudos de psiquiatría.** Ubicada en el Hospital del Mar en Barcelona ciudad; constituida por 7 camas para pacientes con descompensación aguda de patología psiquiátrica con comorbilidad orgánica asociada. Posee una ratio de una enfermera por turno (mañana, tarde y noche).
2. **Unidad 80 de hospitalización agudos de psiquiatría.** Ubicada en el Hospital del Mar en Barcelona. Unidad de referencia para la hospitalización psiquiátrica de población

adulto de los distritos de Ciutat Vella, Sant Martí y Sant Andreu de Barcelona ciudad, población aproximada de 380.000 personas. Está constituida por 32 camas para pacientes con descompensación aguda de patología psiquiátrica, principalmente Trastornos Psicóticos y Afectivos. Posee una ratio de 3 enfermeras en turno de mañana, 2 enfermeras en turno de tarde y una enfermera en turno de noche.

Todas las unidades dependen de la misma dirección de enfermería y poseen los mismos protocolos y guías institucionales. Tienen establecida una dinámica de práctica clínica enfermera similar.

### **3. PERÍODO DE ESTUDIO**

La recogida de datos del estudio se efectuó de octubre de 2014 a diciembre de 2015 dividida en tres fases. Tal como muestra la Figura 6, los datos cuantitativos de las enfermeras pretest se recogieron en la primera fase a lo largo de los meses de octubre y noviembre de 2014. A continuación, en la segunda fase se llevó a cabo la intervención (fase cualitativa de la implantación de evidencias mediante una IAP). Esta segunda fase se realizó a lo largo de todo el año 2015, de enero a noviembre. Finalmente, en la tercera fase se recogieron los datos cuantitativos posttest de las enfermeras participantes. Ocupando esta fase el mes de diciembre de 2015.



**Figura 6. Período de estudio**

#### **4. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO**

Los participantes en el estudio fueron las enfermeras que trabajaban en las dos unidades de agudos del Hospital del Mar de Barcelona. El total de enfermeras que formaban la plantilla fija e interina de dichas unidades era de 40.

La captación de los participantes se efectuó a través de la directora de enfermería, las responsables de área de las unidades de agudos del instituto y mediante información por escrito de forma personal y a través del correo electrónico institucional, a todos los profesionales de enfermería acerca del proyecto y de sus objetivos, adjuntándoles documento informativo y documento de consentimiento y participación en el proyecto (Anexo I). Para la selección de la muestra, se llevó a cabo un muestreo teórico de variación máxima con la finalidad de encontrar casos ricos en información que pudieran describir las principales características del fenómeno (Patton, 2002). De este modo, las características que se tuvieron en cuenta para formar los perfiles fueron: aspectos laborales (jornada laboral, turno de

trabajo), aspectos sociales (sexo) y aspectos profesionales (posesión de la especialidad de enfermería de salud mental).

Finalmente, atendiendo a los estos perfiles identificados, se formó la muestra con 13 enfermeras. Se logró que los participantes fueran representativos de las características socio-laborales de las unidades, garantizando asimismo los principios de heterogeneidad y accesibilidad (Valles, 2003). Durante el proceso de recogida de datos se perdieron a 4 participantes. Todos ellos con perfiles diferenciados, por lo que la muestra al finalizar el estudio quedó conformada por 9 enfermeras que mantuvieron criterios de representatividad.

## **5. TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Por las características del diseño del estudio y para facilitar la comprensión al lector del planteamiento metodológico, se describirán las técnicas de recogida de datos, el procedimiento efectuado y el tipo de análisis realizado, en función de la fase del estudio y del tipo de datos. Así, en primer lugar se presentará la fase 2 o fase cualitativa de la investigación, debido a su importancia y centralidad en el estudio. Posteriormente, se describirán las fases 1 y 3 que se ocupan de los datos cuantitativos del mismo.

### **5.1. Fase 2: Técnicas y Procedimiento para la fase cualitativa**

Para efectuar la generación del modelo de cambio de la práctica clínica mediante la IAP, se utilizaron los grupos de discusión y los diarios de campo de enfermeras participantes como técnicas cualitativas de obtención de la información (Delgado-Hito, 2012). También se utilizó el diario de campo del investigador como instrumento indispensable en investigación cualitativa. A continuación se describen con mayor concreción.

#### ***Las técnicas de obtención de datos***

##### **1. Grupo de discusión IAP**

Debido a la importancia del trabajo en equipo y el consecuente discurso social colectivo distinto al individual (Callejo, 2002), se consideró oportuno que las enfermeras debatieran en grupo en torno a los objetivos de investigación. No solamente con la finalidad de efectuar la planificación, acción y reflexión propias de la IAP sino también para la obtención de mayor conocimiento y mejor comprensión del fenómeno. En consecuencia, se realizaron 4 grupos de discusión.

Las sesiones grupales se llevaron a cabo en una sala de reuniones del Campus Universitario Mar, siempre con el consentimiento del grupo. En la sala se dispuso de intimidad como para poder llevar a cabo la sesión sin interrupciones. El audio fue registrado por medio de una grabadora digital. La duración de cada una de las 4 sesiones osciló entre una hora y media y dos horas.

Para cada sesión se elaboró un guión/esquema para el desarrollo del grupo en función del ciclo y la etapa en donde se encontraba. Sin embargo, el papel del moderador fue el de facilitador- provocador, llevando a cabo una provocación inicial para incitar la discusión y una provocación continuada para que el grupo participara y decidiera (Ibáñez, 1979).

## **2. Diario reflexivo de los participantes**

Las enfermeras participantes elaboraron diarios en los que, a través de una narrativa, describieron y reflexionaron en torno a sus propias observaciones en relación con el establecimiento de la RT con los pacientes (Atkins & Murphy, 1993). Para tal fin, se les proporcionó a las enfermeras un dossier-guía donde se especificaban las pautas observacionales y reflexivas, para así facilitar su auto-observación y reflexión posterior (Anexo II). El espacio de observación fueron las propias unidades de hospitalización de

agudos, la situación de observación fueron las interacciones decididas por las enfermeras en los grupos y que consideraron que debían observarse para mejorar el establecimiento de la RT. Como se mencionaba anteriormente, las enfermeras escribieron en sus diarios en varios momentos del proceso; en un primer momento, los diarios narraron, inicialmente, el *status quo* de la práctica enfermera en relación a la RT a partir de la auto-observación de su práctica clínica. En segundo lugar, la confrontación entre lo observado de su práctica y la evidencia científica en relación al establecimiento de la RT. Finalmente, las enfermeras narraron aspectos relacionados con el proceso de IAP. Para estructurar la primera observación, análisis y registro en el diario, en consonancia con el proceso de cambio de los grupos que plantean Kemmis & McTaggart (1998), las enfermeras se centraron fundamentalmente en tres aspectos de sus interacciones:

- a) *el lenguaje y el discurso,*
- b) *las actividades y prácticas*
- c) *las relaciones sociales con el equipo y la organización.*

En un segundo momento, los diarios trataron de narrar la práctica clínica y los resultados obtenidos tras la implementación de los cambios propuestos en los grupos. Evidentemente, la intención del diario en este estudio no era solamente su aspecto investigador, sino su capacidad para poder favorecer objetivos educativos y poder fomentar la descripción, la interpretación, la reflexión y la evaluación por parte de la persona que lo lleva a cabo (McKernan, 2001), en este caso las enfermeras participantes.

### **3. El diario de campo del investigador**

El diario del investigador sirvió como herramienta para monitorizar el proceso de investigación a nivel descriptivo y metodológico, y como elemento integrador de teoría y práctica (Taylor & Bogdan, 1987).

### *El procedimiento para la recogida de datos cualitativos*

#### **1. Ciclo I**

El procedimiento del estudio para esta fase cualitativa, se planteó en dos ciclos adaptando el modelo de Kemmis y McTaggart (1998) y su proceso en espiral para la IAP. La siguiente figura muestra la integración de las diferentes técnicas de obtención de información con el primer ciclo y las etapas de la IAP que se llevaron a cabo (Figura 7). Como se puede observar, este primer ciclo constó de una etapa inicial 0 dónde se efectuó un análisis de la situación y contexto de estudio, más 4 etapas a través de las cuales se elaboraron unas pautas para auto-observar la práctica de los participantes, se auto-observó y registró la misma, y finalmente se confrontó la auto-observación con las evidencias científicas aportadas.

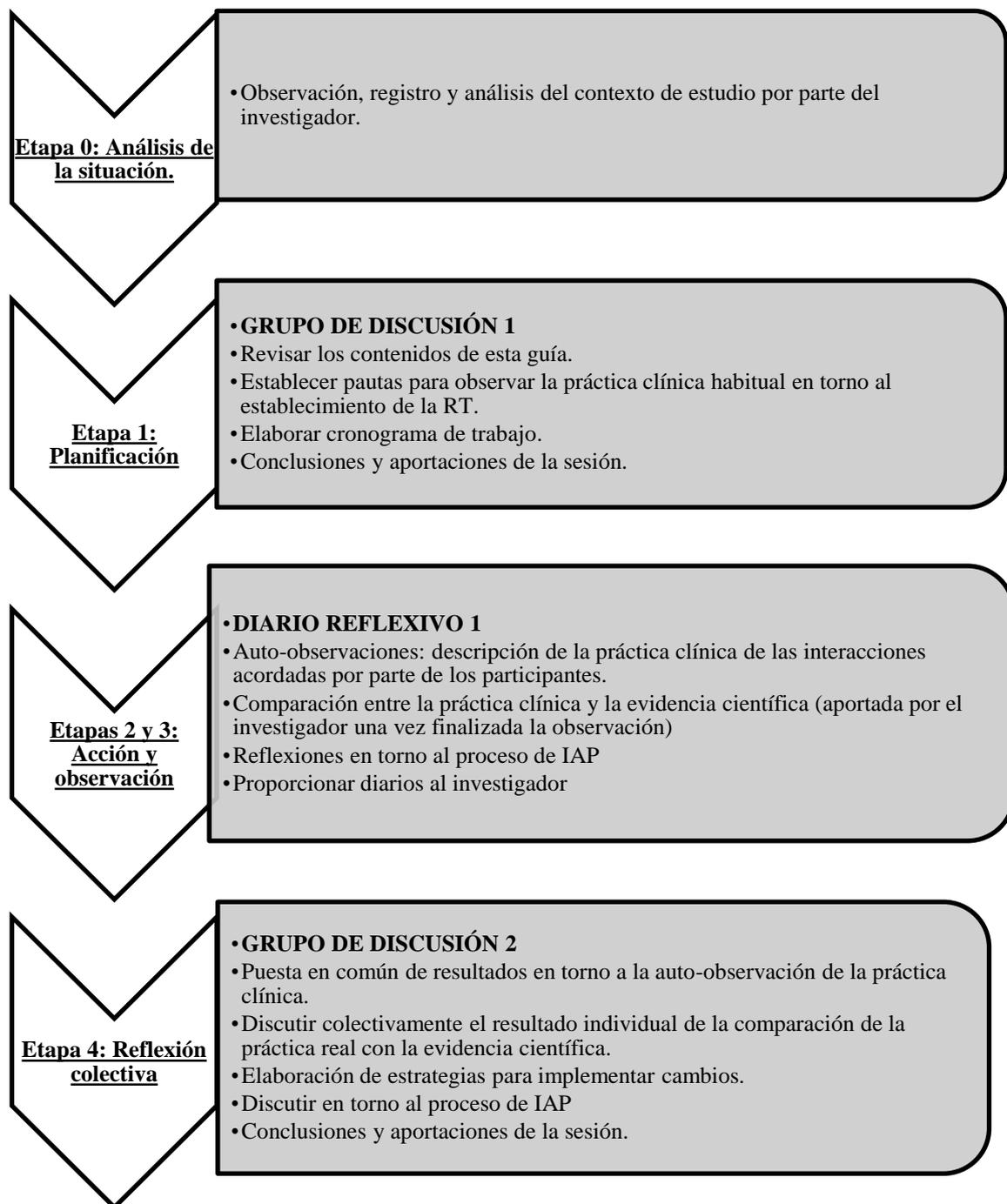


Figura 7. Procedimiento para el Ciclo I fase cualitativa

## 2. Ciclo II

La Figura 8 muestra los objetivos perseguidos en cada una de las etapas, las técnicas utilizadas y la finalidad de las mismas para el segundo ciclo de esta fase cualitativa. Destacar que, una vez detectadas las limitaciones para la RT, las enfermeras propusieron estrategias de mejora en relación con las evidencias, las implantaron y las evaluaron a través de grupos de discusión y diarios reflexivos.

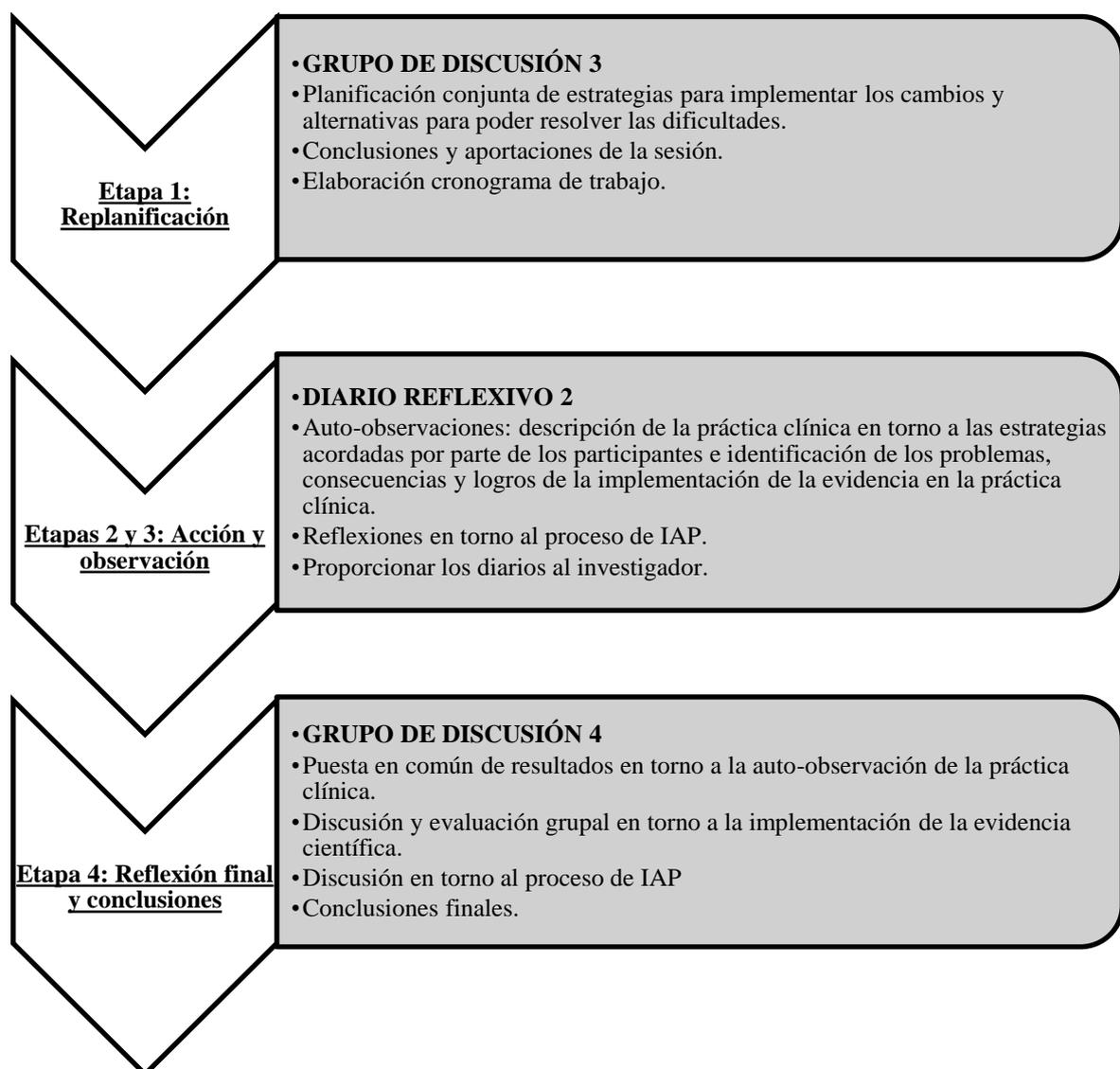


Figura 8. Procedimiento para el Ciclo II fase cualitativa

### ***El análisis de los datos cualitativos***

El método del análisis de contenido se utilizó en esta investigación. Este enfoque es adecuado para el análisis y categorización de datos cualitativos de acuerdo con criterios empíricos o teóricos (Mayring, 2000). A continuación, se describe el proceso que se efectuó para el análisis de los datos cualitativos.

Todos los datos obtenidos, tanto de los grupos de discusión como de los diarios fueron transcritos literalmente. A continuación, una vez fue verificada la autenticidad de las transcripciones por parte de los participantes (validación de contenido), se procedió a fragmentar el texto en códigos descriptivos asignados en base a su contenido puramente semántico. En una segunda etapa, se agruparon tales códigos en subcategorías más analíticas, de tal forma que agruparon los códigos iniciales atendiendo al significado de las unidades lingüísticas y de sus combinaciones. De este modo se llegó a una tercera etapa jerárquica, dónde teniendo en cuenta el análisis semántico de las subcategorías anteriores, se categorizaron en función de los objetivos del estudio. Cabe mencionar que el análisis de los datos fue efectuado por dos investigadores, de forma conjunta en la primera etapa de codificación de los datos, independientemente durante el posterior proceso analítico y de nuevo reunidos en la comparación de sus resultados. El proceso de análisis fue asistido por el programa informático QRS NVivo versión 10.

Destacar que las categorías que sirvieron como sistema de organización global para el análisis fueron:

- 1. Sentido y conceptualización de la RT para las enfermeras*
- 2. Limitaciones en la práctica para el establecimiento de la RT*

### *3. Propuestas de mejora para el establecimiento de la RT*

### *4. Reflexiones sobre el proceso de IAP de las enfermeras*

Sin embargo, no se trató, de un proceso lineal o secuencial, sino de un trabajo constante, cíclico, recursivo y complejo, que exigió deconstruir los datos para posteriormente reconstruirlos y hallar su significado (Carrillo et al. 2011; Campos & Turato, 2009; Gibbs, 2007). De este modo, a pesar de que se tuvieron en cuenta a lo largo de todo el proceso de análisis las 4 categorías principales obtenidas de los objetivos de la investigación, algunas de ellas por su riqueza en contenido han debido desdoblarse como es el caso de la categoría de conceptualización y sentido de la RT. Los resultados de dicho proceso podrán evidenciarse en el capítulo posterior.

## **5.2. Fases 1 y 3: datos cuantitativos de la investigación**

### *Las variables a estudio y los instrumentos para su recogida*

Tal y como se señalaba anteriormente, para evaluar la efectividad de la implantación de evidencias mediante una IAP, la recogida de las variables de estudio se realizó en dos momentos distintos; antes del inicio de la fase cualitativa del estudio (IAP) y después de finalizarla. Las variables de estudio fueron:

#### **1. Variables socio-demográficas**

##### a) Edad

Definición conceptual: Se refiere al tiempo vivido que cada participante dice tener en el momento del inicio del estudio.

Definición operativa: Se mide en años y el dato se recoge a través de la respuesta de cada participante mediante un ítem incorporado para tal efecto en el cuestionario Working Alliance Inventory Short (WAI-S).

b) Sexo

Definición conceptual: Se refiere a la condición de sexo en la que se considera cada uno de los participantes en el momento del inicio del estudio.

Definición operativa: Se recoge en hombre o mujer a través de la respuesta de cada participante mediante un ítem incorporado para tal efecto en el cuestionario WAI-S.

## **2. Variables profesionales**

a) Título de especialista en enfermería de salud mental

Definición conceptual: Se refiere a la posesión del participante del título oficial de Enfermero Especialista en Enfermería de Salud Mental en el momento del inicio del estudio.

Definición operativa: Se mide en si o no a través de la respuesta de cada participante mediante un ítem incorporado para tal efecto en el cuestionario WAI-S..

b) Experiencia en salud mental y adicciones

Definición operativa: Se refiere a la práctica prolongada que proporciona conocimiento y habilidad en el ámbito de la salud mental y las adicciones en el momento del inicio del estudio.

Definición operativa: Se mide en meses y se recoge a través de la respuesta de cada participante mediante un ítem incorporado para tal efecto en el cuestionario WAI-S.

c) Turno de trabajo

Definición conceptual: Se refiere al turno en el que habitualmente desempeña sus funciones profesionales el participante en el momento del inicio del estudio.

Definición operativa: Se mide en Turno de Mañana, Turno de Tarde y Turno de Noche. Se recoge a través de la respuesta de cada participante mediante un ítem incorporado para tal efecto en el cuestionario WAI-S.

d) Contrato laboral

Definición conceptual: Se refiere al tipo de contrato respecto a la joranda laboral que tiene cada participante en el momento del inicio del estudio en el momento del inicio del estudio.

Definición operativa: Se mide en 40 horas o 21 horas. Se recoge a través de la respuesta de cada participante mediante un ítem incorporado para tal efecto en el cuestionario WAI-S.

### **3. Variable independiente**

a) Implementación de evidencias a través del grupo de Investigación-Acción Participativa.

Definición conceptual: Es la intervención a estudio, mediante ella los participantes a través del método de IAP implementan las evidencias científicas en la práctica clínica.

Definición operativa: Se refiere a la fase cualitativa de esta investigación, ocupada por el método de IAP diseñado para implementar las evidencias científicas en la práctica clínica. Todos los participantes están sometidos a esta intervención.

#### 4. Variables dependientes

- a) La alianza terapéutica entre profesional y pacientes, desde la perspectiva del propio profesional.

Definición conceptual: Se refiere a la percepción del propio profesional respecto a la alianza terapéutica que establece con los pacientes. Se entiende la alianza terapéutica como el elemento relacional de carácter activo propio del profesional que pretende inducir un cambio en el paciente (Corbella et al., 2011).

Definición operativa: Se midió mediante la escala *Working Alliance Inventory Short* (WAI-S) versión profesional (Horvath & Greenberg, 1989) (Anexo III). El WAI-S en su versión corta cuenta con 12 ítems, el profesional valora cada ítem por medio de una escala que va desde 1 (nunca) a 7 (siempre). Este cuestionario está formado por tres subescalas.

- Vínculo (V): El vínculo entre paciente y enfermera, que incluye aspectos como la empatía, la confianza mutua y la aceptación.
- Objetivos (O): El acuerdo entre paciente y enfermera respecto a los objetivos, es decir, el mutuo consentimiento acerca de qué es lo que se pretende lograr con la intervención.
- Tareas o actividades (T): El acuerdo entre paciente y enfermera respecto a las tareas o actividades a realizar.

A mayor puntuación mayor alianza en la RT. Se ha utilizado la adaptación española de Andrade-González y Fernández-Liria (2015). El WAI Short en su versión española presenta buena fiabilidad y validez con un alfa de Cronbach de .93 (Andrade-González & Fernández-Liria, 2015).

b) La empatía del profesional, desde la perspectiva del profesional.

Definición conceptual: Se refiere a la percepción del propio profesional respecto a su empatía con los pacientes. Se entiende empatía como el conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas (Davis, 1983).

Definición operativa: Se midió mediante la escala *Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)* elaborado por Davis (1983). Consta de 28 ítems con una escala tipo Likert (1 = *nada bien* y 5 = *muy bien*) que expresan el grado de descripción que realiza la enfermera de sí misma en relación con su tendencia empática (Anexo IV). El cuestionario administrado está compuesto por 4 subescalas:

- Toma de perspectiva (PT): mide intentos espontáneos de la enfermera por ponerse en el lugar del otro (la perspectiva del otro).
- Fantasía (FS): mide la tendencia de la enfermera a identificarse y ponerse en el lugar de personajes de ficción del cine, la literatura, etc. y evalúa su capacidad imaginativa.
- Preocupación empática (EC): mide la respuesta de la enfermera en cuanto a sentimientos de compasión, lástima y cariño por los otros, especialmente cuando se encuentra ante dificultades.
- Malestar personal (PD): evalúa los sentimientos de ansiedad y malestar que la enfermera experimenta al observar experiencias negativas que les ocurren a los demás.

A mayor puntuación mayor tendencia empática en la RT. Este instrumento ha sido validado al español (Pérez-Albéniz, Paúl, Etxeberría, Montes, & Torres, 2003) y los valores alfa de Cronbach para la versión española, oscilan entre .63 y .71 entre los 4 factores que la constituyen.

### ***El procedimiento de recogida de datos cuantitativos***

Una vez los participantes hubieron aceptado y firmado el consentimiento de participación en el estudio, para la administración de los cuestionarios previos a la IAP, por tal de facilitar y agilizar la distribución y cumplimentación de dichos cuestionarios, se hizo llegar a los participantes a través de un enlace on-line, de tal forma que se les adjudicó un código a cada uno de los participantes y los resultados llegaron al Investigador Principal (IP) en tiempo real. Los participantes tenían de plazo hasta el inicio de la fase cualitativa del estudio, lo que correspondía a tres meses de margen. Sin embargo, se enviaron correos electrónicos recordatorios a todos aquellos participantes que se demoraron en su respuesta.

Para la recogida de datos post IAP se efectuó el mismo procedimiento. Una vez había finalizado la fase cualitativa de la investigación, se hizo llegar a todos los participantes del estudio el enlace y el código individual para poder cumplimentar los cuestionarios on-line. En esta fase fueron necesarios dos meses para poder recoger la totalidad de datos, solo fue necesario enviar un correo recordatorio a una participante.

### ***El análisis de los datos cuantitativos***

El análisis de los datos cuantitativos se centró en las diferencias numéricas, obtenidas en las escalas WAI-S e IRI, observadas antes y después de la fase cualitativa. Para la descripción de la muestra y la valoración de las puntuaciones de los mismos se utilizó estadística descriptiva, utilizando la media y la desviación estándar para la descripción de las

variables cuantitativas, y la frecuencia y el porcentaje para las variables cualitativas. Asimismo se estimaron las diferencias entre las puntuaciones de la línea base y la valoración post-grupal mediante la aplicación de test paramétricos (t de student para datos apareados) en el caso de variables cuantitativas previa comprobación de los supuestos de normalidad y homogeneidad de sus varianzas, en el caso contrario se optó por utilizar pruebas no paramétricas utilizando el test de Wilcoxon para variables cuantitativas y , pruebas de Chi cuadrado o test exacto de Fisher para el caso de variables cualitativas. En ese sentido, debido a la identificación de variables que no seguían criterios de normalidad, para facilitar la lectura y comprensión de los resultados, se tomó la decisión de presentar las variables cuantitativas siempre a través de la mediana y de los percentiles 25 y 75. Por otro lado, para interpretar los resultados se eligió un nivel de significación de  $p < 0,05$ , para un intervalo de confianza del 95% en el supuesto de hipótesis bidireccional. Cabe decir que el proceso de análisis fue realizado mediante el programa informático IBM SPSS Statistics 21.

## 6. RIGOR METODOLÓGICO

Con la finalidad de garantizar la mayor calidad posible para poder dar respuesta a la pregunta de investigación y sus objetivos, se planteó la metodología mixta de tipo secuencial-transformativa, con la intención de obtener de este modo la complementariedad de métodos, el desarrollo de uno en relación con el otro y la triangulación de los mismos (Tashakkori & Teddlie, 2003). No obstante, teniendo en cuenta que la metodología cualitativa es la que ha guiado el proceso en relación con el posicionamiento epistemológico del proyecto, han sido los criterios de calidad de dicha metodología los que han marcado y definido de forma primordial el rigor metodológico del mismo. Se han tenido en cuenta, por tanto, criterios de confiabilidad, autenticidad y de carácter ético (Lincoln & Guba, 1985 citado en Valles, 2003).

La confiabilidad del estudio está compuesta por los criterios de credibilidad, transferibilidad y dependencia (Valles, 2003). En ese sentido, cabe mencionar que elementos como la duración de la investigación y el uso de triangulación de técnicas e investigadores, han proporcionado suficientes criterios de credibilidad al proceso. Por otro lado, la explicitación de la representatividad escogida en el muestreo, a través de la descripción exhaustiva de participantes y de su contexto, permite la transferibilidad de los resultados. Del mismo modo, el criterio de dependencia ha sido obtenido a través de la auditoría y traspaso de informes externos de forma constante a lo largo de todo el procedimiento. Asimismo, la dinámica del proceso que ha supuesto la interacción constante entre las realidades de observadores, tanto entre investigador y participantes, como con las propias realidades observadas, han dotado de autenticidad a los datos obtenidos. El tratamiento de confidencialidad, privacidad y consentimiento a los participantes ha tenido especial consideración para garantizar el criterio de rigor ético del proyecto. Y, por supuesto, la reflexividad, entendida como un proceso de retorno para poder contrastar de forma crítica lo que va sucediendo en el desarrollo de la investigación (De la Cuesta-Benjumea, 2011), ha sido el criterio de calidad central sobre el que se ha cimentado el proyecto. Además, en cuanto a las técnicas cuantitativas se refiere, el hecho de utilizar instrumentos validados y con fiabilidad demostrada, así como la técnica de muestreo realizada para la representatividad de la población estudiada, han aportado mayor consistencia y complementariedad a los resultados obtenidos.

## **7. ASPECTOS ÉTICOS**

Previo al proceso de selección de participantes, se obtuvieron los permisos de la dirección del instituto (Anexos V y VI) y el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica de la Institución (CEIC-PSMar nº 2014/5655/I) (Anexo VI). Además, en cumplimiento con lo dispuesto en la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de

Protección de Datos de Carácter Personal del estado Español, se ha solicitado la consiguiente autorización de todos los participantes para el resultado público que se les dará a los datos, siempre preservando el anonimato y la estricta confidencialidad, de tal forma que el nombre de los participantes ha sido codificado y numerado. Los datos obtenidos han sido incorporados a un fichero denominado Datos\_MERTCEATE y la información aportada en los cuestionarios ha sido tratada de forma totalmente confidencial. Se ha eliminado cualquier dato o nombre que pudiera permitir el reconocimiento de la identidad de los informantes. Los datos quedan reservados para los fines de este proyecto de investigación. Los profesionales que han participado, lo han hecho voluntariamente, han firmado el consentimiento correspondiente de aceptación de las condiciones del estudio, y en todo momento, se han podido acoger al derecho a retirarse del estudio.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato

## **CAPÍTULO VI**

### **DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS**

#### **1. INTRODUCCIÓN**

Este capítulo supone el eje central de la investigación. A lo largo de su desarrollo se presentan los resultados obtenidos según han ido emergiendo; fase por fase, ciclo a ciclo y etapa tras etapa. En primer lugar se mostrarán y describirán las características de la muestra, los datos socio-demográficos y profesionales de las enfermeras participantes. A continuación se presentarán los resultados de forma cronológica. En primer lugar, se describirán los resultados de la fase 1, que corresponde a los resultados obtenidos de la medición pretest de la RT. Posteriormente se expondrán los resultados de la fase 2, a la que pertenece la intervención o fase cualitativa. En esta parte se recogerán, por tanto, los resultados de obtenidos de la IAP. Finalmente, se presentarán los resultados obtenidos de la fase 3, dónde se mide de forma posttest la RT y se estudia su relación y significación con la medida inicial pretest.

#### **2. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA**

##### **Datos socio-demográficos de las enfermeras participantes**

Formaron parte del estudio 13 enfermeras pertenecientes a las Unidades de Hospitalización (UH) del Hospital del Mar; 7 de ellas pertenecían a la UH 80 y 6 a la UH 07. El 61.5 % de las enfermeras eran mujeres y su media de edad era de 41,85 años. El turno de mañana era el más representado en el grupo (46.2 %). La media de meses de experiencia de cuidados en el ámbito de salud mental era de 151.9 y la mayoría de participantes de la

muestra no tenían el título de especialistas en enfermería de salud mental (61.5 %). Las Tablas 4, 5 y 6 muestran los perfiles concretos de las enfermeras además de los datos pormenorizados en relación con sus características socio-demográficas y profesionales.

**Tabla 4. Características socio-demográficas y profesionales de las enfermeras participantes**

Enfermera	Unidad	Sexo	Edad	Título especialidad	Turno de trabajo	Jornada laboral	Experiencia en salud mental (meses)
Jacinto	UH 80	Hombre	59	Si	Mañana	40	300
Remo	UH 80	Hombre	35	No	Tarde	40	96
Cirilo	UH 80	Hombre	32	No	Tarde	40	102
Rita	UH 07	Mujer	55	Si	Noche	40	170
Jasón	UH 07	Hombre	35	No	Mañana	21	120
Idalia	UH 80	Mujer	50	Si	Mañana	40	252
Valentina	UH 07	Mujer	33	No	Tarde	40	150
Ariadna	UH 07	Mujer	33	No	Tarde	21	72
Agatha	UH 80	Mujer	38	No	Mañana	21	96
Ninfa	UH 07	Mujer	28	No	Mañana	21	77
Perseo	UH 80	Hombre	39	No	Noche	40	120
Bellanca	UH 80	Mujer	58	Si	Tarde	21	144
Aquiles	UH 07	Mujer	49	Si	Mañana	40	276

**Tabla 5. Características socio-demográficas y profesionales cuantitativas de las enfermeras participantes**

Variable (n=13)	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
Edad (años)	41.8	10.8	28	59	.522	-1.375
Tiempo de experiencia en salud mental (meses)	151.9	76.6	72	300	1.026	-2.260

**Tabla 6. Características socio-demográficas y profesionales categóricas de las enfermeras participantes**

Variable (n=13)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Sexo (Hombre)</b>	5	38.5	38.5
<b>Dedicación (Jornada completa)</b>	8	61.5	61.5
<b>Título especialidad enfermería de Salud Mental (Si)</b>	5	38.5	38.5
<b>Turno de trabajo</b>			
Mañana	6	46.2	46.2
Tarde	5	38.5	84.6
Noche	2	15.4	100.0

### **3. FASE 1: RESULTADOS CUANTITATIVOS PRE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA**

Dada la identificación de variables que no siguen criterios de normalidad, para facilitar la lectura y comprensión de los resultados, las variables cuantitativas siempre se presentaran a través de la mediana y de los percentiles 25 y 75.

#### **3.1. Grado de empatía desde el punto de vista de las enfermeras (pretest)**

La Tabla 7 muestra los resultados de las subescalas del cuestionario IRI administrado a las enfermeras participantes. Cabe mencionar que la mediana de puntuación total de la escala fue de 88.0 puntos ( $P_{25}=80.0$ ;  $P_{75}= 94.0$ ). Respecto a las subescalas, las puntuaciones medianas resultaron: subescala *Toma de Perspectiva* 27.0 ( $P_{25}=26.0$ ;  $P_{75}= 31.0$ ), subescala *Fantasía* 18.0 ( $P_{25}=14.0$ ;  $P_{75}= 22.0$ ), subescala *Preocupación Empática* 27.0 ( $P_{25}=23.5$ ;  $P_{75}= 29.0$ ) y subescala *Malestar Personal* 14.0 ( $P_{25}=10.0$ ;  $P_{75}= 17.5$ ).

En cuanto a las características de fiabilidad de la escala, decir que el valor alfa de Cronbach para la escala fue de .598 puntos. De tal forma que para cada una de las subescalas correspondieron .846, .741, .596 y .796 puntos respectivamente.

**Tabla 7. Resultados cuestionario IRI pretest en el grupo de enfermeras**

		<b>Toma de Perspectiva</b>	<b>Fantasía</b>	<b>Preocupación Empática</b>	<b>Malestar Personal</b>	<b>Escala IRI</b>
<b>N</b>	Válido	13	13	13	13	13
<b>Media</b>		28.0	18.1	26.4	14.3	87.0
<b>Mediana</b>		27.0	18.0	27.0	14.0	88.0
<b>Desviación estándar</b>		3.9	5.2	3.2	4.4	7.8
<b>Percentiles</b>	25	26.0	14.0	23.5	10.0	80.0
	75	31.0	22.0	29.0	17.5	94.0

IRI: Índice Reactividad Individual

La Tabla 8 muestra la relación entre las diferentes características sociodemográficas y profesionales de las enfermeras participantes y los resultados obtenidos en la escala IRI. Cabe destacar que en el análisis estadístico efectuado, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes variables y los factores de la escala, salvo en el caso de las enfermeras mujeres y su mayor puntuación en la subescala de fantasía. De forma global, la mediana de puntuación de las mujeres fue sensiblemente más alta que la de los hombres para el total de la escala, sin embargo, los hombres puntuaron más alto en la subescala de toma de perspectiva y malestar personal. En cambio, no se observó relación de la empatía con la edad, ni con el turno de trabajo, ni con la jornada laboral, ni con la experiencia en salud mental, ni con la titulación de especialista de las enfermeras participantes.

**Tabla 8. Relación entre las características socio-demográficas y laborales de las enfermeras con la escala IRI (pretest)**

Características	N	Toma de perspectiva		Fantasía		Preocupación empática		Malestar personal		Total IRI	
		Mediana (P <sub>25;75</sub> )	P	Mediana (P <sub>25;75</sub> )	P	Mediana (P <sub>25;75</sub> )	P	Mediana (P <sub>25;75</sub> )	P	Mediana (P <sub>25;75</sub> )	P
<b>Edad en años</b>	13	r: -.157	.608 <sup>1</sup>	r: -.002	.994 <sup>1</sup>	r: -.265	.440 <sup>1</sup>	r: -.265	.381 <sup>1</sup>	r: -.330	.271 <sup>1</sup>
<b>Sexo</b>											
Mujer	8	26.0 (23.7;30.0)	.093 <sup>2</sup>	20.0 (16.5;25.7)	.030 <sup>2</sup>	28.5 (24.7;29.0)	.171 <sup>2</sup>	13.5 (10.0;16.2)	.435 <sup>2</sup>	88.5(84.0;94.0)	.524 <sup>2</sup>
Hombre	5	30.0 (27.0;33.0)		15.0 (12.0;16.5)		26.0 (21.0;28.0)		14.0 (11.0;22.5)		80.0(79.5;94.0)	
<b>Turno de trabajo</b>											
Mañana	6	26.5 (22.7;12.7)	.839 <sup>3</sup>	18.0 (12.7;27.2)	.860 <sup>3</sup>	28.5 (22.7;29.0)	.778 <sup>3</sup>	12.0 (10.0;19.0)	.189 <sup>3</sup>	26.5(23.0;34.0)	.608 <sup>3</sup>
Tarde	5	27.0 (26.5;31.0)		16.0 (15.0;20.0)		27.0 (23.0;30.0)		13.0 (11.0;14.0)		27.0(27.0;31.0)	
Noche	2	28.0 (26.0;-)		17.0 (12.0;-)		25.5 (24.0;-)		20.0 (17.0;-)		28.0(26.0;30.0)	
<b>Jornada laboral en horas</b>											
40	8	28.5 (26.0;31.0)	.657 <sup>2</sup>	15.0 (12.2;22.0)	.237 <sup>2</sup>	25.0 (22.2;28.5)	.102 <sup>2</sup>	11.0 (10.0;16.2)	.131 <sup>2</sup>	84.0(79.2;91.2)	.091 <sup>2</sup>
21	5	27.0 (24.5;30.5)		18.0 (17.0;23.0)		29.0 (27.5;29.0)		14.0 (13.5;20.0)		94.0(85.0;97.0)	
<b>Experiencia en psiquiatría en meses</b>	13	r: .005	.987 <sup>1</sup>	r: -.090	.771 <sup>1</sup>	r: -.318	.290 <sup>1</sup>	r: -.507	.077 <sup>1</sup>	r: -.480	.097 <sup>1</sup>
<b>Especialistas en Salud Mental</b>											
Si	5	26.0 (24.0;31.0)	.374 <sup>2</sup>	18.0 (12.5;24.5)	1.000 <sup>2</sup>	24.0 (22.5;29.0)	.457 <sup>2</sup>	10.0 (10.0;15.0)	.086 <sup>2</sup>	87.0(75.5;88.5)	.106 <sup>2</sup>
No	8	28.5 (26.2;31.0)		17.0 (15.0;21.0)		27.5 (26.0;29.0)		14.0 (12.5;21.0)		93.0(80.7;95.5)	

**IRI:** Índice Reactividad Individual  
**P<sub>25;75</sub>:** Percentil 25; Percentil 75  
<sup>1</sup>: Spearman's correlation coefficient  
<sup>2</sup>: U de Mann-Whitney test  
<sup>3</sup>: Kruskal Wallis test

### 3.2. Nivel de alianza terapéutica desde el punto de vista de las enfermeras (pretest)

En la Tabla 9 se pueden observar los resultados de las subescalas del cuestionario WAI-S administrado a las enfermeras participantes. La escala administrada está compuesta por 12 ítems que conforman 3 subescalas. Cabe mencionar que la mediana de puntuación total de la escala fue de 57.0 puntos ( $P_{25}=49.0$ ;  $P_{75}= 64.0$ ). Respecto a las subescalas, las puntuaciones medianas resultaron: subescala *Vínculo* 21.9 ( $P_{25}=20.0$ ;  $P_{75}= 24.5$ ), subescala *Acuerdo en objetivos* 19.0 ( $P_{25}=15.0$ ;  $P_{75}= 21.0$ ), subescala *Acuerdo en tareas* 19.0 ( $P_{25}=15.0$ ;  $P_{75}= 20.5$ ).

En cuanto a las características de fiabilidad de la escala, decir que el valor alfa de Cronbach para la escala fue de .794 puntos. De este modo, el resultado para cada una de las subescalas fue de .470, .440 y .931 puntos respectivamente.

**Tabla 9. Resultados cuestionario WAI-S pretest en el grupo de enfermeras**

		Vínculo	Objetivos	Tareas	Escala WAI-S
<b>N</b>	<b>Válido</b>	13	13	13	13
<b>Media</b>		21.9	17.6	17.3	56.9
<b>Mediana</b>		21.0	19.0	19.0	57.0
<b>Desviación estándar</b>		2.3	3.5	4.7	8.3
<b>Percentiles</b>	<b>25</b>	20.0	15.0	15.0	49.0
	<b>75</b>	24.5	21.0	20.5	64.0

WAI-S: Working Alliance Inventory Short

Respecto a la relación entre la escala WAI-S y las variables sociodemográficas y profesionales de las enfermeras participantes (Tabla 10), los resultados no indicaron que existieran diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes variables, salvo para la relación entre la experiencia en psiquiatría y salud mental y la alianza terapéutica. Según muestran los resultados existía correlación inversa, cuanto menos experiencia en psiquiatría y salud mental mayor alianza terapéutica. Del resto de variables cabe destacar que: las enfermeras mujeres percibían que hacían mejor alianza terapéutica que los hombres, que los

profesionales de la noche y de la tarde también percibían mejor alianza terapéutica. De la misma forma, las personas que están contratadas a jornada parcial también se autoevaluaron a la alza respecto el resto. Coinciden, por tanto, estos resultados con la correlación entre la experiencia y la alianza terapéutica.

**Tabla 10. Relación entre las características socio-demográficas y profesionales de las enfermeras con la escala WAI-S (pretest)**

Características	n	Vínculo		Acuerdo de objetivos		Acuerdo en las tareas		Total WAI	
		Mediana (P <sub>25;75</sub> )	P	Mediana (P <sub>25;75</sub> )	P	Mediana (P <sub>25;75</sub> )	P	Mediana (P <sub>25;75</sub> )	P
<b>Edad en años</b>	13	r: -.226	.457 <sup>1</sup>	r: -.118	.702 <sup>1</sup>	r:- .350	.241 <sup>1</sup>	r: -.243	.424 <sup>1</sup>
<b>Sexo</b>									
Mujer	8	21.5 (20.0;25.0)	.824 <sup>2</sup>	18.0 (14.5;20.7)	.655 <sup>2</sup>	20.0 (17.0;20.7)	.266 <sup>2</sup>	57.0 (52.2;65.7)	.464 <sup>2</sup>
Hombre	5	21.0 (20.5;23.0)		20.0 (13.5;21.0)		17.0 (9.5;20.0)		61.0 (43.5;62.5)	
<b>Turno de trabajo</b>									
Mañana	6	20.5 (20.0;22.2)	.493 <sup>3</sup>	19.5 (16.7;21.0)	.308 <sup>3</sup>	17.0 (9.7;21.0)	.685 <sup>3</sup>	57.0 (46.0;64.2)	.907 <sup>3</sup>
Tarde	5	22.0 (20.0;24.5)		20.0 (13.5;21.0)		20.0 (18.0;20.0)		61.0 (53.5;64.0)	
Noche	2	23.0 (21.0;-)		13.5 (10.0;-)		18.0 (13.0;-)		54.5 (44.0;-)	
<b>Jornada laboral en horas</b>									
40	8	21.5 (20.5;23.5)	.711 <sup>2</sup>	17.0 (14.5;20.0)	.206 <sup>2</sup>	17.0 (11.5;19.7)	.103 <sup>2</sup>	56.5 (44.7;61.7)	.124 <sup>2</sup>
21	5	21.0 (19.5;25.5)		21.0 (16.0;21.0)		20.0 (18.5;21.0)		63.0 (54.0;67.0)	
<b>Experiencia en psiquiatría en meses</b>	13	r: -.306	.310 <sup>1</sup>	r: -.492	.088 <sup>1</sup>	r: -.641	.018 <sup>1</sup>	r: -.603	.029 <sup>1</sup>
<b>Especialistas en Salud Mental</b>									
Si	5	20.0 (20.0;25.0)	.656 <sup>2</sup>	17.0 (16.5;20.5)	1.000 <sup>2</sup>	17.0 (8.5;21.5)	.459 <sup>2</sup>	57.0 (45.0;65.5)	.826 <sup>2</sup>
No	8	21.5 (21.0;23.5)		19.5 (13.2;21.0)		19.5 (17.0;20.7)		59.0 (52.2;62.7)	

WAI-S: Working Alliance Inventory Short

P<sub>25;75</sub>: Percentil 25; Percentil 75

<sup>1</sup>: Spearman's correlation coefficient

<sup>2</sup>: U de Mann-Whitney test

<sup>3</sup>: Kruskal Wallis test

### 3.3. Consideraciones finales

A continuación se presentan de forma resumida los principales resultados de esta fase:

- El estudio se situó en dos unidades de hospitalización psiquiátrica de Barcelona. Las unidades acogían a 39 pacientes que eran cuidados por un total de 4 enfermeras en el turno de mañana, 3 en el de tarde y dos en el de noche.
- Se seleccionaron 13 enfermeras, de las que el 61.5 % eran mujeres, la media de edad era de 41.8 años. El turno de mañana era el más representado en el grupo (46.2 %). La media de meses de experiencia de cuidados en el ámbito de salud mental era de 151.9 y la mayoría de participantes no tenían el título de especialistas en enfermería de salud mental (61.5 %).
- En cuanto al nivel de RT y empatía de las enfermeras participantes, no se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas entre las distintas subescalas y las diversas variables sociodemográficas y profesionales. Sin embargo, cabe destacar que en relación con la empatía, las mujeres se puntuaron al alza. En cuanto a la percepción de alianza terapéutica, las enfermeras más jóvenes entendían que hacían mejor alianza terapéutica que las más mayores.

