



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Facultat d'Infermeria

Impacto de la intervención enfermera 'Espacio Terapéutico Reservado' sobre la calidad de relación terapéutica: un estudio de intervención en unidades de agudos de salud mental en España

Khadija El Abidi El Ghazouani

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect the presentation summary of the thesis as well as its contents. In the use or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Facultat d'Infermeria

Impacto de la intervención enfermera 'Espacio Terapéutico Reservado' sobre la calidad de relación terapéutica: un estudio de intervención en unidades de agudos de salud mental en España

Khadija El Abidi El Ghazouani



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Facultat d'Infermeria

Programa de Doctorado

Enfermería y Salud

Línea de investigación

Curas enfermeras en salud mental

Impacto de la intervención enfermera 'Espacio Terapéutico Reservado' sobre la calidad de relación terapéutica: un estudio de intervención en unidades de agudos de salud mental en España

Tesis doctoral

Khadija El Abidi El Ghazouani

Directores

Dr. Antonio Rafael Moreno Poyato

Dr. Juan Francisco Roldan Merino

Tutora

Dra. Maria Teresa Lluch Canut

Barcelona, 2024

A mis padres, el faro constante en mi viaje,
cuyos sueños de un futuro mejor se reflejan en cada una de mis metas alcanzadas.
A mi compañero de vida, por convertir los días ordinarios en memorias extraordinarias.

AGRADECIMIENTOS

El inicio de un camino tan desafiante como el doctorado es un reflejo de nuestras aspiraciones y la esencia de nuestro ser. Un camino lleno de aprendizajes, donde el soporte y la compañía son fundamentales para superar cada uno de los retos que uno se puede encontrar. En este viaje académico, he tenido la suerte y el privilegio de contar con el respaldo de personas cuya presencia ha sido mi guía y mi estímulo inestimable. Por ello, es momento de extender un sincero agradecimiento a todas las personas que han sido pilares de mi progreso.

A mi familia, gracias por soportar mis momentos de ausencia, mal humor y la tensión propia de esta gran tarea. En particular, a mis padres, cuyos sacrificios y valores me han conducido hasta aquí. A mi hermana Rahma, cuyo soporte ha sido esencial en el desarrollo de este trabajo.

A mi marido, por su comprensión y apoyo incondicional, por sostenerme en momentos de duda y por ser mi faro en las complejidades informáticas y de programación. Me impulsaste a adentrarme en el mundo de la programación e hiciste que este viaje académico sea más fácil.

A mis directores de tesis, el Dr. Toni Moreno, el Dr. Juan Roldan, y a mi tutora, la Dra. Teresa Lluch, por su orientación, confianza, apoyo constante y, sobre todo, aceptar guiarme en este proceso. Me siento muy privilegiada por haberos tenido en este camino y espero haber estado a la altura. Un reconocimiento especial a Toni por su fe en mí, por instarme a la excelencia, por su ayuda inestimable en los momentos más duros y alegres de mi vida

personal, por saber cuándo impulsarme y motivarme a seguir y cuándo respetar mis tiempos. Toni, tu profesionalismo y sabiduría son un ejemplo del cual he aprendido inmensamente y siempre te estaré agradecida.

Mi agradecimiento también a la Dra. Cristina Esquinas por su asistencia con los análisis estadísticos.

A mis supervisoras Carme Daura y Sandra Moreno y a Rosa Aceña y Marta Anguera, directoras del Institut de Neuropsiquiatria i Addicions al inicio y al final de mi tesis respectivamente, por su apoyo y facilidades otorgadas a lo largo de este camino.

Agradezco al Instituto de Salud Carlos III y al Col·legi d'Infermeria de Barcelona por su soporte económico y por su confianza en el proyecto que enmarca esta tesis.

A mis compañeros de trabajo de la unidad de agudos de psiquiatria del Centre Fórum y a todas las enfermeras de los hospitales que han participado en este proyecto, gracias; sin su colaboración, esto no hubiera sido posible.

Por último, y no menos importante, quiero dar las gracias a mis amigas, por ser la alegría en los momentos de estrés, por sacarme a desconectar de los artículos y análisis, por su interés constante en mi progreso y por soportar mis interminables charlas sobre la tesis. Vuestra amistad ha sido un oasis en el desierto académico.

El viaje académico continúa y el aprendizaje adquirido será la luz en mi futuro profesional y personal. No obstante, este capítulo memorable no habría sido lo que es sin cada uno de vosotros... ¡GRACIAS!

INDEX

AGRADECIMIENTOS	I
PRÓLOGO	V
RESUMEN	VII
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. CONTEXTUALIZACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL TEMA.....	3
1.2. ORÍGENES E IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN EL CUIDADO DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.....	4
1.3. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LA SALUD MENTAL.....	7
1.4. PERSPECTIVAS DE ENFERMERAS Y PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL SOBRE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA.....	11
1.5. MODELOS DE INTERVENCIÓN CENTRADOS EN LA PERSONA.....	13
1.6. JUSTIFICACIÓN.....	15
2. OBJETIVOS	19
2.1. OBJETIVO PRINCIPAL.....	21
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3. METODOLOGÍA	23
3.1. DISEÑO.....	25
3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	25
3.3. ALEATORIZACIÓN.....	27
3.4. CONTROL.....	29
3.5. INTERVENCIÓN.....	29
3.5. ASPECTOS ÉTICOS.....	36
3.6. ANÁLISIS DE DATOS.....	37
4. RESULTADOS	41
4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	43
4.2. PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO	46
4.2.1. DIFERENCIAS EN LAS PERSPECTIVAS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA.....	46
4.2.2. ASOCIACIÓN ENTRE LAS PERSPECTIVAS DE ENFERMERAS Y USUARIOS.....	47
4.2.3. FACTORES INFLUYENTES EN EL ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO.....	48
4.3. SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO	52
4.3.1. CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE RELACIÓN TERAPÉUTICA.....	52
4.3.2. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN DEL ETR Y FACTORES INFLUYENTES.....	55

5. DISCUSIÓN	59
5.1. DISCUSIÓN GLOBAL DE LOS RESULTADOS	62
5.2. LIMITACIONES.....	71
5.3. FORTALEZAS DEL ESTUDIO.....	73
5.4. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS	74
5.4.1. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	74
5.4.2. IMPLICACIONES PARA LA GESTIÓN	76
5.4.3. IMPLICACIONES PARA LA DOCENCIA	77
5.4.4. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN.....	78
7. CONCLUSIONES.....	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	101
ANEXOS.....	115

PRÓLOGO

El día que recibí mi título de enfermera, no ponía punto final a una etapa, sino la señal de partida hacia una aventura académica aún más desafiante: el doctorado. Este viaje que inicié llevaba impreso el eco de las aspiraciones de mis padres, cuyas oportunidades fueron más limitadas, y cuyas voces me alentaban a extender mis alas hacia horizontes que ellos no pudieron explorar. Hoy, al concluir esta etapa, comprendo que este logro académico es mucho más que esto: es un reto personal superado, un homenaje a mis padres, una fuente inesperada de autodescubrimiento y aprendizaje y, sobre todo, una promesa de compromiso con la excelencia en la asistencia sanitaria y la formación de las futuras generaciones de enfermeros. Sin embargo, el camino para llegar hasta aquí hoy ha sido una auténtica montaña rusa y con muchos obstáculos; pero cada pared que tuve que escalar se convirtió en una lección invaluable y un paso más hacia este instante de reflexión y agradecimiento.

Ahora solo me queda invitarles a sumergirse en las páginas que siguen, resultado de perseverancia, pasión y una inmensa gratitud. Bienvenidos al fruto de un viaje que, aunque íntimo y mío, ha sido posible gracias a muchos.