## **4. FASE 2: RESULTADOS CUALITATIVOS INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA**

### **4.1. Ciclo I IAP**

#### **4.1.1. ETAPA 0: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN**

La etapa inicial consistió en ubicarse en el campo de investigación y de esta forma poder efectuar un diagnóstico de la situación de partida del contexto de estudio. Para ello, en primer lugar se efectuó una observación de las unidades de hospitalización con el consiguiente registro y análisis del mismo. En consecuencia, se obtuvo la “fotografía” inicial del contexto a estudiar respecto al establecimiento de la RT en las unidades de agudos objeto de estudio. A continuación se muestra el resultado de la observación del contexto de estudio.

#### **La observación, registro y análisis del contexto de estudio**

##### *La institución*

El Parc de Salut Mar de Barcelona es un organismo que provee servicios integrales de salud públicos en la zona litoral de Barcelona, fue creado en el año 2010 tras la substitución del antiguo Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS) de Barcelona. Está formado por diferentes centros hospitalarios y de atención primaria; el Hospital del Mar, el Hospital de l’Esperança, el Centre Fòrum del Hospital del Mar y el Centre Assistencial Emili Mira (CAEM), entre otros. Para el ámbito de la atención psiquiátrica y de las adicciones, desde hace unos años se creó el Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD), éste incluye servicios tales como: unidades de agudos, unidades de subagudos, Hospitales de Día, Centros de Salud Mental, Centros de Día, Centros de Atención y Seguimiento a las Adicciones. De tal forma, que posee una amplia y completa cartera de servicios de asistencia en la salud mental

del área de Barcelona. En relación con las unidades de hospitalización de agudos, cabe mencionar que están ubicadas en el Hospital del Mar y en el CAEM (Tabla 11).

**Tabla 11. Unidades de Hospitalización de agudos del INAD**

Hospital del Mar (Nº de camas)	UH 80 (32)*	UH 07 (7)*
CAEM (Nº de camas)	H6 (18)	H4 (26)

\*Unidades del estudio

### *Las unidades de agudos*

La Unidad de Hospitalización (UH) 80 del Hospital del Mar de Barcelona, está compuesta por 32 camas para pacientes psiquiátricos que precisan atención sanitaria por su situación aguda. Da asistencia en régimen de hospitalización a la población adulta perteneciente a los sectores sanitarios de Ciutat Vella, Sant Martí y Sant Andreu, sectores de la ciudad de Barcelona, que suman un total de aproximadamente 380000 habitantes. Se trata de una unidad relativamente nueva en cuanto a su apertura. En octubre de 2013 dicha unidad se encontraba en el Centro Fòrum del Hospital del Mar, otro hospital que pertenece a la misma institución; el Parc de Salut Mar de Barcelona. En aquel momento la dotación de camas y de personal duplicaba a las actuales. Debido a la situación económica de aquel momento, y a un plan de reordenación de la institución, el cambio de centro supuso un recorte considerable en estructura y recursos humanos para el INAD. Este hecho supuso un cambio muy importante para todos los integrantes de las unidades de agudos de psiquiatría, se produjeron traslados de centro, de servicio, cambios de turno, e incluso pérdidas del puesto de trabajo. Hechos que afectan de forma significativa a la calidad y satisfacción laboral de los profesionales.

Un año después, aún se hace palpable cierto malestar. El equipo manifiesta todavía que está en proceso de adaptación. Según los miembros del equipo de la actual UH 80, las unidades anteriores poseían mejor estructura para atender y cuidar a pacientes con patologías psiquiátricas agudas, se trataban de unidades luminosas, muy amplias y que ofrecían más espacios terapéuticos. En cambio, la unidad de hospitalización 80 apenas ofrece un pasillo con 15 habitaciones dobles a ambos lados del mismo, y una sala polivalente de unos 50 metros cuadrados para la convivencia de los 32 pacientes a lo largo del día, entorno que multiplica los estímulos y dificulta la relación terapéutica con los pacientes.

El perfil habitual del paciente hospitalizado en la UH 80 es una persona con 30 años que presenta síntomas psicóticos por una descompensación de su enfermedad de base, la más frecuente es la Esquizofrenia Paranoide. Si bien, también es común encontrar pacientes con Trastornos Afectivos como la Bipolaridad y la Depresión. En cualquier caso, el criterio fundamental de hospitalización en una unidad de agudos de psiquiatría, es que exista un riesgo para la propia persona o para los demás.

La UH 07 está ubicada también en el Hospital del Mar, esta unidad es más pequeña que la anterior. Posee 7 camas para la atención en régimen de ingreso a pacientes con patología psiquiátrica aguda que presentan a su vez comorbilidad orgánica. Por tanto, se trata de una unidad con una estructura similar a la UH 80, pero con dimensiones más reducidas y con pacientes también diferentes. El paciente habitual de la UH 07 es una persona mayor, con sintomatología depresiva y patología orgánica, y con un nivel de autonomía menor para las actividades básicas de la vida diaria.

### ***El equipo interdisciplinar***

Las unidades están formadas por un equipo interdisciplinar constituido por médicos-psiquiatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos y una trabajadora social. En relación con el equipo de enfermería de la UH 80, el equipo de la noche está compuesto por una enfermera y dos auxiliares de enfermería, mientras que tres enfermeras y tres auxiliares forman tres equipos de referencia diferenciados en el turno de la mañana, y dos enfermeras y dos auxiliares constituyen los dos equipos de la tarde.

Cada equipo tiene asignados a un número determinado de pacientes, que generalmente corresponde con pacientes adjudicados al mismo médico-psiquiatra. La intención, por tanto, es mantener siempre los mismos clínicos de referencia para el mismo grupo de pacientes. A medida que avanzan los turnos de trabajo a lo largo de la jornada, disminuyen las ratios de personal. Factor éste, que siempre ha creado polémica según los profesionales.

En relación con la UH 07, el equipo de enfermería es el mismo para todos los turnos, está compuesto por una enfermera y una auxiliar de enfermería.

### ***El equipo enfermero: Las relaciones sociales, las formas de organización***

Los equipos de enfermería están compuestos por una enfermera y una auxiliar, éstas son responsables del cuidado de unos 11 pacientes en el turno de la mañana, 16 en el turno de tarde y 32 en el de noche. Si bien cada equipo es autónomo en la toma de decisiones, cuando existen pacientes graves y de complejo abordaje, suelen haber reuniones multidisciplinarias donde se toman decisiones compartidas. A pesar de que supuestamente, el marco conceptual de cuidados del INAD viene determinado por una perspectiva de tipo humanista, se observan

distintas formas de percibir e implementar el cuidado en las unidades. Incluso, a veces, integrantes del mismo equipo divergen en su valoración, interpretación y planificación de los cuidados. Por otro lado, la normativa de la unidad, es utilizada en numerosas ocasiones como respuesta para terminar intervenciones. Por supuesto, la normativa es necesaria en unidades de este tipo, pero se observa que determina con frecuencia el discurso y las actividades que se llevan a cabo.

### *El equipo enfermero: Los espacios de relación entre el equipo enfermero*

#### **El cambio de turno**

El intercambio de información entre los turnos salientes y entrantes es especialmente importante en las unidades de psiquiatría. En dicho espacio, todos los integrantes de los equipos escuchan atentamente a la enfermera saliente mientras relata las incidencias de cada uno de los pacientes de la sala. Sin embargo, como cada una tiene asignados a unos pacientes en concreto, resulta inevitable su distracción cuando no habla de los suyos. Aunque, bien es cierto, que en una unidad como esta es necesario conocer la información de todos los pacientes que están hospitalizados, puesto que la relación con cualquier profesional, sea o no su enfermera de referencia, en muchas ocasiones es inevitable. Los cambios de turno son muy importantes, se resume información fundamental y se plantean objetivos comunes, aunque a veces, también se observan juicios de valor que pueden sesgar la opinión del turno que entra respecto a determinados pacientes.

#### **El control de enfermería**

Formado por una habitación de unos 30 metros cuadrados situada en la mitad del pasillo de la unidad. Está dividida en tres partes, una zona para preparar la medicación, una zona

intermedia donde se almacena documentación, y un tercer espacio un poco más amplio, que permite hacer pequeñas reuniones del equipo, y donde se encuentran ordenadores para registrar las actividades realizadas. El control permanece siempre cerrado, pero su interior es totalmente visible para los pacientes debido a que sus paredes están formadas por cristaleras, de este modo pacientes y profesionales se pueden ver constantemente. De hecho, como la cristalera no cierra totalmente la parte superior de la pared, es posible oír desde el interior el sonido procedente del resto de la unidad, y de la misma manera, las personas que deambulan por el exterior del control escuchan con total nitidez el sonido que procede de su interior. Esto permite que los profesionales puedan detectar algún incidente que se produzca en la sala, pero también dificulta el mantenimiento de la confidencialidad en las reuniones que se producen.

### **El “office”**

Se trata de un espacio que muchas veces se convierte también en momento de pequeñas reuniones de trabajo, aunque al tratarse de un lugar de desconexión, permite a los profesionales abordar temas de forma más natural y relajada.

### ***La interacción enfermera-paciente***

#### **Las intervenciones y actividades**

La mayoría de interacciones que se producen entre las enfermeras y los pacientes, ocurren en la puerta del control de enfermería, en el pasillo de la unidad o en la sala polivalente, en menor número el encuentro sucede en la habitación del paciente o en el interior del control de enfermería. Por tanto, el encuentro más habitual acontece cuando el paciente suele llamar a la puerta del control de enfermería y realiza una demanda.

En cualquier caso, de forma principal la interacción se produce por iniciativa del paciente y cuando la enfermera está realizando otra actividad. Las peticiones de los pacientes pueden ser de diversa índole; de tipo más material como la solicitud de utensilios de aseo o de medicación extra, de tipo personal cuando preguntan por el médico o por la familia, de tipo más administrativo cuando se preocupan por un permiso de salida o por el alta, y en la mayoría de ocasiones, cuando acuden con una demanda más inespecífica y que, generalmente, supone una expresión de malestar emocional.

En cambio, los encuentros que se originan a iniciativa de la enfermera, suelen estar centrados en actividades concretas del día a día de la unidad, como son: la administración de medicación, el soporte y asistencia para higienes y alimentación, la toma de constantes, la acogida y valoración de ingresos, el seguimiento y control de pacientes en protocolo de contención mecánica, de riesgo autolítico, etc. Se tratan de actividades que normalmente llevan implícita una carga negativa para el paciente, ya que muchos de ellos están ingresados de forma involuntaria y/o no tienen consciencia de enfermedad, por lo que las enfermeras deben intervenir sin el acuerdo tácito del paciente.

### **El lenguaje y discurso**

Las enfermeras, en general, en sus interacciones con los pacientes utilizan un lenguaje sencillo y concreto, poco técnico y cercano. En la mayoría de casos, son indicaciones directas carentes de acuerdo o negociación, y frecuentemente en relación con las demandas que han planteado los pacientes previamente. Algunas veces, el discurso posee un carácter de concesión o permisividad, por ejemplo cuando solicitan el mando de la televisión, ropa para ducharse, o el teléfono para llamar a un familiar. Pero habitualmente es un discurso de respuesta negativa ante la solicitud del paciente, como cuando piden medicación extra, poder

ver al médico o salir de la unidad. Otras veces, el discurso tiene como finalidad marcar límites de conducta esperables, por lo que el lenguaje utilizado también posee connotaciones autoritarias y de poco acuerdo con el paciente. En cambio, cuando las enfermeras y los pacientes interactúan y conversan en torno a temas que, en apariencia, no tienen relación con el tratamiento y la necesidad de hospitalización, el discurso parece que se relaja, se observa un lenguaje menos directivo y más humano.

### **Consideraciones finales y reflexiones metodológicas de la etapa diagnóstica**

A continuación se presentan de forma resumida los principales resultados y las reflexiones metodológicas del proceso de investigación en esta etapa:

- La unidad principal del estudio había sufrido un cambio de ubicación recientemente, por lo que las condiciones estructurales habían empeorado para el cuidado del paciente psiquiátrico según las enfermeras. La relación con el paciente se dirigía a cubrir las demandas y cuidados protocolizados establecidos debido a la presión asistencial y la falta de espacios terapéuticos.
- A nivel metodológico, es necesario tener en cuenta y exponer la limitación que supuso realizar la observación del lugar de estudio por parte del investigador principal. El hecho de ser éste persona conocida en la institución, pudo influir directamente en el comportamiento de algunas de las enfermeras participantes. Para ello, se intentó no participar en absoluto en la observación y efectuarla en turnos y días distintos. Una vez efectuado el registro y análisis del contexto de estudio, el documento fue examinado de forma externa por un supervisor de la unidad, confirmando éste la validez de los datos y del análisis efectuado.

#### 4.1.2. ETAPA 1: PLANIFICACIÓN

Una vez situados en el contexto de estudio y efectuada su “fotografía” inicial, se dio paso a la primera etapa de este primer ciclo. En ella, las enfermeras participantes debían decidir cómo, cuándo y dónde tendrían que realizar una auto-observación reflexiva de su práctica clínica respecto al establecimiento de la RT con sus pacientes. Para ello, tal y como estaba previsto en el protocolo de investigación, se efectuó un primer grupo de discusión. Se citó a las 13 enfermeras participantes en un aula del Campus Universitari Mar, entorno neutro para ellas. La hora fue consensuada con los supervisores para que afectase lo mínimo posible a las dinámicas de las unidades. A las enfermeras se les hizo llegar, vía correo electrónico, la guía-dossier del participante (Anexo II) y la orden del día prevista para el grupo (Anexo VIII), para que de esta forma la sesión fuese lo más ágil posible. Además a la sesión se invitó a otra investigadora para que ejerciera el papel de observadora. Por tanto, los objetivos de las enfermeras para esta etapa eran:

- a) revisar y consensuar la guía-dossier,
- b) establecer las pautas para observar su práctica clínica habitual en torno al establecimiento de la RT y
- c) elaborar el cronograma pertinente de trabajo.

El grupo de discusión se efectuó en el aula 61.302-3014 del Campus Universitari Mar, el día 12 de febrero de 2015 a las 13:00h, tuvo una duración de una hora y treinta y cinco minutos y asistieron un total de 12 personas; de las cuales 10 eran enfermeras participantes, 1 una investigadora con funciones de observación y el IP. La sesión fue registrada a través de una grabadora digital. Una vez efectuada la sesión, el archivo de audio resultante fue transcrito de forma literal. Probablemente, debido al carácter eminentemente informacional de

la sesión, se obtuvo una escasa generación de datos para poder analizar. Por este motivo, se decidió efectuar un informe con una descripción literal de lo sucedido y acordado por los participantes en el grupo. En este informe se incluyó la validación y el informe obtenido por la investigadora que acudió como observadora a la reunión. A continuación se muestran los resultados de lo acontecido en dicha sesión grupal.

### **Revisión de la guía-dossier por parte de las enfermeras**

En primer lugar las enfermeras eligieron un pseudónimo para preservar su confidencialidad en la investigación. Una vez iniciada la sesión, y en la revisión de la guía-dossier, fue importante destacar el apartado de roles de los participantes (enfermeras) e investigadores. Definir, por tanto, lo que se esperaba de unos y de otros. Dada su importancia en la investigación, a continuación se muestran los roles que se acordaron:

#### ***Rol de los investigadores***

a) Compromisos respecto a los aspectos organizativos:

- Encontrar un lugar para las reuniones.
- Encontrar los mejores día y hora para la realización de las reuniones.
- Intercambiar los datos de contacto (mail y número de teléfono) con los participantes.
- Distribuir la orden del día antes de cada reunión.
- Fotocopiar todos los documentos para las participantes.

b) Compromisos respecto a los aspectos de soporte:

- Reunir, adaptar y elaborar la documentación adicional para el adecuado desarrollo de cada etapa del proceso de IAP.
- Poner a disposición de los participantes bibliografía relativa a la metodología y tema de estudio.
- Mantener el contacto regular (personal, vía mail o telefónica) con todos los participantes para ofrecer ayuda o aclarar dudas.
- Favorecer la expresión de aquello que los participantes no comprendan.
- Explicar la reunión a las participantes que no puedan asistir.
- Agradecer a los participantes el trabajo realizado mediante:
  - Un certificado de participación en el estudio para cada uno de los participantes.
  - La inclusión de aquellos participantes que lo deseen en el equipo investigador del proyecto financiado por el COIB.

c) Compromisos respecto a los aspectos metodológicos:

- Favorecer la toma de decisiones y el consenso
- Ofrecer la posibilidad de cambiar ciertos aspectos de la investigación.
- Promover la reflexión.
- Realizar una síntesis de los temas tratados al finalizar cada reunión para que los participantes den su aprobación.

- Hacer resúmenes escritos de las reuniones donde se recojan las decisiones tomadas en cada reunión y enviarlos a los participantes para su aprobación.
- Presentar la transcripción de todas las reuniones para su verificación.
- Reconocer los límites del estudio.
- Dirigirse a las participantes, durante las reuniones, mediante el pseudónimo que elijan para preservar su anonimato.
- Recordar la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento.

### ***Rol de las enfermeras participantes***

#### **a) Compromisos respecto a aspectos organizativos:**

- Estar disponibles para las reuniones
- Ser puntuales
- Informar de cuando terminan la observación y el registro de la misma en su diario de campo.
- Informar de cuando finalizan el registro de los diarios

#### **b) Compromisos respecto a aspectos de soporte:**

- Proporcionar al equipo investigador el registro de los datos recogidos por los participantes (cuestionarios y diarios).

- Leer y utilizar la documentación adicional para realizar las diferentes etapas de la IAP de forma adecuada
- Solventar cualquier duda o informar de la necesidad de información adicional en cualquier momento

c) Compromisos respecto a aspectos metodológicos:

- Participar de forma activa
- Consensuar la planificación del estudio.
- Evaluar y analizar las situaciones vividas
- Proponer y tomar decisiones
- Implementar las estrategias de cambio consensuadas por el grupo.
- Estar abiertos al proceso (ventajas, dificultades, críticas)
- Elegir un pseudónimo para preservar su anonimato en la transcripción de las reuniones
- Aprobación al inicio de cada reunión del resumen enviado donde se recogen las decisiones tomadas en la reunión anterior
- Verificar la transcripción de cada reunión.

Una vez definidos los roles, siguiendo el esquema de la guía-dossier, las enfermeras revisaron el diseño del estudio, las fases del proyecto y el momento en el que se encontraban del mismo. A continuación, surgió un tema de especial relevancia, la técnica y registro del

diario reflexivo. En general, las enfermeras expresaron dificultades en el entendimiento y comprensión de las directrices existentes en la guía para cumplimentar el diario, por lo que en el grupo se incidió de forma reiterada en las pautas a seguir para la adecuada descripción y posterior reflexión de las situaciones observadas, y cómo debía ser transcrito posteriormente en la narrativa.

Aclaradas aparentemente las dificultades, se acordó que se usaría el dossier y sus directrices como guía metodológica y también para las anotaciones observadas a pie de campo. Se pactó que el diario sería entregado por los participantes en formato Word y a través del e-mail. Finalmente, se decidió que el IP facilitara a todos los participantes la plantilla del diario en formato Word.

### **Pautas para la auto-observación de la práctica clínica en torno al establecimiento de la RT**

Definido el método para efectuar el registro de las auto-observaciones, llegó el momento de determinar las interacciones a auto-observar por parte de los participantes. El grupo acordó que se auto-observarían tres interacciones con los pacientes. Se decidió que se efectuarían con la siguiente distribución:

- a) Una auto-observación de una interacción en la presentación con un paciente ingresado de forma voluntaria.
- b) Una auto-observación de una interacción en la presentación con un paciente ingresado de forma involuntaria.

c) Una auto-observación de una interacción con un paciente durante la toma de constantes.

Para unificar los criterios de auto-observación, las enfermeras definieron y especificaron que:

- a) Presentación era la primera toma de contacto con un paciente, bien se trate de una acogida de ingreso o bien la presentación a un paciente ya ingresado pero al que nos presentamos por primera vez.
- b) En cada auto-observación se registrarían además los siguientes datos del paciente con el que se efectúa la interacción: edad, sexo, orientación diagnóstica, días de hospitalización.

Para estructurar la observación de las interacciones, y en estrecha relación con el planteamiento metodológico aportado por el marco teórico del protocolo, se revisaron y se discutieron los tres apartados que se debían recoger en las auto-observaciones. Como las propuestas recogidas en la guía-dossier crearon ciertas dudas, se efectuó un role-playing para aclararlas. A continuación se presentan las directrices de cada uno de los apartados a auto-observar de las interacciones de la práctica clínica y que posteriormente debían registrarse en el diario de cada participante:

- a) El lenguaje y discurso:

Ejemplos:

- *¿Cuáles son las palabras e ideas que se utilizan en la interacción?*
- *¿Siempre se utilizan las mismas ideas y palabras o han cambiado en el curso de los años o según el tipo de paciente?*
- *¿Cómo es el lenguaje verbal y no verbal?*

- *¿Hay directrices profesionales en relación con su uso, las usamos habitualmente?*

b) Las actividades y prácticas:

Ejemplos:

- *¿Qué actividades se llevan a cabo en el contexto de la interacción?*
- *¿Qué hace que sean terapéuticas?*
- *¿Cuáles son las que se definen como enfermeras? y cuál es nuestro papel según la evidencia?*

c) Las relaciones sociales con el paciente, el equipo y la organización:

Ejemplos:

- *¿Qué tipo de relación se establece con el paciente?*
- *¿Cuáles son las relaciones con el equipo en el contexto de la interacción?*
- *¿Cómo influyen esas relaciones en la interacción?*

### **Elaboración del cronograma de trabajo**

Finalmente, el grupo elaboró el plan de trabajo con fechas para la entrega de diarios. Las enfermeras se comprometieron a enviar los diarios 1 mes y medio después de la sesión. El IP, por su parte, facilitaría a los participantes documentación con evidencia científica respecto al establecimiento de la RT una vez recibido el diario.

Además, el grupo consensuó la fecha para la siguiente sesión en dos meses tras aquella primera reunión grupal. Para ese día, los participantes se comprometieron a haber revisado la documentación con evidencia facilitada y haber realizado la confrontación con la auto-observación de la práctica en el diario de campo.

## Consideraciones finales y reflexiones metodológicas de la etapa de planificación

A continuación se presentan de forma resumida los principales resultados de esta etapa:

- Se acordaron los roles y compromisos por parte del investigador principal y las enfermeras participantes.
- El grupo acordó que se auto-observarían tres interacciones con los pacientes.
- Se acordó el modelo de recogida de datos a través de un diario reflexivo donde las enfermeras registrarán como establecían la RT en su práctica diaria. Siguiendo tres apartados: el lenguaje y discurso que utilizaban, las intervenciones que llevaban a cabo en ese momento y la influencia de las relaciones del entorno en ese contexto.

Acto seguido se exponen las reflexiones metodológicas más relevantes del proceso de investigación en esta etapa de planificación:

- Cabe mencionar que esta etapa del proceso estaba constituida fundamentalmente por el primer grupo de discusión. Este hecho suponía un momento de especial importancia para el devenir de la investigación. Por un lado, se trataba de la primera convocatoria conjunta para todo el grupo. Sin embargo, la respuesta fue muy aceptable; de los trece participantes iniciales acudieron 10, 1 se excusó y otros dos manifestaron su deseo de abandonar la investigación.
- Por otro lado, siempre existe la incertidumbre inicial en relación con el funcionamiento y dinámica de un grupo. En este caso, los participantes se conocían previamente, situación que puede sesgar el tipo de participación en el grupo. Inicialmente, se observó prudencia y cierta desconfianza en las

intervenciones. En general, el grupo permanecía a la expectativa y respondía de forma específica a las demandas del moderador. A medida que transcurría el diálogo, el grupo fue sintiéndose más cómodo y las intervenciones eran más relajadas y profundas. Sin embargo, al finalizar la sesión, a pesar de las manifestaciones de los participantes, la sensación todavía era de cierta prudencia y recato. El grupo había funcionado bien, pero había necesitado de la provocación continua del moderador.

o En relación con lo acontecido en la sesión, se extrajeron varias reflexiones respecto al contenido abordado y a la dinámica grupal:

a) El tema motivo de trabajo fue realmente de interés para el grupo y ciertamente suponía un problema en la práctica clínica.

b) Existía motivación y, en general, implicación para trabajar de forma conjunta en el cambio y mejora del problema de estudio.

c) Se observó que las limitaciones participativas y relacionales surgidas en la sesión podían deberse a:

- Falta de información de los participantes del planteamiento metodológico del proyecto.

- Cierta desconfianza entre el grupo.

- Manejo poco provocador del moderador.

- Por consiguiente, las propuestas de mejora planteadas para la segunda sesión grupal fueron:
  - a) Elaborar un consistente documento de trabajo para el siguiente grupo y enviarlo previamente a los participantes.
  - b) Buscar estrategias participativas que relajen al grupo.
- En cualquier caso, la sensación final de la etapa fue muy positiva. A continuación se presentan algunas de las reflexiones de las enfermeras en el momento del cierre de la sesión:

*Una experiencia, más faena de la que parece (...)* (Jacinto)

*Me parece bien (...)* (Ninfa)

*Me parece bien, bien (...)* (Idalia)

*Bé, molt bé, a vegades no pensem en coses que fem en el dia a dia (...)* (Agatha)

*Una manera d'estudiar-nos, una manera de veure els nostres automatismes (...) un profit per a la meva manera de treballar (...)* (Aquiles)

*(...) está bien reflexionar sobre cómo hacemos las cosas y porqué las haces (...)*  
*sacaremos cosas positivas (...)* (Jason)

*(...) enriquecernos segurísimo (...)* (Remo)

*Es interesante y a ver que puede salir (...)* (Valentina)

*M'engresca (...)* (Ariadna)

#### 4.1.3. ETAPAS 2 Y 3: ACCIÓN Y OBSERVACIÓN

En esta segunda y tercera etapa, las enfermeras participantes debían en primer lugar efectuar las interacciones en la práctica clínica, para posteriormente observarlas detenidamente y poder registrarlas en los diarios reflexivos de campo. De tal forma que, tal y como se había acordado, en primer lugar describieran cómo se habían producido las interacciones y a continuación reflexionaran en relación a ello. Una vez las enfermeras hubieron entregado sus diarios reflexivos de campo, el IP facilitó a cada una de ellas un documento con evidencia científica sobre el establecimiento de la RT, concretamente una Guía de buenas prácticas en Enfermería elaborada por la Asociación de Enfermeras de Ontario (Grinspun, 2002). Las enfermeras debían revisar la guía y elaborar reflexiones en torno a lo que proponía la guía y lo que ellas habían observado y descrito en su práctica clínica. La etapa finalizó con la entrega de las enfermeras de este segundo diario de confrontación entre la práctica y la teoría.

Se recogieron diarios reflexivos de campo de 10 participantes, por lo que el número de interacciones analizadas de la práctica fue de 30. Respecto a la confrontación entre teoría y práctica, se recogieron diarios de 4 participantes antes de la fecha programada para la segunda sesión grupal.

De este modo, del análisis de todos los diarios de auto-observación y confrontación con la teoría se obtuvieron 6 categorías principales. Con el fin de una mayor comprensión de los resultados de estas etapas, en la Tabla 12 se presenta la estructura general de las categorías y subcategorías surgidas.

**Tabla 12. Estructura de las categorías y subcategorías obtenidas en la etapa de acción y observación**

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
LAS ACTIVIDADES DE LA RT	Las actividades protocolizadas Las actividades implícitas
LAS COMPETENCIAS RELACIONALES	Mostrar actitud empática El uso del lenguaje Ser auténtico Generar confianza Aceptar al paciente La autoconsciencia El autoconocimiento
EL AMBIENTE TERAPÉUTICO	La preparación del entorno El espacio de la interacción La importancia del equipo La importancia de los demás pacientes
LAS LIMITACIONES PARA LA RT	La presión asistencial La inseguridad de la enfermera Las interferencias del entorno La falta de tiempo El estado agudo del paciente Autoritarismo y paternalismo Los prejuicios Falta de motivación e insatisfacción laboral de las enfermeras No individualizar los cuidados
PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LA RT	Mejora del equipo Mejora de las intervenciones con el paciente Mejora del entorno
REFLEXIONES EN TORNO AL PROCESO DE IAP	Facilita la reflexión y autoconocimiento profesional Facilita y mejora la práctica clínica Reflexiones ejecutivas del método Aumenta la motivación Fomenta el aprendizaje y construccionismo colectivo

## Las actividades de la Relación Terapéutica

Esta categoría englobó a todas aquellas intervenciones enfermeras que se consideraban que son propias o forman parte del establecimiento de la RT con el paciente en las unidades de agudos de psiquiatría. Dentro de *las actividades de la RT*, se diferenciaron dos tipos de actividades; unas que estaban *protocolizadas* y otras que, a pesar de ser fundamentales para el adecuado establecimiento de la RT, no se consideraban prioritarias en la práctica clínica diaria por no estar recogidas explícitamente en los protocolos.

A continuación se recogen algunos ejemplos de las auto-observaciones de las enfermeras en relación con las actividades protocolizadas. En este caso, la enfermera se refiere a la importancia de presentarse y acoger al paciente en el momento del ingreso:

*Me presento a la paciente, le digo mi nombre y que seré su enfermero durante la mañana. La paciente se encuentra tensa, presenta algunos soliloquios.*

*Le explico que le ayudaremos en todo lo que podamos, el discurso de la paciente está centrado en que no se tomará la medicación: “No me fío ni un pelo de vosotros” “Me vais a dar matarratas”. (...) Después de presentarme le explico que la medicación es muy importante para mejorar su estado, y que el equipo de enfermería la encuentra tensa. “Es cierto” dice “estoy muy nerviosa”. (Jasón)*

En esta misma línea, presentarse, acoger, informar, tomar constantes, ofrecer medicación...

*A primera hora acudimos, el equipo al completo a presentarnos. Le saludo yo primero, le digo mi nombre y cargo, que somos el equipo de la noche, le pregunto su*

*nombre, le estrecho la mano, posteriormente presento a mis compañeros que hacen lo mismo. (...) le pregunto cómo se encuentra y refiere que un poco mareado, uno de mis compañeros se ofrece para tomarle la tensión (normo constante). Mientras le pregunto si está nervioso y le ofrecemos adelantarle la medicación para que se tranquilice y acepta, también le explico un poco el tema de los horarios de sala, que a las 23h toca recena y a las 24h acostarse. (Perseo)*

Las enfermeras destacaron que informar acerca del estado de salud a los pacientes incidía positivamente en su bienestar:

*Tras valorar las petequias y con un tono de voz tranquilo, le comento que no tiene nada que ver con el cuadro anterior, le explico que es una reacción secundaria a una medicación, lamotrigina concretamente, como ya ha sido valorado por su Dr. Referente, y que ese es el motivo del cambio en el tratamiento. (...) Me contesta que “muchas gracias” y pese a continuar llorosa refiere sentirse aliviada y mucho más tranquila. (Remo)*

Evidentemente, estas actividades más relacionadas con aspectos fisiopatológicos eran identificadas por las enfermeras como intervenciones que tranquilizaban a los pacientes y que, por tanto, favorecían la RT y ‘en sí mismas ya eran terapéuticas:

*El hecho de que pese a ya saber el origen de la reacción dermatológica, igualmente realicemos la exploración de las petequia también favorece y facilita el objetivo de la intervención ya que la paciente se queda mucho más tranquila y por lo tanto demuestra que la actividad es terapéutica. (Remo)*

No obstante, la actividad más importante detectada por las enfermeras en esta categoría fue ofrecer y administrar medicación:

*(...) le ofrezco que si no se encuentra bien, si esta tenso o angustiado podríamos adelantarle la medicación para que le hiciera efecto antes y se relajara, el accede, se le adelanta y al rato esta algo más tranquilo, le preguntamos si ya se encuentra mejor a lo que responde que un poco menos angustiado, discurso algo más coherente no está tan bloqueado. (Perseo)*

Respecto a las *actividades implícitas de la RT*, los resultados incluían en esta subcategoría a aquellas actividades propias de la RT pero que no formaban parte de las intervenciones y rutinas del día a día de la unidad. Las enfermeras entendían que eran actividades fundamentales, e incluso prioritarias para el adecuado establecimiento de la RT, pero que en la actividad diaria no quedaban recogidas en los protocolos y trayectorias, motivo por el que no siempre se efectuaban de forma prioritaria.

En primer lugar, las enfermeras destacaron la escucha activa:

*El hecho de ya haber tenido contacto con la paciente, y este fuera bien, hace que me atreva a preguntarle por aspectos personales. La escucha activa favorece la interacción. En todo momento intento ser empática, cordial utilizando un lenguaje verbal sencillo y cercano (...). (Valentina)*

Las enfermeras enfatizaban en la importancia de conocer al paciente:

*Crec que el vincle s'ha d'anar gestant poc a poc, a vegades és necessari que el pacient et vagi coneixent, es vagi familiaritzant amb tu, l'espai, i els altres pacients,*

*amb el pas dels dies. Un primer contacte que demostrí predisposició i un contacte proper i afable, pot ajudar a que això succeeixi. (Ariadna)*

Un elemento muy valorado por las enfermeras fue poder acompañar al paciente y facilitar la expresión de emociones:

*No puc donar resposta al perquè d'aquest malestar físic, i li dic. Però puc acompanyar per uns minuts, una angoixa que passa per un sentiment profund de soledat i desesperança.(...). (Ariadna)*

*(...) si me hubiese explicado alguna manera más que haya podido pensar para matarse, quizás le hubiese ido bien a él y se hubiese desahogado (...). (Idalia)*

Otras herramientas de la RT planteadas por las enfermeras fueron la confrontación y el refuerzo positivo:

*(...) Seguidamente me explica que les ha puesto varias denuncias...Intento confrontar a lo que la paciente, responde justificando que esta situación le había llegado a poner muy nerviosa," estoy aquí por los nervios". Refuerzo positivamente ingreso verbalizándole que está mucho más tranquila que cuando llegó y que la medicación le está sentando bien. (Remo)*

Por supuesto el papel de la familia y su participación en el proceso de RT apareció reflejado:

*(...) Vamos caminando y hablamos sobre su familia, por si vendrán hoy a verle o no, de manera amistosa me dice que cree que hoy no vendrá nadie, que su hija tiene exámenes y el resto de familiares no puede (...). (Cirilo)*

## Las competencias relacionales

Esta categoría incluía aquellas aptitudes de las enfermeras que, en el ámbito relacional, eran consideradas como favorecedoras del establecimiento de la RT.

La actitud empática constituyó la habilidad más mencionada por las enfermeras en esta categoría. Esta habilidad, estaría formada por las siguientes actitudes y competencias: mostrar disponibilidad e interés, proporcionar contacto físico, ofrecer ayuda, ser asertivo y ser empático. A continuación se presentan varias citas al respecto:

*(...) en el fondo me apena porque entiendo su situación y esto da una imagen mía de comprensión y de que te podemos ayudar, de hecho verbalizo que aquí no podremos arreglar sus problemas de fuera, pero quizás si la manera de enfocarlos. (...) (Idalia)*

*En este tipo de pacientes, utilizo un tono de voz suave pero firme, sin elevar el tono, e intento mostrarme comprensivo con su situación y sus demandas. (...) (Jasón)*

*(...) Nos mira y tras observar el vaso con el tratamiento se aprecia en su mirada reticencia y preocupación a pesar de su buen talante en las quejas. Tras unos breves segundos de silencio, le comentamos que entendemos su preocupación pero que no debe angustiarse ya que normalmente los primeros días de ingreso las dosis son más altas (...). (Remo)*

Como se usaba el lenguaje en la relación, también fue identificado como fundamental por las enfermeras. En este sentido las participantes refirieron:

*Es importante utilizar un lenguaje sencillo y claro (...) clima de confianza y seguridad para que se pueda establecer una buena relación terapéutica y así facilitar la comprensión tanto del paciente como de nosotros a él. (...)(Valentina)*

La autenticidad también fue identificada por las enfermeras como elemento favorecedor de la RT, incluía habilidades como; el proporcionar contacto físico, mostrar calidez, el sentido del humor y la cordialidad:

*M'acosto al pacient i m'hi apropo, permet contacte físic. L'agraeix. (...)(Ariadna)*

*En algún momento cuando noto que sale de ellos una parte sensible (generalmente en pacientes hombres noto lagrimeo ocular o interpreto ganas de llorar), les “acaricio brazo”, con la intención de que interpreten que estoy próxima y no están solos. (Idalia)*

*Me identifico y me presento e inicio conversación haciendo pequeña broma diciéndole “veo que viene con hambre”, a lo que la paciente sonrío. (...)(Valentina)*

Para las enfermeras, transmitir tranquilidad y seguridad formaba parte de la generación de confianza con el paciente, y ésta fue considerada básica para un adecuado establecimiento de la RT:

*(...) Acogida del paciente en planta para crear un clima de confianza y que se pueda establecer una buena relación terapéutica (...)(Valentina)*

*La interacción (...). El objetivo de ésta es establecer un primer contacto con la paciente y así poder crear un clima de confianza. (Ninfa)*

*Como ya he dicho la primera interacción es crucial con el paciente, siempre que el sea consciente de la misma, para entablar una buena relación con enfermería, por ello es importante estar calmos, transmitirle tranquilidad, disponibilidad y cierta empatía y asertividad. (Perseo)*

*Mi intento en todo momento es que se tranquilice y disminuya su miedo y rabia.(...)  
(Idalia)*

*Me he presentado en presencia de otros pacientes, en el comedor, en un ambiente tranquilo. La paciente prefiere estar en compañía de otros pacientes, tal vez porque se siente más segura, lo que ha hecho que me presente en presencia de otras personas.  
(...) (Jasón)*

La aceptación del paciente incorporaba conceptos como el respeto y los prejuicios. Muestra de ello, son las siguientes citas de las enfermeras:

*Dar por supuesto que al ser involuntario no colaborara en ocasiones nos puede llevar a hacernos una idea prefijada que nos influya negativamente en esta primera toma de contacto. (...) (Perseo)*

*En este caso en particular me he ajustado a la patología y el estado de la paciente, incluso sabiendo que la reacción de la paciente no va a cambiar mucho pues se encuentra en un estado de brote psicótico que le impulsa a desconfiar de la gente y aún más de enfermería que le administra la medicación.(...) (Jasón)*

Finalmente, se identificaron también la autoconsciencia y el autoconocimiento. La autoconsciencia incorporaba para las enfermeras hechos como pedir disculpas al paciente, aceptar el estado del paciente y de la unidad como elementos que a veces no permitían alcanzar grandes logros. Por su parte, el autoconocimiento recogía el hecho de que las enfermeras reconocieran sus limitaciones y los propios errores.

*Ha sido interesante observar, que a pesar de que la intervención de enfermería ha sido correcta, no siempre vamos a conseguir iniciar una buena relación terapéutica con el paciente, pues en ocasiones va a haber obstáculos que nos lo impidan. En este caso el estado de psicosis de la paciente. (...) (Jasón).*

*Durant aquesta intervenció entenc, un cop m'obliga a reflexionar-hi, que l'inici d'una relació terapèutica, d'ajuda tal com crec que hauria de ser, no ho ha estat.(...) He anat "per feina" podríem dir (...) No he afavorit expressió de res al pacient.(...) En ser una persona coneguda , no sento necessitat de "saber més".(...) Dono per sabut tot.(...) (Aquiles)*

*No puc donar resposta al perquè d'aquest malestar físic, i li dic. Però puc acompanyar per uns minuts, una angoixa que passa per un sentiment profund de soledat i desesperança. (...) (Ariadna)*

### **El ambiente terapéutico**

Esta categoría se identificó como todo aquello referente al entorno asistencial que fomentaba y facilitaba un adecuado establecimiento de la RT. Así, conceptos como espacio tranquilo, íntimo y seguro fueron los más repetidos por las enfermeras.

Las enfermeras encontraron 4 espacios de interacción con los pacientes, los cuatro podían ser terapéuticos en función de los objetivos, la situación y del estado del paciente. Los espacios identificados fueron: la habitación del paciente, la sala común o comedor junto a otros pacientes, el control de enfermería y el pasillo de la unidad:

*Durante esta primera toma de contacto nos encontramos ubicados en el pasillo dónde se produjo la presentación y el trascurso de la conversación se llevó a cabo en la habitación, siendo esto más positivo para el desarrollo de la actividad (...) (Agatha)*

*El lugar donde abordo al paciente es en su habitación, el paciente se encuentra encamado pero despierto, aparenta desconfianza pero al comenzar a hablar (...) con él se va mostrando cada vez más relajado. (Cirilo)*

*La actividad llevada a cabo se realiza en el comedor común de la unidad. En ese momento hay otros pacientes y familiares en ese mismo lugar. (Ninfa)*

*(...) me acompaña y le hago sentar al paciente dentro del control para que se encuentre seguro y cómodo, siendo (a mi parecer) un sitio correcto para este objetivo. (Cirilo)*

*(...) Tras el desayuno y toma de medicación coincidimos en el pasillo y se inicia una conversación aprovechando que pregunta si podría disfrutar de permiso para el fin de semana (...) (Agatha)*

Sin embargo, para que el entorno fuera terapéutico, las enfermeras identificaron que era necesaria su preparación. Ellas consideraban que debían crear un espacio que recogiera las

siguientes condiciones: tranquilidad y silencio, neutralidad, confortabilidad, seguridad e intimidad. Además, era importante poder elegir el momento de la interacción:

*Por ejemplo si el ambiente de la sala no es el más adecuado o hay demasiados estímulos, es mejor llevar al paciente a la habitación donde se encontrará más calmado. O si tal vez está con un compañero de habitación con el cual no está a gusto, será mejor el comedor. (Jasón)*

*Esta relación terapéutica (...) es importante reforzarla y así crear un ambiente cómodo y favorable para el bienestar del paciente pudiéndose expresar sin ningún tipo de tabúes. (Agatha)*

*(...) La interacción se realiza en un ambiente de mayor intimidad. El objetivo de ésta es establecer un primer contacto con la paciente (...). (Ninfa)*

*(...) en la habitación para favorecer así la intimidad de la paciente así como la máxima confidencialidad, favoreciendo de esta manera la confianza entre paciente-profesional. (...) (Remo)*

Si la preparación del entorno fue considerada como importante, no lo era menos el papel del equipo como facilitador del ambiente terapéutico. El trabajo en equipo incluía factores como: una buena ratio de profesionales, la comunicación entre los mismos, su complicidad y la auto-protección del propio equipo:

*El ratio de enfermero por paciente que existe en esta unidad favorece que se pueda establecer una buena relación terapéutica. (Valentina)*

*(...) la realizamos todo el equipo en conjunto, todos nos hacemos una idea de su estado y al colaborar todos en intentar mitigar su ansiedad la más adelante relación*

*cordial no la identifica con un miembro en concreto sino con todos, prácticamente es con los únicos que se comunica por iniciativa propia.(...) Además se dan cuenta que cuando un compañero lo necesita acudimos todos en su ayuda. (Perseo)*

*Me siento protegida por equipo de enfermería, ya que en algún momento siento riesgo de agresión. (...) Si el equipo es el habitual, con las miradas ya nos entendemos y sabemos cuándo actuar. (Idalia)*

*La presentación conjunta del equipo es importante para que sepa que puede acudir a cualquiera de nosotros y no sobrecargar solo a uno, ya que todos nos hemos ofrecido a ayudarlo, (Perseo)*

Las enfermeras no solo destacaron el papel del equipo en el ambiente terapéutico, sino que también enfatizaron en la presencia y ayuda de otros pacientes en las interacciones:

*Otros pacientes han ayudado al equipo de enfermería, viendo el estado de nerviosismo y desconfianza de la paciente, le han explicado que puede confiar en enfermería, y que le vamos a ayudar, y también que debería tomar el tratamiento pues le ven nerviosa. (Jasón)*

*Quan arribem a la sala d'estar-menjador, hi ha 4 pacients asseguts als sofàs mirant la tv silenciosa i pacíficament. (...)Mentres parlo amb en R quan estem asseguts al sofà, la pacient que tinc a l'altre costat, m'explica coses seves,(...) Penso que aquesta interrupció no ha afectat a la intervenció que estic fent, doncs a en R, tots els pacients el cuiden molt i ell s'hi sent bé. Crec que el fan sentir cuidat i gairebé com a casa. (Ariadna)*

## Las limitaciones para la Relación Terapéutica

Evidentemente, las enfermeras manifestaron encontrarse en el día a día asistencial con elementos que dificultaban el adecuado establecimiento de la RT. Todas estas limitaciones constituyeron la cuarta categoría. En ella, podían diferenciarse elementos correspondientes a factores relacionados con el entorno; factores de tipo organizativo y factores relacionados con las propias enfermeras. Así, las enfermeras destacaron la falta de tiempo por la presión asistencial, los prejuicios e inseguridades personales y las interferencias del entorno, como los constructos más importantes.

En relación a los factores relacionados con el entorno que limitaban la RT, las enfermeras consideraban:

*(...) siendo el diálogo interrumpido por otro paciente que en ese momento pasa por al lado realizando demandas de café pero tras la negativa se continua la conversión en el mismo sitio. (Agatha)*

*En un moment de la conversa, una pacient (S) que està força desorganitzada se'ns situa al davant, perplexa (...) La pacient J, es queda tallada. (Ariadna)*

*(...) Pero si un aviso de un compañero por urgencia en la unidad, lo cual ha roto el hilo conductor. (...) Después interfiere el psiquiatra y opto por no volver a entablar conversación. Creo que sería demasiado pesado para él y para mi iniciar por 3 veces el mismo tema (...) (Idalia)*

En cuanto a los factores organizativos, las enfermeras expresaban:

*(...) De fet, el meu no era iniciar relació terapèutica . El motiu real era saber com podia aconseguir que es mantingués més tranquil·la mentre jo començava a enllestir la resta de la feina. (...) La sra. no era la meva prioritat. (Aquiles)*

*(...) Varios motivos que podrían provocar tal equivocación podrían ser el volumen de trabajo y por consiguiente, la falta de tiempo. (Ninfa)*

*El hándicap más relevante es la falta de tiempo, que me crea tensión a la hora de hablar con ellos, tengo la sensación que “fuera hay trabajo” (me refiero fuera de la habitación, en la unidad) y si me “individualizo” con un paciente desatiendo a otros, o retraso el trabajo cotidiano y burocrático: preparar la medicación, ejecutar protocolos, toma constantes, atención telefónica, pase visitas, comidas (...). (Idalia)*

*La presión de propio entorno hospitalario como en algunos casos la escasez de recursos puede llegar a derivar en malas praxis. (Valentina)*

No obstante, las enfermeras identificaron también limitaciones en ellas mismas; dificultades para relacionarse con pacientes debido a mostrarse autoritarias o paternalistas, o a que sus propios prejuicios condicionasen la interacción y no individualizar los cuidados. También reconocieron su inseguridad ante determinadas situaciones, así como que la presencia de insatisfacción laboral y la falta de motivación suponían una dificultad añadida:

*Estic donant per sabudes pel pacient totes les normes i el pacient només mou el cap de tant en tant asentint aparentment el que l'explico. (...) (Aquiles)*

*(...) intento evitar que tendencias físicas, hábitos de vida, estilos de vida o edad me marquen mucho, pero es inevitable, no me mantengo igual de objetiva, ante los*

*pacientes toxicómanos. (...) Entiendo y siento más “ternura profesional”, lo cual me influye claramente en el trato con los pacientes jóvenes. (Idalia)*

*No m’he presentat (...) No existeix “coneixement” del pacient (...) No hi ha” capacitat d’escolta” (...) No hi cap contacte personal, el professional és purament administratiu i mecànic. (Aquiles)*

*No permetre que sigui la pròpia persona la que ens expliqui sentiments, situació , expectatives, necessitats, objectius , disponibilitat,...no és la manera de començar res gaire profitós.(...) (Ariadna)*

*Segundo contacto en la habitación (...) Le saludo y tiendo la mano, me mira fijamente no me la da. (...) Su primer comentario. “estarás contenta de que podáis volver a encarcelarme”. (...) Contesto. “no entiendo por qué me dices esto”, “¿me cuentas que ha pasado?” (...) Me siento insegura y me levanto también. (...) Interpreto que aunque no tiene ganas de hablar, lo necesita, pero me siento incomoda si las preguntas son muy directas, prefiero esperar a establecer un vínculo de más confianza. (Idalia)*

*Si es un paciente que no conozco y no sé cómo va a reaccionar, aunque intente mostrarme tranquilo y disponible he de admitir que le abordo un poco a la defensiva porque no sé cómo reaccionara. (Perseo)*

*Bajo mi punto de vista puede haber muchos factores como la rutina, burnout, pérdida de motivación, años... que hagan que estas actividades terapéuticas se conviertan en tareas del día a día y pierdan su efectividad. (Valentina)*

*Estic segura de la gran vàlua dels professionals. També estic segura del greu i penós desaprofitament d'aquests professionals. (Aquiles)*

### **Propuestas para la mejora de la Relación Terapéutica**

Las enfermeras explicitaron diferentes propuestas para la mejora de la RT. Dichas propuestas se centraban en: las intervenciones al paciente, el equipo y el entorno. La Figura 9 recoge las propuestas planteadas por las enfermeras.

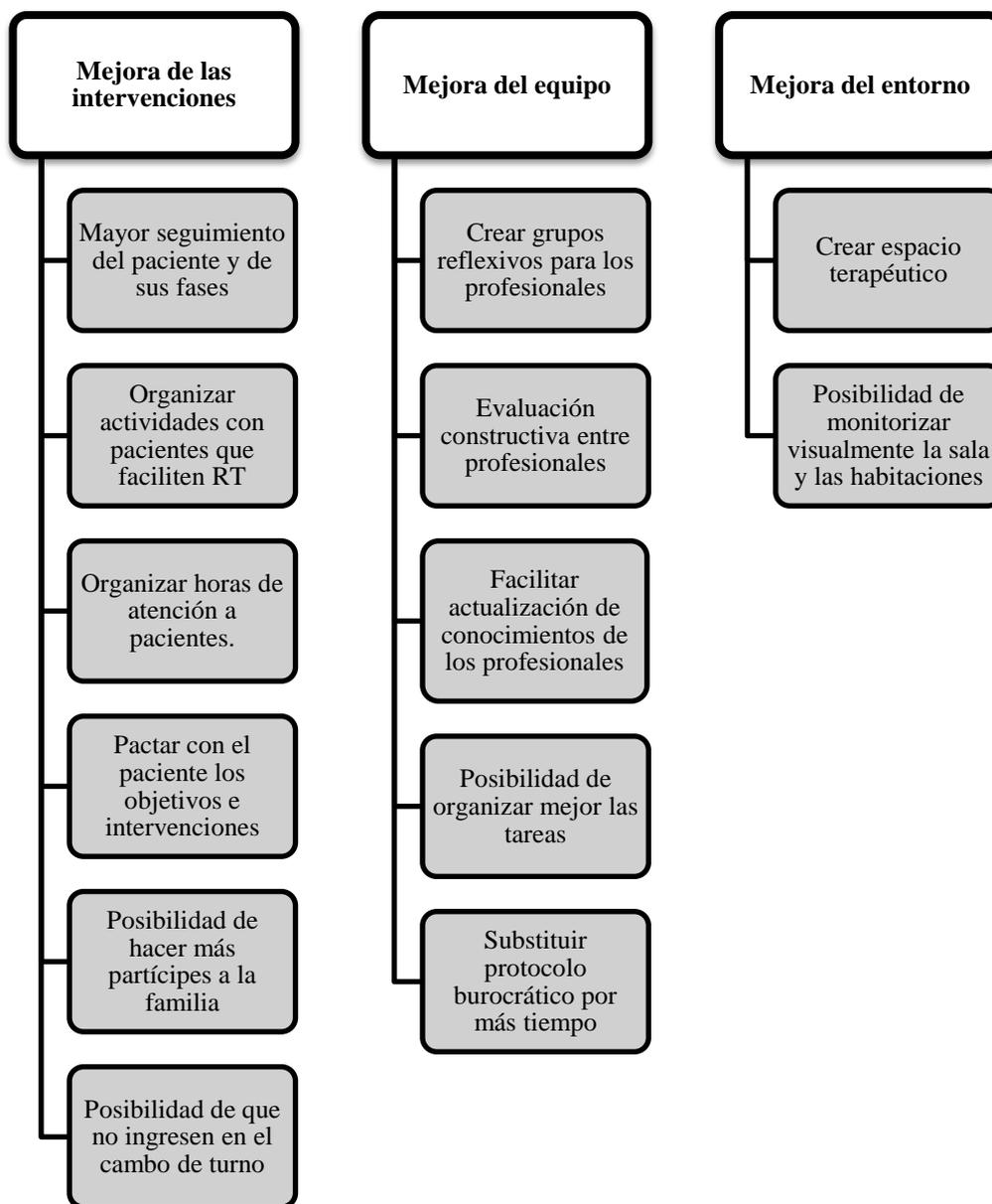


Figura 9. Propuestas de mejora de la relación terapéutica

A modo de ejemplo, se presentan algunas citas de las enfermeras:

*Estaria bé poder tenir temps , organitzar les hores d'atenció als pacients , de manera que ,al menys una hora pugues ser per fer aquesta activitat. (...) El mateix que amb les visites d'equip, per la complexitat de l' usuari del servei i la diversitat de*

*professionals que els atenem, és difícil fer una programació per aquestes activitats.*

(Aquiles)

*(...) creo que es mejorable que enfermería y yo mismo, tendemos a utilizar el imperativo en muchas ocasiones, sobre todo cuando el paciente se niega o es poco colaborador con enfermería, más que a pedirle permiso al propio paciente. Sin duda, es un aspecto importante a mejorar. Pues tendemos a imponer nuestra manera de hacer o nuestras peticiones al paciente, más que pactarlas. (Jasón)*

*Fer grups terapèutics/reflexius pels professionals (expressió de por, inseguretats, dubtes, aclariment de conflictes/situacions difícils durant la pràctica). (Ariadna)*

*Asegurar/facilitar per part de la institució i del propi professional (autoresponsabilització) actualització de coneixements dels professionals. (Ariadna)*

*Nuestras negativas se convertirían en pactos si, por ejemplo, dos habitaciones se reconvirtieran en sala más tranquila donde yo pueda jugar con ellos una partida sin necesidad de limitar el que otro nos quite las fichas, donde si no hay TV a los que no les apetece oírlos, podrían salir de la habitación (único lugar de silencio), donde el personal pudiese hacer grupos con finalidad terapéutica o simplemente escucharlos más. Sería una buena mejora y entiendo que fácil. (Idalia)*

### **Reflexiones en torno al proceso de IAP**

Las enfermeras manifestaron diversas reflexiones en relación con el proceso de la IAP. En primer lugar, las enfermeras consideraban que el proceso de IAP facilita la reflexión y autoconocimiento profesional. Lo explicaban así:

*Un cop començo a descriure l'episodi d'aquest ingrès m'adono que estic escrivint segons les anotacions de la valoració mèdica. (...) No he permès al pacient que expliqui res. (...) Decideixo aplaçar la valoració d'ingrés a l'endemà i facilitar tant al pacient com a mi mateixa fer ben feta la valoració d'ingrés. (Aquiles)*

*Ara, després d'haver fet l'exercici, veig que en aquesta petita intervenció, sí que hi ha hagut una ajuda terapèutica. Fonamentalment, l'acompanyament i l'escolta activa han estat els dos punts a destacar. (Ariadna)*

También consideraban que el proceso de IAP facilita y mejora la práctica clínica. Las enfermeras manifestaban:

*La observación de múltiples casos y la consiguiente acumulación de experiencia permiten desenvolvernos mejor en nuevas situaciones. (...) (Valentina)*

*La auto-observación me ha servido para darme cuenta sobretodo del estado de la paciente, colaboradora, pero sin duda, algo confusa. (Jasón)*

Del mismo modo, encontraron que el método motivaba a las participantes:

*He podido observar cómo ha ido el proceso y ha sido realmente interesante a pesar de que el resultado no ha sido bueno. (Jasón)*

*(...) Desde la institución se debería fomentar la mejora continua a través de la evaluación constructiva entre compañeros para obtener una mejora en la calidad asistencial, y consecuentemente incrementar la actitud motivacional del personal sanitario. (Valentina)*

Además, las enfermeras consideraron que fomentaba el aprendizaje, sobre todo el aprendizaje construido entre iguales:

*Reflexionando creo que es bueno poner estas experiencias en manos de otro profesional o profesionales, para analizar en que podemos mejorar como profesionales y en si podemos mejorar la relación terapéutica con el paciente. (Jasón)*

*Me ha sido de gran ayuda algún correo dónde aclaraba que poner en cada apartado y hablar con compañeros que también participan en el estudio. (Valentina)*

Desde la institución se debería fomentar la mejora continua a través de la evaluación constructiva entre compañeros para obtener una mejora en la calidad asistencial, y consecuentemente incrementar la actitud motivacional del personal sanitario. (Valentina)

### **Consideraciones finales y reflexiones metodológicas de las etapas de acción y observación**

A continuación se presentan de forma resumida los principales resultados de estas etapas:

- Del análisis de los datos se obtuvieron tres elementos de la práctica enfermera que favorecerían la RT: las actividades de la RT, las competencias relacionales y el ambiente adecuado.
- Se identificaron tres factores que limitaban la RT: el entorno, los factores organizativos y los factores intrínsecos a las propias enfermeras.
- Se plantearon tres propuestas para la mejora de la RT centradas en las intervenciones, el equipo y el entorno.

- Se consideró el proceso de IAP como favorecedor de la reflexión y el autoconocimiento personal, la mejora de la práctica clínica, aumento de la motivación y el aprendizaje.

Es motivo de los siguientes epígrafes recopilar las reflexiones metodológicas del proceso de investigación en estas etapas de acción y observación:

- En el marco de la reflexión metodológica respecto a este momento del proceso de investigación, cabe destacar las dificultades encontradas por el IP y las enfermeras participantes. Por un lado, no todos los participantes siguieron el proceso a la misma velocidad, no todas las enfermeras mostraron capacidad para poder sintetizar las interacciones de forma escrita. Sin embargo se ayudaron constantemente los unos a los otros y mediante correos electrónicos al investigador principal para aclarar las dudas que iban surgiendo. Por supuesto, no todos entregaron los diarios en el plazo acordado ni incluyendo la totalidad de los apartados previstos. No obstante, solo fue una pequeña minoría. El principal inconveniente se produjo en el registro del diario por parte de los participantes. La estructura diseñada para la obtención de los datos en esta etapa, el diario reflexivo, confundió a los participantes. La distribución en tres apartados como eran: lenguaje y discurso, prácticas o intervenciones y relaciones, de las observaciones de la práctica no fue integrada totalmente en la posterior descripción y reflexión de los participantes en sus diarios. Este hecho motivó, que en el análisis posterior las categorías resultantes estuvieran más relacionadas con los contenidos aportados por el marco teórico-conceptual de la RT, que no por el aportado por los autores de referencia seleccionados en el planteamiento

metodológico y que recogía la plantilla del diario reflexivo. A continuación se muestran algunas citas de las enfermeras expresando sus dificultades al respecto:

*Durante el desarrollo de esta primera auto-observación se me han presentado ciertas dificultades de cómo desarrollar algún apartado del proceso. Me ha sido de gran ayuda algún correo dónde aclaraba que poner en cada apartado y hablar con compañeros que también participan en el estudio. (Valentina)*

*La veritat és que em costa disgregar els apartats que demanes. Tinc dubtes sobre si ho he fet bé. Em costa separar el llenguatge de l'acció. A vegades van tant de la mà (...)*  
(Aquiles)

*Describir la auto-observación dividida en los tres aspectos por separado me ha liado un poco, ya que inicialmente había realizado una única descripción del proceso incluyendo el lenguaje, las actividades que se llevaban a cabo y las relaciones sociales que se establecían, y posterior reflexión por separado. (Valentina)*

#### **4.1.4. ETAPA 4: REFLEXIÓN COLECTIVA**

Se trata ésta de la última etapa de este primer ciclo de la IAP. Una vez las enfermeras habían detectado las limitaciones del problema de estudio en la práctica clínica, habiéndolo confrontado con la evidencia científica aportada, llegaba el momento de realizar de forma colectiva una reflexión de los resultados obtenidos. Para ello, tal y como había previsto en el protocolo de investigación, se efectuó la segunda sesión grupal del proyecto. Se citó a las 11 enfermeras participantes en un aula del Campus Universitari Mar, entorno neutro para ellas. Asimismo, se citó a una investigadora para que ejerciera de observadora y pudiera dar validez

a la sesión. La hora fue consensuada con los supervisores para que afectase lo mínimo posible a las dinámicas de las unidades. Antes de llevar a cabo el grupo focal, se les hizo llegar a los participantes vía correo electrónico dos archivos. El primero incluía un documento de trabajo para seguir la sesión grupal y el segundo contenía el orden del día.

Así, el documento de trabajo del grupo de discusión 2 (Anexo IX) estaba compuesto por dos apartados. Por un lado se incluía el análisis efectuado por el investigador principal en el contexto de estudio antes de iniciar los grupos, y por otro lado, incorporaba los resultados del análisis preliminar de los diarios de auto-observación de la práctica clínica y de la confrontación con la evidencia aportada.

En cuanto al documento con el orden del día de la sesión (Anexo X), incluía lógicamente la finalidad de la sesión y los aspectos a tratar en la misma. A continuación se expone el orden de aquella sesión, que tenía como principal finalidad validar los resultados previos de forma reflexiva y colectiva con las enfermeras participantes:

- a) Puesta en común de resultados en torno a la auto-observación de la práctica clínica.
- b) Discutir el resultado individual de la comparación de la práctica real con la evidencia científica.
- c) Elaboración de estrategias para implementar cambios.
- d) Discutir en torno al proceso de IAP
- e) Elaborar cronograma de trabajo

El grupo de discusión se efectuó en el aula 61.346 del Campus Universitari Mar, el día 16 de abril de 2015 a las 13:00h, tuvo una duración de una hora y cincuenta y cinco minutos y

asistieron un total de 11 personas; de las cuales 9 eran enfermeras participantes, una investigadora con funciones de observación y el IP.

De esta forma, del análisis de los datos se obtuvieron 4 categorías principales: la conceptualización de la RT, las limitaciones para efectuar la RT, las propuestas de mejora de la RT y, finalmente, las reflexiones metodológicas sobre el proceso de IAP. En la Tabla 13 se presenta la estructura de las categorías y subcategorías.

**Tabla 13. Estructura de las categorías y subcategorías obtenidas en la etapa de reflexión colectiva**

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
CONCEPTUALIZACIÓN DE LA RT	Las características de la RT  El establecimiento del vínculo  Los objetivos acordados en la RT  Las intervenciones de la RT  Las competencias relacionales  El ambiente terapéutico
LAS LIMITACIONES PARA LA RT	La falta de tiempo  El estado agudo del paciente y su consciencia de enfermedad  Autoritarismo, paternalismo y condescendencia  Las frustraciones de la enfermera  La inseguridad de la enfermera  El estado de la unidad  Los prejuicios  La presión asistencial  La negatividad de las intervenciones para el paciente
PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LA RT	Mejora de la autoconsciencia y autoconocimiento
REFLEXIONES EN TORNO AL PROCESO DE IAP	Aumenta la motivación  Nuevas ideas sobre las funciones y la organización

## Conceptualización de la RT

Las enfermeras confirmaron los resultados del análisis de los diarios dónde se contemplaban los elementos constituyentes y favorecedores de la RT. De este modo, se identificó que la RT tenía como objetivo la mejoría del paciente a través de la ayuda.

*(...) ayudarle. Sí, sí se puede. En la medida de lo posible, está claro. Pero siempre ayudar a esa persona. Si viene una persona con un problema, con una duda que tienes, tu objetivo inicialmente es solucionarle en la medida de lo posible. Y si no, le darás una explicación de cómo puede hacer. Y si el tiempo te acompaña y tal, y puedes hacer una relación terapéutica correcta y adecuada, al final el objetivo tiene que ser que acabe entendiendo que no es así, por este motivo y éste y éste Eso es una relación terapéutica, creo yo, (...) (Remo)*

Los datos indicaron la importancia del establecimiento del vínculo con el paciente, éste se consolida en el día a día y depende de la actitud del profesional y de su motivación, aunque también viene determinado por la posición del profesional en el equipo y por el turno de trabajo:

*(...) Es que el vínculo se establece un poco con las interacciones y con el día a día. (Valentina)*

*(...) Pero esto quizás es un poquito lo que nosotros ofrecemos también. Si mi actitud, la actitud hacia muchas cosas, van encaminadas solo a que: "La imagen que él va a tener de mí es que yo soy la estructura médico profesional". (...) (Aquiles)*

Las enfermeras destacaron la importancia de establecer objetivos acordados con el paciente y no solo los que interesan a la enfermera:

*Pactar los objetivos con el paciente es más eficaz (...)* (Valentina)

*(...) Sí, es como un compromiso, qué tanto haces tú (...)* (Agatha)

*Implicas al paciente y al sentirse implicado (...)* (Valentina)

Por otro lado, dentro de las intervenciones de la RT, los datos se dirigieron hacia la importancia del conocimiento del paciente, y así poderlo comprender mejor. Además, se identificó que si era necesario dar una negativa a su demanda, se debía explicar adecuadamente el motivo de la misma:

*Evidentemente sí, conociendo un poco la historia del paciente, puedes decir... Al principio sí que en el impacto dice... Ves a un chico joven que ha entrado en miles de situaciones de desintoxicación, que tiene mil penas, que tal, pero luego empiezas un poco a rascar sobre su vida y dices: "A ver, es que lo raro es que este chico hubiera salido normal" (...)* (Valentina)

*(...) O sea, que entienda que no se quede en el "no" y ya está. No, no, no. Que lo entienda y que lo acepte (...)* (Remo)

También en el contexto de la conceptualización de la RT, se identificaron las *Competencias relacionales* que hacían referencia a las capacidades de las enfermeras para efectuar una adecuada RT. En esta ocasión, los datos mostraron que para las enfermeras el hecho de aceptar al paciente, ser auténticas y sinceras, usar un lenguaje más cercano y ser autoconscientes de la situación de la práctica, eran los principales atributos competenciales:

*(...) se establece una relación de que un poco él te va explicando su vida y tú  
(...) Bueno, yo creo que es (...) cuanto más sabes de esa persona, más sabes qué le  
puedes ofrecer, pero siendo una cosa realista. (Valentina)*

*(...) Eso suena un lenguaje menos directivo y más humano. (Jasón)*

*La sinceridad es fundamental (...) (Valentina)*

*Vamos a ver como lo mejoramos, yo he pensado: "Todo no se puede mejorar"(...)  
(Idalia)*

*Siempre habrá limitaciones ajenas a que nosotros podamos controlarlas. (Idalia)*

Finalmente, se consideró que el *ambiente terapéutico* era otro elemento que formaba parte de la conceptualización de la RT. La enfermera debía crear ese espacio terapéutico, seleccionando el lugar y momento oportuno para la relación con el paciente. No obstante, el lugar de referencia para el paciente era el control de enfermería y el momento habitual solía ser a demanda del propio paciente:

*(...) sí que es cierto que el control de enfermería es un poco el referente del paciente  
que si tiene alguna duda o necesita algo, es el cómo el lugar físico donde sabe que  
seguro que nos va a encontrar (...) (Remo)*

*Pero si es el que hace una demanda la intervención, la harás donde ser haga la  
demanda. (Idalia).*

## Las limitaciones para la RT

Las limitaciones para la RT fue un tema recurrente y constante en el grupo de discusión. En este sentido, los datos indicaron que las enfermeras en la práctica clínica, primero llevan a cabo las tareas rutinarias y después tienen en cuenta la relación, la RT no se percibía como trabajo. Los factores identificados que inciden de forma limitadora en el adecuado establecimiento de la RT fueron: la falta de tiempo, la carga de trabajo, la falta de motivación del profesional, las rutinas, el sentirse amenazado, los prejuicios del profesional hacia el paciente, la frustración del profesional ante las negativas y poca mejoría del paciente, las interferencias del entorno, la poca relación con las familias, el entorno inseguro. Así, los datos mostraron que la mayoría de las actividades de la dinámica de la unidad llevaban implícitas connotaciones negativas hacia el paciente y que esto limitaba la RT. Lo más frecuente en la relación era que se produjeran negativas por parte de las enfermeras ante las demandas de los pacientes con lo que esto significa para la relación. Para facilitar la comprensión de los resultados, en la Figura 10 se presentan las subcategorías encontradas. Además, a continuación se muestran algunas citas de los participantes al respecto:

*Muchas veces la carga de trabajo no te permite poder tener una relación terapéutica mejor con el paciente. (Ninfa)*

*(...) dependiendo de la carga más de trabajo que hay, puedes estar, mantener una relación terapéutica, más amplia con el paciente, o menos. Son peores cuando la sala está con mucha carga asistencial, sacas los mínimos y la relación terapéutica con el paciente (...)* (Jasón)

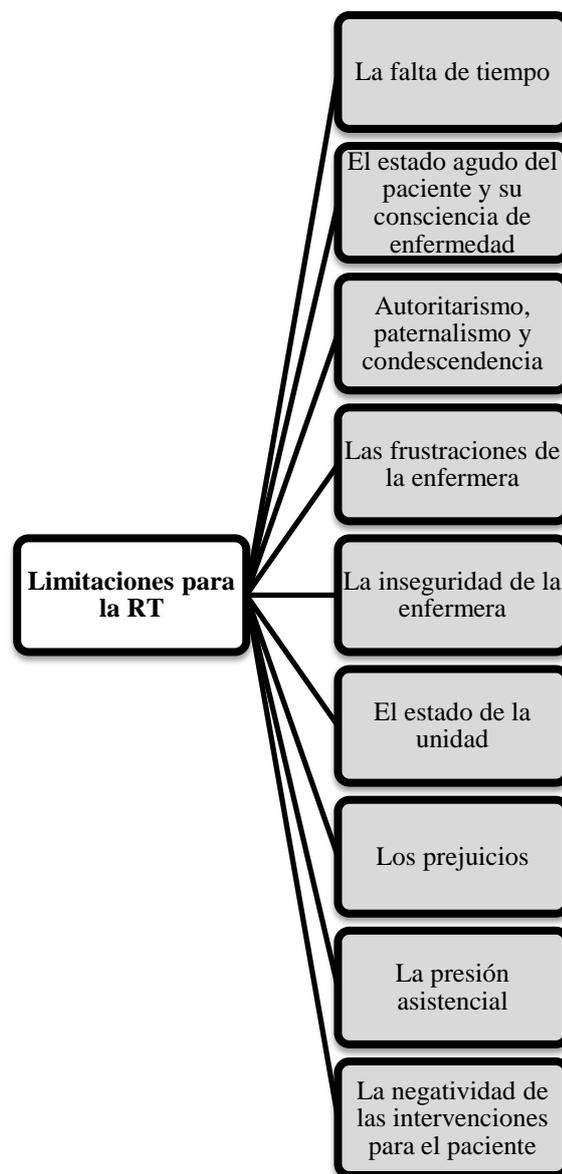
*Si no estás motivada te implicarás más, menos, saldrás, te quedarás en el control (...)*  
(Valentina)

*(...) Con algunos pacientes hay más barrera, hay algún prejuicio -supongo- interno - al menos en mi caso- de: "Tengo que marcar más desde el principio mucha información del paciente" (...) (Idalia)*

*Si tienes un prejuicio, no empatizas con su situación, con su (...) (Valentina)*

*(...) Porque realmente el único tiempo que tienes, a veces, es para intervenir para esto. Porque, aparte de esto, luego tienes que entrar en el control a hacer los... registrar actividades, los partes, o sea, que no sólo es esto. Las siete horas de trabajo es mucho más. (Ninfa)*

*Pues que muchas veces hacemos cosas por inercia y no estableces una cosa mejor. Tienes trabajo. Te pones a hacer las cosas automáticamente sin (...) bueno sin tener en cuenta (...) o sea, al paciente, a veces sí. Es muy triste que lo diga pero a veces pasa, sí. La rutina. (Aquiles)*



**Figura 10. Limitaciones para la relación terapéutica**

### **Propuestas para la mejora de la RT**

Las enfermeras pensaban que para mejorar la RT era ineludible la autoconsciencia y autoconocimiento. De esta manera, los resultados indicaron que era necesario trabajar los prejuicios de las enfermeras, haciendo un “reset” con los mismos, antes de relacionarse con el

paciente. Además, se identificó el hecho de cuidarse y ser cuidados por la institución, como aspecto muy importante.

*(...) Autoconocimiento, la paciente vino con el pelo de rojo, vino con el pelo de verde, y dices que eso se puede superar para el desarrollo del autoconocimiento personal, necesitaríamos saber formación, género infancia, experiencias vitales, relaciones, logros, creencias, problemas, preocupaciones, situación social, económica de la paciente. (Idalia)*

*Ahora, después de un trabajo personal, supongo. No sé si de alguna manera si lo que estamos buscando es alternativa en recursos o así, sí que estaría bien el echar una mano a los profesionales a la hora de (...) Diría la salvajada de las meditación, el autoconocimiento, el (...) No sé. Sí, estaría bien. (Aquiles)*

*(...) Sí, pero a veces cuando te relajas es esto, que entras en rutinas y cosas que (...) No sé, que va bien de vez en cuando pararte un poco a mirarte. (Aquiles)*

### **Reflexiones en torno al proceso de IAP**

Las enfermeras manifestaron que la IAP era un método útil para evaluar los puntos fuertes y débiles de la práctica clínica, también destacaron que posibilitaba la mejora en la calidad asistencial y que eso incrementaba la actitud motivacional del profesional. Por otro lado, permitía criticar y a la vez repensar nuevas funciones o cambios organizacionales. A continuación se presentan algunas citas de las enfermeras en relación con estos resultados:

*Movimientos internos activos a la interacción, con lo cual eso te da más motivación y le hacemos el (...).El “burn out” no te llegará más pronto, te llegará más tarde. Te sientes parte del engranaje. (Agatha)*

*(...) estas cosas que nos pasan a todos y hablar de las limitaciones que tenemos y tal me parece (...) Y creo que lo deberíamos hacer en contexto no de investigación, sino de día a día. (Ariadna)*

*Me ha parecido interesante (...) en el día a día criticas estas situaciones, no las comentamos (...) aquí se hace la crítica con un fin (...) (Ninfa)*

*(...) es una manera de repensar una profesión (...) hoy lo he disfrutado, creo que hoy habéis planteado argumentos para cambiar una organización (...) (Pilar)*

### **Consideraciones finales y reflexiones metodológicas de la etapa de reflexión colectiva**

A continuación se presentan de forma resumida los principales resultados de esta etapa:

- La conceptualización de la RT: la RT tiene como objetivo la mejoría del paciente a través de la ayuda. Es importante el establecimiento del vínculo con el paciente, éste se consolida en el día a día y depende de la actitud del profesional y de su motivación, aunque también viene determinado por la posición del profesional en el equipo y por el turno de trabajo. Asimismo, es necesario establecer objetivos acordados junto al paciente, no sólo los objetivos de la enfermera. De esta forma las intervenciones posteriores serán más eficaces.
- La dinámica de la relación: es más frecuente que se produzcan negativas ante las demandas de los pacientes. Sin embargo, el lenguaje de la RT debe ser: un lenguaje cercano, sin tecnicismos. Se debe tener presente lenguaje no verbal.

Suave, tranquilo, concreto. Se pide permiso, se refuerza la parte positiva. Sinceridad. La mayoría de las intervenciones de la dinámica de la unidad llevan implícitas connotaciones negativas hacia el paciente y esto limita la RT, que es entendida por el grupo como: acompañar, crear confianza, ser asertivo, implicar a la familia, mostrar respeto, implicar al paciente y facilitar la expresión de emociones del paciente, escuchar, ser cordial, uso del humor, mostrar disponibilidad, ofrecer ayuda...

- La importancia del ambiente terapéutico: comunicarse con el equipo y que está cerca, complicidad, aceptar las condiciones de la unidad de agudos, entorno neutro, tranquilo y silencioso, facilitar intimidad...
- Las limitaciones de la RT: sentirse amenazado. Primero las tareas rutinarias y después la relación, la RT no se percibe como trabajo, la falta de tiempo, la carga de trabajo, la falta de motivación del profesional, las rutinas, los prejuicios del profesional hacia el paciente, frustración del profesional ante las negativas y poca mejoría del paciente, interferencias del entorno, poca relación con las familias, el entorno inseguro.
- Propuestas de mejora para la RT: ser consciente de los prejuicios (autoconocimiento) y nuestra situación emocional personal que afecte a la RT (autoconciencia), plantearse objetivos realistas y acordados con el paciente, facilitar entorno para la RT (crear espacios de trabajo con el paciente), posibilidad de evaluación constructiva entre profesionales.

- Las reflexiones en torno al proceso de IAP indicaron la importancia del método para evaluar la práctica clínica y para mejorar la calidad asistencial.

Es motivo de los siguientes epígrafes tratar las reflexiones metodológicas del proceso de investigación en esta etapa de reflexión colectiva:

- A esta sesión acudieron nueve de las diez enfermeras participantes. El grupo estaba motivado y fue muy dinámico desde el primer momento. Realmente fue una sesión muy enriquecedora. Las enfermeras venían de etapas de trabajo individual y necesitaban respuestas, ver resultados de su trabajo y ponerlos en común. El crear el documento de trabajo facilitó que las enfermeras obtuvieran esos resultados, además agilizó la dinámica de la sesión y permitió avanzar considerablemente. No obstante, las enfermeras destacaron como punto a mejorar que habían encontrado dificultades para describir y pautar la relación terapéutica.
- Uno de los puntos previstos para la sesión, era la elaboración de estrategias para implementar los cambios. Por la dinámica del grupo, ese apartado no tuvo la suficiente profundidad como para darlo por cerrado. Este hecho, ya metodológicamente, se daba por previsto incluyendo otra sesión grupal que tratase como principal objetivo dicho punto. Considerándose, por tanto, esa sesión como la primera etapa del segundo ciclo de la investigación. En ese sentido, se acordó para la próxima sesión que los participantes revisaran de nuevo la evidencia aportada y la confrontarán con su auto-observación de la práctica clínica. Se acordó que en la próxima sesión se propondrían estrategias de mejora para la práctica clínica en relación con las limitaciones observadas y lo que decía

la evidencia. De tal forma que se planificaran cambios viables para la mejora de la RT. Se programó el tercer grupo focal para un mes en adelante.

- La sensación final de la etapa fue muy positiva, a continuación se presentan algunas de las reflexiones de las enfermeras en el momento del cierre de la sesión:

*(...) análisis de lo que hemos hecho, me han quedado cosas claras... (Cirilo)*

*(...) breve, (...) guay (...) me ha gustado (...) (Aquiles)*

*(...) bien (...) no me ha sorprendido nada, espacios como estos son necesarios*

*(...) (Agatha)*

*(...) bien, me siento (...) un espacio que puedas explica (...) (Valentina)*

*Yo solo con el hecho de poder expresar lo que pasa (...) (Ariadna)*

*Me ha parecido una sesión más sincera que la anterior (...) muy bien (...) (Idalia)*

*(...) el grupo evoluciona (...) y éste lo está haciendo, está creando su propia relación*

*(...) (Toni)*

## 4.2. Ciclo II IAP

### 4.2.1. ETAPA 1: RE-PLANIFICACIÓN

Con esta etapa se inició el segundo ciclo propuesto en el proceso de investigación. Las enfermeras participantes debían en esta etapa planificar las estrategias de mejora para la práctica clínica en relación con el problema de estudio y la reflexión sobre su práctica efectuada en la etapa anterior. Para ello, se efectuó el tercer grupo de discusión. Se citó a las 9 enfermeras participantes en un aula del Campus Universitari Mar, entorno neutro para ellas. Como en anteriores ocasiones, se invitó a un investigador para observar la sesión. Además, para agilizar y dinamizar la sesión, se elaboró un documento de trabajo (Anexo XI) y un guión de la sesión (Anexo XII). Estos documentos se enviaron previamente por correo electrónico a las enfermeras participantes.

El documento de trabajo incluía dos apartados; por un lado, los resultados de los diarios validados de la sesión anterior en formato resumen para la presentación en un congreso internacional, y por otro lado, el listado de propuestas de mejora aportadas por las enfermeras tanto en los diarios como en el grupo de discusión anterior.

En consecuencia, los objetivos para el grupo de discusión y recogidos en el orden del día fueron:

- a) Validar el resumen y elegir participantes autoría para comunicación en Congreso Internacional de Investigación en Cuidados.
- b) Elaboración y planificación conjunta de estrategias para implementar los cambios y alternativas para poder resolver las posibles dificultades.
- c) Determinar la evaluación de las estrategias implementadas.

- d) Discutir en torno al proceso de IAP.
- e) Conclusiones y aportaciones de la sesión.

El grupo de discusión se efectuó en el aula 61.301 del Campus Universitari Mar, el día 21 de mayo de 2015 a las 13:00h, tuvo una duración de dos horas y un minuto y asistieron un total de 9 personas; de las cuales 7 eran enfermeras participantes, un investigador con funciones de observación y el IP. El grupo de discusión fue registrado mediante una grabadora digital, el audio fue transcrito literalmente. Se obtuvo el informe y validación del investigador que realizó la observación del grupo.

De este modo, del análisis de los datos obtenidos en la sesión grupal se obtuvieron 4 categorías principales: la mejora de las intervenciones con el paciente, la mejora del equipo, la mejora a través de la formación y, finalmente, las reflexiones metodológicas del proceso de IAP. Con el fin de una mayor comprensión de los resultados de esta etapa, en la Tabla 14 se presenta la estructura general de las categorías y subcategorías surgidas:

**Tabla 14. Estructura de las categorías y subcategorías obtenidas en la etapa de re-planificación**

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
MEJORA DE LOS ESPACIOS DE CUIDADOS CON EL PACIENTE	Espacio de intervención enfermera personalizada
	Espacios de intervención grupales con pacientes
MEJORA DEL EQUIPO	Crear grupos reflexivos para los profesionales
	Posibilidad de organizar mejor las tareas
	Continuidad en el espacio de trabajo para las suplencias
	Rotaciones de personal para motivar desde la institución
	Mejorar comunicación entre el personal
MEJORA A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN	Institución fomenta la formación y la motivación
	Auto-actualizarnos en conocimientos
	Formación y motivación van ligadas
	Un taller de formación
REFLEXIONES EN TORNO AL PROCESO DE IAP	Aumenta la motivación
	Fomenta el aprendizaje y construccionismo colectivo
	Reflexiones ejecutivas del método
	Permite evolucionar como profesional

### **Validación de los resultados de la etapa de reflexión grupal**

En relación con la validación de los resultados previos, se presentó y revisó el resumen de la comunicación oral que se había incluido en el documento de trabajo. El grupo confirmó los resultados del trabajo. En cuanto a las autorías, se decidió que se incluirán a todos los participantes posibles por normativa del encuentro como autores. Se acordó que se seguiría el orden alfabético de forma rotatoria para cada uno de los actos en los que se presenten comunicaciones del grupo.

## **Mejora de los espacios de cuidados con el paciente**

Las enfermeras identificaron la necesidad de espacios de cuidados, manifestaron la posibilidad de creación de espacios de intervención grupal con pacientes y otra propuesta que finalmente, fue la que el grupo decidió que se implementara como estrategia de mejora en la práctica, el espacio de intervención enfermera personalizada.

### ***Espacio de intervención enfermera personalizada***

De los datos obtenidos se desprendió que la actividad consistiría en dedicar cada jornada de trabajo media hora a interacciones individualizadas con los pacientes asignados a cada enfermera, el espacio de interacción sería la habitación del paciente.

*Pues tener un espacio un poco más relajado para poder tú abordar a ese paciente, no justamente haciendo (...), que hacemos muchas otras cosas, a lo mejor tomando la tensión o dando la medicación que ya trabajas todo eso, pero es lo que decíamos, que muchas veces se trabaja la relación en tareas en el día a día, no en un espacio (...)*  
(Aquiles)

*En la habitación, en un sitio que haya una cierta intimidad, que si el paciente quiere abordar depende de qué temas, que pueda (...)* (Valentina)

El objetivo principal de la interacción era comprender la situación del paciente y poderlo ayudar, desde los cuidados enfermeros, en relación con ello. Por tanto, llevando a cabo las tres fases que exponía la evidencia, las enfermeras deberían comprender la situación del paciente, acordar objetivos con él y plantear intervenciones pactadas. Se trataría de cerrar la interacción programando el próximo encuentro.

*(...) cómo lleva el ingreso, que cómo se encuentra, yo qué sé (...) Es que seguramente él te dirá pues la comida no sé qué o, no sé, es que se me ocurren muchas cosas, pero*

*(...) (Valentina)*

*(...) qué expectativas tiene. (Ariadna)*

*(...) problemas y empezar a trabajar objetivos (Aquiles)*

*(...) según la evidencia, las tres fases, pues según cómo esté el paciente pues harás una fase, harás otra o harás la otra. (Ninfa)*

*En qué podemos ayudar. (Valentina)*

Del análisis de los datos, resultó que el número de pacientes por jornada así como la duración de cada interacción, quedaría a criterio de cada enfermera, en función del estado clínico y de las necesidades de cada paciente. Pero también fue relevante el hecho de que la intervención debía hacerse de forma sistematizada y otorgándole la importancia que se merecía:

*(...) media hora y cada día pues caes en eso, en que es algo sistemático que lo vas a hacer cada día, y media hora tampoco te supone mucho.(Aquiles)*

*Porque esa media hora o la hora que se utilice se puede adaptar a la sala, bien antes, bien después de las visitas. Yo creo que a lo mejor una hora en nuestro caso y a días alternos quizás sería mucho, pero a lo mejor media hora de forma rutinaria los dos cada día sí que puedes buscar algún hueco (...) (Remo)*

*Es que lo tenemos tan asumido de ¡ostras, es que hoy no he tomado las tensiones!, pues, ¡ostras, es que hoy no me he sentado con nadie! Si consiguiéramos que esto*

*fuera así, pues yo qué sé, de diez a once, decir pues si me atraso un poco pues me atraso, pero meterlo como una rutina dentro de nuestro trabajo, es cuando conseguiremos, pienso, avanzar aquí, que esto, claro, (...) la gráfica y no puedes marcar con la crucecita “he hecho esto” (...). (Aquiles)*

En cuanto al registro de los aspectos clínicos de lo acontecido en cada interacción, los resultados indicaron que se incluiría en el curso clínico de la historia clínica informatizada de cada paciente, especificando que se trataba del “Espacio de intervención enfermera personalizada”.

*Pero sería algo como muy simplificado y que nos sea útil porque muchas veces, si lo que queremos es la relación terapéutica y nos tenemos que pasar no sé cuántas horas en hacer no sé cuántos registros, entonces sí que vamos quitando más tiempo para poder estar más con el paciente, o sea, se trata de hacer algo práctico, rápido y visual que a todos nos dé una información un poco rápida de qué estamos haciendo con ese paciente en ese momento. (Remo)*

### **Mejora de la formación de las enfermeras**

Las enfermeras entendían que la formación estaba ligada a la motivación y que la institución debía motivar a los profesionales mediante la formación y la actualización de conocimientos, así del análisis de los datos se extrajo que existía la necesidad de un taller de formación para los profesionales respecto a la RT.

*Es que yo la formación y la motivación las veo muy ligadas las dos (...) formar motivando (...). (Valentina)*

*Nosotros, sí, como enfermera de alguna manera siempre te tienes que ir reciclando, pero que si la institución de alguna manera debería fomentar, yo creo, también que su personal estuviera (...) (Valentina)*

### ***Actualizarse en conocimientos***

Además, las enfermeras propusieron *actualizarse en conocimientos*. Esta propuesta se constituyó como otra estrategia de mejora de la RT para las enfermeras. Para ello, del análisis de los datos, se obtuvo que las enfermeras debieran formarse a través de la lectura, descripción y reflexión de dos artículos científicos, además de la evidencia ya aportada en el proceso del proyecto. Según los resultados, el procedimiento de selección de los artículos sería el siguiente: el investigador principal enviaría por mail 4/5 documentos de interés, el resto de participantes tras la lectura del resumen de cada uno, votarían los dos documentos que consideraran más adecuados. De esta forma, para la votación y debate, se decidió crear un grupo de whatsapp. Los dos documentos más votados serían los que se trabajasen. De esta forma, todos los participantes se comprometieron a trabajar los dos artículos antes de iniciar en septiembre el “Espacio de intervención enfermera personalizada”.

*(...) que nosotros, a través de nuestra formación, a nivel personal individual o fuera, nos formemos (...) (Aquiles)*

*Hombre, formarse claro que tiene sentido, claro que tendría sentido (...) de forma autónoma, o sea, buscar proyectos, artículos, buscar (...) (Remo)*

*No, a mí me parece bien, sí, todo lo que sea formarte evidentemente pues (...) (Valentina)*

## Mejora del equipo

Las enfermeras propusieron mejoras de tipo organizacional como: la posibilidad de organizar mejor las tareas rutinarias de la unidad, dar continuidad en el espacio de trabajo para las suplencias, impulsar las rotaciones de personal para motivarlo o mejorar la comunicación entre el personal.