RESUMEN

Introducción: La relación terapéutica (RT) es un componente esencial en el cuidado de personas con problemas de salud mental, actuando como un pilar fundamental para su recuperación y bienestar. A pesar de su importancia, la RT en unidades de agudos de salud mental enfrenta desafíos como limitaciones de tiempo para la interacción directa y discrepancias en las perspectivas entre enfermeras y personas hospitalizadas. La intervención enfermera Espacio Terapéutico Reservado (ETR) se propone como una estrategia innovadora para fortalecer la RT, promoviendo una atención centrada en la persona y mejorando la calidad del cuidado en salud mental.

Objetivo: El objetivo principal de esta tesis es evaluar la efectividad de la intervención del ETR en la mejora de la RT entre las enfermeras y las personas hospitalizadas en unidades de agudos de salud mental.

Metodología: La tesis se enmarca en un proyecto multicéntrico que se llevó a cabo en 12 unidades de hospitalización de agudos de salud mental en España y se estructuró en tres fases clave. En la primera fase, se elaboró y posteriormente se publicó el protocolo del estudio multicéntrico RTS_MHNursing_Spain, estableciendo una base metodológica sólida para la investigación. En la segunda fase, se realizó un estudio transversal para analizar las perspectivas iniciales de la RT entre enfermeras y personas atendidas durante los primeros días de hospitalización. Se utilizó la escala Working Alliance Inventory-Short (WAI-S) para medir la RT desde ambas perspectivas, además de recopilar datos sociodemográficos y clínicos. La muestra estudiada fue de 234 personas hospitalizadas y 58 enfermeras. Los análisis estadísticos incluyeron correlaciones y regresiones lineales múltiples para examinar la asociación entre las perspectivas de enfermeras y personas hospitalizadas y los factores que las influían. En la tercera fase, se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorizado en el que se implementó la intervención del ETR y se evaluó su impacto en la RT. Se asignaron aleatoriamente unidades al grupo intervención y al grupo control. Participaron 271 personas hospitalizadas y 58 enfermeras, distribuidas en 143 pares en el grupo control y 128 pares en el grupo intervención. Los análisis estadísticos incluyeron análisis de covarianza ajustando por la puntuación basal del WAI-S y otras covariables relevantes, para determinar el impacto de la intervención en la calidad de la RT percibida. Se garantizaron todos los

aspectos éticos, obteniendo aprobaciones de los comités de ética correspondientes y asegurando el consentimiento informado de los participantes.

Resultados: En primer lugar, los hallazgos de la investigación mostraron una asociación positiva entre las perspectivas de las enfermeras y las personas atendidas sobre la RT. Sin embargo, se identificaron diferencias significativas en las perspectivas iniciales entre ambos. Específicamente, las enfermeras tendían a evaluar la RT de manera más favorable que las personas atendidas durante los primeros días de hospitalización. En segundo lugar, tras la implementación de la intervención del ETR, se observó una mejora significativa en la calidad de la RT desde ambas perspectivas. Esta mejora fue especialmente notable en las dimensiones relacionadas con las tareas y el establecimiento de objetivos terapéuticos. La intervención del ETR fue identificada como el factor más influyente en la mejora general de la RT, demostrando su eficacia más allá de las prácticas de atención estándar.

Conclusiones: El estudio reveló que la implementación de la intervención del ETR resultó en mejoras significativas en la percepción de la RT entre enfermeras y personas atendidas en unidades de salud mental. Estas mejoras fueron más notables en el grupo donde se aplicó la intervención, tanto al inicio como al final del ingreso. El ETR fue particularmente eficaz en mejorar aspectos relacionados con la toma de decisiones compartida, abordando las discrepancias observadas entre las perspectivas de enfermeras y personas atendidas. Estos hallazgos subrayan la importancia de implementar intervenciones tempranas y centradas en la persona para una RT más fuerte y una atención más personalizada.

Impacto: Esta investigación proporciona evidencia sobre la efectividad del ETR, ofreciendo una herramienta práctica para mejorar la calidad de la atención en unidades de hospitalización de agudos de salud mental. El ETR tiene el potencial de transformar la práctica clínica, promoviendo una atención más humana, centrada en la persona y orientada a la recuperación.

Palabras clave: Espacio terapéutico reservado, intervención de enfermería, relación terapéutica, cuidados centrados en la persona, ensayo controlado aleatorizado.

RESUM

Introducció: La relació terapèutica (RT) és un component essencial en la cura de persones amb problemes de salut mental, actuant com un pilar fonamental per a la recuperació i el benestar. Tot i la seva importància, la RT en unitats d'aguts de salut mental enfronta desafiaments com a limitacions de temps per a la interacció directa i les discrepàncies en les perspectives entre infermeres i persones hospitalitzades. La intervenció infermera Espai Terapèutic Reservat (ETR) es proposa com una estratègia innovadora per enfortir la RT, promovent una atenció centrada en la persona i millorant la qualitat de la cura en salut mental.

Objectiu: L'objectiu principal d'aquesta tesi és avaluar l'efectivitat de la intervenció ETR en la millora de la RT entre les infermeres i les persones hospitalitzades en unitats d'aguts de salut mental.

Metodologia: La tesi s'emmarca en un projecte multicèntric que es va dur a terme a 12 unitats d'hospitalització d'aguts de salut mental a Espanya i es va estructurar en tres fases clau. A la primera fase, es va elaborar i posteriorment es va publicar el protocol de l'estudi multicèntric RTS_MHNursing_Spain, establint una base metodològica sòlida per a la investigació. A la segona fase, es va realitzar un estudi transversal per analitzar les perspectives inicials de la RT entre infermeres i persones ateses durant els primers dies d'hospitalització. Es va utilitzar l'escala Working Alliance Inventory-Short (WAI-S) per mesurar la RT des d'ambdues perspectives, a més de recopilar dades sociodemogràfiques i clíniques. La mostra estudiada va ser de 234 persones hospitalitzades i 58 infermeres. Les anàlisis estadístiques van incloure correlacions i regressions lineals múltiples per examinar l'associació entre les perspectives d'infermeres i persones hospitalitzades i els factors que les influïen. A la tercera fase, es va dur a terme un assaig controlat aleatoritzat en què es va implementar la intervenció ETR i se'n va avaluar l'impacte a la RT. S'assignaren aleatòriament unitats al grup intervenció i al grup control. Van participar 271 persones hospitalitzades i 58 infermeres, distribuïts en 143 parells al grup control i 128 parells al grup intervenció. Les anàlisis estadístiques van incloure anàlisis de covariància ajustant per la puntuació basal del WAI-S i altres covariables rellevants per determinar l'impacte de la

intervenció en la qualitat de la RT percebuda. Es van garantir tots els aspectes ètics, obtenint aprovacions dels comitès d'ètica corresponents i assegurant el consentiment informat dels participants.

Resultats: En primer lloc, les troballes de la investigació van mostrar una associació positiva entre les perspectives de les infermeres i les persones ateses sobre la RT. Tot i això, es van identificar diferències significatives en les perspectives inicials entre tots dos. Específicament, les infermeres tendien a avaluar la RT de manera més favorable que les persones ateses durant els primers dies d'hospitalització. En segon lloc, després de la implementació de la intervenció ETR, es va observar una millora significativa en la qualitat de la RT des de les dues perspectives. Aquesta millora va ser especialment notable en les dimensions relacionades amb les tasques i establir objectius terapèutics. La intervenció ETR va ser identificada com el factor més influent en la millora general de la RT, demostrant-ne l'eficàcia més enllà de les pràctiques d'atenció estàndard.