*A mí se me ocurre esto que he dicho yo de la higiene, pues a lo mejor por la mañana, si están más desbordados con el tema de higienes, pues a lo mejor en ese tiempo se puede pactar pues mira (...) tres higienes y nosotros otras tres y, de esta manera, pues se puede trabajar más (...) ¿Organizar mejor las tareas? (Valentina)*

*Es que claro, no sé cómo se podría hacer. A lo mejor estaría bien que nuestros supervisores hablaran con cada uno sobre sus expectativas, ¿no? A lo mejor no es una cosa que se tenga que proponer a todo el mundo, pero si hay gente que está dispuesta, ¿por qué no entre la gente que está dispuesta? No sé qué se puede hacer. (Valentina)*

*De los cambios siempre se extraen cosas positivas (Aquilés)*

### ***El espacio de grupos reflexivos***

De forma más concreta y con la finalidad de mejorar el equipo, las enfermeras plantearon el *espacio de grupos reflexivos*. Ésta, se consideró como estrategia para implementar en la práctica como mejora de la RT. Los datos definieron la actividad como aquel espacio dónde los profesionales pudieran verbalizar sus inquietudes y preocupaciones que afectasen a la práctica clínica. Espacios donde se pudieran compartir y debatir casos y situaciones respecto a

temas de cualquier índole, pero que afectaran a la RT. La finalidad sería efectuar ventilación emocional del grupo a través de la crítica constructiva entre profesionales. Los datos indicaron que se trataba de un espacio delicado porque existía el riesgo de que los participantes se desviasen del objetivo principal, se entendía que el supervisor debía ser la persona que gestionase estos grupos pero también se identificó que esto podía suponer un sesgo para la participación de algunos profesionales. Finalmente, de los datos surgió la propuesta de efectuar dos grupos reflexivos, en un espacio neutro (Campus Mar) y moderados, en el marco de este proyecto, por el investigador principal.

*Pues esto sería hablar entre los profesionales para ver qué puede mejorar cada uno*  
(Jasón)

*Sí, es un espacio de ventilación. (Aquiles)*

*Es un tema delicado. Yo creo que tendría que llevarlo alguien que supiera manejar bien el tema porque el que tú puedas decir pues mira, yo esto creo que no lo haría, depende de cómo lo digas o cómo te expreses, le puede sentar mal a la otra persona y se puede sentir ofendida. Entonces una cosa que está hecha justamente para poder... puede ser un arma esto (...) (Valentina)*

*Refuerzo positivo, sí. Refuerzo positivo y refuerzo constructivo negativo (...) (Ariadna)*

### **Reflexiones en torno al proceso de IAP**

Las enfermeras afirmaron que la IAP aumenta la motivación, permite evolucionar como profesional y fomenta el aprendizaje y construcción colectiva:

*(...) con muchas cosas para trabajar, para mejorar como profesional (...) (Jasón)*

*(...) bien, motivada (...) pienso que lo de la formación tendría que ser obligado*  
*(...) muy interesante (...) es importante motivar (...)* (Valentina)

### **Cronograma de trabajo**

El grupo decidió que la primera estrategia a efectuar debía ser la formación mediante la lectura de los artículos científicos, para ello se consensuó que los pasos serían:

1. El investigador principal envía documentos.
2. Los participantes revisan el resumen de los documentos y votan en el grupo de whatsapp.
3. Lectura, descripción y reflexión de los documentos.

De esta manera, las enfermeras se comprometieron a trabajar la formación durante el período vacacional y así iniciar la actividad de Espacios de Intervención Personalizada en septiembre.

En relación con la estrategia de grupos reflexivos, el grupo acordó programar dos espacios de encuentro. Dos sesiones simultaneadas con los espacios de intervención con los pacientes durante los meses de septiembre y de octubre.

## Consideraciones finales y reflexiones metodológicas de la etapa de re-planificación

A continuación se presentan de forma resumida los principales resultados de esta etapa:

- Siguiendo el documento de trabajo elaborado, el grupo revisó las propuestas de mejora existentes. Finalmente, se seleccionaron y se diseñaron 3 propuestas de mejora de la RT para implementar en la práctica clínica (Figura 11):
  - a. Una propuesta dirigida a mejorar la RT a través de las intervenciones de cuidados con el paciente, denominada *espacio de intervención enfermera personalizada*.
  - b. Una propuesta dirigida a mejorar la RT a través de la formación de los profesionales, auto-actualizando conocimientos mediante la *lectura de evidencia científica*.
  - c. Una propuesta dirigida a mejorar la RT a través de desarrollar el trabajo del autoconocimiento y autoconsciencia de las enfermeras mediante *espacios en grupos reflexivos*.
- Por último, en cuanto a las reflexiones de las enfermeras en torno al proceso de la IAP, se obtuvo que IAP permitió aumentar la motivación, evolucionar como profesional y fomentó el aprendizaje y construcción colectiva.

Es motivo de los siguientes epígrafes tratar las reflexiones metodológicas del proceso de investigación:

- En esta etapa se observó cómo el grupo asumía realmente responsabilidad y tomaba decisiones de tipo ejecutivo. Se respiraba la motivación de los

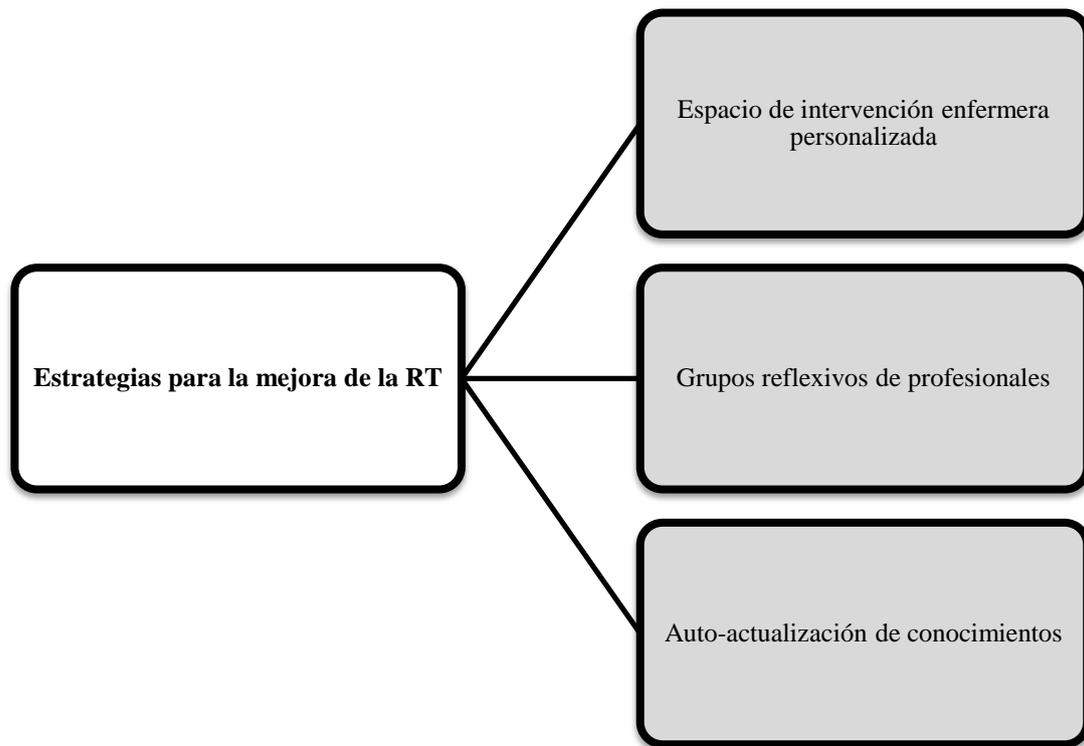
participantes para crear y, por tanto, como se implicaban en esa labor aportando toda su experiencia asistencial en ello. Efectivamente, si se pretendía mejorar y cambiar aspectos de la práctica clínica, ese era un espacio para ello, las enfermeras estuvieron muy participativas a lo largo de toda la sesión. Sin embargo, la sesión acabó alargándose de manera que no pudieron tratarse todos los puntos previstos, por lo que se decidió diseñar el método para la evaluación de las estrategias implementadas en el primer encuentro grupal que sería el primer espacio de reflexión grupal. El grupo estaba cansado aunque muy satisfecho. A continuación se presentan algunas de las reflexiones del grupo en el momento del cierre de la sesión.

*Muy interesante lo del grupo reflexivo (...) (Ariadna)*

*Bien (...) me ha gustado sobre todo lo de espacio de intervención personalizada (...) en el grupo reflexivo se puede sacar mucho jugo (...) (Remo)*

*Aquiles muy bien (...) viendo mejorar es fácil, no es tan complicado (...) pero que las herramientas las tenemos (...) motiva (...) molt bé (...) (Aquiles)*

*(...) yo también estoy muy contento (...) (Toni)*



**Figura 11. Estrategias para la mejora de la Relación Terapéutica**

#### **4.2.2. ETAPAS 2 Y 3: ACCIÓN Y OBSERVACIÓN**

En esta segunda y tercera etapa, las enfermeras participantes debían implantar las estrategias diseñadas por ellas para la mejora de la práctica clínica. Debían, en consecuencia, observar detenidamente su implementación para poder registrar lo sucedido y evaluar sus logros y consecuencias en los diarios reflexivos de campo. De tal forma que, tal y como se había acordado, en primer lugar describieran qué habían efectuado en cada estrategia diseñada y a continuación reflexionaran en relación a ello. La etapa finalizó con la entrega de las enfermeras de este tercer diario de campo con la reflexión de las estrategias de cambio implementadas.

Se recogieron 9 diarios de auto-observación de la práctica clínica de 9 participantes. Del análisis de sus datos se obtuvieron 8 categorías principales. Con el fin de una mayor comprensión de los resultados de esta etapa, en la Tabla 15 se presenta la estructura general de las categorías y subcategorías obtenidas.

**Tabla 15. Estructura de las categorías y subcategorías obtenidas en la etapa de acción y observación del ciclo II**

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
CONCEPTUALIZACIÓN DE LA RT	Características de la RT
	Establecimiento del vínculo con el paciente
	Los objetivos acordados en la RT
EL AMBIENTE TERAPÉUTICO	El espacio de la interacción
	La importancia del equipo
	La preparación del entorno
LAS COMPETENCIAS RELACIONALES	Aceptar al paciente
	Mostrar actitud empática
	Ser auténtico
	Generar confianza
	El uso del lenguaje
LAS INTERVENCIONES DE LA RT	La autoconsciencia
	Acompañar
	Escuchar activamente para conocer
	Individualizar
	Reforzar positivamente
LA AUTO-FORMACIÓN	Implicar al paciente
	Implicar a la familia
	Ventajas de su implantación y elementos de mejora para la RT
	Dificultades para la implantación

	Factores necesarios y propuestas para su implantación
LOS GRUPOS REFLEXIVOS PARA ENFERMERAS	Características de los grupos reflexivos
	Ventajas de su implantación y elementos de mejora para la RT
	Dificultades para su implantación
	Factores necesarios y propuestas para su implantación
EL ESPACIO DE CUIDADOS ENFERMEROS PERSONALIZADOS (ECEP)	Ventajas de su implantación y elementos de mejora para la RT
	Dificultades para su implantación ECEP
	Factores necesarios y propuestas para su implantación
REFLEXIONES EN TORNADO AL PROCESO DE IAP	Facilita y mejora la práctica clínica
	Aumenta la motivación
	Fomenta el aprendizaje y construcción colectiva
	Facilita la reflexión, autoconsciencia y autoconocimiento profesional; enriquecimiento personal y profesional.
	Proporciona nuevas ideas sobre las funciones de la profesión y su organización
	Elementos facilitadores del método
Dificultades del método	

## La conceptualización de la Relación Terapéutica

En el contexto de la implantación de estrategias de mejora, las enfermeras identificaron las características más importantes de la RT como eran; valorar la necesidad de ayuda del paciente desde la relación entre iguales, y el hecho de tener plena consciencia sobre la planificación y el desarrollo de las etapas de la propia RT:

*Un cop ubicats en l'espai d'intimitat de l'habitació, explico a cada pacient l'objectiu (...): saber si necessita ajuda, si hi ha alguna cosa en la pugui intervenir per ell poder resoldre problemes, conflictes, dubtes (...) (Aquiles)*

*Antes realizaba la intervención sin planificación, un poco resolviendo el problema in situ, ahora aplico más una planificación, soy más consciente de que requiere un proceso de varias etapas y de la etapa en la que me encuentro en cada momento del proceso, de que requiero un consenso con el paciente y preciso más de su implicación, que ni en todos los casos, ni todos los días es la misma pero en general se implican y colaboran (...) (Perseo)*

En el mismo sentido, las enfermeras destacaron el vínculo de confianza y la importancia de acordar de forma conjunta objetivos:

*Tras las mejoras adoptadas sí que observo que pongo más hincapié en dicha relación, esforzándome sobre todo en aspectos que antes sí que daba importancia, pero que quizás ahora me fijo más, como por ejemplo en el hecho de intentar que el paciente no dude de nosotros y, aunque el principal protagonista sea él, tenga claro que el objetivo es común por ambas partes, y creo que en general se ha ido consiguiendo (...) (Remo)*

## El ambiente terapéutico

El ambiente terapéutico volvió a emerger como elemento en esta etapa del proceso de investigación. De los datos analizados, se desprende que las enfermeras tras las estrategias implantadas dieron especial importancia a:

a) el espacio de interacción con el paciente; considerado de vital trascendencia para la RT. Disponer de este espacio, crea especial seguridad y confianza profesional a la enfermera:

*Com infermera , m'he sentit bé, tranquil·la i segura de estar fent correctament la meva feina. He estat capaç de centrar-me i estar "dins" les intervencions , sense mantenir "l'alerta" continuada per finalitzar l'activitat (per manca de temps, per altres demandes, sol·licituds al telèfon, entrades, ingressos,..., era la meva feina en aquell moment (...)) (Aquiles)*

b) La importancia del equipo; su coherencia y comunicación:

*Si bien en el primer análisis del proceso, citaba la importancia de la cohesión entre los integrantes del equipo, sigo destacando la importancia de este factor como crucial (...). A menudo, nos encontramos con situaciones complejas y es muy importante poder contar con el consenso del equipo, habiendo podido explicar, analizar y buscar la mejor solución a ciertas cuestiones. (Idalia)*

c) La preparación del entorno; las enfermeras destacaron la necesidad de que ellas crearan un espacio terapéutico, teniendo en cuenta el momento más adecuado para la intervención así como la intimidad en ese espacio:

*(...) sí que he notado un cambio tras aplicar las mejoras. Anteriormente realizaba las actividades en el control de enfermería, en el pasillo, en la sala o en la habitación, dependiendo de si era el paciente quien realizaba la demanda, y donde lo hiciera, o fuéramos nosotros quien lo abordáramos, pero tras la mejora he notado que hago una distinción claramente marcada (más que antes) teniendo en cuenta cual es el tipo de demanda (...)* (Remo)

*He tenido más en cuenta, qué lugares eran los más apropiados para llevar a cabo las intervenciones, que por lo general han transcurrido en las habitaciones de cada paciente o en espacios comunes que en aquel momento estaban vacíos.* (Ariadna)

### **Las competencias relacionales**

De nuevo, del análisis de los datos se desprendió que para las enfermeras, la aceptación del paciente y la empatía eran los elementos fundamentales:

*(...) intento ser cada vez más respetuoso, (...) no he intentado tener prejuicios con nadie, a veces resulta difícil (...) intento hacerles ver que estoy para ayudar aunque algunos no entiendan el porqué.* (Cirilo)

*Tengo en cuenta, lo desagradable e incómodo de un ingreso, por lo que hago hincapié en lo favorable del mismo, para mejorar su vida exterior (...) Estoy convencida que para poder establecer una buena R.T., es imprescindible la empatía, que a mi modo de ver está basada en conocer al paciente, y a partir de aquí desarrollar mis habilidades.* (Idalia)

Además, el generar confianza a través de la autenticidad del profesional, fue otro elemento destacado en el análisis de los datos:

*Basándome en la evidencia científica he intentado ser empático, honesto y en ocasiones utilizar el sentido del humor, si la situación es la adecuada. (Jasón)*

*Sin embargo me ha sorprendido gratamente que la utilización del humor pueda considerarse una herramienta dentro del establecimiento de una relación terapéutica, ya que yo suelo emplearlo, en las ocasiones que son convenientes, para propiciar el acercamiento y romper un poco el hielo. (Perseo)*

Otra competencia identificada, fue el uso del lenguaje por parte de las enfermeras. Éste debía ser: sencillo, cercano y cordial, en un tono suave y tranquilo. Se identificó como más humano y menos directivo que antes de la implantación de estrategias de mejora.

*El lenguaje utilizado en esta nueva fase de intervención ha seguido siendo un lenguaje cercano y sencillo. (Ariadna)*

*(...) hablo de una manera más tranquila y clara si cabe (...) (Cirilo)*

*Intento establecer un lenguaje adaptado a cada paciente (edad, cultura). (...) Sencillo en la mayoría de casos y cordial. Me adapto a la jerga que utilice el paciente, para intentar aproximarme más. Huyo de los tecnicismos, facilitando lenguaje comprensible. Tono de voz modulado. (Idalia)*

Finalmente, la autoconsciencia fue identificada por las enfermeras como competencia necesaria para establecer una adecuada RT:

*Debemos ser realistas y profesionales, por supuesto; pero nosotros como trabajadores, también tenemos nuestros cansancios, problemas, “faltas de motivación temporales” o “malos días”. (Idalia)*

## **Las intervenciones de la RT**

Del análisis de los datos se identificó que las enfermeras, una vez implantadas las estrategias de mejora, efectuaban las siguientes intervenciones: acompañar al paciente y escucharlo de forma activa para conocerlo y poder individualizar los cuidados. También destacó la importancia de implicar al paciente y a su familia en el plan de cuidados así como reforzar de forma positiva sus logros.

*He seguido poniendo en práctica la escucha activa, así como favoreciendo la ventilación emocional, acompañando al paciente en su día a día. (...) En general, he tenido una predisposición de más proximidad con cada paciente. Más actitud de escucha (corporalmente más cercana, visión frontal). (Ariadna)*

*(...) ahora, podría decir que intento estar más con los pacientes a la hora de hablar, (...)* (Cirilo)

*Escucho, más que hablo, invitándole a que me explique qué le pasa, que sabe de su enfermedad, si tiene conciencia de enfermedad y sobre el funcionamiento de la unidad, en caso de ingresos anteriores. (...) Busco la colaboración del paciente: “ te podemos ayudar si confías en nosotros”, “la medicación será más efectiva, si pones de tu parte...”(...) Siempre tengo en cuenta e intento “hacerle entender” que un ingreso “no es un tiempo perdido en su vida”, por lo que refuerzo actividades*

*positivas: permisos, horarios de visita más extensos durante de fin de semana, salidas en horas de permiso, permisos de fin de semana (...)* (Idalia)

## **La Auto-formación**

De la evaluación de la estrategia de actualizarse en conocimientos y auto-formarse. Las enfermeras destacaron:

a) Las ventajas de su implantación y elementos de mejora para la RT; los datos indicaron que la autoformación permitió aumentar conocimientos y habilidades, facilitó la evaluación, reflexión y aplicación de los mismos en la práctica clínica. De hecho, los datos reflejaban que para las enfermeras era un estímulo confirmar y reforzar la calidad de los cuidados prestados.

*El método científico aporta “maestría y reflexión”. (...) Implica una reevaluación, autocorrección y esfuerzo personal y grupal (por transferencia mía) para mejorar. (...) Aumenta conocimientos y habilidades. (...) Me da estrategias para intentar desarrollar al máximo el potencial humano (mente abierta) y el profesional (que va muy ligado).* (Idalia)

*La lectura de artículos realizada ha supuesto una clarificación y clasificación de conceptos, más o menos ya conocidos. Creo que es muy importante ser consciente de qué limitaciones en lo personal tenemos todos y cada uno de los profesionales en cuanto a la hora de establecer la relación terapéutica, teniendo en cuenta la gran diversidad y complejidad de respuestas y reacciones que experimentan los pacientes que acompañamos en el día a día. (...)* (Ariadna)

b) También las dificultades para la implantación; los datos se dirigían hacia la barrera idiomática, puesto que los artículos eran en inglés. Además, se evidenció falta de conocimientos en relación con las bases de datos para su búsqueda.

*(...)Me parece interesante resaltar que, por lo menos por mi parte, detecto una limitación personal para llevar a cabo este proceso de búsqueda. Cabría tener en cuenta también una actualización en los que se refiere a métodos de búsqueda de información. (...) La cuestión idiomática ha supuesto un cierto nivel de limitación dado que la mayoría de artículos que se han encontrado están escritos en lengua inglesa (lengua que no domino). A tener en cuenta también la necesidad de actualizar el nivel de inglés para acceder con mayor agilidad a la información existente.*  
(Ariadna)

c) Y factores necesarios y propuestas para su implantación; las enfermeras destacaron que su motivación era esencial pero que también desde la institución y la universidad se debía fomentar e incentivar la formación. Una propuesta fue crear grupos de búsqueda bibliográfica.

*(...) Desde las instituciones se debería facilitar herramientas para llevar a cabo una correcta RT y así una mejor calidad asistencial.* (Valentina)

*(...) No crec que la Universitat estigui fent tot el que es podria fer. Tinc la sensació que encara Infermeria imparteix poques hores en desenvolupar eines personals d'estratègies en abordatge, comunicació i creixement personal. (...) però aquest "esforç" en haver de "fer la formació un mateix", ha estat una bona pensada, de fet estaria be incloure dins els equips de treball , grups de recerca de bibliografia i acordar ,un cop facilitada aquesta , temps per lectura i posterior posada en comú de dubtes, preguntes, comentaris, noves idees,(...) (Aquiles)*

## Los grupos reflexivos para enfermeras

De la evaluación de los grupos reflexivos, las enfermeras identificaron varios elementos de interés:

a) Las características de los grupos reflexivos; las enfermeras entendían que los grupos debían ser espacios neutros y protegidos, dónde se pudiera discutir sobre actividades desgastantes, sobre la convivencia entre profesionales y otras circunstancias de la práctica clínica que permitieran ventilar emocionalmente y motivar a las enfermeras.

*(...) Creo que en los espacios de grupos reflexivos, deberían salir los siguientes temas: convivencia, desempeño de actividades consideradas “desgastantes”, según servicio sobrecarga laboral, apoyo de superiores, manejo y desarrollo del trabajo en equipos poco experimentados (cambios constantes de suplencias), aporte externo de motivación: facilitando la planificación de festivos, ya que conciliar la vida personal influye en la profesional. (...) (Idalia)*

b) Las ventajas de su implantación y elementos de mejora para la RT; los datos indicaron que los grupos permitían que las enfermeras no se sintieran solas, que se sintieran más comprendidas, creando tranquilidad y disminuyendo la ansiedad. Facilitaban la comunicación entre ellas y el supervisor, permitían la puesta en común de dudas y creaban compromiso en el equipo.

*Recordar en grup quines mesures ambientals i personals ens ajudaran en la pràctica diària a la nostra feina, millora la sensació de no estar experimentant tot sol.  
Compartir dubtes i poder resoldre-les o no, en companyia de persones amb un mateix*

*interès és bo. Poder tenir l'espai d'escolta i exposició de dubtes és tranquil·litzador, disminueix nivell d'ansietat ; saps que "tal dia" ho pots comentar i resultarà més senzill trobar solucions.(...) Poder observar que em preocupen coses o situacions diferents al que altres companys viuen com a font de problema a la feina ha disminuït el nivell de preocupació. (Aquiles)*

*Los grupos reflexivos me han parecido una herramienta de trabajo muy útil. Pienso que deberían de utilizarse en las salas de trabajo, y que sería una manera útil de expresar dudas y problemas que surgen a diario en las salas, así como un espacio de ventilación emocional. (...) Sería beneficioso, que estos grupos se realizaran junto con el supervisor de la unidad, pues así, éste estaría al día de los problemas que puedan surgir diariamente en la planta. De esta manera se podrían consensuar entre todos, posibles soluciones o conclusiones a los problemas del día a día y sería además un espacio de ventilación emocional. (Jason)*

c) Las dificultades para su implantación en la práctica clínica; la principal dificultad era encontrar una persona que condujera el grupo de una manera neutral. Las enfermeras manifestaron que la presencia del supervisor podía sesgar sus intervenciones. Además, existía la dificultad de poder reunir a todo el equipo.

*Dificultades que pueden aparecer si consideramos la idea de establecer estos grupos reflexivos de una forma regular y sistemática en los equipos de cada unidad: Establecimiento de un horario adecuado (turnos de mañana-tarde-noche), encontrar un conductor que pueda moderar estos grupos de una forma neutral, con las aptitudes básicas para llevar grupos, describir con qué periodicidad y de qué duración serán estos grupos. (Ariadna)*

d) Los factores necesarios y propuestas para su implantación; las enfermeras entendían que desde la supervisión se debían facilitar y coordinar, no era necesario que fuesen guiados por la supervisora, pero sí que estuviera presente. Las enfermeras insistían en que su finalidad era constructiva y que, por tanto, era necesario un alto nivel de madurez y sinceridad por su parte para no caer en la queja.

*Sería beneficioso que estos grupos se realizaran junto con el supervisor de la unidad, pues así, éste estaría al día de los problemas que puedan surgir diariamente en la planta. De esta manera se podrían consensuar entre todos, posibles soluciones o conclusiones a los problemas del día a día y sería además un espacio de ventilación emocional (...) La crítica debería ser siempre constructiva, con aspectos a solucionar o mejorar, y no destructiva, pues sino, no serviría en ningún caso, para mejorar la dinámica y el ambiente de la sala y los trabajadores. (...) Personalmente pienso que si la crítica es constructiva no debería de haber problemas. Las reuniones podrían ser mensuales o bimensuales y estoy seguro que ayudarían a mejorar la comunicación entre los diversos miembros del personal y el supervisor, así como mejorar la dinámica de la sala. (...) También pienso que sería positivo, alguien que dirigiese o guiase estas sesiones, pues es cierto que estos espacios podrían ser aprovechados por personal o supervisión para temas o quejas poco adecuados. (Jason)*

## El Espacio de Cuidados Enfermeros Personalizados

De la evaluación del espacio de intervención enfermera personalizada, las enfermeras destacaron:

a) Las ventajas de su implantación y elementos de mejora para la RT; la principal ventaja identificada era la mejora de la eficacia y eficiencia de la RT con el paciente y de la continuidad de cuidados, ya que existían menos interferencias del entorno y, una vez instaurado, se empleaba menor tiempo para las intervenciones.

*Desenvolupar aquesta activitat ha millorat (...) tot en general. Els pacients esperen l'espai d'intervenció per fer les demandes, solucionar dubtes (...) no hi ha hagut el degoteig continuat de petites converses, demandes, preguntes, dubtes, (...) que impliquen intervencions continuades també, encara que semblin més petites, obliguen a invertir-hi TEMPS. (...) Aquesta manera de treballar és infinitament més productiva (...) (Aquiles)*

*(...) si pudiéramos tener algo de tiempo para poder hacer las intervenciones personales, el trato y la asistencia a los paciente sería mucho mejor, resolviendo problemas presentes o futuros de éstos. (...) viendo con muy buenos ojos lo de las intervenciones personalizadas con pacientes como una herramienta muy buena y útil para nosotros para una mejor relación terapéutica. (Cirilo)*

*Respecto a las mejoras implementadas a las relaciones, ha sido favorecedor el hecho de crear este espacio de unos 20 minutos en el que se evitan en la media de lo posible interrupciones externas (timbre, otros pacientes, familiares...), creando un ambiente cercano y tranquilo como es su habitación. (Valentina)*

*Iniciar el proceso cuesta un poco pero luego va rodado y es el mismo paciente es el que acude a ti, en ocasiones para contarte otro tipo de problemas o inquietudes. Y no requiere dedicarle mucho tiempo tampoco, pensaba que me absorbería más. (Perseo)*

Además, la estrategia permitió mejorar la confianza y el vínculo con el paciente, facilitando de este modo una mejor identificación de los problemas del paciente:

*El hecho de quedar para el día siguiente creo, ha resultado un elemento muy positivo. Des de mi punto de vista, el paciente siente que hay una continuidad y esto refuerza su confianza en el equipo. (...) Se ha dado la oportunidad de una forma clara y concreta, para que el propio paciente describa qué quiere mejorar, qué es lo que le preocupa y hasta dónde quiere llegar. Este también ha sido un elemento reforzador del vínculo y la confianza con el equipo. (Ariadna)*

*(...) Y a la postre mejora nuestra relación, el paciente se sienta escuchado, valorado y tenido en cuenta en su propia terapia y esto ha hecho que acuda a mí con más frecuencia y más libertad para contarme sus inquietudes y problemas sobre otros temas que le preocupan, se forma una relación de mayor confianza mutua. (Perseo)*

En consecuencia, la estrategia exigía a las enfermeras efectuar una planificación más individualizada de los cuidados, mejorando el logro de los objetivos y empoderando a la vez en mayor medida al paciente:

*A decir verdad, donde creo que este trabajo me ha influenciado más es a la hora de fijar unos objetivos o un modus operandi con el paciente, soy más consciente de la necesidad de llegar a un acuerdo de forma conjunta, soy menos impositivo y más*

*consensuador. Ya no les indico que deben hacer sino que intentamos llegar a una conclusión de forma conjunta y me limito a sugerirle cómo actuar. (Perseo)*

*(...) a mi parecer ha sido tan acertada como provechosa. En primer lugar porque al trabajar la RT marcando un claro objetivo al poner fecha y tiempos, hace que la RT sea mucho más ordenada, y que el paciente tenga la sensación de que es un trabajo prolongado, con seguimiento, lo que obliga a una implicación sincera por parte de éste. Anteriormente la RT que realizaba era más “in situ” intentando ayudar en ese mismo momento y, aunque está claro que el seguimiento se hace igual, con la intervención enfermera personalizada se hace más patente, y el paciente creo que así lo percibe. (Remo)*

b) Las dificultades para su implantación. Evidentemente, se identificaron una serie de limitaciones que afectaban a su adecuada implantación. En primer lugar, la falta de tiempo por la carga de trabajo dificultaba encontrar momentos para llevarla a cabo y además el espacio físico no ayudaba:

*Cuando tenía intención de empezar con las intervenciones hubo un época con mayor carga de trabajo por lo que tuve que retrasar mis planes, siendo un claro ejemplo que con la carga actual de trabajo resulta al menos difícil en ocasiones poder hacer las intervenciones. (Cirilo)*

*En cuanto al espacio arquitectónico, es dificultoso ubicarse, no disponemos de despachos, las habitaciones son compartidas, el comedor super habitado..., lo que no ayuda a mantener entorno tranquilo. (Idalia)*

Otros factores identificados como limitadores fueron las discrepancias y la falta de continuidad en los equipos:

*También he encontrado cierta dificultad a la hora de abordar el problema de la misma manera en diferentes turnos, consensuar entre los profesionales la actuación a seguir. (Perseo)*

*Puedo encontrarme con informaciones contradictorias, dadas por otros miembros del equipo. (Idalia)*

*Otra dificultad que he podido observar durante el proceso es la falta de continuidad del personal de enfermería en la misma unidad de hospitalización. (...) En mi opinión esto también dificulta el poder mantener una buena relación terapéutica ya que la no continuidad nos imposibilita poder realizar el proceso completo (orientación, trabajo y resolución). (Ninfa)*

c) Los factores necesarios y propuestas para su implantación. Los datos indicaron que las enfermeras consideraban fundamentales una serie de elementos para que la estrategia pudiera incorporarse a la práctica clínica. Por un lado, era necesaria la institución. Ésta tendría que implementarlo, regularlo y facilitar su registro en la historia clínica del paciente:

*Por ello creo que desde la institución sería favorecedor que se trabajara para una mejor organización para crear de una forma más sistematizada este ECEP y a la vez facilitar una herramienta para su registro (...) (Valentina)*

*D'alguna manera ho fem cada dia però, el fet de no registrar-ho i sobretot, no implicar als pacient en aquesta feina, fa que sembli que no existeix, que ningú ho fa.*

(Aquiles)

Pero, por otro lado, también se identificó que era necesaria la motivación de los profesionales:

*El entendimiento y la colaboración del equipo, depende totalmente de la motivación personal de cada profesional. Si la motivación del equipo, es positiva, sería muy provechoso el proyecto de relación, ya que ambos dirigiríamos nuestro logro a un mismo objetivo. (Idalia)*

### **Reflexiones en torno al proceso de IAP**

Respecto a las reflexiones de las enfermeras en torno al desarrollo del proceso de investigación-acción participativa. Se identificó que:

a) Facilita y mejora la práctica clínica; las enfermeras detectaron que el proceso permitía replantearse caminos hacia la mejora de la práctica:

*Me parece un ejercicio sumamente interesante, el hecho de poder analizar cuestiones de nuestra profesión des de una situación externa, es decir "fuera del hospital". Salir del área asistencial, y plantearse qué hacemos, cómo lo hacemos, porque lo hacemos y lo más importante, cómo podemos mejorar, compartiendo e intercambiando puntos de vista con los compañeros, nos ha permitido a cada uno de nosotros situarnos en el camino de búsqueda y replanteamiento para la mejora. (Ariadna)*

*(...) valoro positivamente como una forma de mejorar mi práctica la aplicación y no solo la formación teórica, como se ha realizado en este estudio. Un seguimiento de nuestro trabajo diario antes y después del aprendizaje teórico. (Perseo)*

b) en consecuencia, aumenta la motivación de las enfermeras;

*Posar en pràctica la teoria acordada al grup i compartir-hi resultats a més de ser engrescador , dona visió d'altres dificultats i també del benefici d'aquesta activitat. (Aquiles)*

*Sin duda, este proceso de Investigación me ha servido como motivación para mi trabajo. (...) En un momento laboral complicado para mucha gente, procesos como este son importantes para reflexionar y para motivar al personal de enfermería. Ya sea porque llevas mucho tiempo trabajando y estás poco motivado o por situación laboral complicada (precariedad laboral, falta de contratos, inestabilidad) un proyecto de este tipo, puede servirte para motivarte. (Jason)*

c) Sin duda, los datos identificaron que para las enfermeras la IAP fomenta el aprendizaje y construccionismo colectivo:

*Mediante la auto-observación de las primeras intervenciones, posterior lectura de artículos científicos y sesiones grupales me ha hecho reflexionar sobre limitaciones propias y del entorno que hacían que dicha RT no se llevara a cabo de una forma correcta. (...) Ha sido positivo compartir la experiencia con el resto de compañeros. (Valentina)*

d) Además, la IAP facilita la reflexión, la autoconsciencia y el autoconocimiento profesional; provocando enriquecimiento personal y profesional:

*Fer aquest treball ha fet que reflexioni, i valori finalment, la feina que sé que ja feia abans de començar al grup d'investigació. (...) Reflexionar cadascun dels elements per separat ens resultava difícil. Segurament no havíem parat atenció mai a aquests elements durant les intervencions i activitats d'infermeria. (Aquiles)*

*Debemos ser conscientes de nuestros recursos/capacidad/motivación. Conocer nuestros puntos débiles. Entender otro punto de vista. Ser crítica en determinadas situaciones, comparando con otras fuentes de información. Intento de aumentar flexibilidad. Mente más abierta. Aplicar con buena voluntad conocimientos adquiridos. (Idalia)*

*A través de éste he obtenido un enriquecimiento laboral y personal que espero que me sea útil ahora y en el futuro. (Ninfa)*

e) También proporciona nuevas ideas sobre las funciones de la profesión y su organización:

*D'alguna manera ho fem cada dia però, el fet de no registrar-ho i sobretot, no implicar als pacient en aquesta feina, fa que sembli que no existeix, que ningú ho fa. (...) A l'equip ha augmentat l'interès per aquesta pràctica-intervenció. Ha afavorit converses relacionades amb l'augment d'activitats tècniques derivades dels metges, i la necessitat de fer les pròpies d'infermeria. (Aquiles)*

*Por una parte siempre es positivo el reflexionar sobre la metodología y forma de realizar el trabajo y de relacionarse con el paciente de uno mismo. Te ayuda a*

*identificar tus errores y también tus aciertos, y a identificar posibles problemas dentro de la dinámica general de trabajo en la unidad (problemas de transmisión de información entre turnos, de consenso,...). (Perseo)*

f) Como elementos facilitadores para el método, se evidenció la importancia de la disponibilidad y acompañamiento por parte del IP a lo largo de todo el proceso, la utilidad de crear canales de comunicación en el grupo como e-mails o aplicaciones de mensajería y la necesidad, por parte de las enfermeras, de registrar en su diario todas las anotaciones lo antes posible.

*L'acompanyament durant aquest treball ha estat total. L'accessibilitat tant personal com mitjançant mail, telèfon,...no ha fallat mai i ha estat facilitador per resoldre dubtes. (Aquiles)*

*Las explicaciones del IP han sido claras y durante todo el proceso, se ha mostrado disponible para aclarar dudas en cualquier momento, hecho que ha facilitado el trabajo. La creación de un grupo de whatsapp, ha agilizado la comunicación entre los miembros del grupo y el IP. (Ariadna)*

g) Finalmente, las *dificultades del método*, recogieron limitaciones del proceso de IAP como: el hecho de hacerse pesada la recogida de datos a través de los diarios, mostrar dificultades para escribir los diarios separando conceptos de la RT. También las enfermeras identificaron limitaciones en algún momento de los grupos a través de la sensación de falta de sinceridad de algunos participantes, hecho que condicionaba sus intervenciones. Por último, se recogió el hecho de sentirse perdidas en algún momento del proceso.

*Com a eines de treball individual destaquen els diaris de camp. Ha estat difícilots iniciar-se en la pràctica de registrar les activitats realitzades ,però on més dificultats he trobat en general és en el moment de registrar sensacions, valoracions personals relacionades amb la pràctica feta, aconseguir traduir a escrit el que passa durant el procés de la relació terapèutica.( Aquiles)*

*Mi vivencia ha empezado a ser cómodo a partir del tercer encuentro. Por desconocimiento al inicio algunos asistentes condicionaban mi discurso. En algún momento percibo poca sinceridad, por parte de alguno de los asistentes. (Idalia)*

*(...) aunque haya habido momentos en que estaba algo perdido, hablando con compañeros y el referente he podido ir haciendo (...)* (Cirilo)

## **Consideraciones finales y reflexiones metodológicas de las etapas de acción y observación**

A continuación se presentan de forma resumida los principales resultados de estas etapas:

- *La conceptualización de la RT* para las enfermeras, venía definida por su finalidad intrínseca, que era valorar la necesidad de ayuda del paciente desde una relación entre iguales. También era importante el hecho de tener plena consciencia sobre la planificación y el desarrollo de las etapas de la propia RT. Y la necesidad de establecer un vínculo de confianza con el paciente y acordar de forma conjunta los objetivos terapéuticos.
- *Las intervenciones* que incluía la RT eran: acompañar al paciente y escucharlo de forma activa para poder conocerlo e individualizar sus cuidados. También

destacó la importancia de implicar al paciente y a su familia en el plan de cuidados, así como reforzar de forma positiva sus logros.

- Respecto a la *estrategia de auto-formación*, por una parte se identificaron ventajas de su implantación y elementos de mejora para la RT. La auto-formación permitió aumentar conocimientos y habilidades, y facilitó la evaluación, reflexión y aplicación de los mismos en la práctica clínica. Incluso, se trataba de un estímulo para las enfermeras confirmar y reforzar la calidad de los cuidados prestados. Por otra parte, la literatura en inglés y el desconocimiento de la búsqueda de artículos en bases de datos, eran las principales limitaciones. De esta forma, los datos indicaron que para poder implantar esta estrategia en la práctica clínica, la motivación de las enfermeras era esencial pero que también desde la institución y la universidad se debía fomentar e incentivar esta formación.
- *Los grupos reflexivos para enfermeras* se concibieron como espacios neutros y protegidos, dónde se pudiera discutir sobre actividades desgastantes, sobre la convivencia entre profesionales y otras circunstancias de la práctica clínica que permitieran ventilar emocionalmente y motivar a las enfermeras. Estos grupos permitían que las enfermeras se sintieran más comprendidas, disminuyendo la ansiedad. Facilitaban la comunicación entre ellas y el supervisor, permitían la puesta en común de dudas y creaban compromiso en el equipo. La principal dificultad para su implantación en la práctica clínica era encontrar una persona que condujera el grupo de una manera neutral. Las enfermeras verbalizaban que la presencia del supervisor podía sesgar sus intervenciones. Ellas entendían que

desde la supervisión se debían facilitar y coordinar, no era necesario que fuesen guiados por la supervisora, pero sí que estuviera presente. Las enfermeras insistían en que su finalidad era constructiva y que, por tanto, era necesario un alto nivel de madurez y sinceridad por su parte para no caer en la queja.

- El *espacio de cuidados enfermeros personalizados*, contribuyó a la mejora de la eficacia y eficiencia de la RT con el paciente y en la continuidad de sus cuidados, permitió mejorar la confianza y el vínculo, facilitando de este modo una mejor identificación de los problemas del paciente. A su vez, exigía a las enfermeras efectuar una planificación más individualizada de los cuidados, mejorando el logro de los objetivos y empoderando de esta manera en mayor medida al paciente. Sin embargo, factores como la falta de tiempo por la carga de trabajo dificultaba encontrar momentos para llevarla a cabo y además el espacio físico no ayudaba. Asimismo otros factores limitadores identificados fueron las discrepancias y la falta de continuidad en los equipos. Para la implantación de esta estrategia en la práctica clínica, las enfermeras indicaron que era fundamental la institución. Ésta tendría que implementarlo, regularlo y facilitar su registro en la historia clínica del paciente. Pero también hicieron mención a la necesidad de motivación por su parte.
- En cuanto a las *reflexiones de las enfermeras en torno al proceso de IAP*, los resultados fueron que: el proceso permitía replantearse caminos hacia la mejora de la práctica y eso aumentaba su motivación. Asimismo fomentaba el aprendizaje y construcción colectiva. En este sentido, facilitaba la reflexión, la autoconsciencia y el autoconocimiento profesional; provocando

enriquecimiento personal y profesional. De tal forma, que proporcionó nuevas ideas sobre las funciones de la profesión y de su organización. Por supuesto, se evidenciaron dificultades para su implantación, como la duración y pesadez del proceso, la dificultad para escribir de forma reflexiva o la incomodidad con otros participantes en los grupos. A su vez, para facilitar el desarrollo del método se valoró la disponibilidad y acompañamiento por parte del IP, la utilidad de crear canales de comunicación en el grupo y la necesidad, por parte de las enfermeras, de registrar en su diario todas las anotaciones lo más pronto posible.

Es motivo de los siguientes epígrafes tratar las reflexiones metodológicas del proceso de investigación en esta etapa de acción y observación del segundo ciclo:

- En el marco de la reflexión metodológica respecto a este momento del proceso de investigación, cabe destacar el estado de ambivalencia de la mayoría de participantes. Por un lado, el proceso se hacía largo y se observó cierto cansancio en las enfermeras. Además, en esta etapa era necesaria, más que nunca, su implicación en el proyecto. Debían implantar las estrategias y además auto-observar y registrar la evaluación de las mismas. Estos hechos requerían refuerzo positivo y acompañamiento por parte del IP. Sin embargo, por el otro lado, se iban observando resultados positivos de la implantación de las estrategias en la práctica clínica. Esto generaba mayor motivación e implicación con el proyecto. Hecho que permitió implantar y evaluar las estrategias en corto espacio de tiempo. A continuación, a modo de ejemplo, algunos verbatim de las enfermeras respecto a la investigación:

*Gràcies per escollir-me i fer que hagi gaudit (...) Una abraçada (Aquiles)*

*Personalmente, estoy muy satisfecha por haber participado en esta investigación. Me parece un ejercicio sumamente interesante, el hecho de poder analizar cuestiones de nuestra profesión desde una situación externa, es decir “fuera del hospital”.*  
(Ariadna)

*En definitiva, la experiencia me ha gustado, aunque haya habido momentos en que estaba algo perdido, hablando con compañeros y el referente he podido ir haciendo, viendo con muy buenos ojos lo de las intervenciones personalizadas con pacientes como una herramienta muy buena y útil para nosotros para una mejor relación terapéutica.* (Cirilo)

*COCKTAIL perfecto:*

*CONOCER ----- HABILIDADES*

*(saber) \* (hacer)*

*\**

*ACTITUD*

*(ser) (Idalia)*

*A nivel global, diría que involucrarme en este proyecto ha sido algo positivo para mí tanto a nivel personal como sobre todo a nivel profesional.* (Jason)

*Por último, y como reflexión personal, me ha gustado mucho participar en el estudio; te doy las gracias por dejarme colaborar en él. A través de éste he obtenido un*

*enriquecimiento laboral y personal que espero que me sea útil ahora y en el futuro.*

(Ninfa)

*Ni que decir tiene que a pesar de las críticas hay que valorar muy positivamente el esfuerzo y dedicación del autor de este estudio, siempre en pos de una mejor práctica profesional y de un reconocimiento de las competencias profesionales. (Perseo)*

*En el proceso en general he notado mejoría al implementar metodologías y reforzar las que ya trabajamos de forma innata, así como pulir ciertos aspectos o actitudes que tienen peligro de limitar la RT, como por ejemplo que el paciente se sienta amenazado (amenaza de contención mecánica), responder con negativas....situaciones o actitudes que son inevitables la mayoría de veces pero intento dar las explicaciones y esforzarme en que el paciente entienda el por qué y que así sean situaciones mucho menos limitantes. (Remo)*

*Participar en esta metodología cualitativa-participativa ha sido interesante y enriquecedor. (...) Mediante la auto-observación de las primeras intervenciones, posterior lectura de artículos científicos y sesiones grupales me ha hecho reflexionar sobre limitaciones propias y del entorno que hacían que dicha RT no se llevara a cabo de una forma correcta. (...) Me ha motivado la creación y puesta en práctica de este Espacio Intervención de Enfermería para favorecer una correcta RT. Ha sido positivo compartir la experiencia con el resto de compañeros. (Valentina)*

#### 4.2.3. ETAPA 4: REFLEXIÓN FINAL Y CONCLUSIONES

Se trata ésta de la última etapa de la IAP. Esta etapa culmina el proceso diseñado, e incluye la reflexión colectiva final del grupo de enfermeras. Una vez las enfermeras habían reflexionado y evaluado de forma individual las estrategias de mejora implementadas, así como el proceso de investigación, llegaba el momento de realizar de forma colectiva una reflexión de los resultados obtenidos. Para ello, tal y como había previsto en el protocolo de investigación, se efectuó la cuarta sesión grupal del proyecto. Se citó a las 9 enfermeras participantes en un aula del Campus Universitari Mar, entorno neutro para ellas. Asimismo, se citó a una investigadora para que ejerciera de observadora y pudiera dar validez a la sesión. La hora fue consensuada con los supervisores para que afectase lo mínimo posible a las dinámicas de las unidades. Antes de llevar a cabo el grupo de discusión, se les hizo llegar a los participantes vía correo electrónico dos archivos. El primero incluía un documento de trabajo para seguir la sesión grupal (Anexo XIII) y el segundo consistía en el orden del día (Anexo XIV), éste incluía lógicamente la finalidad de la sesión y los aspectos a tratar en la misma. A continuación se expone el orden de aquella sesión, que tenía como principal finalidad validar los resultados de los diarios finales de las enfermeras a través de una reflexión final de todo el grupo:

- a) Puesta en común de resultados en torno a la auto-observación de la práctica clínica.
- b) Discusión y evaluación grupal en torno a la implementación de la evidencia científica.
- c) Discusión en torno al proceso de IAP
- d) Conclusiones finales.

El grupo de discusión se efectuó en el aula 61.301 del Campus Universitari Mar, el día 12 de noviembre de 2015 a las 13:00h, tuvo una duración de una hora y cuarenta y cinco minutos y asistieron un total de 9 personas; de las cuales 7 eran enfermeras participantes, una investigadora con funciones de observación y el IP. Del análisis de los datos obtenidos en la sesión grupal se obtuvieron 5 categorías principales. Con el fin de una mayor comprensión de los resultados de esta etapa, en la Tabla 16 se presenta la estructura general de las categorías y subcategorías obtenidas.

**Tabla 16. Estructura de las categorías y subcategorías obtenidas en la etapa de reflexión final**

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
MEJORAS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LA RT	Aumenta y rentabiliza la eficacia para las futuras intervenciones
	Mayor satisfacción al lograr objetivos
	Mejora la percepción del estado del paciente
	Permite tomar consciencia de la teoría en la práctica clínica
Se planifica y estructura mejor	
MEJORAS PARA EL PACIENTE	Aumenta su confianza y respeto hacia nosotros
	Empodera al paciente
	En algunos casos puede disminuir los días de ingreso
	Nos identifica como elementos de ayuda
	Permite unificar sus demandas
Se siente más atendido	
MEJORAS PARA EL EQUIPO	Contagia y puede motivar al resto del equipo
	Permite mejorar y unificar objetivos al equipo
MEJORAS PARA LA ENFERMERA	Más seguridad
	Mejora la organización de la práctica clínica
	Mejora y aumenta la satisfacción y motivación
	Permite reflexionar, exponer las ideas y obtener conocimientos
	Permite tomar consciencia de la práctica clínica y poder cambiarla y mejorarla
OPORTUNIDAD DE CAMBIOS PROFESIONALES Y ORGANIZACIONALES	Encontrar un espacio terapéutico para las enfermeras
	Reestructurar las funciones de las enfermeras psiquiátricas
	Regular, facilitar el registro y la formación en torno a la RT.

## Mejoras para el establecimiento de la Relación Terapéutica

Las enfermeras detectaron los cambios surgidos del proceso de investigación que se identificaron como mejoras para el establecimiento de la RT.

De este modo, las enfermeras, mediante el cambio en la práctica valoraron que se aumentaba y rentabilizaba la eficacia de las intervenciones con los pacientes.

*Y a nivel del paciente, en el caso mío, inicialmente cogí un paciente muy complicado que en situación de crisis, de angustia, de pre-agitación vino a mí y se recondujo mucho más fácilmente. Se precisó también fármacos, pero el abordaje verbal calmó mucho más que en otras ocasiones que no hubiese hecho un pre-contacto con ese paciente. (Idalia)*

Asimismo, identificaron que se obtenía mayor satisfacción puesto que se observaba como se lograban objetivos, muchos acordados con los pacientes. Permitía mejorar la percepción del paciente, las enfermeras profundizaban más en el estado del paciente y en sus preocupaciones.

Así mismo, los datos indicaron que las enfermeras tomaron consciencia de la teoría en la práctica, teniendo que planificar y estructurar sus intervenciones con mayor concreción.

*Yo, a diferencia de hace un año, ahora tomo consciencia de que voy a hacer esto. Hasta ahora, quizás lo iba haciendo, pero no era consciente de una pauta o de un inicio, un desarrollo y una finalización de esta relación terapéutica, y ahora sí que es verdad (...). (Ninfa)*

*Yo coincido bastante en mi reflexión. Sí que es verdad que es un trabajo que antes ya se hacía, de forma innata, {pues por capacidades} que podamos tener, {o a lo que nos dedicamos}, pero sí que ahora está todo más ordenado, más organizado, tú también tienes la seguridad de que el trabajo lo estás haciendo bien, (...) (Remo)*

### **Mejoras para el paciente**

Del análisis de los datos se obtuvo que las enfermeras entendían que los pacientes habían aumentado su confianza y respeto hacia ellas, que las identificaban como elementos de ayuda y que se sentían más atendidos.

*Sí, aumenta la confianza por parte de ellos, también. (...) Te tienen como más respeto, es otra manera de decirte las cosas, aunque sean involuntarios y estén muy mal. (Idalia)*

*Claro, el paciente como que vive un proceso de mayor atención (...) Que estás más por su cuidado, por lo tanto, él, sí o sí, tiene que implicarse, porque se supone que de aquí x días va a haber una evaluación. (Aquiles)*

En ese sentido, los datos indicaron que el cambio en la práctica permitía empoderar más al paciente, implicarlo en los objetivos de cuidado y en las tareas a llevar a cabo:

*Yo, a diferencia de antes, quizás en los objetivos incluyo los objetivos del paciente, cosa que (...) sí que están ahí, sé que estaban ahí, pero no eran mi prioridad. Y entonces, ahora es una manera de trabajar no con “mis” prioridades, sino (...) (Valentina)*

Los datos identificaron que el cambio en la práctica hacía que algunos pacientes unificaran sus demandas, incluso que las mejoras podían traducirse en la disminución de días de estancia.

*Sí, yo una de las anotaciones que hice fue (...) que quizás el paciente unificaba también los momentos de las demandas. Entonces, lo que sí noté, en concreto, con estas personas, disminuía el asalto en medio del pasillo. Que ya esperábamos a ese espacio, a ese momento. (Aquiles)*

*Entre las intervenciones que he hecho, sí que ha habido algún ejemplo (...) estuvimos hablando ya, pues a base de trabajar, el paciente estaba muy muy reticente, al final, sí que aceptó ponérselo. Así que pudo marcharse mucho antes de lo que inicialmente se había previsto. Y si en ese caso puntual y concreto el alta iba un poco ligada a la administración esa, pues (...) es un ejemplo, ¿eh? Seguro que en muchos otros aspectos también pasará. (Remo)*

### **Mejoras para el equipo**

Las enfermeras detectaron dos elementos fundamentales en la mejora para el equipo. Por un lado el contagio y motivación para el resto del integrantes del mismo; ya que algunos miembros de los equipos se veían arrastrados/contagiados por los cambios implantados por las enfermeras participantes. Y, por otro lado, permitía mejorar y unificar objetivos para todo el equipo.

*Yo lo noté, que lo comenté también mucho al hacer la intervención (...) el curso y arrastras mucho más, porque aunque no esté contigo ese compañero, por turno o por*

*lo que sea, cuando hay un conocimiento de que se está efectuando esa intervención, como norma general, arrastra al otro y continúa haciendo esa intervención (...) A mí me ha pasado. Y por lo que hemos ido comentando, yo lo he notado, también él. O sea, que es una cosa general, que al haber una anotación ahí donde queda patente, y para conocimiento de todos, de todo el equipo, y hablo de todo el equipo multidisciplinar, no solo (...) (Idalia)*

*(...) yo creo que esto lo que puede hacer es unificar que todos los tiros vayan a una, ¿no?, a la hora de escribirlo y dejarlo escrito (...) (Valentina)*

*Sí, a més (...) si a més a més registres el que estàs fent, els acords, el que has de treballar, encara que hi hagi diferència de criteris tu saps, perquè està ja escrit, què s'està fent i què s'està treballant, amb la qual cosa, doncs ja ho saps (...) (Aquiles)*

### **Mejoras para la enfermera**

En relación con las mejoras identificadas para las propias enfermeras. Por un lado, el proceso aportó mayor seguridad a las enfermeras en su práctica clínica:

*Porque te da cierta seguridad el saber que lo que estás haciendo está bien hecho porque está secundado por una bibliografía, por lo tanto (...) Si no, a lo mejor tendrías dudas: "No sé si esto es lo correcto, o no..." De esta manera, vas más a lo seguro. Yo al menos lo he sentido así. Sí que había muchas cosas que ya se hacían, ¿no? Y has visto que la bibliografía le pone un nombre a lo que tú ya hacías, y otras cosas no. Pero te da esa seguridad al trabajarlo. (Jasón)*

En ese sentido, también detectaron que el proceso permitía reflexionar, exponer las ideas y obtener conocimientos. De hecho, el proceso de cambio permitió a las enfermeras tomar consciencia de la práctica clínica y así poder cambiarla y mejorarla.

*El reunirse, comentar cómo nos va, qué problemas nos vamos encontrando, el (...) Sí, claro, el compartir. El hacerlo de una manera grupal y compartirlo con el grupo. Yo creo que es mejor que hacerlo de una manera más individual, porque siempre te puedes encontrar problemas o dudas y tal, que tú resuelves, pero a lo mejor, en grupo (...) (Valentina)*

*(...) el tomar conciencia que lo he de hacer hace que te vayas autocorrigiendo. Sabes que lo has de hacer, y cada vez vas mejorando, porque dices: “esto no me ha ido bien”, cambiaré (...) (Aquiles)*

Por supuesto, se identificó que el proceso había permitido mejorar la organización de la práctica clínica de las enfermeras. En consecuencia, se detectó que los cambios en la práctica mejoraban la satisfacción y motivación de los profesionales.

*(...) servía un poco más para organizarte, para tenerlo un poco más estructurado, porque muchas veces lo vas haciendo -porque siempre lo haces- pero lo vas haciendo sobre la marcha, cuando puedes, cómo puedes y donde puedes. Entonces, al pensarlo un poco más, puedes pensar “pues mira, ahora es el momento adecuado, vamos a hacerlo en el lugar adecuado...”, pues en la habitación (...) no aquí en medio de las familias o del resto de pacientes, y luego puedes hacer un seguimiento cada día, ¿no? O bueno, los que puedan, pues ir haciendo un seguimiento cada día, que es lo que {decimos}: el principio, desenlace y conclusión de la relación terapéutica. (Remo)*

*Sí, no sé, es realmente explicarle: hasta ahora estás trabajando bien, así como lo llevas estás bien, estás a gusto, estás satisfecha, ¿o hay quejas? ¿Por qué hay quejas...? estoy hablando en femenino porque mi compañera es femenina, pero bueno, insatisfecho/insatisfecha, sí, ¿qué puedes perder?, te estoy explicando que esto es para ganar, y para ir a mejor tanto tú, en el desarrollo de tu trabajo, como el paciente, pues, ¿por qué no? ¿Qué va a pasar? (Aquiles)*

### **Oportunidad de cambios profesionales y organizacionales**

Los aspectos detectados por las enfermeras participantes como necesidades y oportunidades de cambio y mejora para la profesión y la organización de las unidades de psiquiatría, hacían referencia a encontrar un espacio terapéutico para que las enfermeras pudieran establecer la RT con los pacientes. Además, que también era necesario regular, facilitar el registro y la formación en torno a la RT. Por último, y en la línea de todo lo anterior, la necesidad de reestructurar las funciones de las enfermeras psiquiátricas.

*(...) la institución implemente, regule y facilite su registro y formación (...) porque la formación ha de ser para todos (...) Los que quieran que trabajen así (...) (Valentina)*

*(...) Que en algún momento, alguien lo convierta en esas cargas de trabajo que tenemos. Y que el desarrollar esta relación terapéutica sea la carga principal de enfermería. Que no sea el automatismo de bajar las pastillas y ponerlas dentro del vaso (...) Esto seguramente con un técnico lo podríamos hacer, la relación terapéutica requiere enfermería. No de saber leer el prospecto o cómo se llama esta pastilla. Esto lo puede hacer una persona. Pero relación terapéutica es una cosa de enfermería, que solo yo lo voy a poder hacer. Pues eso es cambiar (...) (Aquiles)*

## Consideraciones finales y reflexiones metodológicas de la etapa de reflexión final

A continuación se presentan de forma resumida los principales resultados de esta etapa:

- Como mejoras para la RT; destacó que mediante el cambio en la práctica se aumentaba y rentabilizaba la eficacia de las intervenciones con los pacientes, creaba mayor satisfacción en las enfermeras puesto que podían evaluar mejor cómo se alcanzaban objetivos junto al paciente. De esta forma, las enfermeras tomaban mayor consciencia de la teoría en la práctica.
- Como mejoras para el paciente; las enfermeras entendieron que los pacientes habían aumentado su confianza y respeto hacia ellas, que las identificaban como elementos de ayuda y que se sentían más atendidos. Pero sobre todo, que el cambio había permitido empoderar más al paciente. Planteando, incluso, que las mejoras podían disminuir el número de días de estancia.
- Como mejoras para el equipo; las enfermeras identificaron que se había producido contagio y motivación para el resto de compañeros y además, había permitido mejorar y unificar objetivos para todo el equipo.
- Como mejoras para la enfermera; se obtuvo que el cambio había producido mayor seguridad en las enfermeras, además de permitirles reflexionar, exponer las ideas y obtener conocimientos. De esta forma, el proceso de cambio permitió a las enfermeras tomar consciencia de la práctica clínica y así poder cambiarla y mejorarla. Así, mejorando la organización de la práctica clínica, las enfermeras observaron que aumentaba su satisfacción y motivación profesional.

- Oportunidad de cambios profesionales y organizacionales; las enfermeras detectaron la necesidad de cambios en la organización y en la definición de tareas cómo: encontrar un espacio terapéutico para que las enfermeras pudieran establecer la RT con los pacientes, la necesidad de regular, facilitar el registro y la formación en torno a la RT, y finalmente, dar la importancia que tiene a la RT reestructurando las funciones de las enfermeras psiquiátricas.

Es motivo de los siguientes epígrafes tratar las reflexiones metodológicas del proceso de investigación en esta etapa de reflexión colectiva:

- En el marco de la reflexión metodológica respecto a este momento final del proceso de investigación, cabe destacar que todo el grupo tenía ganas de cerrar y concluir el trabajo realizado. El camino había sido denso y a veces farragoso, las enfermeras se habían encontrado pérdidas en algún momento del proceso, sobre todo a la hora de redactar ideas y reflexiones sobre uno mismo. Sin embargo, las enfermeras terminaron satisfechas puesto que habían confirmado con compañeras sus ideas y expectativas, habían podido comprobar que era eficaz en la práctica. No obstante, algunas tenían dudas de que los resultados se pudieran continuar aplicando en la práctica. Creían que era necesaria la continuidad. A modo de ejemplo:

*Satisfacció personal (...) però amb molta consciencia de que s'ha de seguir treballant i formant-se. Que funciona, que es beneficioso y útil (...)* (Ariadna)

*Bien (...) bien. Satisfacción de haber trabajado...ver resultados, mejora...que coincidimos mucho (...) Todo más organizado (...) Trabajo mejor hecho.* (Remo)

*Satisfacción personal, es muy útil (...) Cuanto más complicado es el paciente, más trabajo te ahorras (...)* (Jasón)

*A ver cómo termina todo esto (...) a ver si se instaura oficialmente (...) personalmente cuando desee y pueda lo haré. (Idalia)*

*Sensació de satisfacció, de feina ben feta (...) Ser conscient de que sé fer-ho (...) En sabem, m'agrada (...) Que la RT sea la carga principal de enfermería (...) La RT requiere de enfermería (...) Se hará (...) (Aquiles)*

*(...) hoy es el último grupo (...) yo no lo veo como una despedida, sino un seguimos (...) (Toni)*

## 5. FASE 3: RESULTADOS CUANTITATIVOS POST INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

### PARTICIPATIVA

En los siguientes epígrafes se presentaran los resultados obtenidos de la administración de los cuestionarios IRI y WAI-S a las enfermeras, tras el desarrollo de la fase cualitativa de la investigación. Del mismo modo, se describirá el resultado del análisis de la comparación de los datos previos a la IAP y posteriores a la misma. Dada la identificación de variables que no siguen criterios de normalidad, para facilitar la lectura y comprensión de los resultados, las variables cuantitativas siempre se presentaran a través de la mediana y de los percentiles 25 y 75.

#### 5.1. Grado de empatía desde el punto de vista de las enfermeras (posttest)

Respecto al grado de empatía mostrado por las enfermeras, la Tabla 17 muestra los resultados de las subescalas del cuestionario IRI administrado. Cabe mencionar que la mediana de puntuación total de la escala fue de 92.0 puntos ( $P_{25}=83.5$ ;  $P_{75}= 100.0$ ). Respecto a las subescalas, las puntuaciones medianas resultaron: subescala *Toma de Perspectiva* 27.0 ( $P_{25}=26.0$ ;  $P_{75}= 31.0$ ), subescala *Fantasía* 23.0 ( $P_{25}=17.5$ ;  $P_{75}= 22.5$ ), subescala *Preocupación Empática* 26.0 ( $P_{25}=24.0$ ;  $P_{75}= 28.5$ ) y subescala *Malestar Personal* 14.0 ( $P_{25}=11.0$ ;  $P_{75}= 18.5$ ).

**Tabla 17. Resultados cuestionario IRI posttest en el grupo de enfermeras**

		Toma de Perspectiva	Fantasía	Preocupación Empática	Malestar Personal	Escala IRI
<b>N</b>	Válido	9	9	9	9	9
<b>Media</b>		27.8	21.8	26.5	14.8	91.2
<b>Mediana</b>		27.0	23.0	26.0	14.0	92.0
<b>Desviación estándar</b>		3.4	4.2	2.8	3.9	8.6
<b>Percentiles</b>	25	26.0	17.5	24.0	11.0	83.5
	75	31.0	25.5	28.5	18.5	100.0

Por otro lado, la Tabla 18 muestra la relación entre las diferentes características sociodemográficas y profesionales de las enfermeras participantes y los resultados obtenidos en la escala IRI. Cabe destacar que en el análisis estadístico efectuado, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes variables y los factores de la escala. De forma global, la mediana de puntuación de las mujeres fue sensiblemente más alta que la de los hombres para el total de la escala, sin embargo, los hombres puntuaron más alto en la subescala de malestar personal. En cambio, no se observó relación de la empatía con la edad, ni con el turno de trabajo, ni con la jornada laboral, ni con la experiencia en salud mental, ni con la titulación de especialista de las enfermeras participantes.

Sí que se observó una tendencia en los datos que indicaba relación inversa entre la edad y la empatía. En este sentido, las enfermeras de menor edad, que trabajan en jornada de 21 horas y que no tienen el título de especialista en enfermería de salud mental se consideran más empáticas.

**Tabla 18. Relación entre las características socio-demográficas y profesionales de las enfermeras con la escala IRI (posttest)**

Características	N	Toma de perspectiva		Fantasía		Preocupación empática		Malestar personal		Total IRI	
		Mediana (P <sub>25;75</sub> )	p	Mediana (P <sub>25;75</sub> )	p	Mediana (P <sub>25;75</sub> )	p	Mediana (P <sub>25;75</sub> )	p	Mediana (P <sub>25;75</sub> )	p
<b>Edad en años</b>	9	r: -.557	.119 <sup>1</sup>	r: -.080	.838 <sup>1</sup>	r: -.549	.125 <sup>1</sup>	r: -.224	.562 <sup>1</sup>	r: -.565	.113 <sup>1</sup>
<b>Sexo</b>											
Mujer	5	29.0 (25.0;33.0)	.093 <sup>2</sup>	23.0 (24.0;31.0)	.556 <sup>2</sup>	27.0 (24.2;26.7)	.532 <sup>2</sup>	11.0 (11.0;16.0)	.190 <sup>2</sup>	94.0 (82,5;102)	.556 <sup>2</sup>
Hombre	4	26.5 (26.0;27.0)		19.5 (17.2;23.2)		25.5 (21.0;28.0)		17.5 (13.2;21.0)		88.5(82.7;96.0)	
<b>Turno de trabajo</b>											
Mañana	4	27.5 (24.0;31.0)	.930 <sup>3</sup>	23.5 (19.5;26.0)	.437 <sup>3</sup>	25.5 (24.0;28.5)	.114 <sup>3</sup>	13.5(11.0;18.5)	.085 <sup>3</sup>	91.5 (82.5;100.0)	.120 <sup>3</sup>
Tarde	4	27.5 (26.5;30.5)		22.0 (19.0;25.0)		26.0 (24.5;29.5)		13.5 (12.5;15.0)		89.5 (83.5;98.0)	
Noche	1	-		-		-		-		-	
<b>Jornada laboral en horas</b>											
40	8	28.5 (26.0;31.0)	.657 <sup>2</sup>	15.0 (12.2;22.0)	.237 <sup>2</sup>	25.0 (22.2;28.5)	.167 <sup>2</sup>	11.0 (10.0;16.2)	.095 <sup>2</sup>	84.0(79.2;91.2)	.167 <sup>2</sup>
21	5	27.0 (24.5;30.5)		18.0 (17.0;23.0)		29.0 (27.5;29.0)		14.0 (13,5;20.0)		94.0(85.0 97.0)	
<b>Experiencia en psiquiatría en meses</b>	13	r: -.127	.744 <sup>1</sup>	r: .092	.813 <sup>1</sup>	r: -.380	.313 <sup>1</sup>	r: -.567	.112 <sup>1</sup>	r: -.286	.456 <sup>1</sup>
<b>Especialistas en Salud Mental</b>											
Si		25.5 (22.0;29.0)	.374 <sup>2</sup>	22.0 (16.0;28.0)	1.000 <sup>2</sup>	-	.111 <sup>2</sup>	-	.111 <sup>2</sup>	82.5 (80.0;85.0)	.106 <sup>2</sup>
No		27.0 (26.5;30.5)		23.0 (19.5;23.5)		27.0 (26.0;33.0)		16.0 (13.5;18.5)		94.0 (88.5;100.0)	

**IRI:** Índice Reactividad Individual  
**P<sub>25;75</sub>:** Percentil 25; Percentil 75  
<sup>1</sup>: Spearman's correlation coefficient  
<sup>2</sup>: U de Mann-Whitney test  
<sup>3</sup>: Kruskal Wallis test

## 5.2. Nivel de alianza terapéutica desde el punto de vista de las enfermeras

### (posttest)

En relación con el nivel de alianza terapéutica de las enfermeras posterior a la IAP, en la Tabla 19 se pueden observar los resultados de las subescalas del cuestionario WAI-S administrado. Cabe mencionar que la mediana de puntuación total de la escala fue de 66.0 puntos ( $P_{25}=66.0$ ;  $P_{75}= 68.5$ ). Respecto a las subescalas, las puntuaciones medianas resultaron: subescala *Vínculo* 24.0 ( $P_{25}=20.0$ ;  $P_{75}= 24.5$ ), subescala *Acuerdo en objetivos* 22.0 ( $P_{25}=21.0$ ;  $P_{75}= 22.5$ ), subescala *Acuerdo en tareas* 22.0 ( $P_{25}=21.0$ ;  $P_{75}= 23.0$ ).

**Tabla 19. Resultados cuestionario WAI-S posttest en el grupo de enfermeras**

		Vínculo	Objetivos	Tareas	Escala WAI-S
<b>N</b>	<b>Válido</b>	9	9	9	9
<b>Media</b>		22.6	21.3	21.8	65.8
<b>Mediana</b>		24.0	22.0	22.0	66.0
<b>Desviación estándar</b>		2.6	2.2	1.3	5.1
<b>Percentiles</b>	<b>25</b>	20.0	21.0	21.0	66.0
	<b>75</b>	24.5	22.5	23.0	68.5

WAI-S: Working Alliance Inventory Short

Respecto a la relación entre la escala WAI-S y las variables sociodemográficas y profesionales de las enfermeras participantes (Tabla 20), los resultados no indicaron que existieran diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes variables, salvo para la relación entre el sexo y la alianza terapéutica. Según muestran los resultados las mujeres realizaban mayor alianza terapéutica que los hombres. Del resto de variables cabe destacar que: las enfermeras con contrato de 21 horas percibían que hacían mejor alianza terapéutica que las que estaban a jornada completa, y que las enfermeras con título de especialista consideraban que efectuaban mayor alianza terapéutica con los pacientes.

**Tabla 20. Relación entre las características socio-demográficas y profesionales de las enfermeras con la escala WAI-S (posttest)**

Características	n	Vínculo		Acuerdo de objetivos		Acuerdo en las tareas		Total WAI	
		Mediana (P <sub>25;75</sub> )	P	Mediana (P <sub>25;75</sub> )	P	Mediana (P <sub>25;75</sub> )	P	Mediana (P <sub>25;75</sub> )	P
<b>Edad en años</b>	9	r: -.103	.792 <sup>1</sup>	r: -.043	.912 <sup>1</sup>	r:- .195	.615 <sup>1</sup>	r: .004	.487 <sup>1</sup>
<b>Sexo</b>									
Mujer	5	24.0 (24.0;25.0)	.111 <sup>2</sup>	22.0 (21.0;22.0)	1.000 <sup>2</sup>	23.0 (23.0;23.0)	.016 <sup>2</sup>	68 (68;69)	.032 <sup>2</sup>
Hombre	4	21.5 (19.0;23.5)		21.5 (18.5;23.0)		21.0 (20.0;21.5)		66 (59,5;66)	
<b>Turno de trabajo</b>									
Mañana	4	24.0 (22.0;24.5)	.283 <sup>3</sup>	21.5 (21.0;23.0)	.267 <sup>3</sup>	22.5 (22.0;23.0)	.227 <sup>3</sup>	68,00 (67;68,5)	.212 <sup>3</sup>
Tarde	4	23.5 (21.5;25.0)		22.0 (21.5;22.5)		22.0 (21.0;23.0)		66,00 (66;68,5)	
Noche	1	-		-		-		-	
<b>Jornada laboral en horas</b>									
40	8	21.5 (20.0;23.5)	.381 <sup>2</sup>	17.0 (14.5;20.0)	.262 <sup>2</sup>	17.0 (11.5;19.7)	.262 <sup>2</sup>	56,,5 (44.7;61.7)	.714 <sup>2</sup>
21	5	21.0 (19.5;25.5)		21.0 (16.0;21.0)		20.0 (18.5;21.0)		63.0 (54.0;67.0)	
<b>Experiencia en psiquiatría en meses</b>	9	r: .474	.197 <sup>1</sup>	r: -.104	.790 <sup>1</sup>	r: -.031	.937 <sup>1</sup>	r: .487	.133 <sup>1</sup>
<b>Especialistas en Salud Mental</b>									
Si	3	24.5 (24.0;25.0)	.333 <sup>2</sup>	21.5 (21.0;22.0)	1,000 <sup>2</sup>	22.5 (22.0;23.0)	.667 <sup>2</sup>	68.5 (68.0;69.0)	.222 <sup>2</sup>
No	6	23.0 (20.0;24.0)		22.0 (21.0;22.5)		22.0 (21.0;23.0)		66.0 (66.0;67.0)	

**WAI-S:** Working Alliance Inventory Short

**P**<sub>25;75</sub>: Percentil 25; Percentil 75

<sup>1</sup>: Spearman's correlation coefficient

<sup>2</sup>: U de Mann-Whitney test

<sup>3</sup>: Kruskal Wallis test

### 5.3. Impacto de la implantación de evidencias en la Relación Terapéutica

#### Cambios en el grado de empatía

En la Tabla 21 se presenta el cambio obtenido en el grado de empatía de las enfermeras tras la intervención. Cabe destacar que la puntuación mediana del total de la escala no sufrió ningún cambio respecto a la medida pre intervención (92.0 puntos). De hecho, las subescalas Toma de perspectiva y Malestar personal se mantuvieron sin cambios, incluso se debe mencionar que la subescala preocupación empática disminuyó su puntuación en un punto. Sin embargo, la subescala Fantasía aumentó de forma estadísticamente significativa ( $p=.007$ ).

**Tabla 21. Impacto en el grado de empatía de las enfermeras tras la implantación de evidencias a través de la IAP**

	<b>Mediana: pretest</b>	<b>Mediana: posttest</b>	<b>Mediana: diferencia</b>	<b>P</b>
<b>N</b>	9	9	9	9
<b>Toma de perspectiva</b>	27.0	27.0	0	.724 <sup>1</sup>
<b>Fantasía</b>	16.0	23.0	7.0	.007 <sup>1</sup>
<b>Preocupación empática</b>	27.0	26.0	-1.0	.943 <sup>1</sup>
<b>Malestar personal</b>	14.0	14.0	0	.608 <sup>1</sup>
<b>Total IRI</b>	92.0	92.0	0	.107 <sup>1</sup>

**IAP:** Investigación-Acción Participativa    **IRI:** Índice Reactividad Individual

<sup>1</sup> Wilcoxon test

Por otro lado, la Tabla 22 muestra la relación entre las diferentes características sociodemográficas y profesionales de las enfermeras participantes y el impacto obtenido en la escala IRI, a través de la diferencia de puntuación en la mediana posttest y pretest. A pesar de que en entre la puntuación total mediana de la escala y las diferentes variables no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, sí que cabe destacar los resultados de la relación inversa entre la edad y la preocupación empática. Las enfermeras con mayor edad

disminuyeron de forma estadísticamente significativa la puntuación mediana en dicha subescala ( $r: -.729$ ). Respecto al sexo, también es estadísticamente significativa la relación entre el impacto positivo en la toma de perspectiva y las mujeres enfermeras ( $p= .032$ ). En líneas generales, las mujeres con contrato de 21 horas y que no tenían el título de especialistas de enfermería de salud mental fueron las que mejoraron en mayor proporción la puntuación total.

**Tabla 22. Relación entre las características socio-demográficas y profesionales de las enfermeras con el impacto obtenido en la escala IRI**

Características	N	Toma de perspectiva		Fantasía		Preocupación empática		Malestar personal		Total IRI	
		Diferencia Mediana	P	Diferencia Mediana	P	Diferencia Mediana	P	Diferencia Mediana	P	Diferencia Mediana	P
<b>Edad en años</b>	9	r: .300	.432 <sup>1</sup>	r: -.476	.195 <sup>1</sup>	r: -.729	.026 <sup>1</sup>	r: -.549	.125 <sup>1</sup>	r: -.657	.057 <sup>1</sup>
<b>Sexo</b>											
Mujer	5	2.0	.032 <sup>2</sup>	5.0	.556 <sup>2</sup>	1.0	.730 <sup>2</sup>	-1.0	.730 <sup>2</sup>	7.0	.190 <sup>2</sup>
Hombre	4	-2.0		6.0		-1.0		-.5		2.5	
<b>Turno de trabajo</b>											
Mañana	4	-.5	.457 <sup>3</sup>	4.0	.478 <sup>3</sup>	-.5	.589 <sup>3</sup>	.5	.490 <sup>3</sup>	6.0	.589 <sup>3</sup>
Tarde	4	.5		5.5		.5		-.5		6.0	
Noche*	1										
<b>Jornada laboral en horas</b>											
40	6	-.5	.657 <sup>2</sup>	4.0	.237 <sup>2</sup>	.0	.167 <sup>2</sup>	-1.0	.095 <sup>2</sup>	2.5	.167 <sup>2</sup>
21	3	-1.0		6.0		.0		2.0		8.0	
<b>Experiencia en psiquiatría en meses</b>	9	r: .359	.343 <sup>1</sup>	r: -.504	.166 <sup>1</sup>	r: -.257	.504 <sup>1</sup>	r: -.590	.095 <sup>1</sup>	r: -.439	.237 <sup>1</sup>
<b>Especialistas en Salud Mental</b>											
Si	2	1.5	.222 <sup>2</sup>	2.0	.111 <sup>2</sup>	-2.0	.500 <sup>2</sup>	-2.0	.222 <sup>2</sup>	-.5	.333 <sup>2</sup>
No	7	-1.0		6.0		.0		.0		6.0	

**IRI:** Índice Reactividad Individual  
**Diferencia mediana:** mediana post- mediana pre  
<sup>1</sup>: Spearman's correlation coefficient  
<sup>2</sup>: U de Mann-Whitney test  
<sup>3</sup>: Kruskal Wallis test  
 \* SPSS omite datos

## Cambios en el nivel de alianza terapéutica

En la Tabla 23 se presenta el cambio obtenido en el nivel de alianza terapéutica de las enfermeras tras la intervención. Cabe destacar que la puntuación mediana del total de la escala aumentó de forma estadísticamente significativa con una  $p=.012$ . De hecho, las tres subescalas que conforman el WAI-S aumentaron respecto a las medidas pre intervención, de tal forma que, las enfermeras aumentaron en dos puntos el acuerdo de objetivos con los pacientes y en 3 puntos el acuerdo en las tareas, obteniendo cambios estadísticamente significativos; con  $p=.012$  y  $p=.008$  respectivamente para cada una de las subescalas.

**Tabla 23. Impacto en el nivel de alianza terapéutica de las enfermeras tras la implantación de evidencias a través de la IAP**

	Mediana: pretest	Mediana: posttest	Mediana: diferencia	P
N	9	9	9	9
Vínculo	21.0	22.6	1.6	.261 <sup>1</sup>
Acuerdo objetivos	20.0	22.0	2.0	.012 <sup>1</sup>
Acuerdo Tareas	19.0	22.0	3.0	.008 <sup>1</sup>
<b>Total WAI-S</b>	57.0	66.0	9.0	.012 <sup>1</sup>

IAP: Investigación-Acción Participativa      WAI-S: Working Alliance Inventory Short

<sup>1</sup> Wilcoxon test

Por otro lado, la Tabla 24 muestra la relación entre las diferentes características sociodemográficas y profesionales de las enfermeras participantes y el impacto obtenido en la escala WAI-S a través de la diferencia de puntuación en la mediana posttest y pretest. Cabe destacar que en el análisis estadístico efectuado, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes variables y los factores de la escala. En líneas generales, las mujeres contratadas a jornada completa y con el título de especialistas de enfermería de salud mental fueron las que mejoraron en mayor proporción la puntuación total de la escala.

**Tabla 24. Relación entre las características socio-demográficas y profesionales de las enfermeras con el impacto obtenido en la escala WAI-S**

Características	n	Vínculo		Acuerdo de objetivos		Acuerdo en las tareas		Total WAI	
		Mediana (P <sub>25;75</sub> )	p	Mediana (P <sub>25;75</sub> )	p	Mediana (P <sub>25;75</sub> )	p	Mediana (P <sub>25;75</sub> )	p
<b>Edad en años</b>	9	r: .384	.308 <sup>1</sup>	r: .283	.461 <sup>1</sup>	r: .564	.114 <sup>1</sup>	r: .473	.199 <sup>1</sup>
<b>Sexo</b>									
Mujer	5	4.0	.111 <sup>2</sup>	5.0	.556 <sup>2</sup>	3.0	.556 <sup>2</sup>	15.0	.190 <sup>2</sup>
Hombre	4	-.5		2.0		3.0		4.5	
<b>Turno de trabajo</b>									
Mañana	4	1.5	.296 <sup>3</sup>	2.5	.546 <sup>3</sup>	3.5	.487 <sup>3</sup>	7.5	.874 <sup>3</sup>
Tarde	4	1.5		4.5		3.0		10.0	
Noche	1	-		-		-		-	
<b>Jornada laboral en horas</b>									
40	6	2.5	.381 <sup>2</sup>	3.5	.262 <sup>2</sup>	4.5	.262 <sup>2</sup>	10.5	.714 <sup>2</sup>
21	3	-1.5		3.0		2.0		3.0	
<b>Experiencia en psiquiatría en meses</b>	9	r: .529	.143 <sup>1</sup>	r: .160	.682 <sup>1</sup>	r: .540	.133 <sup>1</sup>	r: .445	.230 <sup>1</sup>
<b>Especialistas en Salud Mental</b>									
Si	2	4.5	.056 <sup>2</sup>	3.5	1.000 <sup>2</sup>	8.5	.111 <sup>2</sup>	16.5	.222 <sup>2</sup>
No	7	.0		3.0		3.0		5.0	

**WAI-S:** Working Alliance Inventory Short  
**Diferencia mediana:** mediana post- mediana pre  
<sup>1</sup>: Spearman's correlation coefficient  
<sup>2</sup>: U de Mann-Whitney test  
<sup>3</sup>: Kruskal Wallis test

#### 5.4. Relación en el cambio entre el nivel de empatía y el grado de alianza terapéutica en las enfermeras

En la Tabla 25 se muestra la relación entre las subescalas respecto al cambio producido. No existe una correlación entre ambos constructo a nivel global. Sin embargo, si se obtuvieron correlaciones significativas entre el cambio en el vínculo y la toma de perspectiva ( $r: .825$ ) y, sobre todo, de forma inversa entre el acuerdo en tareas y el malestar personal ( $r: -.953$ ). Encontrando correlación inversa significativa también entre los cambios producidos en el total de la escala WAI y el malestar personal. A mayor alianza terapéutica menor malestar personal y de forma inversa, cuanto menor malestar personal, mayor alianza terapéutica.

**Tabla 25. Correlación entre los cambios obtenidos en el nivel de alianza terapéutica y el grado de empatía**

		Vínculo	Objetivos	Tareas	WAI-S
<b>Toma de perspectiva</b>	Coefficiente de correlación Spearman	.825**	.427	.094	.573
	Sig. (bilateral)	.006	.251	.809	.107
<b>Fantasia</b>	Coefficiente de correlación Spearman	-.474	.359	-.223	-.158
	Sig. (bilateral)	.197	.343	.564	.684
<b>Preocupación empática</b>	Coefficiente de correlación Spearman	-.021	-.376	-.102	-.249
	Sig. (bilateral)	.957	.319	.795	.518
<b>Malestar personal</b>	Coefficiente de correlación Spearman	-.325	-.329	-.953**	-.714*
	Sig. (bilateral)	.394	.387	.000	.031
<b>IRI</b>	Coefficiente de correlación Spearman	.034	.156	-.504	-.135
	Sig. (bilateral)	.931	.688	.166	.729

WAI-S: Working Alliance Inventory Short    IRI: Índice Reactividad Individual

\*\*La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

## 5.5. Consideraciones finales

A continuación se presentan de forma resumida los principales resultados de esta fase:

- Respecto al grado de empatía post IAP, las mujeres puntuaron sensiblemente más alto que los hombres. Sin embargo, los hombres puntuaron más alto en la subescala de malestar personal. Además, se observó una tendencia en los datos que indicaba relación inversa entre la edad y el grado de empatía.
- En cuanto al nivel de alianza terapéutica post IAP, se obtuvo que las mujeres efectuaban, de forma estadísticamente significativa, mayor alianza terapéutica que los hombres.
- En relación con el análisis de las medidas pre y post IAP, respecto al grado de empatía se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el factor fantasía ( $p = .007$ ). Además, nivel de alianza terapéutica aumentó de forma estadísticamente significativa en el total de la escala ( $p = .012$ ) y en las subescalas acuerdo de objetivos ( $p = .012$ ) y acuerdo de tareas ( $p = .008$ ).
- Respecto a la relación entre el impacto y las distintas variables sociodemográficas y profesionales, las enfermeras con mayor edad disminuyeron en su preocupación empática ( $r = -.729$ ). Respecto al sexo, destacó el impacto positivo en la toma de perspectiva y las mujeres enfermeras ( $p = .032$ ). En líneas generales, las mujeres con contrato de 21 horas y que no tenían el título de especialistas de enfermería de salud mental fueron las que mejoraron en mayor proporción en cuanto al grado de empatía. En cambio, respecto al nivel de alianza terapéutica las mujeres contratadas a jornada completa y con el título de especialistas de enfermería de

salud mental fueron las que mejoraron en mayor proporción la puntuación total de la escala.

- La correlación entre las diferencias obtenidas y el grado de empatía y el nivel de alianza terapéutica fue estadísticamente significativo para la mejora del acuerdo en tareas y de la alianza terapéutica en relación a la disminución del malestar personal.

## CAPÍTULO VII

### DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 1. INTRODUCCIÓN

En el capítulo anterior han quedado expuestos los resultados obtenidos a través de las distintas herramientas de recogida de datos planteadas para esta investigación. Esto ha permitido poder responder de forma afirmativa a la pregunta de investigación formulada inicialmente: *¿Se pueden producir modificaciones y mejoras en la Relación Terapéutica que se establece entre enfermeras y pacientes en unidades de agudos de psiquiatría, a través de la implementación de evidencias científicas mediante un proceso participativo y reflexivo?*

Llegados a este punto, el objeto principal de este capítulo será proporcionar significado y sentido a los resultados obtenidos, todo ello en relación con la anterior pregunta y sus objetivos correspondientes. En consecuencia, haciendo alusión a Day (2008) se tratará de hacer una exposición de los principales hallazgos del estudio, delimitando también sus carencias y debilidades. Y por supuesto, se estudiará la relación de los resultados con la literatura empírica y teórica publicada anteriormente.

Para facilitar la comprensión y seguimiento del capítulo al lector, la discusión de los resultados se presentará bajo apartados que corresponden simbólicamente a los distintos objetivos específicos de investigación planteados en la parte metodológica del documento.

## 2. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA PARA LAS ENFERMERAS DE UNIDADES DE PSIQUIATRÍA

### El sentido de la RT

Como punto de partida del proceso de cambio y mejora respecto al establecimiento de la RT, las enfermeras tuvieron que definir bajo su perspectiva cuál era el significado de la RT. En este sentido, conceptualizaron la RT como la interacción con el paciente en el contexto de su cuidado que tiene como objetivo la mejoría del mismo a través de su ayuda. Su explicación fue, por tanto, muy similar a la descrita en la literatura empírica y teórica revisada en los capítulos iniciales de esta tesis doctoral. Concretamente, tanto en los trabajos de Cameron (2005), Chiovitti (2008) y Hawandeh y Fakhry (2014) con enfermeras, como en el de Stenhouse (2011) con pacientes ya se señalaba la directriz de la ayuda como principal finalidad de la RT. Además, como se apuntaba, este hecho viene reforzado por los escritos teóricos de Cibanal (2010), Peplau (1990) y Rogers (1972), abordados en los capítulos iniciales de este manuscrito.

Para que esa ayuda pueda ser aplicada al cuidado, las enfermeras pensaban que era fundamental ganarse *la confianza* del paciente. Esta presunción coincide con la importancia del establecimiento del *vínculo* descrita de forma teórica por Bordin (Corbella et al., 2011). Y también ha sido uno de los elementos destacados por la enfermeras (Connor & Wilson, 2006; Fitzpatrick, 2014; Hawamdeh & Fakhry, 2014; McCloughen et al., 2011) y por los pacientes (McCabe, 2004; Stenhouse, 2011) en la literatura empírica. Para las enfermeras este vínculo se consolida en el día a día y depende, en gran medida, de la *actitud* del profesional y de su *motivación*, aunque también viene determinado por la *posición* del profesional en el equipo y por el *turno de trabajo*. Estas afirmaciones son de gran importancia, ya que están estrechamente relacionadas con aspectos personales y organizacionales. Por este motivo,

como se trata de conceptos que posteriormente aparecerán de una forma más evidente, se tratará de arrojar luz sobre ellos en epígrafes posteriores.

Otro elemento relevante en el marco de la conceptualización de la RT, fue el hecho de *establecer objetivos acordados* con el paciente y no solo los que formulaba unilateralmente la enfermera. Este matiz apenas ha sido destacado por las enfermeras en la investigación anterior (Borille et al., 2013). Sin embargo, es una de las principales peticiones por parte de los pacientes. Ellos la formulan de forma implícita en las demandas de su empoderamiento (Biering, 2010; Duxbury et al., 2010; Gaillard et al., 2009; Hopkins et al., 2009; Schroeder, 2013; Shattell et al., 2006; Shattell et al., 2007; Stegink et al., 2015; Voogt, Nugter, Goossens, & van Achterberg, en prensa; Wyder, Bland, Blythe, Matarasso, & Crompton, 2015). Además, esta característica esencial para la RT está descrita en los planteamientos teóricos de los autores estudiados anteriormente.