Conclusions: L'estudi va revelar que la implementació de la intervenció ETR va resultar en millores significatives en la percepció de la RT entre infermeres i persones ateses en unitats de salut mental. Aquestes millores van ser més notables al grup on es va aplicar la intervenció, tant a l'inici com al final de l'ingrés. L'ETR va ser particularment eficaç per millorar aspectes relacionats amb la presa de decisions compartida, abordant les discrepàncies observades entre les perspectives d'infermeres i persones ateses. Aquestes troballes subratllen la importància d'implementar intervencions primerenques i centrades en la persona per a una RT més forta i una atenció més personalitzada.

Impacte: Aquesta investigació proporciona evidència sobre l'efectivitat de l'ETR, oferint una eina pràctica per millorar la qualitat de l'atenció a les unitats d'hospitalització d'aguts de salut mental. L'ETR té el potencial de transformar la pràctica clínica, promovent una atenció més humana, centrada a la persona i orientada a la recuperació.

Paraules clau: Espai terapèutic reservat, intervenció d'infermeria, relació terapèutica, cures centrades a la persona, assaig controlat aleatoritzat.

ABSTRACT

Introduction: The therapeutic relationship (TR) is an essential component in the care of persons living with mental ill health, acting as a fundamental pillar for their recovery and well-being. Despite its importance, TR in acute mental health units faces challenges such as time constraints for direct interaction and discrepancies in perceptions between nurses and persons living with mental ill health. The Reserved Therapeutic Space (RTS) nursing intervention is proposed as an innovative strategy to strengthen TR, promoting person-centered care and improving the quality of mental health care.

Objective: The main objective of this thesis is to evaluate the effectiveness of the RTS intervention in improving TR between nurses and persons hospitalized in acute mental health units.

Methodology: The thesis is part of a multicenter project that was carried out in 12 acute mental health units in Spain and was structured in three key phases. In the first phase, the protocol of the multicenter study RTS_MHNursing_Spain was published, establishing a solid methodological basis for the research. In the second phase, a cross-sectional study was conducted to analyze initial perceptions of TR among nurses and people living with mental ill health during the first days of hospitalization. The Working Alliance Inventory-Short (WAI-S) scale was used to measure TR from both perspectives, in addition to collecting sociodemographic and clinical data. The sample studied was 234 hospitalized persons and 58 nurses. Statistical analyses included correlations and multiple linear regressions to examine the association between nurses' and inpatients' perceptions and the factors that influenced them. In the third phase, a randomized controlled trial was conducted in which the RTS intervention was implemented and its impact on TR was assessed. Units were randomly assigned to the intervention and control groups. A total of 271 hospitalized persons and 58 nurses participated, distributed in 143 pairs in the control group and 128 pairs in the intervention group. Statistical analyses included analysis of covariance adjusting for baseline WAI-S score and other relevant covariates to determine the impact of the intervention on the quality of the TR perceived. All ethical aspects were ensured, obtaining

approvals from the relevant ethics committees and securing informed consent from participants.

Results: First, the research findings showed a positive association between the perspectives on TR of nurses and persons living with mental ill health. However, significant differences in baseline perceptions were identified between the two. Specifically, nurses tended to evaluate TR more favorably than persons cared for during the first days of hospitalization. Second, after implementation of the RTS intervention, there was a significant improvement in the quality of TR from both perspectives. This improvement was especially notable in the dimensions related to tasks and therapeutic goal setting. The RTS intervention was identified as the most influential factor in the overall improvement of TR, demonstrating its effectiveness beyond standard care practices.

Conclusions: The study revealed that implementation of the RTS intervention resulted in significant improvements in the perception of TR among nurses and persons cared for in mental health units. These improvements were especially remarkable in the group where the intervention was implemented, both at baseline and at the end of admission. The intervention RTS was particularly effective in improving aspects related to shared decision making, addressing the discrepancies observed between nurses' and persons cared' perceptions. These findings underscore the importance of implementing early, person-centered interventions for stronger TR and more personalized care.

Impact: This research provides evidence on the effectiveness of RTS, offering a practical tool for improving the quality of care in acute mental health units. RTS has the potential to transform clinical practice, promoting more humane, person-centered, and recovery-oriented care.

Key words: Reserved therapeutic space, nursing intervention, therapeutic relationship, person-centered care, randomized controlled trial.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. CONTEXTUALIZACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL TEMA

En el ámbito de la salud mental, la relación terapéutica (a partir de ahora RT) se establece como un elemento fundamental de humanidad y eficacia. Este vínculo, esencial en la práctica de la enfermería, trasciende el ámbito clínico ordinario; es una interacción delicada y profunda, llena de empatía, entendimiento y conexión humana. Es el vehículo mediante el cual se transporta no solo el tratamiento sino también la humanidad del cuidado. En la enfermería, este concepto se eleva a un principio cardinal, reconocido como el eje central del cuidado que proporciona el profesional de la salud. La RT se caracteriza por una conexión empática, colaborativa y respetuosa entre el profesional y la persona atendida, estableciendo un terreno común que favorece la curación y el bienestar. A pesar de su crucial importancia, la RT en el contexto de la salud mental a menudo queda relegada a un segundo plano en la investigación clínica, requiriendo un mayor enfoque para revelar su verdadero impacto y potencial.

La presente tesis se sumerge en el corazón de la RT, especialmente en el ámbito de la salud mental. Exploraremos la esencia de este vínculo, su evolución a lo largo del tiempo, y su papel indispensable en el tratamiento y recuperación de personas con trastornos mentales. La RT no es solo un componente de la atención; es el eje central que puede transformar la experiencia de la persona atendida y el profesional de la salud. Su comprensión y mejora es esencial para el avance de la enfermería psiquiátrica y el bienestar de las personas.

1.2. ORÍGENES E IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN EL CUIDADO DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

La RT entre la enfermera y las personas con un problema de salud mental es un componente crucial en la atención sanitaria y ha evolucionado significativamente a lo largo del tiempo, reflejando el desarrollo profesional del campo (Gabrielsson et al., 2016; McAndrew et al., 2014; Zugai et al., 2015). Este concepto ha adquirido una relevancia central, marcando un paralelismo con el crecimiento y la profesionalización de la enfermería en su conjunto.

La enfermería, como disciplina, radica en una filosofía que enfatiza la humanidad y aboga por un enfoque del cuidado comprensivo e integral. Esta perspectiva holística valora la complejidad de cada individuo, reconociendo la interconexión entre las diversas dimensiones que constituyen la persona (Frisch & Rabinowitsch, 2019). En este sentido, Florence Nightingale fue pionera en promover un cuidado que trascendiera la mera ejecución de tareas técnicas para honrar la individualidad de cada persona. Nightingale enfatizaba la relevancia de la observación aguda y la comunicación efectiva, abogando por un cuidado ajustado a las necesidades únicas de cada persona (Nightingale, 2002). Este enfoque, sentó las bases para que la RT evolucionara más allá de un componente de la compasión en la atención, transformándose en una interacción dinámica y colaborativa, profundamente arraigada en el respeto a la individualidad de las personas. Siguiendo este legado, Hildegard Peplau en la década de 1950, a través de su teoría de las relaciones interpersonales, revolucionó aún más la concepción de la RT (O'Brien, 2001; Peplau, 1952). Peplau no solo identificó la RT como una interacción, sino que la elevó al rango de

proceso terapéutico esencial, fomentado por una comunicación significativa y enfocado en el bienestar de la persona (Forchuk et al., 1998; Peplau, 1988). Esta visión marcó un cambio en la percepción de la relación enfermera-usuario, reconociéndola como un intercambio humano que implica respeto, desarrollo y aprendizaje mutuo (Peplau, 1990). Siguiendo en la misma línea, Peplau detalló las etapas del proceso de desarrollo de la RT en 4 fases (Peplau, 1990):