### **Las intervenciones de la RT**

Para las enfermeras, la RT se trasladaba a la práctica clínica a través de una serie de intervenciones y actividades. Destaca la diferenciación que hicieron entre aquellas actividades que de alguna manera entendían que ya estaban protocolizadas en el servicio, de aquellas otras que consideraban que eran las más importantes para una adecuada RT y que, por el contrario, no estaban recogidas ni registradas de forma estandarizada en los protocolos de la unidad. Éstas, en consecuencia, no se consideraban prioritarias en la práctica clínica diaria (Pazargadi, Fereidooni Moghadam, Fallahi Khoshknab, Alijani Renani, & Molazem, 2015). Este hallazgo concuerda con la afirmación que realizó Cutcliffe et al. (2015), cuando señalaban que cada vez había más indicios que indicaban que la importancia y valor de la RT

no se observaba en la práctica clínica. Además, mencionaban que eso ocurría a pesar de que tampoco existía evidencia que refutara el hecho de no hacer RT (Cutcliffe et al., 2015). Desde luego, esta se puede considerar una gran dificultad para poder establecer adecuadamente la RT en unidades de psiquiatría. A su significado se le prestará la suficiente atención en el apartado de limitaciones para la RT.

Como se señalaba en el epígrafe anterior, las enfermeras incluyeron como intervenciones propias de la RT algunos cuidados que ya estaban protocolizados en su práctica clínica. Éstos eran las acogidas y valoraciones al ingreso, la toma de constantes, la administración de medicación y otros cuidados de tipo orgánico/físico que ellas denominaron técnicas. En su trabajo, Hawamdeh y Fakhry (2014) identifican estas intervenciones como prestación de cuidado físico. Sin embargo, lo más destacable es que la mayoría de la literatura revisada no incluye estas intervenciones como propias de la RT (Björkdahl et al., 2010; Cleary, Horsfall et al., 2012; Chiovitti, 2008; Dziopa & Ahern, 2009a; Scanlon, 2006; Van Der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili, & Bowers, 2013). En este sentido, una posible respuesta podría ser que en el entorno de esta investigación ya se haya consumado, como eje central del cuidado, el trabajo centrado en las tareas (McCrae, 2014). También, se podría relacionar con que las enfermeras tuvieran arraigado un modelo de cuidados de tipo biomédico (McAndrew et al., 2014).

No obstante, en contrapartida a las anteriores conjeturas y en consonancia a la mayoría de publicaciones relacionadas con el tema, las enfermeras identificaron claramente otro tipo de intervenciones que ellas catalogaron como *implícitas* a la RT, y que además consideraron de mayor importancia para el buen desarrollo de la misma. Las enfermeras entendían que eran actividades fundamentales, pero que en la actividad diaria no quedaban recogidas en los

protocolos y trayectorias, motivo por el que no siempre se efectuaban de forma prioritaria en su quehacer cotidiano. Las principales intervenciones identificadas por las enfermeras coinciden con las recogidas en la literatura publicada hasta la fecha. De esta forma, escuchar activamente (Bigwood & Crowe, 2008; Borille et al., 2013; Cleary, Hunt et al., 2012; Kanerva, Kivinen, & Lammintakanen, 2015), conocer, acompañar y facilitar la expresión de emociones al paciente (Dziopa & Ahern, 2009b; Hawamdeh & Fakhry, 2014; McCloughen et al., 2011), individualizar sus cuidados (Borille et al., 2013; Cleary, Hunt et al., 2012; Dziopa & Ahern, 2009b) e implicar al paciente y a su familia en los mismos, fueron las intervenciones destacadas.

En consecuencia, todas las consideraciones anteriores muestran que las enfermeras son perfectas conocedoras de los aspectos fundamentales de la RT, pero también confirman que existen barreras que impiden su aplicación en la práctica clínica. Éstas pueden ser explicadas a través de los cambios producidos en el modelo asistencial, que indica una tendencia hacia el enfoque biomédico y centrado en el trabajo por tareas. Además, estas dificultades vienen dadas por las actitudes de las propias enfermeras, que en muchas ocasiones de forma inconsciente y como mecanismo de defensa, adoptan una respuesta de indefensión aprehendida frente a lo que ellas consideran fundamentalmente un problema de tipo institucional (Moreland, Ewoldsen, Albert, Kosicki, & Clayton, 2015).

### **Las competencias relacionales**

Más allá de las intervenciones, las enfermeras destacaron como necesarias unas habilidades de tipo relacional para poder efectuar adecuadamente todas esas actividades descritas anteriormente. Incluidas en estas habilidades o competencias relacionales, nos

Discusión de los resultados

encontramos con la mayoría de elementos inherentes a la RT identificados en las publicaciones teóricas y empíricas. De este modo, las enfermeras participantes de este estudio identificaron como principales atributos competenciales el hecho de aceptar al paciente tal y como es (Cibanal, 2010; Cleary et al., 2012; Dziopa & Ahern, 2009a; Peplau, 1990; Rogers, 1972), mostrarse auténticas y sinceras (Borille et. al, 2013; Chiovitti, 2008; Cibanal, 2010; Cleary, Horsfall et al., 2012; Dziopa & Ahern, 2009a; Hawamdeh & Fakhry, 2014; McCloughen et al., 2011; Peplau, 1990; Rogers, 1972), usar un lenguaje más cercano (Borille et al., 2013; Cleary, Hunt et al. 2012; Kanerva et al., 2015) y ser autoconscientes de la situación de la práctica y de su propio estado personal (Dziopa & Ahern, 2009a; Van den Heever et al., 2013; Van Sant et al. 2013). La posesión de los mismos, a su juicio, facilitaba y aumentaba considerablemente la eficacia de la RT en la práctica clínica. Estos hallazgos dotan de gran riqueza y calidad a la conceptualización teórica que hicieron las enfermeras respecto a la RT. Esto vuelve a evidenciar un conflicto entre el modelo de atención biomédico preponderante, y la posición ontológica mostrada por las enfermeras del grupo, situada en el marco de una corriente de tipo humanista (Cibanal, 2010; Peplau, 1990; Rogers, 1972).

### **El ambiente terapéutico**

Finalmente, se identificó como otro factor destacado el *ambiente terapéutico*. La enfermera debía crear ese espacio, seleccionando el lugar y momento oportuno para la relación con el paciente, así las enfermeras consideraban que debía ser un espacio tranquilo, íntimo y seguro (Borille et al., 2013; Goulter et al., 2015; Roche et al., 2011; Wyder et al., 2015). Sin embargo, las enfermeras detectaron que el lugar de referencia para el paciente era el control de enfermería y el momento habitual solía ser a demanda del propio paciente. Este hecho, al igual que en otros trabajos es identificado como una barrera para el adecuado

establecimiento de la RT (Andes & Shatell, 2006; Stewart et al., 2015; Wyder et al., 2015). Sin duda, otro elemento a desarrollar por su importancia en el apartado de limitaciones para la RT.

### **3. OBSTÁCULOS PARA UNA ADECUADA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN UNIDADES DE PSIQUIATRÍA**

Llegados a este punto, las enfermeras habían sido capaces de definir la RT y su aplicabilidad en la práctica clínica. Posteriormente, también habían podido confrontar su concepción y aplicación con la evidencia aportada, de tal forma que detectaron con cierta facilidad que limitaciones consideraban relevantes para poder establecer una RT de calidad con sus pacientes.

Evidentemente, las enfermeras manifestaron encontrarse en el día a día asistencial con elementos que dificultaban el adecuado establecimiento de la RT. En ella, podían diferenciarse obstáculos relacionados con factores de tipo organizativo, factores relacionados con las propias enfermeras y factores del entorno.

#### **Barreras en torno a la organización**

La *falta de tiempo* para poder establecer la RT fue el factor que se reiteró con mayor frecuencia. Las enfermeras identificaron que el excesivo tiempo dedicado a la cumplimentación de registros y la elevada presión asistencial impedían dedicar, en muchas ocasiones, el tiempo suficiente como para poder establecer una adecuada RT. La falta de tiempo queda recogida de forma contundente en la literatura publicada en los últimos años (Ahmead et al., 2010; Andes & Shattell, 2006; Hawamdeh & Fakhry, 2014; Pazargadi et al., 2015). Sin embargo, en algún trabajo también se expone, que el hecho de dedicar más tiempo

con los pacientes no garantiza ni que se tengan actitudes positivas hacia ellos ni que se establezca una relación de calidad (Ahmead et al., 2010; McCrae, 2014). En cualquier caso, las enfermeras consideran que es necesario dedicar más tiempo a los pacientes, y ellos también lo solicitan, manifestando que las enfermeras no les dedican el tiempo suficiente (Andes & Shattell, 2006; Connor & Wilson, 2006; Kontio et al., 2014; McCabe, 2004; Stenhouse, 2011; Wyder et al., 2015). De esta forma, los pacientes manifiestan que no se sienten comprendidos por las enfermeras porque consideran que ellas no les conocen en profundidad (Duxbury et al., 2010; Gaillard et al., 2009; Schroeder, 2013; Stewart et al., 2015).

Además, la carga laboral producida por la presión asistencial condiciona que las enfermeras en la práctica clínica lleven a cabo en primer lugar las tareas rutinarias y después tengan en cuenta la relación con el paciente (Cutcliffe et al., 2015; Pazargadi et al., 2015). Así, las cuestiones de gestión y de control de la sala, parecen tener una prioridad más alta que el establecimiento la relación con los pacientes (Currid, 2009; Shattell et al., 2008). En la realidad asistencial, como la RT no está incorporada en las trayectorias y protocolos del servicio, ésta no se percibe por las enfermeras como trabajo medible. En este sentido, parece evidente que es necesaria la reorganización de las actividades rutinarias. Además, sería interesante repensar realmente cuáles deben ser las funciones propias y prioritarias de las enfermeras en las unidades de psiquiatría.

### **Barreras en las propias enfermeras**

Asimismo, las enfermeras identificaron también limitaciones para la RT provenientes de ellas mismas (Pazargadi et al., 2015). En este sentido, las enfermeras hicieron un importante ejercicio de autoconocimiento y autoconsciencia, elementos tan importantes para una buena

RT (Dziopa & Ahern, 2009b; Fitzpatrick, 2014; Holm & Severinsson, 2011; Moreno-Poyato & Tolosa-Merlos, 2013; Van den Heever et al., 2013).

Ellas detectaron dificultades para relacionarse con los pacientes debido a mostrarse en determinados momentos *autoritarias o paternalistas*, este hecho es importante porque en la literatura solo se ha encontrado evidencia en estudios efectuados con pacientes (Gaillard et al., 2009; Hamrin et al., 2009; Schroeder, 2013; Stewart et al., 2015). Este hallazgo confirma la capacidad reflexiva tanto de estas enfermeras como del método empleado.

También reconocieron su *inseguridad* ante determinadas situaciones. Ésta vino dada por sentirse, en ocasiones, en un entorno impredecible (Cleary, Horsfall et al., 2012; Shattell et al., 2008; Ward, 2013). También reconocieron que tener *prejuicios* hacia los pacientes era una limitación importante que podía condicionar la relación y evitar la individualización de sus cuidados. Este hecho es fundamental para los pacientes y para la calidad asistencial (Biering, 2010; Connor & Wilson, 2006; Dziopa & Ahern, 2009b; Hopkins et al., 2009; McCloughen et al., 2011; Schröder, Ahlström, & Larsson, 2006).

Otros factores identificados y a los que otorgaron gran importancia en el desarrollo de una adecuada RT, fue la *falta de motivación e insatisfacción laboral* por parte de algunas enfermeras. Al igual que en otros trabajos publicados, las enfermeras se sentían insatisfechas por su rol poco influyente en el equipo (Berg & Hallberg, 2000; Roche et al., 2011; Ward, 2011) y, en ocasiones, verbalizaron cierta falta de soporte por parte de la supervisión (Bowers et al., 2011; Shattell et al., 2008; Van den Heever et al., 2013). Estas consideraciones, de nuevo, están relacionadas directamente con la respuesta de indefensión aprehendida ya identificada en apartados anteriores (Moreland et al., 2015).

## **Barreras en el entorno**

Las enfermeras observaron dos tipos de limitaciones ocasionadas por el entorno. Por un lado, las interferencias propias de la unidad; como podían ser el estado general de la sala o las barreras arquitectónicas existentes. Y por otro lado, las limitaciones producidas por el estado psicopatológico del paciente concreto con el que se efectuaba la RT.

En muchas ocasiones, debido al estado general de la unidad, no se podía dedicar tiempo a estar con los pacientes, esto implicaba ir respondiendo a las demandas a medida que iban sucediendo. En estos casos, las enfermeras evidenciaron que la mayoría de intervenciones llevan implícitas respuestas negativas hacia el paciente. Por tanto, cuando las unidades presentan un estado global complicado o crítico, lo más frecuente en la relación es que se produzcan negativas por parte de las enfermeras ante las demandas de los pacientes, con lo que esto significa y representa para la RT (Roche et al., 2011; Stenhouse, 2011; Stockmann, 2005; Waters, Sands, Keppich-Arnold, & Henderson, 2015).

Por otro lado, las enfermeras identificaron las *barreras arquitectónicas* que presentaba la unidad, como un gran factor limitador para el adecuado establecimiento de la RT. Verbalizaron falta de espacios abiertos y salas comunes, y sobre todo, encontraron muy importante la falta de un espacio terapéutico en la unidad. Manifestaron que era complicado poder efectuar interacciones con cierta intimidad y sin interrupciones por parte de otros pacientes, familiares o miembros del equipo. Ellas expusieron la gran necesidad de crear *espacios terapéuticos*, demanda que se repite en la literatura como necesidad para las enfermeras y también para los pacientes (Andes & Shattell, 2006; Goulter, Kavanagh, & Gardner, 2015; Muir-Cochrane et al., 2013; Wyder et al., 2015).

Finalmente, otra limitación detectada fue el *estado psicopatológico del paciente*. Si bien es cierto que el estado del paciente afecta directamente a la comunicación y a la relación que se establece en la unidad (Ahmead et al., 2010; Hopkins et al., 2009; Shattell, 2004; Stockmann, 2005), también lo es que las enfermeras acabaron por reconocer que se trataba de adaptarse al estado del paciente y que esto era inherente al trabajo en una unidad de agudos (Berg & Hallberg, 2000; Chiovitti, 2008; McAllister et al., 2004).

#### **4. PROPUESTAS DE MEJORA PARA LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN UNIDADES DE PSIQUIATRÍA**

Una vez las enfermeras habían identificado las limitaciones en la práctica para el establecimiento de la RT, fueron capaces de elaborar y establecer estrategias para hacer cambios en la práctica desde la confrontación con la evidencia científica. En relación con las dificultades detectadas y teniendo en cuenta la viabilidad de las propuestas, las enfermeras plantearon cambios a tres niveles: respecto a los espacios de cuidados con los pacientes, en relación con la mejora del equipo y en razón a la mejora de los conocimientos de las propias enfermeras. Sin duda, el hecho de que el propio grupo gestionara el diseño de las estrategias y el cronograma de implantación, facilitó que las enfermeras acotaran y redefinieran las propuestas en base a su propio proceso de acción y reflexión (Altrichter, Kemmis, McTaggart, & Zuber-Skerritt, 2002). De hecho, respecto al número inicial de propuestas, decidieron instaurar solamente una mejora en cada uno de los apartados en función de sus objetivos y su contexto, y no de las directrices generales aportadas por la evidencia (Breimaier, Heckemann, Halfens, & Lohrmann, 2015). Además, la mayoría de las propuestas desestimadas estaban relacionadas de forma directa con las limitaciones organizacionales reflejadas en el apartado anterior. Este hecho, puede estar relacionado con la falta de motivación y de apoyo por parte

de la institución, identificado previamente por las enfermeras y presente en otros trabajos anteriores (Berg & Hallberg, 2000; Bowers et al., 2011; O'Connell et al., 2013).

### **El espacio de cuidados enfermeros personalizados**

Quizás esta fue la gran estrella de las propuestas de mejora planteadas e implantadas. Las enfermeras habían detectado una gran falta de espacio terapéutico con los pacientes, coincidiendo de esta forma, como ya se ha podido constatar, con un amplio abanico de autores (Andes & Shattell, 2006; Goulter et al., 2015; Muir-Cochrane et al., 2013; Wyder et al., 2015). En ese sentido, consideraron que era necesario crear un espacio para de forma programada y sistematizada, poder atender a sus pacientes en el día a día. Un espacio libre de interferencias donde los pacientes se puedan sentir acogidos, escuchados y se puedan sentir comprendidos (Andes & Shattell, 2006; Borille et al., 2013; Wyder et al., 2015), a diferencia de lo que suele ocurrir en el devenir habitual de las unidades de psiquiatría (Oeye et al., 2009; Stewart et al., 2015; Sweeney et al., 2014a). Las enfermeras entendían que este espacio debía respetarse en el día a día y que en él se podrían trabajar adecuadamente las fases de la RT identificadas en la evidencia, y que la mayoría de autores teóricos incorporaban en sus planteamientos (Cibanal, 2010; Peplau, 1990; Rogers, 1972). También consideraron de suma importancia que la institución diera respaldo a esta propuesta y se registrara adecuadamente en la historia clínica del paciente. Es en este punto, donde el supervisor debe dar soporte y velar por la continuidad y mantenimiento de la iniciativa (McCrae, 2014). Es importante destacar, que este tipo de espacios ya han sido implantados en otros países como es el caso de Reino Unido. En este país, la Mental Health Act Commission recomendó en el año 2008 que todas las unidades de agudos debían aplicar un espacio de tiempo protegido para el paciente, un espacio dónde cada día las enfermeras solo se dedicaran al contacto directo con el

paciente (Mental Health Act Commission, 2008). Aunque todavía no se ha obtenido evidencia de su éxito, sí que existen indicios de que los pacientes están más satisfechos en cuanto a la cobertura de sus necesidades (McCrae, 2014; Sweeney et al, 2014b).

### **Los grupos reflexivos para enfermeras**

Las enfermeras diseñaron esta actividad como aquel espacio dónde los profesionales pudieran verbalizar sus inquietudes y preocupaciones que afectasen a la práctica clínica. Espacios, por tanto, donde se pudieran compartir y debatir casos y situaciones respecto a temas de cualquier índole, pero que afectaran a la RT (Dawber, 2013a). Las enfermeras habían detectado que necesitaban poner en común sus experiencias y poder hacer críticas constructivas entre profesionales. Sin duda, esta apuesta por fomentar la práctica reflexiva es inherente al método de investigación utilizado (Dawber, 2013b; Kemmis & McTaggart, 2008; Mantzoukas, 2008; Oelofsen, 2012). Además, se trata de una iniciativa muy indicativa de las carencias percibidas por las enfermeras respecto al equipo, y no identificadas de forma explícita en el apartado de limitaciones para la RT. Cuando las enfermeras plantearon la finalidad de estos grupos, se evidenció que necesitaban estos espacios para ganar en confianza, seguridad, sentirse protegidas y comprendidas por el resto del equipo (Wilshaw & Trodden, 2015). Estas necesidades también quedan reflejadas en algunas publicaciones que han estudiado el trabajo en equipo en unidades de psiquiatría (Bowers et al., 2011; Cleary & Edwards, 1999; Cleary, Horsfall et al., 2011; Dawber, 2013b; Deacon & Cleary, 2013).

Por otro lado, las enfermeras consideraron que se podía tratar de un espacio delicado porque existía el riesgo de que los participantes se desviasen del objetivo principal de tipo constructivo, y se dirigiesen hacia un espacio de crítica y protesta, por lo que pensaban que la

persona que guiara el grupo tenía que ser respetada, activa, reflexiva y, sobretodo, con credibilidad (Dawber, 2013b; Nugus, Greenfield, Travaglia, & Braithwaite, 2012). Se produjo cierta controversia a la hora de considerar al supervisor como esa figura; ya que por un lado, se entendía que el supervisor debía ser la persona que gestionase estos grupos (O'Connell et al., 2013; Tanioka et al., 2011), pero también se identificó que esto podía suponer un sesgo para la participación de algunos profesionales, por estimar su presencia como punitiva (Bowers et al., 2011). El distanciamiento que produce la jerarquía entre los estamentos es evidente que supone una limitación importante en la relación dentro de los propios equipos y esto, a su vez, condiciona y genera la aparición de todas aquellas necesidades identificadas por las enfermeras y que motivaron la propuesta de estos grupos reflexivos (Nugus et al., 2012; Wilshaw & Trodden, 2015).

### **Auto-actualizarse en conocimientos**

Las enfermeras decidieron que debían actualizar sus conocimientos. Tras la lectura de la evidencia detectaron que para mejorar la práctica, era necesario tener más formación y posteriormente poder trasladar ese conocimiento al día a día (Oelke, da Silva Lima, & Acosta, 2015). Para ello, decidieron formarse a través de la lectura, descripción y reflexión de dos artículos científicos, además de la evidencia ya aportada en el proceso del proyecto. Esta propuesta confirmó de nuevo el alto nivel de implicación de las enfermeras en el proyecto demostrando una capacidad de autoconsciencia y autoconocimiento muy destacables (Dawber, 2013a; Grinspun, 2002; Munten et al., 2010; Oelofsen, 2012). Pero a su vez, hizo reaparecer el papel de la institución y de su indefensión aprehendida. Las enfermeras entendían que apenas recibían formación y que ésta estaba ligada a la motivación y que, por

tanto, la institución debía incentivar la formación en los profesionales y de esta forma motivarlos (White, Hemingway, & Stephenson, 2014).

## **5. EFECTOS DEL PROCESO DE CAMBIO Y MEJORA DE UNA IAP EN UNIDADES DE PSIQUIATRÍA**

Sin duda, un momento trascendental en el contexto de un proceso de intención de mejora y cambio, es la evaluación de los resultados obtenidos por parte de los participantes en el mismo. En el caso de esta investigación, las enfermeras tras la evaluación primero individual y después colectiva, identificaron que el haber implantado la evidencia científica a través de este método participativo había producido mejoras a 5 niveles:

- a) Para el propio establecimiento de la RT
- b) Para el paciente
- c) Para el equipo
- d) Para la enfermera
- e) Para la profesión y la organización

### **Efectos para el establecimiento de la Relación Terapéutica**

Los efectos de la implantación de evidencia científica permitieron mejorar el establecimiento de la RT en la práctica clínica. Las enfermeras destacaron que mediante el cambio en la práctica consiguieron *aumentar y rentabilizar* la eficacia de sus intervenciones con los pacientes. Además, a través de las estrategias implantadas, observaron que estaban más satisfechas puesto que podían evaluar mejor cómo alcanzaban los objetivos junto al

paciente. De esta forma, las enfermeras tomaron mayor consciencia de la teoría en la práctica, observando la importancia de planificar y organizar mejor sus cuidados en el contexto de la RT. Este proceso de integración y satisfacción coincide plenamente con estudios previos que han utilizado métodos participativos (Dawber, 2013b; Delgado-Hito & Gastaldo, 2006; Hutchinson & Lovell, 2013; Munten et al., 2010; Oelke et al., 2015; Oelofsen, 2012).

### **Efectos para el paciente**

Por supuesto, el cambio también proporcionó mejoras para el paciente. Las enfermeras identificaron en su evaluación, que los pacientes habían aumentado su confianza y respeto hacia ellas. En ese sentido, tras el cambio, los pacientes identificaban a las enfermeras como elementos de ayuda y que ellos se sentían más atendidos. Este hecho constituye un importante deseo y expectativa por parte de los pacientes en el marco de la RT (Andes & Shattell, 2006; Borille et al., 2013; Wyder et al., 2015). Pero sobre todo, se pudo demostrar que el cambio había permitido empoderar más al paciente. Sin duda, el elemento más crucial para el paciente como se ha podido evidenciar a través de la literatura científica publicada (Biering, 2010; Duxbury et al., 2010; Gaillard et al., 2009; Hopkins et al., 2009; Schroeder, 2013; Shattell et al., 2006; Shattell et al., 2007; Stegink et al., 2015; Voogt et al., en prensa; Wyder et al., 2015).

### **Efectos para el equipo**

Es interesante destacar, como también se habían producido mejoras en el equipo de enfermería de las unidades de psiquiatría. Las enfermeras observaron que la implantación de los cambios contribuyó al contagio y motivación del resto de compañeros. Este hecho es natural que se produzca dentro de un grupo de carácter reflexivo como es este caso (Dawber, 2013b; Kemmis & McTaggart, 2008; Mantzoukas, 2008; Oelofsen, 2012). Sin embargo, no se

ha encontrado en la literatura empírica ninguna referencia en cuanto a la translación de dicho efecto al resto del equipo que no formaba parte del grupo de IAP. Este hecho, también podría estar relacionado con la perspectiva ontológica del equipo de enfermería. Y es que, a pesar del contexto biomédico del ámbito de estudio, en el momento en que el equipo detecta movimientos que le son más afines a su marco conceptual, se interesa por ellos y se aproxima. Obviamente, los efectos de la implantación de evidencias a través de la IAP permitieron mejorar y unificar los objetivos para todo el equipo. Este hecho sí que está recogido por la literatura empírica publicada (Abad-Corpa et al., 2012; Chambers, Gillard, Turner, & Borschmann, 2013; Dawber, 2013b; Delgado-Hito & Gastaldo, 2006).

### **Efectos para la enfermera**

Los principales cambios para las enfermeras se referían a aspectos de crecimiento profesional. Les aportó mayor seguridad en sí mismas, además de permitirles reflexionar, exponer las ideas y obtener conocimientos (Dawber, 2013b; Munten et al., 2010; Oelofsen, 2012). De esta forma, el proceso de cambio permitió a las enfermeras tomar conciencia de la práctica clínica y así poder cambiarla y mejorarla (Abad-Corpa et al., 2012; Dawber, 2013b; Hutchinson & Lovell, 2013; Kidd, Kenny, & McKinstry, 2015; Munten et al., 2010; Oelofsen, 2012). Como consecuencia, mejorando la organización de la práctica clínica, las enfermeras aumentaron su satisfacción y motivación profesional (Collet et al., 2014).

### **Efectos para la profesión y la organización**

Uno de los hallazgos más importantes de esta investigación de forma similar a otros estudios con el mismo diseño (Munten et al., 2010), fue que a través de la implantación de la

evidencia mediante la IAP, se pudo detectar que era necesario plantear cambios organizacionales y en la profesión.

A nivel organizacional, los resultados demostraron la necesidad de reestructurar las actividades rutinarias y en consecuencia facilitar el establecimiento de la RT. Ambos aspectos están íntimamente relacionados con el ámbito competencial de la profesión y sus implicaciones en la práctica. Si bien la enfermería de salud mental gira en torno al concepto de RT, tal y como se puede desprender de la literatura anterior y de la lectura de esta tesis doctoral, su operativización en la actualidad está condicionada a las políticas organizacionales y al modelo biomédico imperante (McAndrew et al., 2014; McCrae, 2014). Por tanto, o se plantea una redefinición competencial acorde al modelo asistencial predominante, o se deben reestructurar las funciones del personal asistencial. En cualquier caso, las actividades rutinarias actuales no deberían significar para las enfermeras el eje central sobre el que pivotan los cuidados enfermeros en las unidades de psiquiatría. Las enfermeras se sienten frustradas por realizar un trabajo que, tal y como se ha visto por su posicionamiento teórico-conceptual, no es considerado el prioritario en el contexto de sus competencias como enfermeras de salud mental en una unidad de psiquiatría. Precisamente en relación con lo anterior, las enfermeras plantean centrar realmente sus cuidados en torno a la RT, de tal forma que la institución sea quien la regule como tal. En ese sentido la institución debe crear un espacio terapéutico para que las enfermeras puedan interactuar con los pacientes de forma adecuada. Debe facilitar la herramienta para su registro y debe facilitar la formación continuada de los profesionales en torno al establecimiento de la RT.

## **6. LA IMPLANTACIÓN DE EVIDENCIAS CIENTÍFICAS: IMPACTO EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA**

De los resultados cuantitativos se desprende que la RT mejoró en las enfermeras tras la implantación de evidencias mediante la IAP. En ese sentido, el nivel de alianza terapéutica aumentó en las enfermeras, sobre todo el acuerdo de objetivos y el acuerdo de tareas con los pacientes. Los resultados cuantitativos respecto al total del grado de empatía, en cambio, no revelaron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, es importante destacar que las enfermeras mejoraron significativamente en su sentimiento de utilidad en el contexto del cuidado del paciente, aspecto que se mide a través de la subescala de Fantasía, y también disminuyeron sus sentimientos de miedo, ansiedad e incomodidad ante el paciente, subescala Preocupación Empática, con la trascendencia que estos elementos tienen en el establecimiento de la RT.

Los resultados obtenidos de la evaluación de la empatía y de la alianza terapéutica, como constructos que forman parte de la RT, han demostrado ser de gran utilidad para determinar los cambios en la misma e ilustrar los aspectos más específicos de ella. En ese sentido es indudable la relación entre ambas escalas y como han correlacionado sus factores. Como ya las enfermeras antes de la intervención daban especial importancia a la confianza con el paciente y a su comprensión, estos dos factores apenas se modificaron posteriormente y se obtuvo gran correlación entre ellos. En cambio, es evidente que el distanciamiento frente al paciente producido por el malestar personal de las enfermeras (prejuicios, miedos, inquietudes) junto a la falta de conocimientos impedía acordar junto a él objetivos y tareas. Tras la intervención, las enfermeras mejoraron estos factores de forma significativa y correlacionada.

## **Los cambios producidos en la empatía de las enfermeras**

En relación con el grado de empatía, en primer lugar se debe tener en cuenta la dificultad para su medición dada la idiosincrasia de tipo afectiva que tiene la empatía y lo que eso representa para su evaluación y mejora (O'Connor, 2006). Además, no se ha encontrado literatura donde se evalué el cambio de la empatía tras una intervención en enfermeras de unidades de psiquiatría. Si se han localizado trabajos con estudiantes tanto de enfermería como de medicina que confirman la dificultad para el aumento del grado de empatía en los participantes (Webster, 2010; Zeppegno, Gramaglia, Feggi, Lombardi, & Torre, 2015). En ese sentido, cabe plantearse si el IRI no es un instrumento apropiado para medir los sentimientos de empatía hacia las personas con enfermedad mental, ya que se diseñó para las personas que no la tuvieran.

En cualquier caso, la empatía cognitiva es la que resulta terapéutica en el ámbito asistencial (Zeppegno et al., 2015). Y ésta, según Davis (1983) corresponde a las escalas de toma de perspectiva y fantasía. En ese sentido, a diferencia de otros estudios las enfermeras mejoraron su grado de fantasía sustancialmente (Avasarala, Whitehouse, & Drake, 2015; Imran, Aftab, Haider, & Farhat, 2013; Webster, 2010; Zeppegno et al., 2015), hecho que refleja la mejoría en sus sentimientos de utilidad en el cuidado hacia el paciente (Davis, 1983). Este hallazgo cuantitativo coincide totalmente con la evaluación cualitativa que realizaron las enfermeras respecto a su mejora en su seguridad respecto al establecimiento de la RT. Respecto a la toma de perspectiva, las enfermeras ya mostraban unos niveles elevados anteriormente a la intervención, por lo que se puede afirmar que eran capaces de ponerse en el lugar de los pacientes cuando establecían la RT. De hecho, las enfermeras siempre han

señalado este elemento como necesario en la RT (Dziopa & Ahern, 2009a; Van den Heever et al., 2013; Van Sant & Patterson, 2013).

Tal y como se apuntaba, de acuerdo con el IRI (Davis, 1983), se debe tener en cuenta que las enfermeras tenían altos niveles de empatía antes de la IAP. Pero además, es importante destacar que las enfermeras disminuyeron su malestar personal. En consecuencia, mejoraron sus sentimientos de miedo, ansiedad e incomodidad al presenciar el sufrimiento de los pacientes. Estos elementos fueron identificados por las propias enfermeras como limitadores para la RT en la fase cualitativa del estudio. Esta mejoría respecto al malestar personal también se ha observado en intervenciones dirigidas al grado de empatía efectuadas en otros ámbitos profesionales (Zeppegno et al., 2015).

En cuanto a los cambios en la empatía y las características de la enfermera, destacó que las enfermeras con mayor edad disminuyeron su preocupación empática. El hecho de mejorar la seguridad personal, y aspectos del autoconocimiento y autoconsciencia en la parte cualitativa, hizo que en las personas con mayor edad disminuyeran inquietudes y miedos respecto a los pacientes. Sentimientos que, probablemente, se habían ido instaurando de forma progresiva en su práctica clínica (Shattell et al., 2008; Van Sant & Patterson, 2013). En cambio, en líneas generales las enfermeras más jóvenes aumentaron su grado de empatía, este hecho se debe a que ganaron en seguridad en sí mismas como profesionales gracias a la IAP. Respecto al sexo, al igual que otros estudios, tanto el nivel de mejora como el grado de empatía fue mayor en las mujeres que en los hombres (Imran et al., 2013; Mestre Escrivá, Dolores, Navarro, & García, 2004; Pérez-Albéniz et al., 2003).

## Los cambios producidos en la alianza terapéutica de las enfermeras

Sin duda, la alianza terapéutica de las enfermeras con los pacientes se mejoró sustancialmente tras la intervención. A pesar de que, en general, la puntuación ya fue elevada en la etapa pre IAP (Andrade-González & Fernández-Liria, 2015), los aspectos que se mejoraron de forma significativa tras la implantación de evidencias fueron establecer objetivos e intervenciones de forma consensuada con los pacientes. En consecuencia, estos hallazgos están en consonancia tanto con los contenidos de la evidencia inicialmente implantada, que promulgaba la importancia de establecer objetivos con los pacientes y efectuar siempre junto a ellos todas las etapas de la RT (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, 2002), como con la conceptualización y propuestas de mejora de las propias enfermeras en la fase de intervención, y que no se habían detectado en trabajos anteriores. Por tanto, acordar objetivos e intervenciones, que es lo mismo que empoderar al paciente en su cuidado, es una mejora para la RT tanto desde el punto de vista teórico (Cibanal, 2010; Peplau, 1990; Rogers 1972), como desde la perspectiva y demanda de los propios pacientes (Biering, 2010; Duxbury et al., 2010; Gaillard et al., 2009; Hopkins et al., 2009; Schroeder, 2013; Shattell et al., 2006; Shattell et al., 2007; Stegink et al., 2015; Voogt, Nugter, Goossens, & van Achterberg, en prensa; Wyder, Bland, Blythe, Matarasso, & Crompton, 2015).

También es importante destacar, que las puntuaciones elevadas obtenidas por las enfermeras respecto al vínculo de forma previa a la IAP, permiten confirmar que ellas ya eran capaces de efectuar un buen vínculo con los pacientes antes de la intervención. De hecho, múltiples trabajos señalan que las enfermeras siempre han dado vital importancia a la confianza en el marco de la RT (Connor & Wilson, 2006; Fitzpatrick, 2014; Hawamdeh & Fakhry, 2014; McCloughen et al., 2011).

Otro aspecto a resaltar es la mejora más evidente de la alianza terapéutica en las mujeres que en los hombres, y además de forma correlacionada con mayor edad de las mismas. Este hecho vuelve a evidenciar la importancia de la actualización en conocimientos que las propias enfermeras propusieron en la fase cualitativa. Seguramente, al igual que ocurrió con el malestar personal, la falta de acuerdo con el paciente se había ido instaurando de forma progresiva en la práctica clínica de las enfermeras con mayor edad (Shattell et al., 2008; Van Sant & Patterson, 2013).

## **7. LAS LIMITACIONES Y FORTALEZAS DE LOS RESULTADOS**

Sin duda, los resultados de esta investigación están sometidos a ciertas limitaciones y también fortalezas que a continuación se tratarán de exponer y discutir.

En primer lugar, decir que se trata de un estudio pequeño. A pesar de que el ámbito de estudio era un hospital de tercer nivel y se estudiaron dos unidades de hospitalización, el hecho de incluir un mayor número de unidades de psiquiatría de otros centros, permitiría generalizar los resultados más allá de entornos similares a los estudiados.

En segundo lugar, existen limitaciones relacionadas con la selección de la muestra. Respecto a la parte cuantitativa, los participantes en el estudio no fueron seleccionados al azar. Sin embargo, para la parte cualitativa de la investigación, la muestra fue estratégicamente seleccionada para incluir a todos los perfiles identificados en el ámbito de estudio.

En tercer lugar, en relación con el tamaño de la muestra, para la parte cuantitativa ofrece evidentes limitaciones de número para poder generalizar. No obstante, este no era propósito del estudio, sino más bien poder evaluar el cambio en esa muestra. Esto, como se ha podido

observar en el capítulo anterior no ha supuesto dificultad para encontrar significación estadística en los resultados obtenidos. En cambio, para la parte cualitativa, se ha contado con un número más que suficiente de participantes para los objetivos del estudio.

En cuarto lugar, y respecto a la duración del estudio, para la parte cualitativa del estudio hay que destacar que se ha llevado a cabo durante un período relativamente corto de tiempo. La evaluación inicial sugiere que los efectos de mejora se han integrado en la práctica clínica. Sin embargo, mantener estos beneficios puede ser un reto para las enfermeras y la organización. De ahí la importancia de una durabilidad mayor en la implantación de mejoras. Pero también es importante matizar, que es el propio planteamiento metodológico de la IAP, quien empodera a los participantes a que sean quienes determinen su cronograma de trabajo. Por tanto, deberá considerarse más una fortaleza que una limitación. Las enfermeras han decidido dedicar este tiempo contemplando, sin duda, todos los aspectos contextuales de la organización y de la investigación.

Finalmente, respecto a las técnicas e instrumentos, cabe mencionar la limitación que ha supuesto no localizar apenas estudios que hayan utilizado estos cuestionarios en profesionales de enfermería y en unidades de psiquiatría para poder contrastar resultados. No obstante, hay que destacar como fortaleza de los resultados obtenidos la diversidad de métodos y técnicas utilizadas. Por tanto, enfatizar en la intensidad y reflexividad que ha tenido el estudio. Debido a ello, ha supuesto un notable esfuerzo para las enfermeras, puesto que ellas han participado de forma activa en todas las técnicas de obtención de datos.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato

## CONSIDERACIONES FINALES

En primer lugar, es necesario destacar que este estudio ha demostrado que las enfermeras de las unidades de agudos de psiquiatría pueden generar cambios y mejoras en su práctica clínica respecto al establecimiento de la RT con sus pacientes. Además, la investigación ha permitido confirmar, tanto de forma cualitativa como cuantitativa, que la implantación de evidencias científicas a través de métodos participativos, como es el caso de la IAP, es válida produciendo cambios y eficaz en los resultados de los mismos.

En segundo lugar, y en relación con los objetivos específicos del estudio, señalar que las enfermeras han sido capaces de conceptualizar la RT en su práctica, descubriendo sus elementos facilitadores y describiendo sus limitaciones. Asimismo, han podido confrontar su práctica clínica habitual con las recomendaciones aportadas por las evidencias científicas, llegando a construir de forma crítica propuestas de mejora para el establecimiento de la RT en su día a día asistencial. Además, se han podido evaluar los resultados del cambio producido, tanto de forma cualitativa como cuantitativa.

A continuación, se recogerán las principales recomendaciones e implicaciones de la investigación para la profesión enfermera. Por tanto, consideraciones útiles para cada uno de los ámbitos de la disciplina, como son la docencia, la gestión, la práctica clínica y la investigación.

- **Respecto al contexto docente**, de los resultados se desprende la importancia de la adquisición del conocimiento por parte de las enfermeras desde la acción y sobre la acción. Método de enseñanza-aprendizaje éste, vinculado totalmente a la práctica reflexiva. En ese sentido, las enfermeras han aprendido mientras

actuaban tanto de forma individual como grupal, dando especial relevancia a la construcción colectiva del saber. Este hecho les ha permitido tener más conciencia del proceso y de los resultados de su aprendizaje. En ese sentido, se recomienda, en consecuencia, el uso de métodos reflexivos para la integración del aprendizaje en la práctica.

- **En el ámbito de la gestión**, se confirma que la metodología utilizada es de gran utilidad para implementar cambios en la práctica clínica de las instituciones. De los resultados también se concluye que las enfermeras están dispuestas a mejorar y cambiar la práctica cuando se cuenta con ellas y con su participación. De hecho, de la investigación se desprende la necesidad de generar nuevos cambios en las dinámicas y organización de trabajo de las unidades. Se recomienda, por tanto, que la institución consensue los objetivos para implantar cambios con las enfermeras clínicas a través de métodos participativos como este. Finalmente, dada la mejora en la calidad de los cuidados obtenida y la mejora en la satisfacción y motivación de las propias enfermeras, se debe considerar el impacto que puede tener la metodología en términos económicos. Tanto en términos de disminución de días de hospitalización de pacientes, como en rendimiento laboral de las propias enfermeras.
- **En relación con la práctica clínica**, de los resultados se desprende la gran importancia que tiene la autoconciencia y el autoconocimiento de las enfermeras para poder mejorar sus cuidados. Se ha podido demostrar que en el momento en que fueron conocedoras de su práctica de forma consciente, fueron capaces de hacer crítica y proponer mejoras respaldadas por la evidencia científica. Además,

el hecho de discutir y de construir sobre la práctica desde el amparo del grupo, les ha permitido ganar en confianza y seguridad, sobre todo respecto a sus competencias asistenciales. Sin embargo, de los resultados de la investigación, también se evidencia y se recomienda la necesidad de replantearse las funciones y competencias de las enfermeras en las unidades de psiquiatría actuales. La distancia existente entre las actividades habituales de las enfermeras y las que ellas consideran propias a la RT y de los cuidados enfermeros en unidades de psiquiatría, así lo confirma. Sin duda, de los resultados obtenidos se manifiesta la mejora que se ha producido en la RT entre enfermeras y pacientes, tanto de una forma cualitativa como cuantitativa. Este hecho permite concluir que se trata de una metodología recomendable para la generación de cambios y mejoras en la práctica clínica de unidades de psiquiatría.

- En lo que al **dominio de la investigación** se refiere, el estudio permite abrir múltiples líneas futuras de indagación respecto a diferentes aspectos:
  - ✓ En primer lugar, dada la importancia y reciprocidad de la RT entre enfermera y paciente, y con la finalidad de ampliar el conocimiento del fenómeno de estudio, se considera interesante poder estudiar la visión de los pacientes partiendo del mismo posicionamiento onto-epistemológico, y desde una perspectiva metodológica similar.
  - ✓ En segundo lugar, dada la complejidad conceptual observada y la escasez de estudios que midan cambios en la RT en enfermeras de unidades de psiquiatría, se hace necesario el diseño y creación de una herramienta que

permita medir la RT específicamente en este ámbito. Y que esta contemple, la evaluación de la RT desde la perspectiva de las enfermeras y también de los pacientes. Para que de esta forma, pueda medirse la RT entre enfermera y paciente como “un todo”.