- Fase de orientación: en esta etapa inicial se sientan las bases que influirán en la eficacia del vínculo terapéutico. Durante este periodo introductorio, la persona atendida y la enfermera establecen un primer contacto y definen sus respectivas funciones en el proceso terapéutico. El propósito principal en este punto es generar una recepción acogedora y un ambiente de confianza mutua, donde la enfermera guiará a la persona atendida en el reconocimiento y aceptación de su necesidad de apoyo.
- Fase de identificación: en esta fase la persona atendida, con el soporte de la enfermera, empieza a aceptar y enfrentar su situación de salud. La enfermera promueve un ambiente seguro para la expresión emocional y la exploración personal, ambos esenciales para confeccionar un plan de cuidado consensuado. La confianza ganada en esta fase es crucial para la eficiencia del proceso terapéutico subsiguiente. Con el progreso de la interacción, se intensifica el entendimiento recíproco.
- Fase de aprovechamiento: En este punto, la persona busca sacar el mayor provecho posible de los recursos que la enfermera pone a su disposición dentro del marco de la RT. Paralelamente, la enfermera ejerce un rol de guía y apoyo, impulsando a las

personas hacia la autonomía y el aprovechamiento óptimo de los cuidados proporcionados.

- Fase de resolución: Como culminación del proceso terapéutico, esta fase no es menos trascendental. Se trata del momento en el que se realiza una evaluación integral del progreso alcanzado. La persona atendida, con la mirada puesta en futuras metas y acompañada por la enfermera, evalúa y reflexiona sobre el camino recorrido. La enfermera, por su parte, consciente del lazo terapéutico establecido, orienta a la persona hacia el cierre adecuado de la relación, asegurando que los logros alcanzados se consoliden y que la persona esté preparada para avanzar de manera independiente.

Cada una de estas fases de la RT es fundamental para comprender profundamente la dinámica de esta y contribuye de manera significativa al éxito global de la relación, destacando su carácter progresivo y su importancia en el ámbito del cuidado de la salud (Peplau, 1990). En este sentido, es fundamental que la enfermera sea consciente de que su interacción con las personas atendidas provocará una reacción en estos últimos, y que, inevitablemente, tendrá un efecto recíproco (Peplau, 1990). En el transcurso de la interacción terapéutica, comprender cómo percibe y qué necesita la persona atendida constituye un eje central de la RT (Reynolds & Scott, 1999). Adoptando la perspectiva de las personas atendidas, la enfermera está en posición de fortalecerlo, incentivando capacidades que le permitan enfrentar y superar sus problemas (Peplau, 1988, 1997). Para ello, las enfermeras deben aspirar a una relación basada en un compromiso honesto, que incluya confianza, empatía y esperanza (Wangel et al., 2024). Esto convierte a la empatía en un elemento esencial dentro de la RT, tanto desde un análisis teórico (Peplau, 1988; Rogers, 1972) como en la práctica clínica de las enfermeras especializadas en salud mental

(Gerace et al., 2018; Moreno-Poyato et al., 2016; Reynolds & Scott, 1999). En este sentido, la RT se ha definido como una relación de ayuda, con un compromiso interpersonal basado en la confianza mutua y la alianza terapéutica (Moreno-Poyato et al., 2016). Esta alianza terapéutica es un constructo central de la RT (Hartley et al., 2020a; McAllister et al., 2021; Moreno-Poyato et al., 2016) e incluye tres dimensiones clave según Bordin: el desarrollo de un vínculo terapéutico entre la enfermera y el usuario basado en la aceptación mutua, el acuerdo sobre los objetivos terapéuticos y el consenso en cuanto a las tareas que se llevarán a cabo para alcanzar dichos objetivos (Bordin, 1979). El modelo Bordin sostiene que una alianza de trabajo fuerte y efectiva es un predictor clave del éxito en la terapia, independientemente del enfoque terapéutico específico utilizado. Esta alianza se considera un factor común que subyace en diferentes modalidades de tratamiento y se ha demostrado que es crucial para lograr resultados positivos en el tratamiento de las personas (Bordin, 1979).

1.3. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LA SALUD MENTAL

En el ámbito de la salud mental, el proceso de cuidado por parte de enfermería trasciende las funciones tradicionales para centrarse en la recuperación de las personas atendidas, poniendo especial énfasis en entender y valorar las experiencias de vida de éstas. Este enfoque holístico va más allá de las responsabilidades clínicas estándar, ya que busca comprender y conectar con el relato personal de las personas, una práctica que demanda que las enfermeras de salud mental dediquen tiempo efectivo al lado de los usuarios, más allá de la administración de fármacos (Wangel et al., 2024). Además, la enfermería de salud

mental se concibe como una disciplina cuyo enfoque es eminentemente reflexivo y asistencial, dirigido hacia la rehabilitación del bienestar del individuo. Esta práctica no solo se dedica a restaurar la salud, sino que también fomenta la creación de una RT (Gabrielsson et al., 2016). Esta RT es un prisma a través del cual se visualiza y se articula la atención en unidades de salud mental, enfatizando su rol central en la prestación de los cuidados. Así mismo, la RT adquiere un valor añadido por su importancia y trascendencia (Moreno-Poyato et al., 2016), dado que los desafíos relacionales, las distorsiones en la percepción de la realidad y los obstáculos en la comunicación son comunes en las personas con trastornos de salud mental. Esto subraya la necesidad de un enfoque terapéutico que atienda estas complejidades (Moreno Poyato & Tolosa Merlos, 2013). En este sentido, este vínculo terapéutico no solo sustenta la praxis enfermera (McAllister et al., 2021), sino que, más allá, determina el éxito de los cuidados prestados a las personas durante su estancia hospitalaria (B. A. Harris & Panozzo, 2019; Hartley et al., 2020a; Moreno-Poyato et al., 2016; Zugai et al., 2015). Por lo tanto, su adecuado establecimiento y mantenimiento no solo incrementa la efectividad de las intervenciones de enfermería en la práctica clínica de las unidades de salud mental (McAndrew et al., 2014), sino que también contribuye a mejorar en los resultados de salud de las personas que la reciben (Coffey et al., 2019; Flückiger et al., 2020; Hreńczuk, 2021; Kelley et al., 2014; Moreno-Poyato et al., 2017; Zugai et al., 2015). Es por ello, que se debe enfatizar particularmente en su evolución y conservación adecuada (Moreno Poyato et al., 2021).

A pesar de la importancia crítica de la RT, la investigación actual reconoce que el entorno hospitalario y una serie de factores de naturaleza diversa juegan un papel determinante en su implementación efectiva y mantenimiento continuo. Diversos estudios recientes han

señalado que en la práctica clínica no siempre se alcanza el nivel requerido para su establecimiento sólido y eficaz (B. Harris & Panozzo, 2019; Kingston & Greenwood, 2020; Moreno-Poyato, Casanova-Garrigos, Roldán-Merino, et al., 2021). En este sentido, se han identificado múltiples barreras que dificultan la adecuada implantación de la RT en la práctica clínica. Entre las barreras identificadas se encuentra el incremento en la carga de tareas administrativas y de gestión para las enfermeras, lo que reduce significativamente el tiempo disponible para la atención directa de las personas. Esta situación limita las oportunidades para una interacción significativa entre la enfermera y el usuario, un factor crucial para el proceso de recuperación (Cutcliffe & McKenna, 2018; Gabrielsson et al., 2020; Glantz et al., 2019). Además, es preocupante la tendencia a disminuir el contacto directo de las enfermeras con las personas a las que atienden, lo que puede comprometer la calidad del compromiso terapéutico necesario para apoyar la recuperación de estos (Glantz et al., 2019). Otras de las barreras identificadas incluyen la ratio enfermera-usuario (Kingston & Greenwood, 2020; Tolosa Merlos et al., 2021), el enfoque dominante de la gestión de riesgos (Lessard-Deschênes & Goulet, 2022), así como las estructuras organizativas y el entorno de trabajo (Moreno-Poyato et al., 2021; Tolosa Merlos et al., 2021). Estos desafíos pueden entrar en conflicto con las necesidades de atención personalizada y el tiempo dedicado a cada persona, elementos esenciales para una RT efectiva, afectando así la práctica enfermera (Moreno-Poyato et al., 2021; Tolosa Merlos et al., 2021). Además, desde la perspectiva de los usuarios, estas barreras pueden percibirse como una limitación en la comunicación efectiva. Esto, afecta negativamente su participación en la planificación del cuidado (Rio et al., 2020) y genera una desconfianza en el personal de enfermería y una percepción negativa sobre el rol de esta (Lessard-Deschênes & Goulet, 2022).

Para enfrentar estos retos es imprescindible un entorno de trabajo que promueva una RT efectiva. En este sentido, hay que tener presente que aspectos como un ambiente de trabajo propicio, la formación institucional y la experiencia del personal de enfermería están vinculados a la calidad del cuidado y al establecimiento de un vínculo terapéutico sólido (Roviralta-Vilella et al., 2019). Los estudios sugieren que entornos de trabajo saludables para el personal de enfermería se asocian a mayores niveles de satisfacción de los usuarios (Schmalenberg & Kramer, 2008) y a una reducción de eventos adversos (Hall et al., 2008). Además, las estructuras organizativas de calidad y las prácticas de enfermería son clave para lograr resultados positivos tanto para los usuarios como para el personal (Frechette et al., 2018). En este marco, el apoyo de la gestión organizativa se convierte en un pilar esencial para fomentar la resiliencia de las enfermeras y ofrecer oportunidades de desarrollo profesional que aseguren un entorno seguro y propicio para la práctica (Cleary et al., 2013).

Este enfoque multidimensional requiere de liderazgos que empoderen tanto a las enfermeras como a los usuarios, y respalden el desarrollo de conocimientos y habilidades clínicas en la práctica diaria. Con ello, se podría mejorar la calidad de la RT en las unidades de hospitalización de salud mental y se avanzaría hacia la superación de las discrepancias entre las perspectivas de las enfermeras y los usuarios sobre la atención colaborativa y de calidad (Moyo et al., 2022).

1.4. PERSPECTIVAS DE ENFERMERAS Y PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL SOBRE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

La atención sanitaria de calidad en las unidades de agudos de salud mental depende crucialmente de la fortaleza de la RT entre la persona atendida y la enfermera y en cómo esta establece conexiones con las personas para lograr una RT óptima. Esta relación es un pilar central y esencial de la práctica y atención centrada en la persona, lo que subraya la importancia de su desarrollo y mantenimiento adecuados (Hamovitch et al., 2018; Moreno-Poyato, Rodríguez-Nogueira, & MiRTCIME.CAT working group, 2021; Tolosa Merlos et al., 2021; Wangel et al., 2024). Este enfoque centrado en la persona es fundamental, ya que la RT en salud mental es una construcción bidireccional, donde tanto el profesional como el usuario aportan y se influyen mutuamente para lograr un progreso terapéutico (Moreno-Poyato, Rodríguez-Nogueira, & MiRTCIME.CAT working group, 2021; Zugai et al., 2015). En este sentido, es importante examinar y comprender las perspectivas tanto de los profesionales como de las personas atendidas respecto a la RT para analizar sus puntos de concordancia y desacuerdo (Beaudette et al., 2020; Flückiger et al., 2020; Igra et al., 2020; Lessard-Deschênes & Goulet, 2022; Penix et al., 2021; Tschuschke et al., 2020), aunque esta puede ser experimentada de manera diferente por los participantes (Atzil-Slonim et al., 2015; Hartmann et al., 2015). Además, la literatura destaca que el acuerdo entre las perspectivas de los profesionales y los usuarios sobre la RT es fundamental en la evaluación del proceso de cuidados y determinante para el éxito del tratamiento (Hartmann et al., 2015; Igra et al., 2020; Lessard-Deschênes & Goulet, 2022; Tschuschke et al., 2020). Sin embargo, persiste una escasez de evidencia que explique cómo los usuarios y profesionales

de salud mental comprenden o entienden su RT. La evidencia existente se observa sobre todo en el ámbito de la psicoterapia, destacando el vacío evidente en la comprensión específica de la divergencia entre las perspectivas de la RT de usuarios y enfermeras. En estos estudios se ha revelado que los usuarios tienden a asignar puntuaciones más altas a la calidad de su RT en comparación con las asignadas por los profesionales de salud, subrayando así un contraste notorio entre las perspectivas de ambos grupos (Andrade-González et al., 2017; Evans-Jones et al., 2009; Hartmann et al., 2015; Igra et al., 2020; Penix et al., 2021; Tschuschke et al., 2020). Esta brecha perceptiva parece atenuarse a medida que avanza el número de sesiones de terapia, lo que apunta a una mejora progresiva en la calidad de la RT conforme se desarrolla el vínculo terapéutico a lo largo del tiempo (Andrade-González et al., 2017; Coyne et al., 2018; Penix et al., 2021; Tschuschke et al., 2020). En este sentido, el establecimiento de una RT sólida en las fases iniciales de la hospitalización es crucial, destacando que las primeras 24 a 72 horas tras el ingreso son decisivas para este fin (Moreno-Poyato, El Abidi, et al., 2021). Por otro lado, las investigaciones indican que ciertas características del profesional, como la experiencia y el género (Hartmann et al., 2015), así como estados emocionales como la inseguridad, la ansiedad y la frustración, podrían ser factores que los usuarios perciben de forma negativa, afectando así su valoración de la RT (Nissen-Lie et al., 2015). Simultáneamente, características individuales de los usuarios, incluyendo actitudes de hostilidad y mayor expresión de irritabilidad, así como la sintomatología negativa en trastornos psicóticos, pueden afectar las valoraciones que hacen los profesionales sobre la calidad de la RT que establecen con las personas atendidas (Beaudette et al., 2020; Nissen-Lie et al., 2015).

1.5. MODELOS DE INTERVENCIÓN CENTRADOS EN LA PERSONA

A lo largo del tiempo, se han implementado diversas intervenciones grupales e interactivas en unidades de hospitalización de salud mental para enfrentar las barreras existentes (McAllister et al., 2021; Molin et al., 2018; Moreno-Poyato et al., 2018; Nolan et al., 2016). Sin embargo, existe una limitación en la base de evidencia en este campo (Hartley et al., 2020a). Estas intervenciones han adoptado una variedad de enfoques metodológicos y aproximaciones teóricas, pero generalmente han buscado potenciar la empatía, promover la comunicación y consolidar la alianza terapéutica entre enfermeras y usuarios (Hartley et al., 2020a).