- ✓ En tercer lugar, teniendo en cuenta los resultados respecto a los aspectos considerados como limitadores para el establecimiento de la RT, se considera necesaria mayor profundidad en el entendimiento de los mismos, por ejemplo a través de un análisis secundario. Probablemente del aumento de su conocimiento puedan surgir propuestas de reorganización de roles y competencias para las enfermeras en unidades de hospitalización de psiquiatría.
- ✓ Finalmente, con el fin de aumentar el conocimiento teórico, sería recomendable replicar el estudio utilizando la IAP en la implantación de evidencias en diferentes contextos con estudios multicéntricos o en diferentes áreas clínicas.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad Corpa, E., Delgado Hito, P., & Cabrero García, J. (2010). La investigación-acción-participativa. Una forma de investigar en la práctica enfermera. *Revista de Investigación y Educación En Enfermería*, 28(3), 464–474.
- Abad-Corpa, E., Cabrero-García, J., Delgado-Hito, P., Carrillo-Alcaraz, A., Meseguer-Liza, C., & Martínez-Corbalán, J. T. (2012). Effectiveness of participatory-action-research to put in practice evidence at a nursing onco-hematology unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 59–67. <http://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100009>
- Ahmead, M. K., Rahhal, A. a, & Baker, J. a. (2010). The attitudes of mental health professionals towards patients with mental illness in an inpatient setting in Palestine. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(5), 356–62. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00674.x>
- Alfaro-LeFevre, R. (1996). *Aplicación del proceso de enfermería: guía práctica* (3rd ed.). Madrid: Mosby/Doyma.
- Altrichter, H., Kemmis, S., McTaggart, R., & Zuber-Skerritt, O. (2002). The concept of action research. *The Learning Organization*, 9(3), 125–131. <http://doi.org/10.1108/09696470210428840>
- Andes, M., & Shattell, M. M. (2006). An exploration of the meanings of space and place in acute psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(6), 699–707. <http://doi.org/10.1080/01612840600643057>

- Andrade-González, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9–29.
- Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2015). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Current Psychology*. <http://doi.org/10.1007/s12144-015-9365-3>
- Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. (2002). Establecimiento de la relación terapéutica. Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.
- Atkins, S., & Murphy, K. (1993). Reflection: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 18(8), 1188–1192. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18081188.x>
- Avasarala, S. K., Whitehouse, S., & Drake, S. M. (2015). Internship and Empathy: Variations Across Time and Specialties. *Southern Medical Journal*, 108(10), 591–595. <http://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000000347>
- Berg, A., & Hallberg, I. R. (2000). Psychiatric nurses' lived experiences of working with inpatient care on a general team psychiatric ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(4), 323–33.
- Biering, P. (2010). Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: a critical review of the research literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(1), 65–72. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01505.x>
- Bigwood, S., & Crowe, M. (2008). “It’s part of the job, but it spoils the job’: a phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 215–22. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00526.x>
- Binnema, D. (2004). Interrelations of psychiatric patient experiences of boredom and mental

- health. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(8), 833–42.  
<http://doi.org/10.1080/01612840490506400>
- Björkdahl, A., Palmstierna, T., & Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(6), 510–518. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01548.x>
- Borille, D. C., Paes, M. R., & Brusamarello, T. (2013). Construction of a framework to the care of psychiatric nursing 1. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 3(12), 485–493.  
<http://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v12i3.15774>
- Botha, M. E. (1989). Theory development in perspective: the role of conceptual frameworks and models in theory development. *Journal of Advanced Nursing*, 14(1), 49–55.  
<http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1989.tb03404.x>
- Bowers, L., Nijman, H., Simpson, A., & Jones, J. (2011). The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(2), 143–148.  
<http://doi.org/10.1007/s00127-010-0180-8>
- Breimaier, H. E., Heckemann, B., Halfens, R. J. G., & Lohrmann, C. (2015). The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): a useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice. *BMC Nursing*, 14(1), 43. <http://doi.org/10.1186/s12912-015-0088-4>

- 244 Referencias bibliográficas
- Callejo, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: El silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública*, (76), 409–422.
- Cameron, D., Kapur, R., & Campbell, P. (2005). Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(1), 64–74.  
<http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00796.x>
- Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2009). Content analysis in studies using the clinical-qualitative method: application and perspectives. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 259–264. <http://doi.org/10.1590/S0104-11692009000200019>
- Camuccio, C. A, Chambers, M., Välimäki, M., Farro, D., & Zanotti, R. (2012). Managing distressed and disturbed patients: the thoughts and feelings experienced by Italian nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(9), 807–15.  
<http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01857.x>
- Carrillo-Pineda M., Leyva-Moral J.M., Medina-Moya J.L. (2011) El análisis de los datos cualitativos: un proceso complejo. *Index de Enfermería* 20(1-2), 96-100.
- Chalifour, J. (1994). *La relación de ayuda en cuidados de enfermería. Una perspectiva holística y humanista*. Barcelona: SG.
- Chambers, M., Gillard, S., Turner, K., & Borschmann, R. (2013). Evaluation of an educational practice development programme for staff working in mental health inpatient environments. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 362–73.  
<http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01964.x>
- Chiovitti, R. F. (2008). Nurses' meaning of caring with patients in acute psychiatric hospital

- settings: a grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(2), 203–23. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.018>
- Cibanal Juan, L., Arce Sánchez, M. del C., & Carballal Balsa, M. del C. (2010). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud* (2nd ed.). Barcelona: Elsevier.
- Clark, L. (2012). The therapeutic relationship and Mental Health Nursing: it is time to articulate what we do! *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(9), 839–43. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01944.x>
- Cleary, M., & Edwards, C. (1999). “Something always comes up”: nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(6), 469–77.
- Cleary, M., Horsfall, J., Mannix, J., O’Hara-Aarons, M., & Jackson, D. (2011). Valuing teamwork: Insights from newly-registered nurses working in specialist mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(6), 454–459. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00752.x>
- Cleary, M., Horsfall, J., O’Hara-Aarons, M., Jackson, D., & Hunt, G. E. (2012). Mental health nurses’ perceptions of good work in an acute setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(5), 471–479. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00810.x>
- Cleary, M., Hunt, G. E., Horsfall, J., & Deacon, M. (2012). Nurse-Patient Interaction in Acute Adult Inpatient Mental Health Units: a Review and Synthesis of Qualitative Studies. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(2), 66–79. <http://doi.org/10.3109/01612840.2011.622428>

- Clements, K. (2012). Participatory action research and photovoice in a psychiatric nursing/clubhouse collaboration exploring recovery narrative. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(9), 785–91. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01853.x>
- Coffey, M., & Hewitt, J. (2008). “You don’t talk about the voices’: voice hearers and community mental health nurses talk about responding to voice hearing experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1591–600. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02185.x>
- Collet, J.-P., Skippen, P. W., Mosavianpour, M. K., Pitfield, A., Chakraborty, B., Hunte, G., ... McKellin, W. H. (2014). Engaging pediatric intensive care unit (PICU) clinical staff to lead practice improvement: the PICU participatory action research project (PICU-PAR). *Implementation Science* : IS, 9, 6. <http://doi.org/10.1186/1748-5908-9-6>
- Connor, S. L., & Wilson, R. (2006). It’s important that they learn from us for mental health to progress. *Journal of Mental Health*, 15(4), 461–474. <http://doi.org/10.1080/09638230600801454>
- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A. M., & Herrero, O. (2011). Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Anales de Psicología*, 27(2), 298–301.
- Currid, T. (2009). Experiences of stress among nurses in acute mental health settings. *Nursing Standard*, 23(44), 40–46. <http://doi.org/10.7748/ns2009.07.23.44.40.c7108>
- Cutcliffe, J. R., Santos, J. C., Kozel, B., Taylor, P., & Lees, D. (2015). Raiders of the Lost Art: A review of published evaluations of inpatient mental health care experiences emanating from the United Kingdom, Portugal, Canada, Switzerland, Germany and

- Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), 375–385.  
<http://doi.org/10.1111/inm.12159>
- Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimension approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126.
- Dawber, C. (2013a). Reflective practice groups for nurses: a consultation liaison psychiatry nursing initiative: part 1--The model. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(2), 135–44. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00839.x>
- Dawber, C. (2013b). Reflective practice groups for nurses: a consultation liaison psychiatry nursing initiative: part 2--the evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 241–8. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00841.x>
- Day, R. A. (2008). *Cómo escribir y publicar trabajos científicos* (4th ed.). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- De la Cuesta-Benjumea, C. (2011). La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 21(3), 163–7. <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.02.005>
- Deacon, M., & Cleary, M. (2013). The reality of teamwork in an acute mental health ward. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(1), 50–57. <http://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00340.x>
- Delgado Hito, P., Sola Prado, A., Mirabete Rodríguez, I., Torrents Ros, R., Blasco Afonso,

M., Barrero Pedraza, R., Catalá Gil, N., Mateos Dávila, A., & Quintero Canedo, M. (2001). Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión : una investigación-acción. *Enfermería Intensiva*, 12(3), 110–126.

Delgado-Hito, P. (2012). Métodos de la investigación cualitativa. In M. T. Icart Isern & A. M. Pulpón Segura (Eds.), *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis* (pp. 97–105). Barcelona: Publicaciones y Ediciones de la Universidad de Barcelona.

Delgado-Hito, P., & Gastaldo, D. M. (2006). Avaliação participativa do atendimento de enfermagem em uma unidade de tratamento intensivo na Espanha: da reflexão à mudança nas práticas do tratamento. In M. L. M. Bosi & F. J. Mercado (Eds.), *Avaliação qualitativa de programas de saúde: Enfoques emergentes* (pp. 281–312). Petrópolis: Vozes.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2013). *Strategies of Qualitative Inquiry*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Incorporated.

Duxbury, J. A., Wright, K., Bradley, D., & Barnes, P. (2010). Administration of medication in the acute mental health ward: perspective of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(1), 53–61. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00638.x>

Dziopa, F., & Ahern, K. (2009a). Three different ways mental health nurses develop quality therapeutic relationships. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(1), 14–22. <http://doi.org/10.1080/01612840802500691>

Dziopa, F., & Ahern, K. (2009b). What Makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric / Mental Health Nursing : A Review of the Research Literature. *Internet*

- Journal of Advanced Nursing Practice*, 10(1), 15236064. Retrieved from <http://web.ebscohost.com.proxy.library.uu.nl/ehost/detail?sid=4c09dcd8-6c62-4566-8e30-514ff64528fa@sessionmgr13&vid=4&hid=12&bdata=JnNpdGU9ZWlhvc3QtbGl2ZQ==#db=afh&AN=41024181>
- Evans, A. M. (2005). Patient or consumer? The colonization of the psychiatric clinic. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(4), 285–289. <http://doi.org/10.1111/j.1440-0979.2005.00395.x>
- Fitzpatrick, J. J. (2014). Relationship Based Care and the Psychiatric Mental Health Nurse. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28, 223. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.05.006>
- Forchuk, C. (1991). A comparison of the works of Peplau and Orlando. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(1), 38–45.
- Gaillard, L. M., Shattell, M. M., & Thomas, S. P. (2009). Mental health patients' experiences of being misunderstood. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 15(3), 191–9. <http://doi.org/10.1177/1078390309336932>
- Gibbs G.R. (2007) *Analyzing Qualitative Data*. London: Sage Publications.
- Goulter, N., Kavanagh, D. J., & Gardner, G. (2015). What keeps nurses busy in the mental health setting? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(6), 449–456. <http://doi.org/10.1111/jpm.12173>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación

250  
Referencias bibliográficas

cuantitativa. In C. Denman & J. A. Haro (Eds.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113–145). Sonora: Colegio de Sonora.

Hall, J. E. (2004). Restriction and control: the perceptions of mental health nurses in a UK acute inpatient setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(5), 539–52.  
<http://doi.org/10.1080/01612840490443473>

Hamrin, V., Iennaco, J., & Olsen, D. (2009). A review of ecological factors affecting inpatient psychiatric unit violence: implications for relational and unit cultural improvements. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(4), 214–26.  
<http://doi.org/10.1080/01612840802701083>

Hawamdeh, S., & Fakhry, R. (2014). Therapeutic relationships from the psychiatric nurses' perspectives: An interpretative phenomenological study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(3), 178–185. <http://doi.org/10.1111/ppc.12039>

Hem, M. H., & Heggen, K. (2003). Being professional and being human: one nurse's relationship with a psychiatric patient. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 101–108.  
<http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02677.x>

Hem, M. H., & Heggen, K. (2004). Rejection--a neglected phenomenon in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(1), 55–63.

Hewitt, J., & Coffey, M. (2005). Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 561–570.  
<http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03623.x>

Holm, A. L., & Severinsson, E. (2011). A hermeneutic approach to the characteristics of mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18,

843–850. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01736.x>

Hopkins, J. E., Loeb, S. J., & Fick, D. M. (2009). Beyond satisfaction, what service users expect of inpatient mental health care: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 927–37. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01501.x>

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233.

Hurley, J. (2009). A qualitative study of mental health nurse identities: many roles, one profession. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(6), 383–90. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00625.x>

Hutchinson, A., & Lovell, A. (2013). Participatory action research: moving beyond the mental health “service user” identity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(7), 641–9. <http://doi.org/10.1111/jpm.12001>

Ibáñez, J. (1979). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Teoría y crítica*. Madrid: Siglo XXI.

Imran, N., Aftab, M. A., Haider, I. I., & Farhat, A. (2013). Educating tomorrow’s doctors: A cross sectional survey of emotional intelligence and empathy in medical students of lahore. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 29(3), 710–714. <http://doi.org/10.12669/pjms.293.3642>

Kanerva, A., Kivinen, T., & Lammintakanen, J. (2015). Communication elements supporting

patient safety in psychiatric inpatient care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 298–305. <http://doi.org/10.1111/jpm.12187>

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1998). *Cómo planificar la investigación-acción*. Barcelona: Laertes.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (2008). Participatory Action Research. In Lincoln Y.S., & Denzin, K. (Ed.), *Strategies of Qualitative Inquiry* (3rd ed., pp. 271–330). London.

Kidd, S., Kenny, A., & McKinstry, C. (2015). Exploring the meaning of recovery-oriented care: An action-research study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 38–48. <http://doi.org/10.1111/inm.12095>

Kontio, R., Anttila, M., Lantta, T., Kauppi, K., Joffe, G., & Välimäki, M. (2014). Toward a Safer Working Environment on Psychiatric Wards: Service Users' Delayed Perspectives of Aggression and Violence-Related Situations and Development Ideas. *Perspectives in Psychiatric Care*, 271–279. <http://doi.org/10.1111/ppc.12054>

López de Ceballos, P. (2005). *Un método para la Investigación-Acción Participativa* (5th ed.). Madrid: Editorial Popular.

Mantzoukas, S. (2008). A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: Levelling the hierarchy. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 214–223. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01912.x>

Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung* (*Forum: Qualitative Social Research*), 1(2), 20. Retrieved from: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>

- McAllister, M., Matarasso, B., Dixon, B., & Shepperd, C. (2004). Conversation starters: re-examining and reconstructing first encounters within the therapeutic relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(5), 575–82. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00763.x>
- McAndrew, S., Chambers, M., Nolan, F., Thomas, B., & Watts, P. (2014). Measuring the evidence: reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 212–20. <http://doi.org/10.1111/inm.12044>
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41–9.
- McCann, T. V, Baird, J., Clark, E., & Lu, S. (2008). Mental health professionals' attitudes towards consumer participation in inpatient units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(1), 10–6. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01199.x>
- McCloughen, A., Gillies, D., & O'Brien, L. (2011). Collaboration between mental health consumers and nurses: Shared understandings, dissimilar experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 47–55. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00708.x>
- McCrae, N. (2014). Protected engagement time in mental health inpatient units. *Nursing Management*, 21(1), 28–31. <http://doi.org/10.7748/nm2014.03.21.1.28.e1179>
- McKernan, J. (2001). *Investigación-acción y currículum*. (2nd ed.). Madrid: Morata.

- Megens, Y., & Van Meijel, B. (2006). Quality of life for long-stay patients of psychiatric hospitals: a literature study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), 704–12. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.01018.x>
- Mental Health Act Commission. (2008). *Risk, Rights and Recovery: The Mental Health Act Commission Twelfth Biennial Report 2005-2007*. London.
- Mestre Escrivá, V., Dolores, M., Navarro, F., & García, S. (2004). La medida de la empatía : análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255–260.
- Moreland, J. J., Ewoldsen, D. R., Albert, N. M., Kosicki, G. M., & Clayton, M. F. (2015). Predicting Nurses' Turnover: The Aversive Effects of Decreased Identity, Poor Interpersonal Communication, and Learned Helplessness. *Journal of Health Communication*, 20(10), 1155–65. <http://doi.org/10.1080/10810730.2015.1018589>
- Moreno Poyato, A. R., & Tolosa Merlos, D. (2013). Reflexiones sobre la relación terapéutica y su práctica asistencial en enfermería de salud mental. *Revista ROL de Enfermería*, 36(12), 26–31.
- Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Leyva-Moral, J. M., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. F. (En prensa) The therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: a narrative review of the perspective of nurses and patients. *Archives of Psychiatric Nursing*. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>
- Muir-Cochrane, E., Oster, C., Grotto, J., Gerace, A., & Jones, J. (2013). The inpatient psychiatric unit as both a safe and unsafe place: implications for absconding. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(4), 304–12.

<http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00873.x>

- Munten, G., van den Bogaard, J., Cox, K., Garretsen, H., & Bongers, I. (2010). Implementation of evidence-based practice in nursing using action research: a review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(3), 135–57. <http://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2009.00168.x>
- Muralidharan, S., & Fenton, M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <http://doi.org/10.1002/14651858.CD002084.pub2>.
- Nolan, P., Bradley, E., & Brimblecombe, N. (2011). Disengaging from acute inpatient psychiatric care: a description of service users' experiences and views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(4), 359–67. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01675.x>
- Nugus, P., Greenfield, D., Travaglia, J., & Braithwaite, J. (2012). The politics of action research: “If you don't like the way things are going, get off the bus.” *Social Science and Medicine*, 75(11), 1946–1953. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.06.024>
- O'Brien, A. J. (2001). The therapeutic relationship: historical development and contemporary significance. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(2), 129–137. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00367.x>
- O'Connell, B., Ockerby, C. M., Johnson, S., Smenda, H., & Bucknall, T. K. (2013). Team clinical supervision in acute hospital wards: a feasibility study. *Western Journal of Nursing Research*, 35(3), 330–347. <http://doi.org/10.1177/0193945911406908>

- O'Connor, A. B. (2006). *Clinical instruction and evaluation: A teaching resource* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Oelke, N. D., da Silva Lima, M. A. D., & Acosta, A. M. (2015). [Knowledge translation: translating research into policy and practice]. *Revista Gaúcha de Enfermagem / EENFUFGRS*, 36(3), 113–7. <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.55036>
- Oelofsen, N. (2012). Using reflective practice in frontline nursing. *Nursing Times*, 108(24), 22–4. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1108/17506200710779521>
- Oeye, C., Bjelland, A. K., Skorpen, A., & Anderssen, N. (2009). User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible? *Nursing Inquiry*, 16(4), 287–296. <http://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00463.x>
- Onnela, A. M., Vuokila-Oikkonen, P., Hurtig, T., & Ebeling, H. (2014). Mental health promotion in comprehensive schools. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(7), 618–27. <http://doi.org/10.1111/jpm.12135>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Pazargadi, M., Fereidooni Moghadam, M., Fallahi Khoshknab, M., Alijani Renani, H., & Molazem, Z. (2015). The Therapeutic Relationship in the Shadow: Nurses' Experiences of Barriers to the Nurse-Patient Relationship in the Psychiatric Ward. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(7), 551–7. <http://doi.org/10.3109/01612840.2015.1014585>
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat.

- Pérez-Albéniz, A., Paúl, J. De, Etxeberría, J., Montes, M. P., & Torres, E. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index ( IRI ) al español. *Psicothema*, 15(2), 267–272.
- Pulpón Segura, A. M., & Icart Isern, M. T. (2012). Diseños de investigación experimental. In M. T. Icart Isern & A. M. Pulpón Segura (Eds.), *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis* (pp. 85–96). Barcelona: Publicaciones y Ediciones de la Universidad de Barcelona.
- Roche, M., Duffield, C., & White, E. (2011). Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), 1475–1486.  
<http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.001>
- Rogers, C. R. (1972). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.
- Roy, C. L. (1995). Developing nursing knowledge: practice issues raised from four philosophical perspectives. *Nursing Science Quarterly*, 8(2), 79–85.  
<http://doi.org/10.1177/089431849500800210>
- Scanlon, A. (2006). Psychiatric nurses' perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 319–29. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00958.x>
- Schafer, P. J. (1987). Philosophic analysis of a theory of clinical nursing. *Maternal-Child Nursing Journal*, 16(4), 289–368.
- Schröder, A., Ahlström, G., & Larsson, B. W. (2006). Patients' perceptions of the concept of

the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 93–102. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01241.x>

Schroeder, R. (2013). The seriously mentally ill older adult: perceptions of the patient-provider relationship. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(1), 30–40. <http://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00338.x>

Shattell, M. (2004). Nurse-patient interaction: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6), 714–22. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00965.x>

Shattell, M. M., Andes, M., & Thomas, S. P. (2008). How patients and nurses experience the acute care psychiatric environment. *Nursing Inquiry*, 15(3), 242–50. <http://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2008.00397.x>

Shattell, M. M., McAllister, S., Hogan, B., & Thomas, S. P. (2006). “She took the time to make sure she understood”: mental health patients’ experiences of being understood. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(5), 234–41. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.02.002>

Shattell, M. M., Starr, S. S., & Thomas, S. P. (2007). “Take my hand, help me out”: mental health service recipients’ experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 274–84. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00477.x>

Soininen, P., Välimäki, M., Noda, T., Puukka, P., Korkeila, J., Joffe, G., & Putkonen, H. (2013). Secluded and restrained patients’ perceptions of their treatment. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(1), 47–55. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00838.x>

- Stegink, E. E., van der Voort, T. Y. G. (Nienke), van der Hooft, T., Kupka, R. W., Goossens, P. J. J., Beekman, A. T. F., & van Meijel, B. (2015). The Working Alliance Between Patients With Bipolar Disorder and the Nurse: Helpful and Obstructive Elements During a Depressive Episode From the Patients' Perspective. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 290–296. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.005>
- Stenhouse, R. C. (2011). “They all said you could come and speak to us”: Patients' expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 74–80. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01645.x>
- Stewart, D., Burrow, H., Duckworth, A., Dhillon, J., Fife, S., Kelly, S., ... Bowers, L. (2015). Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(1), 82–90. <http://doi.org/10.1111/inm.12107>
- Stockmann, C. (2005). A literature review of the progress of the psychiatric nurse-patient relationship as described by Peplau. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(9), 911–9. <http://doi.org/10.1080/01612840500248197>
- Sweeney, A., Fahmy, S., Nolan, F., Morant, N., Fox, Z., Lloyd-Evans, B., ... Johnson, S. (2014). A mixed-methods study exploring therapeutic relationships and their association with service user satisfaction in acute psychiatric wards and crisis residential alternatives. *Health Services and Delivery Research*, 2(22), 1–106. <http://doi.org/10.3310/hsdr02220>
- Sweeney, A., Fahmy, S., Nolan, F., Morant, N., Fox, Z., Lloyd-Evans, B., ... Johnson, S.

(2014). The relationship between therapeutic alliance and service user satisfaction in mental health inpatient wards and crisis house alternatives: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 9(7). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0100153>

Tanioka, T., Kataoka, M., Yasuhara, Y., Miyagawa, M., & Ueta, I. (2011). The role of nurse administrators and managers in quality psychiatric care. *The Journal of Medical Investigation : JMI*, 58(1-2), 1–10.

Tashakkori, A., & Teddlie, C. (Eds.). (2003). *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Ediciones Paidós Básica.

Thomson, L. D. A., & Hamilton, R. (2012). Attitudes of mental health staff to protected therapeutic time in adult psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(10), 911–5. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01871.x>

Valles, M. S. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional* (3rd ed.). Madrid: Síntesis Editorial.

Van den Heever, A. E., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. P. H. (2013). Nurses and care workers' perceptions of their nurse-patient therapeutic relationship in private general hospitals, Gauteng, South Africa. *Health SA Gesondheid*, 18(1). <http://doi.org/10.4102/hsag.v18i1.727>

Van Der Merwe, M., Muir-Cochrane, E., Jones, J., Tziggili, M., & Bowers, L. (2013). Improving seclusion practice: implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(3), 203–15.

<http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01903.x>

Van Sant, J. E., & Patterson, B. J. (2013). Getting in and getting out whole: nurse-patient connections in the psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 36–45.

<http://doi.org/10.3109/01612840.2012.715321>

Voogt, L. A., Nugter, A., Goossens, P. J. J., & van Achterberg, T. (En prensa). An Interview Study on “Providing Structure” as an Intervention in Psychiatric Inpatient Care: The Nursing Perspective. *Perspectives in Psychiatric Care*, <http://doi.org/10.1111/ppc.12119>

Walsh, K. (1999). Shared humanity and the psychiatric nurse-patient encounter. *The Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8(1), 2–8.

Wand, T. (2010). Mental health nursing from a solution focused perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 210–219. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00659.x>

Ward, L. (2011). Mental health nursing and stress: maintaining balance. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(2), 77–85. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00715.x>

Ward, L. (2013). Ready, aim fire! Mental health nurses under siege in acute inpatient facilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 281–7. <http://doi.org/10.3109/01612840.2012.742603>

Waters, A., Sands, N., Keppich-Arnold, S., & Henderson, K. (2015). Handover of patient information from the crisis assessment and treatment team to the inpatient psychiatric

unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 193–202.  
<http://doi.org/10.1111/inm.12102>

Webster, D. (2010). Promoting empathy through a creative reflective teaching strategy: a mixed-method study. *The Journal of Nursing Education*, 49(2), 87–94.  
<http://doi.org/10.3928/01484834-20090918-09>

White, J. H., & Kudless, M. (2008). Valuing autonomy, struggling for an identity and a collective voice, and seeking role recognition: community mental health nurses' perceptions of their roles. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(10), 1066–87.  
<http://doi.org/10.1080/01612840802319779>

White, J., Hemingway, S., & Stephenson, J. (2014). Training mental health nurses to assess the physical health needs of mental health service users: a pre- and post-test analysis. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(4), 243–50. <http://doi.org/10.1111/ppc.12048>

Wilshaw, G., & Trodden, I. (2015). How do nurses experience reflective practice? *Nursing Times*, 111(42), 25–7.

Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 181–189. <http://doi.org/10.1111/inm.12121>

Zeppegno, P., Gramaglia, C., Feggi, A., Lombardi, A., & Torre, E. (2015). The effectiveness of a new approach using movies in the training of medical students. *Perspectives on Medical Education*, 4(5), 261–263. <http://doi.org/10.1007/s40037-015-0208-6>

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato

## FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN

### 1. FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se ha desarrollado gracias a la siguiente financiación:

**Título:** Mejorando la relación terapéutica en los cuidados enfermeros a través de la evidencia. Una investigación –acción participativa en unidades de agudos de psiquiatría.

**Investigador principal:** Antonio R. Moreno Poyato.

**Equipo investigador:** María Pilar Montesó Curto, Pilar Delgado Hito, Rosa Aceña Domínguez, Regina Carreras Salvador, Juan Manuel Leyva Moral, Maria Teresa Lluch Canut, Raquel Suárez Pérez, Juan Francisco Roldán Merino.

**Entidad Financiadora:** Col.legi Oficial d’Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB).

**Expediente:** 1915-14.

**Fecha de inicio y finalización:** 1 de enero de 2015 a 31 de diciembre de 2017.

**Financiación total del proyecto:** 5489 Euros.

## 2. DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

### 2.1. ARTÍCULOS

#### Publicaciones internacionales

Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Leyva-Moral, J. M., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. F. (en prensa). The therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: a narrative review of the perspective of nurses and patients. *Archives of Psychiatric Nursing*. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>

Moreno-Poyato, A. R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Leyva-Moral, J. M., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Roldán-Merino, J. F., Lluch-Canut, T., Montesó-Curto, P. (2016). Implementation of evidence on the nurse-patient relationship in psychiatric wards through a mixed method design: study protocol. Manuscrito enviado para publicación a *BMC Health Services Research*.

#### Publicaciones nacionales

Moreno Poyato, A. R., Montesó Curto, M. P., & Suárez Pérez, R. (2015). Un día en la unidad de hospitalización de psiquiatría. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería Y Humanidades*, 42(19), 15–21. <http://doi.org/10.14198/cuid.2015.42.03>

## 2.2. PONENCIAS/COMUNICACIONES

### Ponencias

Moreno-Poyato, A. R. (2016). Generando cambios y mejoras en la práctica clínica a través de métodos participativos. *En XXXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental* (pp.131-141). Cádiz, España: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental.

### Comunicaciones orales

Rodríguez-González, C., Cuixart-Alfaro, M.I., Jiménez-Moyano, P., Daura-Luna, C., & Moreno-Poyato, A.R. (2016). Reflexiones metodológicas de las enfermeras integrantes del proceso de una Investigación-Acción Participativa en unidades de agudos de psiquiatría. *En XXXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental*. Cádiz, España: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental.

Moreno Poyato, A. R., Montesó Curto, P., Delgado Hito, P.; Arroyo Núñez, M.A., Cuixart Alfaro, M.I., Delgado Cano, V., Esteva Barceló, A.; Jiménez Moyano, P., & Morales Jiménez, J. (2015). Explorando la relación terapéutica en la práctica clínica de unidades de psiquiatría: percepciones de las enfermeras. *En XIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados*. Cuenca, España: INVESTEN-isciii

Moreno Poyato, A.R., Montesó Curto, M.P., Delgado Hito, P., González Contreras, L., & Aceña Domínguez, R. (2015). Hacia un modelo integrador de la Relación Terapéutica en unidades de psiquiatría: construyendo puentes entre la práctica clínica y la reflexión teórica. *En XXXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental*. Burgos, España: Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental

Moreno Poyato, A.R., Montesó Curto, M.P., Delgado Hito, P., & Lluch Canut, M.T. (2014).

La Investigación-Acción Participativa como método para mejorar los cuidados en las unidades de agudos de psiquiatría. *En V Congreso Internacional da ASPESM*. Braga, Portugal: ASPESM

Moreno Poyato, A.R., Suárez Pérez R., González Contreras, L., Bádenas Orts, L., Cabezas Sánchez, M.V., & Aceña Domínguez, R. (2014). La Relación Terapéutica en la enfermería de salud mental del S. XXI. Resultados preliminares de una revisión sistemática de la literatura. *En XXXI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental*. Toledo, España: Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental.

### **Comunicaciones tipo póster**

Esteva-Barceló, A., Romar-Navia, R., Sánchez-Pérez, N., Aceña-Domínguez, R., & Moreno-Poyato, A.R. (2016). La relación terapéutica en unidades de agudos de psiquiatría: evaluación de los constructos empatía y alianza terapéutica. *En XXXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental*. Cádiz, España: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental.

Delgado-Cano, V., Morales-Jiménez, J., Arroyo-Núñez, M.A., Aliart-Perarnau, X., & Moreno-Poyato, A.R. (2016). Implantación de evidencias en unidades de psiquiatría a través de una investigación-acción participativa: propuestas de mejora para el establecimiento de la Relación Terapéutica. *En XXXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental*. Cádiz, España: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental.

Moreno Poyato, A.R., Montesó Curto, M.P., Delgado Hito, P., Suárez Pérez, R. Lluch Canut, M.T., & Roldán Merino, J.F. (2015). The therapeutic relationship in nursing care in psychiatric units: evaluation of the therapeutic alliance construct. *En VI Congresso Internacional da ASPESM*. Ponta Delgada, Portugal: ASPESM.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato

## **ANEXOS**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato

## ANEXO I

### HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENFERMERAS PARTICIPANTES

**Investigador responsable:** Antonio R. Moreno Poyato

**Cargo:** Profesor Escuela Superior Enfermería del Mar. Enfermero urgencias psiquiatría CAEM.

**Institución:** Parc de Salut Mar de Barcelona.

**Contacto:** [armorenop@parcdesalutmar.cat](mailto:armorenop@parcdesalutmar.cat)

**Título proyecto:** MEjorando la Relación Terapéutica en los Cuidados Enfermeros a Través de la Evidencia (MERTCEATE)

La investigación Mejorando la relación terapéutica en los cuidados enfermeros a través de la evidencia es un proyecto de tesis doctoral. Su finalidad es promover la mejora en el establecimiento de la relación terapéutica entre profesionales de enfermería y pacientes en unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría. Contribuyendo así a la mejora en la calidad de cuidados enfermeros en pacientes con problemas de salud mental.

De acuerdo con el diseño de la investigación, los participantes formaran parte de un grupo de investigación-acción participativa. Los participantes llevarán a cabo las siguientes actividades: responderán 3 cuestionarios al comenzar y terminar el proceso, elaborarán un diario de estudio en base a su auto-observación clínica y asistirán durante el proceso a 3 sesiones grupales, donde se debatirán temas relacionados con los objetivos del estudio. La duración del proceso de investigación, en su fase de trabajo de campo, se prevé se produzca entre octubre de 2014 y febrero de 2016.

En cumplimiento con lo dispuesto en la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter personal, se informa de que los datos aportados se incorporarán a un fichero denominado Datos\_MERTCEATE, y que la información

aportada, tanto en los cuestionarios como en los grupos, será tratada de forma totalmente confidencial. Se eliminará cualquier dato o nombre que pueda permitir el reconocimiento de la identidad de los informantes. Los datos quedarán reservados para los fines de este proyecto de investigación. Los datos se utilizarán para redactar un informe final en el que se podrán utilizar expresiones textuales de los participantes, respetando su anonimato.

En cualquier momento, previo a la redacción del informe, los informantes tienen el derecho de solicitar que los datos cedidos no sean tenidos en cuenta a la hora de redactar dicho informe. Igualmente, antes o después de la redacción del informe, los participantes tienen derecho a solicitar la destrucción de cualquier documento o soporte informático en el que se conserven los datos cedidos. Y de la misma manera, los participantes tienen derecho a renunciar a la participación en el estudio en cualquier momento del mismo.

Esperamos que esta investigación contribuya a un mayor conocimiento del establecimiento de la relación terapéutica y a sus dificultades. Y, por tanto, promueva la mejora en la calidad de los cuidados que prestamos diariamente a pacientes en unidades de agudos de psiquiatría.

Agradecido, quedo a la disposición para proporcionar toda aquella información adicional que se precise.

Barcelona, julio de 2014.

Antonio R. Moreno Poyato  
Investigador principal  
[Armorenop@parcdesalutmar.cat](mailto:Armorenop@parcdesalutmar.cat)

**Título proyecto:** MEjorando la Relación Terapéutica en los Cuidados Enfermeros a Través de la Evidencia (MERTCEATE)

**Investigador responsable:** Antonio R. Moreno Poyato

**Centro:** Parc de Salut Mar de Barcelona

### Datos del participante

**Nombre:**

**DNI:**

1. Declaro que he leído y entendido la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio, así como los posibles beneficios y riesgos del mismo.
3. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo.

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

Firmo por duplicado, quedándome con una copia

Fecha:

Firma del participante:

## **ANEXO II**

### **DOSSIER-GUÍA PARA LOS PARTICIPANTES**

#### **PROYECTO MERTCEATE**

## **DOSSIER-GUÍA PARA LOS PARTICIPANTES**

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



Proyecto financiado por el Col.legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona

(COIB): PR: 1915/14

La investigación “Mejorando la práctica clínica enfermera mediante la implementación de la evidencia sobre la relación terapéutica” es un proyecto de tesis doctoral cuya finalidad es promover la mejora en el establecimiento de la relación terapéutica entre profesionales de enfermería y pacientes en unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría. Contribuyendo así a la mejora en la calidad de cuidados enfermeros en pacientes con problemas de salud mental.

La finalidad de este dossier-guía es acompañar al participante en el proyecto durante todo su proceso, proporcionando medidas de soporte para su comprensión y facilitar el registro de las actividades efectuadas.

La duración del proceso de investigación, en su fase de trabajo de campo, se prevé se produzca entre octubre de 2014 y febrero de 2016.

Esperamos que esta investigación contribuya a un mayor conocimiento del establecimiento de la relación terapéutica y a sus dificultades. Y, por tanto, promueva la mejora en la calidad de los cuidados que prestamos diariamente a pacientes en unidades de agudos de psiquiatría.

Muchas gracias por vuestra colaboración.



Barcelona, 15 de enero de 2015

Antonio R. Moreno Poyato

## ***I. LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA Y EL ROL DE SUS PARTICIPANTES***

De acuerdo con el diseño de la investigación, los participantes formaran parte de un grupo de Investigación-Acción Participativa (IAP). La IAP plantea un método de investigación dinámico, mediante un proceso abierto, holístico e igualitario entre investigadores y participantes (Delgado Hito et al., 2001); un proceso en acción que necesita pasar por la experiencia y la reflexión para llegar a mejorar o cambiar las prácticas.

LA IAP considera la generación de conocimiento como un proceso colaborativo, donde las habilidades y experiencias de cada participante son fundamentales para el resultado del trabajo. Para la planificación de este proyecto se han seguido las pautas proporcionadas por los autores Kemmis y McTaggart (1998).

La IAP es un método de investigación cualitativa que precisa de un rol activo tanto por parte de los investigadores, como de los participantes. Este rol activo conlleva el compromiso y la responsabilidad individual de todas las partes para trabajar conjuntamente, con el fin de desarrollar adecuadamente el proceso de IAP y poder mejorar la práctica enfermera en unidades de psiquiatría.

Las diferentes actividades que conciernen al rol de los investigadores y al de los participantes se describen a continuación:

## 1. ROL DE LOS INVESTIGADORES

<b>ASPECTO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>ORGANIZATI VO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Encontrar un lugar para las reuniones.</li><li>• Encontrar los mejores día y hora para la realización de las reuniones.</li><li>• Intercambiar los datos de contacto (mail y número de teléfono) con los participantes.</li><li>• Distribuir la orden del día antes de cada reunión.</li><li>• Fotocopiar todos los documentos para las participantes.</li></ul>
<b>SOPORTE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reunir, adaptar y elaborar la documentación adicional para el adecuado desarrollo de cada etapa del proceso de IAP.</li><li>• Poner a disposición de los participantes bibliografía relativa a la metodología y tema de estudio.</li><li>• Mantener el contacto regular (personal, vía mail o telefónica) con todos los participantes para ofrecer ayuda o aclarar dudas.</li><li>• Favorecer la expresión de aquello que los participantes no comprendan.</li><li>• Explicar la reunión a las participantes que no puedan asistir.</li><li>• Agradecer a los participantes el trabajo realizado mediante:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Un certificado de participación en el estudio para cada uno de los participantes.</li><li>○ La inclusión de aquellos participantes que lo deseen en el equipo investigador del proyecto financiado por el COIB.</li></ul></li></ul>

<b>METODOLÓGICO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Favorecer la toma de decisiones y el consenso</li><li>• Ofrecer la posibilidad de cambiar ciertos aspectos de la investigación.</li><li>• Promover la reflexión.</li><li>• Realizar una síntesis de los temas tratados al finalizar cada reunión para que los participantes den su aprobación.</li><li>• Hacer resúmenes escritos de las reuniones donde se recojan las decisiones tomadas en cada reunión y enviarlos a los participantes para su aprobación.</li><li>• Presentar la transcripción de todas las reuniones para su verificación.</li><li>• Reconocer los límites del estudio.</li><li>• Dirigirse a las participantes, durante las reuniones, mediante el pseudónimo que elijan para preservar su anonimato.</li><li>• Recordar la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento.</li></ul>
---------------------	---

## 2. ROL DE LOS PARTICIPANTES

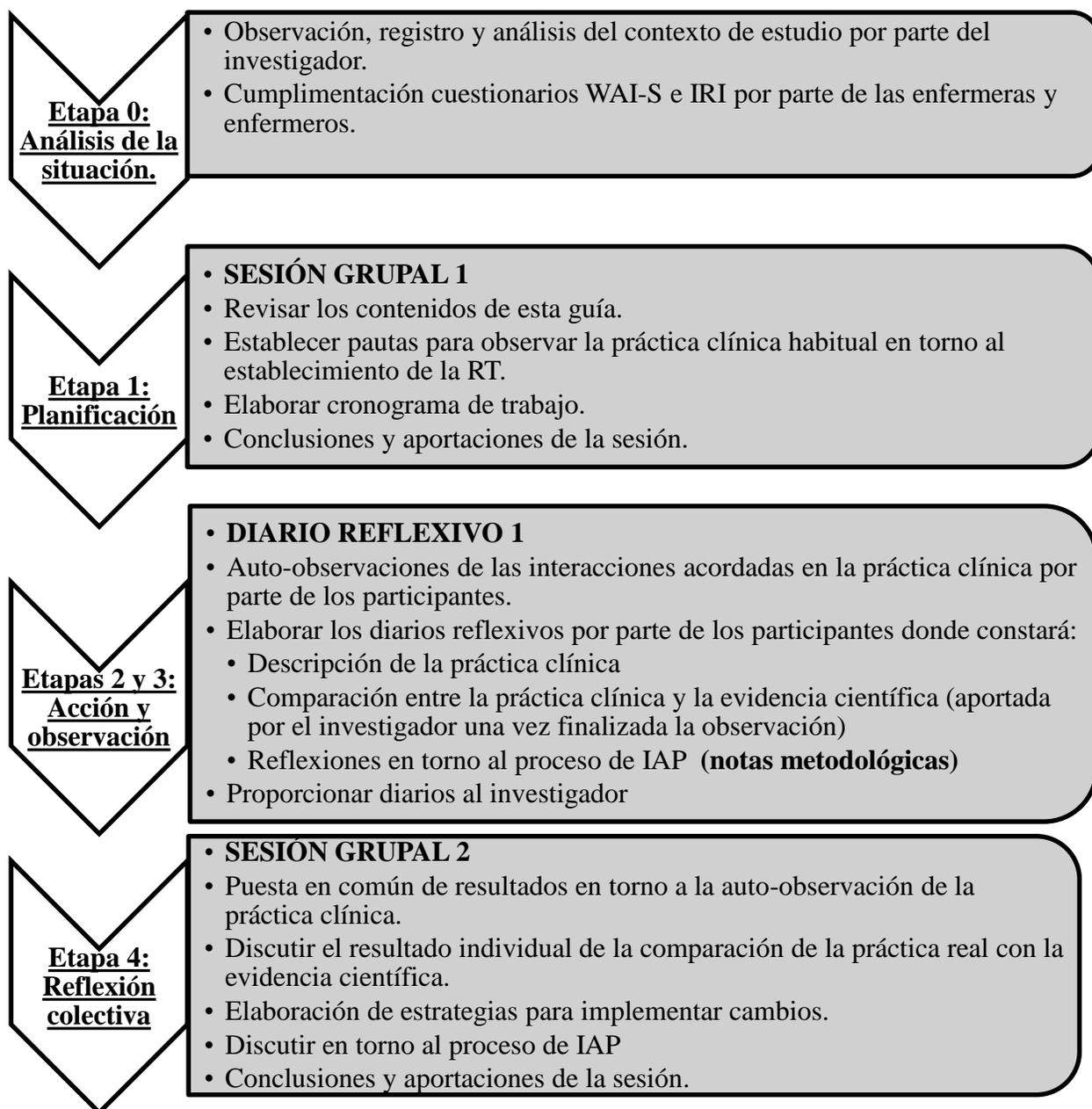
<b>ASPECTO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>ORGANIZATIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estar disponibles para las reuniones</li><li>• Ser puntuales</li><li>• Informar de cuando terminan la observación y el registro de la misma en su diario de campo.</li><li>• Informar de cuando finalizan el registro de los diarios</li></ul>
<b>SOPORTE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proporcionar al equipo investigador el registro de los datos recogidos por los participantes (cuestionarios y diarios).</li><li>• Leer y utilizar la documentación adicional para realizar las diferentes etapas de la IAP de forma adecuada</li><li>• Solventar cualquier duda o informar de la necesidad de información adicional en cualquier momento</li></ul>

<b>METODOLÓGICO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Participar de forma activa</li><li>• Consensuar la planificación del estudio.</li><li>• Evaluar y analizar las situaciones vividas</li><li>• Proponer y tomar decisiones</li><li>• Implementar las estrategias de cambio consensuadas por el grupo.</li><li>• Estar abiertos al proceso (ventajas, dificultades, críticas)</li><li>• Elegir un pseudónimo para preservar su anonimato en la transcripción de las reuniones</li><li>• Aprobación al inicio de cada reunión del resumen enviado donde se recogen las decisiones tomadas en la reunión anterior</li><li>• Verificar la transcripción de cada reunión.</li></ul>
---------------------	--

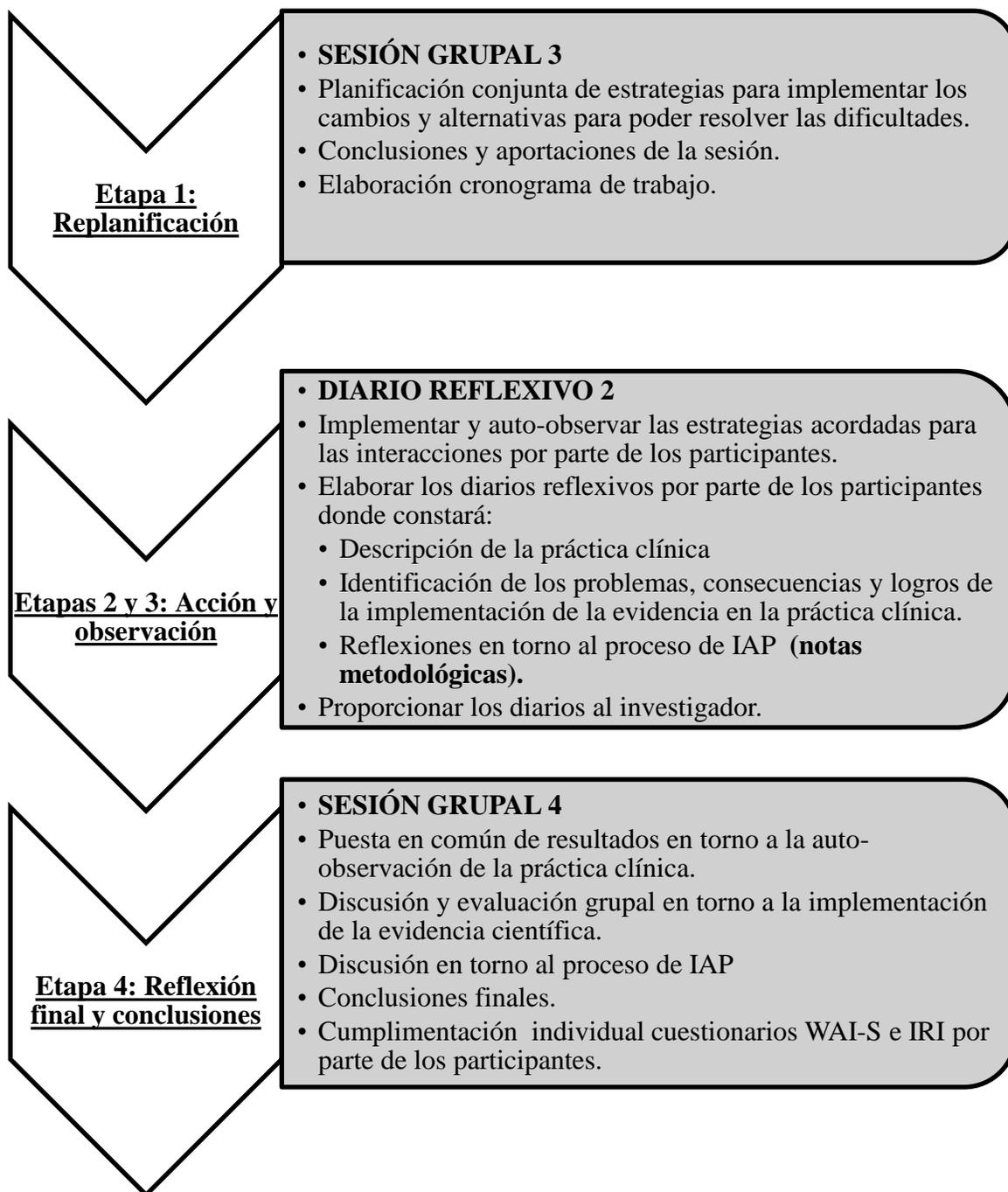
Los roles definidos son susceptibles de modificarse mediante el consenso de ambas partes siempre que la modificación no suponga un detrimento de la calidad metodológica del proyecto.