En el ámbito de las unidades de agudos, se han realizado sesiones clínicas dirigidas al personal, facilitando la discusión de casos de personas con problemas de salud mental para aumentar la comprensión de su comportamiento y fortalecer la alianza terapéutica (Berry et al., 2016). Aunque los resultados no mostraron cambios significativos, se encontró que aquellas personas con psicosis y abuso de sustancias que establecen fuertes alianzas con sus terapeutas experimentan mayores beneficios (Berry et al., 2016). Otra intervención, aplicada predominantemente en el Reino Unido, como parte del modelo de reorientación, es el “Protected Engagement Time” (PET) (Bowles & Howard, 2003; Dodds & Bowles, 2001). Se trata de un periodo fijo diario dedicado exclusivamente al contacto entre enfermeras y usuarios, pausando otras actividades administrativas y visitas (Nolan et al., 2016). Este modelo busca la mejora de los servicios de hospitalización y aliviar la carga laboral del personal (Nolan et al., 2016). A pesar de su potencial, esta intervención ha mostrado una falta de profundidad en las actividades durante las sesiones de compromiso y

una variabilidad e inconsistencia en su implementación. (Dodd et al., 2018; Edwards et al., 2008). Estas limitaciones llevaron a la realización de un estudio sueco que propuso la intervención "Time Together" (TT), con el fin de explorar las narrativas personales de los usuarios (Molin et al., 2018). El TT es una forma modificada de PET, fundamentada en estudios sobre la vida cotidiana en salas de cuidados agudos y en el Modelo Tidal, que enfatiza la importancia de las narrativas personales de las personas (Molin, Graneheim, & Lindgren, 2016; Molin, Graneheim, Ringnér, et al., 2016). La intervención TT fue evaluada a través de métodos cualitativos, evidenciando que los usuarios percibieron un aumento en la implicación del personal post-implementación. Esto mejoró la calidad de la interacción entre usuarios y personal de salud, promoviendo un sentimiento de valoración y reforzando las expectativas de recuperación de las personas (Molin et al., 2019). A pesar de estos hallazgos positivos, su evaluación cuantitativa no demostró un aumento en la calidad del compromiso (Molin et al., 2018), lo que sugiere una disociación entre las perspectivas subjetivas de los usuarios y las mediciones objetivas del compromiso del personal, un fenómeno que ya había sido observado previamente en la implementación del PET. Otra limitación clave del TT es que el enfoque principal parece estar en el sistema y no tanto en el individuo, lo que podría explicar la falta de mejoras significativas en la calidad del compromiso terapéutico. Otra estrategia efectiva, utilizada en España, ha sido la interacción diaria individual con las personas hospitalizadas, combinada con grupos de reflexión para el personal (Moreno-Poyato et al., 2018). Tras la intervención, las enfermeras del grupo de intervención incrementaron su empatía de forma significativa y concordaron mejor con los usuarios en objetivos y tareas. Por último, en Inglaterra, se ha desarrollado la intervención "Let's Talk", centrada en la mejora de las interacciones entre enfermeras y personas hospitalizadas en unidades de salud mental aguda, utilizando un enfoque colaborativo que

combinó el codiseño basado en la experiencia con la teoría de la rueda de cambio de comportamiento (McAllister et al., 2021). Durante su desarrollo, se priorizó la inclusión y participación de los usuarios del servicio, cuidadores y clínicos. Sin embargo, todavía no se han encontrado publicados resultados que evalúen la calidad y el tipo de interacciones entre enfermeras y usuarios. Por consiguiente, se reconoce que no todas las herramientas clínicas actuales son suficientemente efectivas para restablecer la alianza terapéutica o conducir a una mejora significativa en los resultados para las personas (Coelho et al., 2021; Lambert et al., 2018).

1.6. JUSTIFICACIÓN

Después de estas líneas, se hace evidente que la RT es un pilar fundamental en la práctica enfermera, dentro de unidades de agudos de salud mental, y contribuye significativamente a mejorar los resultados de salud de las personas. No obstante, y a pesar de su reconocida importancia, las enfermeras continúan asignando un tiempo limitado a la interacción directa con el usuario (Glantz et al., 2019). Además, persiste una notable escasez de investigaciones que detallen metodologías efectivas para mejorar y mantener RTs robustas (Hartley et al., 2020b). Del mismo modo, existe una necesidad de desarrollar modelos de atención centrados en la persona (Delaney, 2023; Wangel et al., 2024). Esta brecha en la investigación subraya la necesidad de desarrollar espacios protegidos que promuevan interacciones terapéuticas de alta calidad, incorporando la visión tanto de profesionales como de personas atendidas (Gerace et al., 2018; Glantz et al., 2023; Molin et al., 2018; Moreno-Poyato et al., 2018). Además, existe un acuerdo en que la sintonía entre las

perspectivas de personas atendidas y profesionales es determinante para la evaluación y el éxito del tratamiento (Hartmann et al., 2015; Tschuschke et al., 2020). En este sentido, se destaca la relevancia de explorar y comprender las perspectivas bidireccionales de enfermeras y usuarios acerca de la RT. Un enfoque más detallado y matizado en esta área podría revelar puntos clave para mejorar la calidad del cuidado en estos entornos complejos, abordar cualquier discrepancia percibida y reducir la distancia entre las perspectivas de usuarios y enfermeras, especialmente en las etapas tempranas de hospitalización en salud mental.

En respuesta a esta necesidad, como intervención propiamente enfermera para fortalecer la RT, enfermeras en unidades de salud mental agudas desarrollaron mediante un proceso de Investigación-Acción Participativa, una intervención enfocada en intensificar los encuentros individualizados con las personas. Esta intervención, evaluada tanto cualitativa como cuantitativamente, arrojó resultados positivos (Moreno-Poyato et al., 2018; Moreno-Poyato et al., 2019). Ampliando este enfoque, se adaptó el modelo para incluir a 198 enfermeras en 18 unidades de salud mental de Cataluña, originando la intervención conocida como “Espacio Terapéutico Reservado” (a partir de ahora ETR). Este proyecto refleja una consolidación de prácticas basadas en la evidencia destinadas a mejorar las interacciones terapéuticas entre enfermeras y personas hospitalizadas (Moreno-Poyato, Casanova-Garrigos, Roldán-Merino, et al., 2021; Moreno-Poyato, Rodríguez-Nogueira, Casanova-Garrigos, et al., 2021; Roviralta-Vilella et al., 2019; Tolosa-Merlos et al., 2023). Siguiendo las directrices actuales que recomiendan diseñar y validar intervenciones clínicas en colaboración con quienes las implementarán y se beneficiarán de ellas (Hartley et al., 2020b; McAllister et al., 2021), se realizó un proceso colaborativo de validación cualitativa.

Este proceso incluyó a miembros de las comunidades de salud mental Activament y Obertament, que aportaron su experiencia directa para afinar la significación, estructura y contenido de la intervención (Moreno-Poyato, El Abidi, Rodríguez-Nogueira, et al., 2021). De esta manera, se aseguró que la perspectiva de las personas atendidas se integrara desde el principio, otorgándoles un papel central en la mejora de sus propios procesos terapéuticos.

El ETR representa una intervención innovadora que refuerza las relaciones individuales y el vínculo terapéutico entre enfermeras y usuarios, fomentando la participación conjunta en la definición de metas y estrategias de recuperación (Moreno Poyato et al., 2021; Moreno-Poyato, El Abidi, Rodríguez-Nogueira, et al., 2021; Moreno-Poyato et al., 2023). Su diseño flexible permite realizar ajustes personalizados que responden a las necesidades individuales de las personas en cada fase de su hospitalización. Por tanto, esta investigación se enfoca en la implementación y evaluación del ETR para discernir cómo estas intervenciones pueden mejorar las perspectivas de las enfermeras y las personas hospitalizadas sobre la RT. Además, la presente tesis doctoral no solo busca llenar un vacío en la literatura existente, sino que también tiene implicaciones sustanciales para la práctica clínica, apuntando a transformar las RTs en las unidades de hospitalización de salud mental mediante la adopción de un enfoque innovador y centrado en la persona. Esta tesis doctoral se enmarca en el proyecto multicéntrico titulado "Impact of the 'reserved therapeutic space' nursing intervention on patient health outcomes: An intervention study in acute mental health units", una investigación que aborda varios objetivos y fases distintas con métodos cuantitativos y cualitativos. Concretamente, la presente tesis está circunscrita al objetivo principal del estudio multicéntrico, el cual pretendía evaluar el impacto de una intervención

enfermera para mejorar la RT entre enfermeras y personas hospitalizadas en 12 unidades de salud mental aguda de España.