## II. FASES DE TRABAJO DE CAMPO DEL PROYECTO MERTCEATE

### FASE 1: De octubre de 2014 a junio de 2015



### FASE 2: De junio de 2015 a febrero 2016.



### **III. COMO ELABORAR EL DIARIO REFLEXIVO DE CAMPO**

El diario es un escrito personal constituido, en este proyecto, por la descripción, la interpretación, reflexión y evaluación de las interacciones efectuadas en la práctica clínica por nuestra parte. Se trata de describir cada interacción de tal manera que cualquier persona que no haya presenciado la escena sea capaz de visualizarla.

En este caso, el diario reflexivo constituye una de las principales herramientas de investigación del proyecto. Hay que tener en cuenta que su uso implica pasión, disciplina, observación, memoria de los eventos e interés, entre otros.

Por tanto, se trata de:

- 1. Documentar y sistematizar la experiencia llevada a cabo.**
- 2. Reflexionar y pensar por escrito sobre las experiencias vividas.**
- 3. Reflexionar sobre el proceso de IAP.**

**Algunas recomendaciones** para su elaboración:

1. No tener miedo de escribir la experiencia personal y las actividades profesionales. Anotar todo antes de que se pueda olvidar.
2. Registrar observaciones y notas de campo que puedan servir de ayuda para recordar lo sucedido. El registro debe iniciarse desde los primeros contactos con la experiencia que se quiere documentar.
3. Tener orden y regularidad en el registro de las notas. Ayuda el realizar la identificación completa, fecha, tiempo de observación, lugar, circunstancias especiales.

#### ***IV. QUÉ OBSERVAR DE LA PRÁCTICA CLÍNICA***

El grupo en las sesiones conjuntas decidirá qué **tipo** de interacción se debe observar, en qué **momento**, durante **cuanto** espacio de tiempo y qué **número total** de interacciones.

Para estructurar la observación de las interacciones, fundamentalmente ha de estar centrada en tres aspectos:

##### **1. EL LENGUAJE Y DISCURSO.**

###### **Ejemplos:**

¿Cuáles son las palabras e ideas que se utilizan en la interacción?

¿Siempre se utilizan las mismas ideas y palabras o han cambiado en el curso de los años o según el tipo de paciente?

¿Cómo es el lenguaje verbal y no verbal?

¿Hay directrices profesionales en relación con su uso, las usamos habitualmente?

##### **2. LAS ACTIVIDADES Y PRÁCTICAS.**

###### **Ejemplos:**

¿Qué actividades se llevan a cabo en el contexto de la interacción?

¿Qué hace que sean terapéuticas?

¿Cuáles son las que se definen como enfermeras? y cuál es nuestro papel según la evidencia?

### **3. LAS RELACIONES SOCIALES CON EL PACIENTE, EL EQUIPO Y LA ORGANIZACIÓN.**

#### **Ejemplos:**

¿Qué tipo de relación se establece con el paciente?

¿Cuáles son las relaciones con el equipo en el contexto de la interacción?

¿Cómo influyen esas relaciones en la interacción?

## V. *QUÉ OBSERVAR DEL PROCESO DE IAP*

Las observaciones y reflexiones sobre el proceso de IAP son lo que denominamos **notas metodológicas** y deben de estar incluidas en el Diario de Campo:

### 1. **Después de cada auto-observación**, se debe incluir:

- *¿Cómo ha ido el desarrollo de la auto-observación?*
- *¿Qué esperaba y cómo ha ido realmente?*
- *¿He podido observar tal y como creía en un principio?*
- *Dificultades y facilidades a la hora de realizar la auto-observación*
- *Solución a problemas y modificaciones de la auto-observación para solventarlos.*
- *Etc.*

2. **Tras cada etapa de la IAP** y cada vez que lo consideréis oportuno con el fin de reflejar como se va realizando la IAP y todo lo que conlleva:

- *¿Qué dificultades y facilidades he encontrado a la hora de realizar esta etapa de la IAP?*
- *¿Qué problemas me he encontrado y cómo los he solucionado?*

3. **En cualquier momento de la investigación**, consideraciones referentes al cumplimiento de las responsabilidades como participantes.

- *¿Qué me ha aportado de bueno realizar esta etapa de la IAP? ¿y la IAP en general?*
- *¿Cuál es tu percepción sobre este tipo de investigación?*
- *¿Consideras las reflexiones individuales y colectivas esenciales para el cambio?*
- *¿Está mejorando mi práctica profesional? ¿En qué sentido?*
- *¿Ha mejorado la comprensión sobre mi práctica profesional? ¿Cómo?*
- *¿Qué he aprendido?*

- *¿Este método te ha ayudado a realizar otras cosas o prácticas que no habías pensado que se podrían hacer?*
- *¿Cuáles son las limitaciones encontradas? ¿Por qué?*
- *Etc.*

Para facilitar el registro de las notas metodológicas se puede utilizar el apartado en el Diario de Campo denominado **Notas Metodológicas**.

**VI. DIARIO DE CAMPO DE LOS PARTICIPANTES**

<b>FASE 1 (Etapa 3): DIARIO REFLEXIVO 1</b>	<b>Código:</b>
<b>Interacción 1 (Tipo de interacción):</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Descripción y reflexión de lo referente al lenguaje y discurso:</b>	

**Descripción y reflexión de lo referente a las actividades y prácticas:**

**Descripción y reflexión de lo referente a las relaciones:**

**Notas metodológicas:**

**Otras reflexiones:**

<b>FASE 1 (Etapa 3): DIARIO REFLEXIVO 1</b>	<b>Código:</b>
<b>Interacción 2 (Tipo de interacción):</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Descripción y reflexión de lo referente al lenguaje y discurso:</b>	

**Descripción y reflexión de lo referente a las actividades y prácticas:**

**Descripción y reflexión de lo referente a las relaciones:**

**Notas metodológicas:**

**Otras reflexiones:**

<b>FASE 1 (Etapa 3): DIARIO REFLEXIVO 1</b>	<b>Código:</b>
<b>Comparación entre la práctica clínica y la evidencia científica</b>	
<b>Fecha:</b>	
<b>Descripción y reflexión de lo referente al lenguaje y discurso:</b>	

**Descripción y reflexión de lo referente a las actividades y prácticas:**

**Descripción y reflexión de lo referente a las relaciones:**

**Notas metodológicas:**

**Otras reflexiones:**

<b>FASE 2 (Etapa 2): DIARIO REFLEXIVO 2</b>	<b>Código:</b>
<b>Interacción 1 (Tipo de interacción):</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Descripción y reflexión de lo referente al lenguaje y discurso:</b>	

**Descripción y reflexión de lo referente a las actividades y prácticas:**

**Descripción y reflexión de lo referente a las relaciones:**

**Notas metodológicas:**

**Otras reflexiones:**

<b>FASE 2 (Etapa 2): DIARIO REFLEXIVO 2</b>	<b>Código:</b>
<b>Interacción 2 (Tipo de interacción):</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Descripción y reflexión de lo referente al lenguaje y discurso:</b>	

**Descripción y reflexión de lo referente a las actividades y prácticas:**

**Descripción y reflexión de lo referente a las relaciones:**

**Notas metodológicas:**

**Otras reflexiones:**

<b>FASE 2 (Etapa 2): DIARIO REFLEXIVO 1</b>	<b>Código:</b>
<b>Identificación de los problemas, consecuencias y logros de la implementación de la evidencia en la práctica clínica.</b>	
<b>Fecha:</b>	
<b>Descripción y reflexión de lo referente al lenguaje y discurso:</b>	

**Descripción y reflexión de lo referente a las actividades y prácticas:**

**Descripción y reflexión de lo referente a las relaciones:**

**Notas metodológicas:**

**Otras reflexiones:**

## ANEXO III

### CUESTIONARIO WORKING ALLIANCE INVENTORY SHORT (WAI-S)

#### VERSIÓN PROFESIONAL

**Código:**

**Fecha:**

Los datos se utilizarán para su análisis y no se hará ningún intento de identificarle personalmente. En esta página hay frases que describen las distintas **opiniones o emociones** que una enfermera puede tener **en relación con sus pacientes**. Si la frase describe lo que usted opina o siente **siempre** acerca de sus pacientes, rodee con un círculo el número **7**; si por el contrario **nunca opina o siente así** acerca de ella, marque el número **1**. Emplee los números intermedios para expresar su opinión entre estos dos extremos.

**Conteste a las preguntas con la mayor sinceridad.**  
**Gracias por su ayuda en completar este cuestionario.**

#### 1. Mi paciente y yo estamos de acuerdo sobre qué hacer para mejorar su situación.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

#### 2. Mi paciente y yo estamos seguros de la utilidad de las actividades que realizamos a través de la relación terapéutica.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

#### 3. Creo que a mi paciente le caigo bien.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

#### 4. Tengo dudas sobre lo que estamos intentando conseguir en la relación terapéutica.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**5. Confío en mi capacidad para ayudar a mi paciente.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**6. Mi paciente y yo estamos trabajando para conseguir los objetivos que hemos acordado.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**7. Aprecio a mi paciente como persona.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**8. Estamos de acuerdo sobre lo que es importante que trabaje mi paciente.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**9. Entre mi paciente y yo hemos creado un clima de confianza mutua.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**10. Mi paciente y yo tenemos distintas ideas sobre cuáles son sus verdaderos problemas.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**11. Mi paciente y yo entendemos qué tipo de cambios le vendrían bien.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**12. Mi paciente cree que estamos trabajando en su problema de forma adecuada.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

## ANEXO IV

### CUESTIONARIO INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX

**Código:**

**Fecha:**

Los datos se utilizarán para su análisis y no se hará ningún intento de identificarle personalmente. **Las siguientes frases se refieren a sus pensamientos y sentimientos en una variedad de situaciones.** Si la frase **describe muy bien** lo que usted opina o siente acerca de la situación planteada, rodee con un círculo el número **5**; si por el contrario **no describe bien** lo que opina o siente sobre la situación, marque el número **1**. Emplee los números intermedios para expresar su opinión entre estos dos extremos.

**Conteste a las preguntas con la mayor sinceridad.**

**Gracias por su ayuda en completar este cuestionario.**

#### 1. Sueño y fantaseo, bastante a menudo, acerca de las cosas que me podrían suceder.

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

#### 2. A menudo tengo sentimientos tiernos y de preocupación hacia la gente menos afortunada que yo.

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

#### 3. A menudo encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

#### 4. A veces no me siento muy preocupado por otras personas cuando tienen problemas.

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**5. Verdaderamente me identifico con los sentimientos de los personajes de una novela.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**6. En situaciones de emergencia me siento aprensivo e incómodo.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**7. Soy normalmente objetivo cuando veo una película u obra de teatro y no me involucro completamente.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**8. Intento tener en cuenta cada una de las partes (opiniones) en un conflicto antes de tomar una decisión.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**9. Cuando veo que a alguien se le toma el pelo tiendo a protegerlo.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**10. Normalmente siento desesperanza cuando estoy en medio de una situación muy emotiva.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**11. A menudo intento comprender mejor a mis amigos imaginándome cómo ven ellos las cosas (poniéndome en su lugar).**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**12. Resulta raro para mí implicarme completamente en un buen libro o película.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**13. Cuando veo a alguien herido tiendo a permanecer calmado.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**14. Las desgracias de otros normalmente no me molestan mucho.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**15. Si estoy seguro que tengo la razón en algo no pierdo tiempo escuchando los argumentos de los demás.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**16. Después de ver una obra de teatro o cine me he sentido como si fuera uno de los personajes.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**17. Cuando estoy en una situación emocionalmente tensa me asusto.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**18. Cuando veo a alguien que está siendo tratado injustamente a veces no siento ninguna compasión por él.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**19. Normalmente soy bastante eficaz al ocuparme de emergencias.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**20. A menudo estoy bastante afectado emocionalmente por cosas que veo que ocurren.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**21. Pienso que hay dos partes para cada cuestión e intento tener en cuenta ambas partes.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**22. Me describiría como una persona bastante sensible.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**23. Cuando veo una buena película puedo muy fácilmente situarme en el lugar del protagonista.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**24. Tiendo a perder el control durante las emergencias.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**25. Cuando estoy disgustado con alguien normalmente intento ponerme en su lugar por un momento.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**26. Cuando estoy leyendo una historia interesante o una novela imagino cómo me sentiría si los acontecimientos de la historia me sucedieran a mí.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**27. Cuando veo a alguien que necesita urgentemente ayuda en una emergencia me derrumbo.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

**28. Antes de criticar a alguien intento imaginar cómo me sentiría si estuviera en su lugar.**

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe bien

## ANEXO V

### CARTA A LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

#### CARTA A LA DIRECCIÓN DEL INSTITUT DE NEUROPSIQUIATRIA I ADDICIONS (INAD) DEL PARC DE SALUT MAR DE BARCELONA

A/A Sr. Victor Pérez Sola, Director del INAD

La investigación *Mejorando la relación terapéutica en los cuidados enfermeros a través de la evidencia* es un proyecto de tesis doctoral. Su finalidad es implementar la evidencia científica sobre el establecimiento de la relación terapéutica de los profesionales de enfermería con los pacientes y el equipo de salud a través de un proceso de cambio participativo y reflexivo, con el fin de mejorar la práctica clínica enfermera en las Unidades de Agudos de Psiquiatría.

De acuerdo con el diseño de la investigación deseamos poderla llevar a cabo en las Unidades de Hospitalización de psiquiatría del Hospital del Mar y en las unidades de hospitalización de psiquiatría del Centre Assistencial Dr. Emili Mira, utilizando una metodología cualitativa de tipo investigación-acción participativa. Con este motivo nos dirigimos a usted para solicitar su colaboración en este proyecto y para pedirle su consentimiento para que sea llevado a cabo en la institución que usted dirige en calidad de director del INAD.

Esperamos que esta investigación contribuya a un mayor conocimiento sobre el establecimiento de la relación terapéutica y a la mejora de sus dificultades de implementación. Y, por tanto, promueva la mejora en la calidad de los cuidados que prestamos diariamente a pacientes en unidades de agudos de psiquiatría.

Agradecido de antemano, reciba un cordial saludo.

Barcelona, 12 de mayo de 2014

  
Fdo. Antonio R. Moreno Poyato  
Investigador Principal  
[Armoreno@paredesalutmar.cat](mailto:Armoreno@paredesalutmar.cat)

  
Autorizado/Validado  
Victor Pérez Sola  
Director del INAD

## ANEXO VI

### CARTA A LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

CARTA A LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DEL INSTITUT DE NEUROPSIQUIATRIA I ADDICCIONS (INAD) DEL PARC DE SALUT MAR DE BARCELONA

A/A Sra. Rosa Acuña Domínguez, Directora de enfermería del INAD

La investigación *Mejorando la relación terapéutica en los cuidados enfermeros a través de la evidencia* es un proyecto de tesis doctoral. Su finalidad es implementar la evidencia científica sobre el establecimiento de la relación terapéutica de los profesionales de enfermería con los pacientes y el equipo de salud a través de un proceso de cambio participativo y reflexivo, con el fin de mejorar la práctica clínica enfermera en las Unidades de Agudos de Psiquiatría.

De acuerdo con el diseño de la investigación deseamos poderla llevar a cabo en las Unidades de Hospitalización de psiquiatría del Hospital del Mar y en las unidades de hospitalización de psiquiatría del Centre Assistencial Dr. Emili Mira, utilizando una metodología cualitativa de tipo Investigación-acción participativa. Con este motivo nos dirigimos a usted para solicitar su colaboración en este proyecto y para pedirle su consentimiento para que sea llevado a cabo en la institución que usted dirige en calidad de directora de enfermería.

Esperamos que esta investigación contribuya a un mayor conocimiento sobre el establecimiento de la relación terapéutica y a la mejora de sus dificultades de implementación. Y, por tanto, promueva la mejora en la calidad de los cuidados que prestamos diariamente a pacientes en unidades de agudos de psiquiatría.

Agradecido de antemano, reciba un cordial saludo.

Barcelona, 12 de mayo de 2014

  
Fdo. Antonio R. Moreno Poyato  
Investigador Principal  
Antercedent@parcde Salutmar.cat

  
Autorizada/Validada  
Rosa Acuña Domínguez  
Directora de Enfermería del INAD



## ANEXO VIII

### GUIÓN GRUPO DISCUSIÓN 1

Fecha: 12/02/2015 Hora: 13h00-15h00

Lugar: Campus Universitari Mar, aula 61.302-304

Participantes: Angels Arroyo, Inma Cuixart, Vanessa Delgado, Anna Esteva Barceló, José González, Pedro Jiménez, Anna Mir, Juan Morales, Blanca Nieto, Rosa Regi, Clemente Rodríguez, Raul Romar, Neus Sánchez, Pilar Montesó, Toni Moreno.

Orden del día:

- *Revisar los contenidos de la guía-dossier.*
- *Establecer pautas para observar la práctica clínica habitual en torno al establecimiento de la RT.*
- *Elaborar cronograma de trabajo.*
- *Conclusiones y aportaciones de la sesión.*

Aspectos fundamentales:

“Nos proponemos la mejora de la RT a través de la implementación de la evidencia científica”

“No se trata de una investigación acerca de vosotros, sino una investigación realizada por vosotros en torno a vuestro trabajo, con el fin de mejora lo que se hace..”

## ANEXO IX

### DOCUMENTO DE TRABAJO PARA EL GRUPO DE DISCUSIÓN 2

#### MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA. UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA.

(Moreno-Poyato, Montesó-Curto, Delgado-Hito & Grupo MERTCEATE, 2015)

#### 1. OBSERVACIÓN DEL CONTEXTO DE ESTUDIO

##### La relación enfermera-paciente

##### *El lenguaje y discurso*

Las enfermeras, en general, en sus interacciones con los pacientes utilizan un lenguaje sencillo y concreto, poco técnico y cercano. En la mayoría de casos, son indicaciones directas carentes de acuerdo o negociación, y frecuentemente en relación con las demandas que han planteado los pacientes previamente. Algunas veces, el discurso posee un carácter de concesión o permisividad, por ejemplo cuando solicitan el mando de la televisión, ropa para ducharse, o el teléfono para llamar a un familiar. Pero habitualmente es un discurso de respuesta negativa ante la solicitud del paciente, como cuando piden medicación extra, poder ver al médico, salir de la unidad. Otras veces, el discurso tiene como finalidad marcar límites de conducta esperables, por lo que el lenguaje utilizado también posee connotaciones autoritarias y de poco acuerdo con el paciente. En cambio, cuando las enfermeras y los pacientes interactúan y conversan en torno a temas que, en apariencia, no tienen relación con el tratamiento y la necesidad de hospitalización, el discurso parece que se relaja, se observa un lenguaje menos directivo y más humano.

##### *Las tareas y actividades*

La mayoría de interacciones que se producen entre las enfermeras y los pacientes, ocurren en la puerta del control de la enfermería, en el pasillo de la unidad o en la sala polivalente, en menor número el encuentro sucede en la habitación del paciente o en el interior del control de enfermería. Por tanto, el encuentro más habitual acontece cuando el paciente suele llamar a la puerta de la enfermería y realiza una demanda.

En cualquier caso, de forma principal la interacción se produce por iniciativa del paciente y cuando la enfermera está realizando otra actividad. Las peticiones de los pacientes pueden ser de diversa índole; de tipo más material como la solicitud de utensilios de aseo o de medicación extra, de tipo personal cuando preguntan por el médico o por la familia, de tipo más administrativo cuando se preocupan por un permiso de salida o por el alta, y en la mayoría de ocasiones, cuando acuden con una demanda más inespecífica y que, generalmente, supone una expresión de malestar emocional.

En cambio, los encuentros que se originan a iniciativa de la enfermera, suelen estar centrados en tareas concretas del día a día de la unidad, como son: la administración de medicación, el soporte y asistencia para higienes y alimentación, la toma de constantes, la acogida y valoración de ingresos, el seguimiento y control de pacientes en protocolo de contención mecánica, de riesgo autolítico, etc. Se tratan de actividades que normalmente llevan implícita una carga negativa para el paciente, ya que muchos de ellos están ingresados de forma involuntaria y/o no tienen consciencia de enfermedad, por lo que las enfermeras deben intervenir sin el acuerdo tácito del paciente.

### ***Las relaciones sociales, las formas de organización***

Los equipos de enfermería están compuestos por una enfermera y una auxiliar, éstas son responsables del cuidado de unos 11 pacientes en el turno de la mañana, 16 en el turno de

tarde y 32 en el de noche. Si bien cada equipo es autónomo en la toma de decisiones, cuando existen pacientes graves y de complejo abordaje, suelen haber reuniones multiequipo donde se toman decisiones compartidas. A pesar de que supuestamente, el marco conceptual de cuidados del INAD viene determinado por una perspectiva de tipo humanista, se observan distintas formas de percibir e implementar el cuidado en las unidades. Incluso, a veces, integrantes del mismo equipo divergen en su valoración, interpretación y planificación de los cuidados. Por otro lado, la normativa de la unidad, es utilizada en numerosas ocasiones como respuesta para terminar intervenciones. Por supuesto, la normativa es necesaria en unidades de este tipo, pero se observa que determina con frecuencia el discurso y las actividades que se llevan a cabo.

## **Los espacios de relación entre el equipo de enfermería**

### ***El cambio de turno***

El intercambio de información entre los turnos salientes y entrantes es especialmente importante en las unidades de psiquiatría. En dicho espacio, todos los integrantes de los equipos escuchan atentamente a la enfermera saliente mientras relata las incidencias de cada uno de los pacientes de la sala. Sin embargo, como cada una tiene asignados a unos pacientes en concreto, resulta inevitable su distracción cuando no habla de los suyos. Aunque, bien es cierto, que en una unidad como esta es necesario conocer la información de todos los pacientes que están hospitalizados, puesto que la relación con cualquier profesional, sea o no su enfermera de referencia, en muchas ocasiones es inevitable. Los cambios de turno son muy importantes, se resume información fundamental y se plantean objetivos comunes, aunque a veces, también se observan juicios de valor que pueden sesgar la opinión del turno que entra respecto a determinados pacientes.

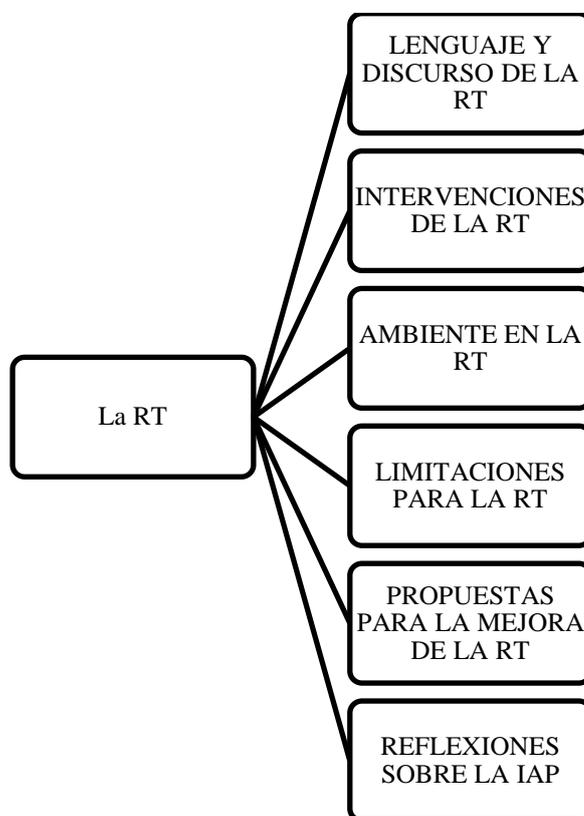
### ***El control de enfermería***

Formado por una habitación de unos 30 metros cuadrados situada en la mitad del pasillo de la unidad. Está dividida en tres partes, una zona para preparar la medicación, una zona intermedia donde se almacena documentación, y un tercer espacio un poco más amplio, que permite hacer pequeñas reuniones del equipo, y donde se encuentran ordenadores para registrar las actividades realizadas. El control permanece siempre cerrado, pero su interior es totalmente visible para los pacientes debido a que sus paredes están formadas por cristaleras, de este modo pacientes y profesionales se pueden ver constantemente. De hecho, como la cristaleria no cierra totalmente la parte superior de la pared, es posible oír desde el interior el sonido procedente del resto de la unidad, y de la misma manera, las personas que deambulan por el exterior del control escuchan con total nitidez el sonido que procede de su interior. Esto permite que los profesionales puedan detectar algún incidente que se produzca en la sala, pero también dificulta el mantenimiento de la confidencialidad en las reuniones que se producen.

### ***El “office”***

Se trata de un espacio que muchas veces se convierte también en momento de pequeñas reuniones de trabajo, aunque al tratarse de un lugar de desconexión, permite a los profesionales abordar temas de forma más natural y relajada. Al parecer, en las últimas fechas se han producido cambios en la gestión de las vacaciones, festivos y días de libre disposición de los profesionales. Anteriormente, la supervisora manejaba directamente estas peticiones, y era quien concedía estos días o no. Actualmente, es el departamento de RRHH quien lo gestiona de principio a fin. Se percibe malestar entre el personal de enfermería en relación con esto, y eso afecta más o menos directamente en la satisfacción laboral.

## 2. ANÁLISIS PRELIMINAR DE LOS DIARIOS DE AUTO OBSERVACIÓN DE LAS ENFERMERAS



---

### LENGUAJE Y DISCURSO DE LA RT

---

Decir aquí está en el sitio indicado

La distancia depende de comodidad de la enfermera

Usar la amenaza de atar

Uso de la sorpresa (emotividad)

Uso del humor

Interesarse por su familia

Lenguaje técnico y lineal más normativo

Tono elevado y contundente da la sensación que es mejor entendido

Pedir permiso

---

---

Confrontar

Pedir disculpas

Refuerzo positivo

Preguntar por el motivo de ingreso

Concreción

Tono suave y tranquilo

Lenguaje no verbal siempre presente

Lenguaje cercano sin tecnicismos

Preguntar cómo te encuentras

---

---

#### INTERVENCIONES DE LA RT

---

Acompañar

Crear confianza

Ser asertivo

Implicar a la familia

Orientar

Uso del humor

Mostrar respeto

Implicar al paciente en actividades

Escuchar activamente

Facilitar expresión de emociones del paciente

Ser cordial

Administrar y ofrecer medicación

Proporcionar contacto físico

El uso de intervenciones facilita la RT

Transmitir tranquilidad

Ser empático

Ofrecer ayuda

---

---

Mostrar disponibilidad

Informar

Saludar y presentar

---

---

#### AMBIENTE EN LA RT

---

Comunicarse con otros miembros del equipo para tratar una situación

Colaboración positiva del paciente

Sentir que el equipo está cerca

Complicidad con el equipo habitual

Complicidad con otros pacientes

Aceptar las condiciones de la unidad de agudos

Entorno neutro

Entorno tranquilo y silencioso

Presencia de otros pacientes en la intervención no afecta

Entorno confortable

Interacción en el comedor con otros pacientes presentes

Interactuar en la habitación

Facilitar intimidad

---

---

#### LIMITACIONES PARA LA RT

---

Sentirse amenazado

Sensación enfermera que repetición de información con otros miembros del equipo

Lenguaje verbal no coincide con pensamiento

Dudas sobre la veracidad de lo que dice

Interferencias en el entorno

Tomarlo como algo personal

El paciente se siente amenazado

---

---

Hacer preguntas directas crea incomodidad en la enfermera

Forzar medicación, comenzar la relación más tensa

Rutina

Falta de vínculo para poder trabajar

Situación de amenazas e inquietud no es el mejor momento para iniciar RT

Poca relación de la familia con las enfermeras

No favorecer la expresión del paciente

Entorno inseguro

Perdida de motivación

Burnout

El paciente no se siente entendido

Responder con negativas a las demandas del paciente

Interferencias familiares

Inseguridad del profesional

La presión asistencial hace centrarse más en la tarea que en la relación

El estado psicopatológico y efecto secundarios del tto.

La presión del entorno y escasez de recursos

Las interferencias de otros pacientes

La falta de tiempo

---

#### PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LA RT

---

Posibilidad de conversar en habitación para intimidad

Posibilidad de hacer más partícipes a la familia

Posibilidad de tener tiempo, organizar horas de atención a pacientes.

Posibilidad de organizar mejor las tareas

Facilitar cursos y jornadas

Posibilidad de espacios de ventilación emocional

Posibilidad de evaluación constructiva entre profesionales desde la organización

---

---

## REFLEXIONES SOBRE LA IAP

---

Correos electrónicos aclaratorios ayudan

Dificultad para describir y pautar la relación terapéutica

Describir más el contexto de la situación y del paciente

La auto observación ha servido para darme cuenta de mi comportamiento como profesional

Hacer el ejercicio permite darme cuenta de que no he hecho bien la intervención

Observar el proceso ha sido realmente interesante

Gracias al ejercicio me he dado cuenta que la intervención es terapéutica

Este método me servirá para evaluar mis puntos fuertes y débiles

La mejora en la calidad asistencial incrementa la actitud motivacional del personal

Ayuda elegir el momento apropiado con mayor tiempo disponible

Ayuda el registro rápido y pormenorizado

Posibilidad de poner estas experiencias en manos de otro profesional para mejorar

La auto observación ha servido para darme cuenta más del estado de la paciente

Permite reflexión de la actuación y aprender para aplicarlo en el futuro

---

## ANEXO X

### GUIÓN GRUPO DISCUSIÓN 2

Fecha: 16/04/2015 Hora: 13h00-15h00

Lugar: Campus Universitari Mar, aula 61.346

Participantes: Angels Arroyo, Inma Cuixart, Vanessa Delgado, Anna Esteva Barceló, Pedro Jiménez, Anna Mir, Juan Morales, Blanca Nieto, Clemente Rodríguez, Raul Romar, Neus Sánchez, Pilar Montesó, Toni Moreno.

Orden del día:

- *Puesta en común de resultados en torno a la auto-observación de la práctica clínica.*
- *Discutir el resultado individual de la comparación de la práctica real con la evidencia científica.*
- *Elaboración de estrategias para implementar cambios.*
- *Discutir en torno al proceso de IAP*
- *Conclusiones y aportaciones de la sesión.*

Aspectos fundamentales:

“Revisar los diarios de auto-observación efectuados, revisar el documento de trabajo adjunto y revisar la evidencia aportada”.

## ANEXO XI

### DOCUMENTO DE TRABAJO PARA EL GRUPO DE DISCUSIÓN 3

#### MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA. UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA.

(Moreno-Poyato, Montesó-Curto, Delgado-Hito & Grupo MERTCEATE, 2015)

#### DOCUMENTO DE TRABAJO GRUPO DE DISCUSIÓN 3

##### **1. Resultados preliminares de los diarios de auto-observación de la práctica clínica: Comunicación Oral en XIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados (INVESTEN), Cuenca, Nov'15).**

*Título: Explorando la Relación Terapéutica en la práctica clínica de unidades de psiquiatría: percepciones de las enfermeras.*

*Objetivo: Describir la percepción de las enfermeras respecto al establecimiento de la Relación Terapéutica en la práctica clínica en unidades de psiquiatría.*

**Método:** Investigación-acción participativa. Etapas de auto-observación de la práctica y reflexión individual de los participantes. El ámbito de estudio ha sido las unidades de psiquiatría de un Hospital de tercer nivel. Participaron diez enfermeras seleccionadas por muestreo teórico. Los datos se recogieron mediante diarios en los que las enfermeras realizaban una narrativa descriptiva y reflexionada de la auto-observación sobre su práctica clínica cuando establecían la RT con los pacientes. Se realizó análisis de contenido mediante un proceso de codificación-categorización. Se siguieron los criterios de rigor de Lincoln y Guba. Consentimiento informado y aprobación por el comité de ética.

**Resultados:** Del análisis de los datos se obtuvieron 97 códigos, dando lugar a 21 subcategorías, que se agruparon finalmente en 5 categorías principales. Cuatro categorías eran

consideradas por las enfermeras como elementos de su práctica que favorecían la RT: *sus competencias relacionales* (aceptación del paciente, ser empáticas, generar confianza, ser auténticas y tener autoconsciencia y autoconocimiento), *su uso del lenguaje* (cercano, tono suave y sin tecnicismos), *crear el ambiente adecuado* (tranquilo, íntimo y seguro) y *las actividades de la RT* (diferenciaron aquellas tareas protocolizadas como las acogidas y valoraciones al ingreso, tomar constantes o administrar medicación, de otras no protocolizadas, que corresponderían a intervenciones del ámbito psicoterapéutico). Finalmente, la quinta categoría resultante incluía las limitaciones observadas en su práctica para el establecimiento de la RT. En ella, destacaron la falta de tiempo por la presión asistencial, los prejuicios e inseguridades personales y las interferencias del entorno, como los factores más importantes.

**Discusión:** Las enfermeras describen su práctica clínica sobre la RT de forma muy similar a los principales modelos teóricos existentes, no obstante bajo la auto-observación y reflexión de su práctica clínica evidencian que existen dificultades a la hora de implementar esos conceptos teóricos. La literatura identifica la falta de tiempo como principal limitador de la RT coincidiendo con los resultados del estudio. Sin embargo, aparecen constructos ya identificados pero no tan explorados como la inseguridad personal, el autoconocimiento y a la autoconsciencia de las enfermeras.

**Implicaciones para la práctica clínica:** En el ámbito de las unidades de agudos de psiquiatría el adecuado establecimiento de la RT es una práctica esencial para la calidad de los cuidados. No obstante, para las enfermeras, el hecho de conocer su conceptualización teórica no garantiza su implementación práctica. La auto-observación reflexiva permite a las enfermeras identificar los factores limitadores de la RT y hacer crítica sobre ello. Por tanto, la

auto-observación de la práctica clínica de forma regular, a través de diarios reflexivos, puede constituir el punto de partida de métodos dirigidos al cambio y a la mejora de los cuidados.

## **6. Análisis preliminar de los diarios: propuestas de mejora para la práctica tras la confrontación con la evidencia.**

---

### PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LA RT

---

Mejora de las intervenciones con el paciente

Mayor seguimiento del paciente y de sus fases

Pactar con el paciente los objetivos e intervenciones

Organizar actividades con pacientes que faciliten RT

Posibilidad de que no ingresen en el cambio de turno

Organizar horas de atención a pacientes.

Posibilidad de hacer más partícipes a la familia

Mejora del entorno

Crear espacio terapéutico

Posibilidad de monitorizar visualmente la sala y las habitaciones

Mejora del equipo

Crear grupos reflexivos para los profesionales

Facilitar actualización de conocimientos de los profesionales

Evaluación constructiva entre profesionales

Posibilidad de organizar mejor las tareas

Substituir protocolo burocrático por más tiempo

---

## ANEXO XII

### GUIÓN GRUPO DE DISCUSIÓN 3

Fecha: 21/05/2015 Hora: 13h00-15h00 Lugar: Campus Universitari Mar, aula 61.301

Participantes: Angels Arroyo, Inma Cuixart, Vanessa Delgado, Anna Esteva Barceló, Pedro Jiménez, Anna Mir, Juan Morales, Clemente Rodríguez, Raul Romar, Neus Sánchez, Juan M. Leyva, Toni Moreno.

Orden del día:

- *Elegir participantes del MERTCEATE y autoría para comunicación en Congreso Internacional de Investigación en Cuidados.*
- *Elaboración y planificación conjunta de estrategias para implementar los cambios y alternativas para poder resolver las posibles dificultades.*
- *Determinar la evaluación de las estrategias implementadas.*
- *Discutir en torno al proceso de IAP.*
- *Conclusiones y aportaciones de la sesión.*
- *Elaboración cronograma de trabajo.*

Aspectos fundamentales:

“Revisar los diarios de auto-observación efectuados, revisar el documento de trabajo adjunto y revisar la evidencia aportada”.

## ANEXO XIII

### DOCUMENTO DE TRABAJO GRUPO DE DISCUSIÓN 4

#### MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA. UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA.

(Moreno-Poyato, Montesó-Curto, Delgado-Hito & Grupo MERTCEATE, 2015)

#### Documento de trabajo grupo de discusión 4: ANÁLISIS PRELIMINAR DE LOS DIARIOS

##### 1. Tabla general de categorías y subcategorías

Categorías	Subcategorías
CONCEPTUALIZACIÓN DE LA RT	Características de la RT
	Establecimiento del vínculo con el paciente
	Los objetivos acordados en la RT
EL AMBIENTE TERAPÉUTICO	El espacio de la interacción
	La importancia del equipo
	La preparación del entorno
LAS COMPETENCIAS RELACIONALES	Aceptar al paciente
	El autoconocimiento
	El uso del lenguaje
	Generar confianza
	La autoconsciencia
	Mostrar actitud empática
LAS INTERVENCIONES DE LA RT	Ser auténtico
	Acompañar
	Conocer al paciente
	Escuchar activamente
	Implicar a la familia
	Implicar al paciente en actividades
ESTRATEGIA DE AUTO-FORMACIÓN	Individualizar
	Reforzar positivamente
	Dificultades implantación
ESTRATEGIA DE GRUPOS REFLEXIVOS PARA ENFERMERAS	Factores necesarios y propuestas para su implantación
	Ventajas de su implantación y elementos de mejora para la RT
ESTRATEGIA DE GRUPOS REFLEXIVOS PARA ENFERMERAS	Características estrategia GR
	Dificultades de implantación
	Factores necesarios y propuestas para su implantación

	Ventajas de su implantación y elementos de mejora para la RT
ESTRATEGIA DE ESPACIO DE CUIDADOS ENFERMEROS PERSONALIZADOS	Características del EIEI
	Dificultades EIEP
	Factores necesarios y propuestas para su implantación
	Ventajas de su implantación y elementos de mejora para la RT
REFLEXIONES EN TORNO AL PROCESO DE IAP	Aumenta la motivación
	Dificultades
	Facilita la reflexión, autoconsciencia y autoconocimiento profesional
	Facilita y mejora la práctica clínica
	Fomenta el aprendizaje y construcciónismo colectivo
	Proporciona nuevas ideas sobre las funciones de la profesión y su organización
	Reflexiones ejecutivas del método
	RM, enriquecimiento profesional y personal

## 2. Tabla pormenorizada de resultados de la evaluación de las estrategias de mejora y del proceso de IAP

<b>ESTRATEGIA DE AUTO-FORMACIÓN</b>
Dificultades
LA, dificultad el ingles
LA, es necesario aprender a buscar
LA, es necesario mejorar el inglés
Aporta reflexión para mejorar
Aumenta conocimientos y habilidades
Estimula confirmar y reforzar la calidad de cuidados prestados
LA, encontrar herramienta para cuantificar poder implementar la RT
Permite aplicar los conocimientos a la práctica
Permite evaluar la práctica clínica
Propuestas para su implantación
LA, debería facilitarse la formación
LA, desde la institución debería facilitarse herramientas para mejorar RT
LA, hay que estar motivado y tener tiempo
LA, implantar en los equipos grupos de busuqeda bibliográfica y compartir
LA, investigación hacia esa linea
LA, más formación desde la universidad
Ventajas
Aporta reflexión para mejorar
LA, estrategias para desarrollarnos personal y profesionalmente

---

LA, queda mucho que estudiar sobre la RT

Aumenta conocimientos y habilidades

Estimula confirmar y reforzar la calidad de cuidados prestados

LA, encontrar herramienta para cuantificar poder implementar la RT

Permite aplicar los conocimientos a la práctica

Permite evaluar la práctica clínica

LA, permite ver limitaciones en la práctica clínica

LA, permiten evaluar la mejoría de la Rt en la práctica

LA, permiten evaluar mejoría en objetivos y actividades pactadas

---

### **CREAR GRUPOS REFLEXIVOS PARA LOS PROFESIONALES**

---

Características estrategia GR

GR como espacio protegido, neutro, pactado para hablar

GR Objetivos

GR como espacio de evaluación constructiva entre enfermeras

GR como espacio para ventilar y motivar a las enfermeras

GR como refuerzo positivo entre enfermeras

GR, aporte externo de motivación

GR, hablar de actividades desgastantes

GR, hablar de apoyo de superiores

GR, hablar de convivencia

GR, hablar de trabajo en equipos poco experimentados

Dificultades

GR, dificultad para encontrar conductor

GR, dificultad para encontrar horario para todos

GR, dificultad para planificar la periodicidad y duración

GR, presencia superiores podría ser sesgo

Propuestas para su implantación

GR, dirigidos por el supervisor para que estuviera al día de los problemas de la sala

GR, es necesario alto grado de madurez para no personalizar en negativo

GR, facilitados por el coordinador

GR, posibilidad de guía del grupo para no caer en la queja

GR, siempre con finalidad constructiva

GR, sinceridad

Ventajas grupos reflexivos

GR, ayuda a sentirte comprendido

GR, crean compromiso

GR, facilita ventilación emocional de profesionales

GR, mejorarían comunicación equipo y supervisor y mejora dinámica de la sala

GR, poner en común ideas de compañeros

GR, resolver dudas de la práctica clínica

GR, se obtienen conocimientos

GR, tranquiliza y disminuye ansiedad

---

### **ESPACIO DE INTERVENCIÓN ENFERMERA INDIVIDUALIZADA**

---

Dificultades EIEP

---

---

EIEP, diferencias en el equipo

EIEP, dificultad para implementarlo en la noche

EIEP, dificultad por el estado del paciente

EIEP, dificultad por falta de continuidad

EIEP, dificultades arquitectónicas

EIEP, dificultad por carga de trabajo

Interferencias en el entorno

Factores necesarios para su implantación

EIEP, es necesario que exista un marcador de registro para implementar la EIEP en la práctica

EIEP, importancia de registro e implicar al paciente

EIEP, importante aplicarlo en el día a día

EIEP, insitución implemente, regule y facilite su registro

EIEP, necesaria la motivación del equipo

Ventajas del EIEP

EIEP, no hay interrupciones

EIEP, permite mejorar en todos los casos la RT con el paciente

Empodera al paciente

Mejora del logro de los objetivos

Mejora el ambiente terapéutico

Mejora identificación de problemas

Mejora la confianza y el vínculo en la RT

Mejora la planificación individualizada

Mejora la eficacia de los cuidados y continuidad clínica

No requiere mucho tiempo una vez instaurado

---

### REFLEXIONES EN TORNO AL PROCESO DE IAP

---

Aumenta la motivación

Espacio donde explicar situaciones

La mejora en la calidad asistencial incrementa la actitud motivacional del personal

Observar el proceso ha sido realmente interesante

RM, como motivación profesional

RM, crear estrategias de cambio motiva

Dificultades

Dificultad para describir y pautar la relación terapéutica

Dificultad para separar conceptos

---

---

RM, a veces poca sinceridad en el grupo

RM, al inicio algunos asistentes crean incomodidad y condicionan discurso

RM, pedido en algunos momentos del proceso

RM, se ha hecho pesado

RM; ha costado entender objetivo de los diarios

Facilita la reflexión, autoconsciencia y autoconocimiento profesional

Autoconsciencia

Permite reflexión de la actuación y aprender para aplicarlo en el futuro

RM, autoconocimiento

RM, permite reflexionar sobre tu práctica clínica

RM, una forma de autoevaluarnos más efectiva

Facilita y mejora la práctica clínica

Permite aplicar conocimientos adquiridos

Permite decidir mejor el momento de intervención

Permite el análisis externo de situaciones de la práctica clínica

RM, auto-observación permite reforzar y entender conceptos

RM, más tiempo para el paciente y menos para el ordenador

RM, mejora de la práctica clínica

RM, mejora el proceso de cuidados

RM, mucho trabajo se puede resolver si la RT es buena

Fomenta el aprendizaje y construccionismo colectivo

Aclarar dudas con compañeros del estudio ayuda

Posibilidad de poner estas experiencias en manos de otro profesional para mejorar

RM, flexibilidad a otros puntos de vista

RM, respeto y compañerismo en los grupos

Proporciona nuevas ideas sobre las funciones de la profesión y su organización

EIEP, ha generado debate en torno a la necesidad de centrarse más en los cuidados enfermeros

Elementos para cambiar una organización

Repensar una profesión

RM, permite identificar problemas en la dinámica general de trabajo

RM, permite reconocer las competencias profesionales

---

---

RM, permite situarnos en el camino de búsqueda y replanteamiento para la mejora

Reflexiones ejecutivas del método

Ayuda el registro rápido y pormenorizado

Correos electrónicos aclaratorios ayudan

RM, facilidad e importancia de disponibilidad y acompañamiento IP

RM, facilidad para acudir a grupos

Se crea un grupo de whatsapp

RM, enriquecimiento profesional y personal

GR y artículos enriquecedor

RM, positivo tanto a nivel profesional como personal

RM, satisfacción personal

---

## **ANEXO XIV**

### **GUIÓN GRUPO DE DISCUSIÓN 4**

#### **MERTCEATE: Sesión grupal 4**

**Fecha:** 12/11/2015 **Hora:** 13h00-15h00

**Lugar:** Campus Universitari Mar, aula **61.301**

**Participantes:** Angels Arroyo, Inma Cuixart, Vanessa Delgado, Anna Esteva Barceló, Pedro Jiménez, Juan Morales, Clemente Rodríguez, Raul Romar, Neus Sánchez, Pilar Montesó, Toni Moreno.

#### **Orden del día:**

- Puesta en común de resultados en torno a la auto-observación de la práctica clínica.
- Discusión y evaluación grupal en torno a la implementación de la evidencia científica.
- Discusión en torno al proceso de IAP
- Conclusiones finales.

#### **Aspectos fundamentales:**

“Revisar el documento de trabajo adjunto”.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
MEJORANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA:  
UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA  
Antonio Rafael Moreno Poyato