Esta investigación cuenta con apoyo financiero a través del Instituto de Salud Carlos III (PI21/00605) y el Colegio de Enfermería de Barcelona (PR-487/2021). Adicionalmente, el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) ha contribuido con financiación parcial para esta iniciativa.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar la efectividad de la intervención Espacio Terapéutico Reservado en términos del impacto en la mejora en la relación terapéutica enfermera-usuario en unidades de hospitalización de salud mental.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Examinar la asociación y las diferencias entre las perspectivas de enfermeras y usuarios sobre el establecimiento de la relación terapéutica en unidades de agudos de salud mental durante los primeros días de hospitalización.

- Analizar las diferencias en las perspectivas de la relación terapéutica entre las enfermeras y usuarios.
- Examinar la asociación entre las perspectivas de enfermeras y usuarios respecto a la relación terapéutica.
- Identificar los factores que influyen en el establecimiento de la relación terapéutica desde la perspectiva del usuario.

2.2.2. Evaluar el impacto de la intervención Espacio Terapéutico Reservado en la calidad de la relación terapéutica percibida por enfermeras y usuarios en unidades de agudos de salud mental.

- Describir los cambios en la percepción de la calidad de relación terapéutica tras la implementación de la intervención Espacio Terapéutico Reservado.
- Evaluar el impacto de la intervención Espacio Terapéutico Reservado en la mejora de la relación terapéutica.

3. METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO

Para el primer objetivo específico, se realizó un estudio cuantitativo transversal destinado a examinar la asociación y las diferencias en las perspectivas de enfermeras y personas hospitalizadas respecto al establecimiento de la RT en unidades de hospitalización de salud mental durante los primeros días tras el ingreso.

Para el segundo objetivo específico, se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico que abordó el objetivo general de la tesis. Este estudio evaluó el impacto de la intervención enfermera ETR en la mejora de la RT entre enfermeras y personas hospitalizadas en unidades de agudos de salud mental en España.

3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

El estudio se centró en una población formada por personas ingresadas en 12 unidades de agudos de salud mental y las enfermeras responsables de su atención. Las unidades de salud mental de España fueron invitadas a participar en el estudio a través de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental, siguiendo criterios territoriales de representatividad (Figura 1). Los criterios de elegibilidad fueron adultos (≥ 18 años) hospitalizados en dichas unidades que hubieran consentido voluntariamente participar en el estudio. Se excluyó a los individuos si, en el momento del reclutamiento, estaban sujetos a contención mecánica, presentaban una barrera lingüística, tenían contraindicaciones identificadas por el profesional sanitario responsable, presentaban deterioro cognitivo o presentaban una discapacidad intelectual. En cuanto a las enfermeras que cumplieron los

critérios de elegibilidad, se incorporaron al estudio aquellas asignadas a los usuarios incluidos que aceptaron participar voluntariamente. En la figura 1 se ilustra la localización de los centros que participaron en el estudio.

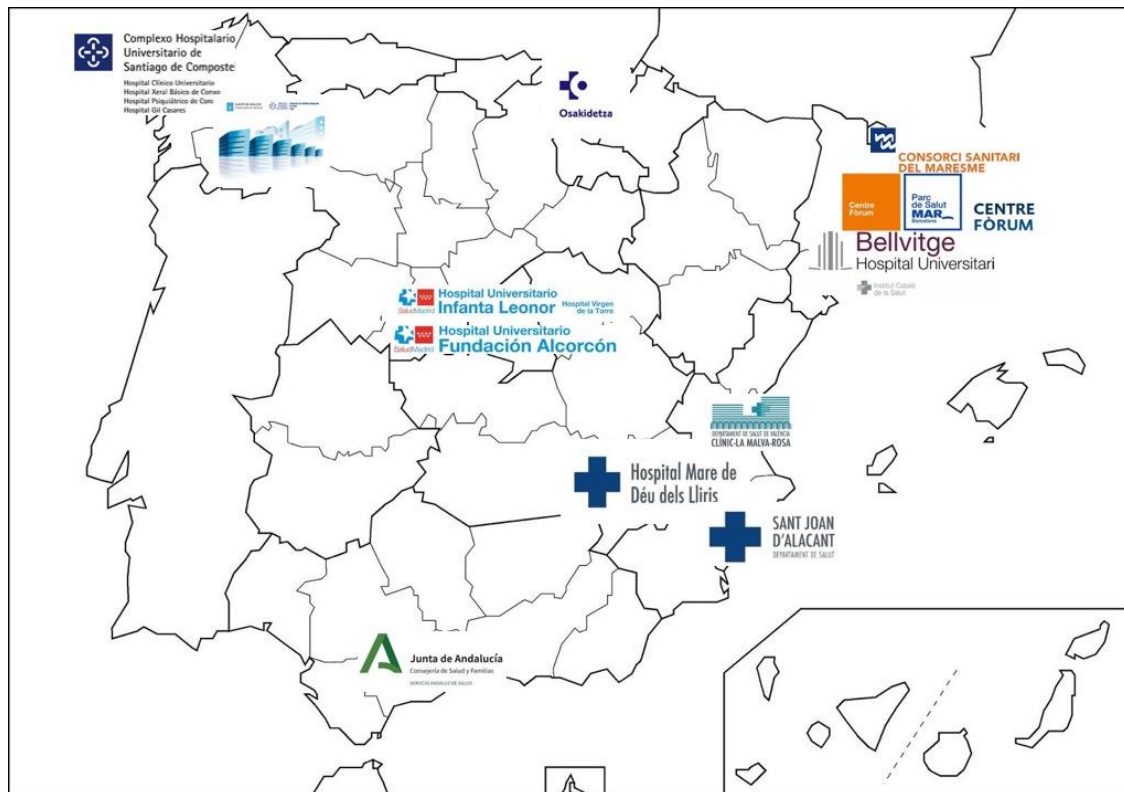


Figura 1. Localización de los hospitales participantes.

MUESTREO

Para la selección de los participantes se utilizó la técnica de muestreo consecutivo.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El cálculo de la muestra se realizó con el objetivo de evaluar la efectividad de la intervención “Espacio Terapéutico Reservado” en la mejora de la RT entre enfermeras y usuarios en unidades de hospitalización de salud mental. Se estableció un nivel de significancia (alfa) de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral, lo que requería un total de 131 participantes en el primer grupo y 131 en el segundo grupo para detectar una diferencia igual o superior a 3 unidades, utilizando el Working Alliance Inventory Short (WAI-S). Se asumió una desviación estándar común de 10 y se estimó una tasa de pérdida de seguimiento del 20%.

3.3. ALEATORIZACIÓN

Dadas las dificultades inherentes al proceso de evaluación en entornos clínicos reales, se descartó la posibilidad de una aleatorización convencional de los sujetos. Por ello, se procedió al emparejamiento de las unidades considerando características similares, como la ubicación geográfica del hospital, el número de camas o la ratio enfermera-usuario. A este emparejamiento le siguió la aleatorización mediante un software especializado para dividir las unidades en grupos de intervención o control. Este procedimiento de aleatorización fue realizado por el coordinador del estudio y se llevó a cabo antes del inicio de la formación de las enfermeras y del reclutamiento de los sujetos en el estudio. El diseño de la intervención también proporcionó anonimato en la asignación de los sujetos. En la Figura 2 se presenta el diagrama de flujo CONSORT de los participantes a lo largo de cada etapa del estudio.

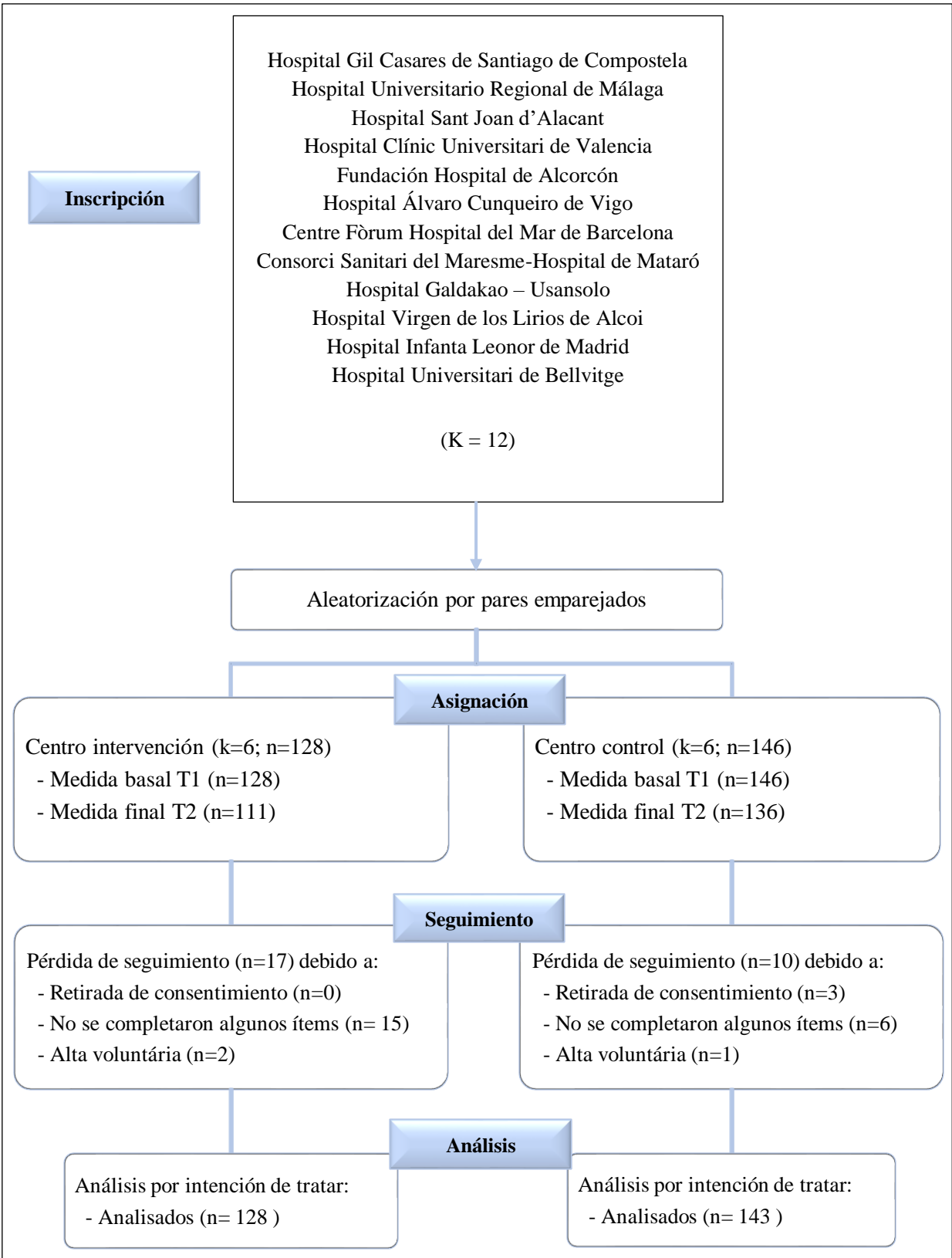


Figura 2. Diagrama de flujo de CONSORT.

3.4. CONTROL

El grupo control recibió la atención estándar que constituye la práctica habitual en las unidades de hospitalización correspondientes, asegurando una atención integral a la persona. Las enfermeras asignadas al grupo control continuaron aplicando sus habilidades profesionales y conocimientos clínicos para brindar atención, de acuerdo con las pautas de la unidad y las necesidades individuales de las personas.

3.5. INTERVENCIÓN

El Espacio Terapéutico Reservado (ETR) (Moreno Poyato et al., 2021) es una intervención que llevaron a cabo las enfermeras de unidades de hospitalización de salud mental junto a las personas hospitalizadas de los que son referentes. Para asegurar la fidelidad de la intervención, las enfermeras de las unidades seleccionadas para la intervención, y que aceptaron colaborar en el estudio, recibieron una formación complementaria por parte del equipo de investigación, al margen de la guía breve de implementación de la intervención.

La intervención ETR fue creada para mejorar el seguimiento y la atención de las personas durante su estancia hospitalaria, centrándose en adaptar el cuidado a las necesidades y expectativas individuales de cada persona. Así mismo, facilitar el proceso de recuperación de las personas y prepararlas para el alta. El objetivo principal del ETR es desarrollar un vínculo terapéutico de confianza que permita establecer objetivos y acordar intervenciones de manera colaborativa, orientadas a mejorar la recuperación de las personas en la unidad. Esta intervención está compuesta por 3 fases (Figura 3):

- **Primera Fase o Encuentro Orientador:** Este encuentro inicial debe llevarse a cabo entre las primeras 24 a 72 horas después de que la persona es hospitalizada, siguiendo la solicitud de la enfermera asignada. El objetivo es establecer un primer contacto y desarrollar un vínculo de confianza con la persona. Durante esta fase, es crucial identificar las preocupaciones primordiales de las personas y, en lo posible, pactar los temas y la agenda de los próximos encuentros. Los temas iniciales para discutir incluyen las reglas de la unidad hospitalaria, los derechos de los usuarios, las experiencias relacionadas con el ingreso involuntario y los sentimientos asociados a su situación actual.
- **Segunda Fase con Encuentros de Seguimiento:** Esta fase implica encuentros repetidos que ocurren según las necesidades expresadas por la persona a lo largo de su estancia hospitalaria. La enfermera debe demostrar su disponibilidad, saludando al usuario al comienzo de su turno y animándolo a participar en encuentros durante el día. Al final de cada turno, la enfermera deberá despedirse e invitar a la persona atendida a continuar las conversaciones al día siguiente. Los temas discutidos en esta fase están centrados en las preocupaciones actuales de la persona sobre su tratamiento y estadía, como los efectos secundarios de la medicación, la duración de la hospitalización, medicaciones adicionales y cualquier incidencia en la unidad.
- **Tercera Fase con Encuentro de Despedida:** Justo antes del alta, se realiza un último encuentro crucial para reforzar los avances de la persona atendida y prepararlo para el egreso de la unidad de cuidados agudos. En este encuentro, es fundamental proporcionar información sobre recursos y continuidad de cuidados post-hospitalización. También se deberán abordar cualquier duda sobre el futuro de

la persona y ofrecer recomendaciones para prevenir recaídas, asegurando que la persona se sienta empoderada y bien informada para su transición fuera del hospital.

La metodología de esta intervención se diseñó de acuerdo con la lista de verificación TIDieR (Template para Intervention Description and Replication) (Hoffmann et al., 2014), (Anexo VII). También se ha difundido un manual amplio que detalla la intervención, con el objetivo de agilizar su adopción en diversos entornos de atención de salud mental (Moreno Poyato, El Abidi, Lluch-Canut, et al., 2021).

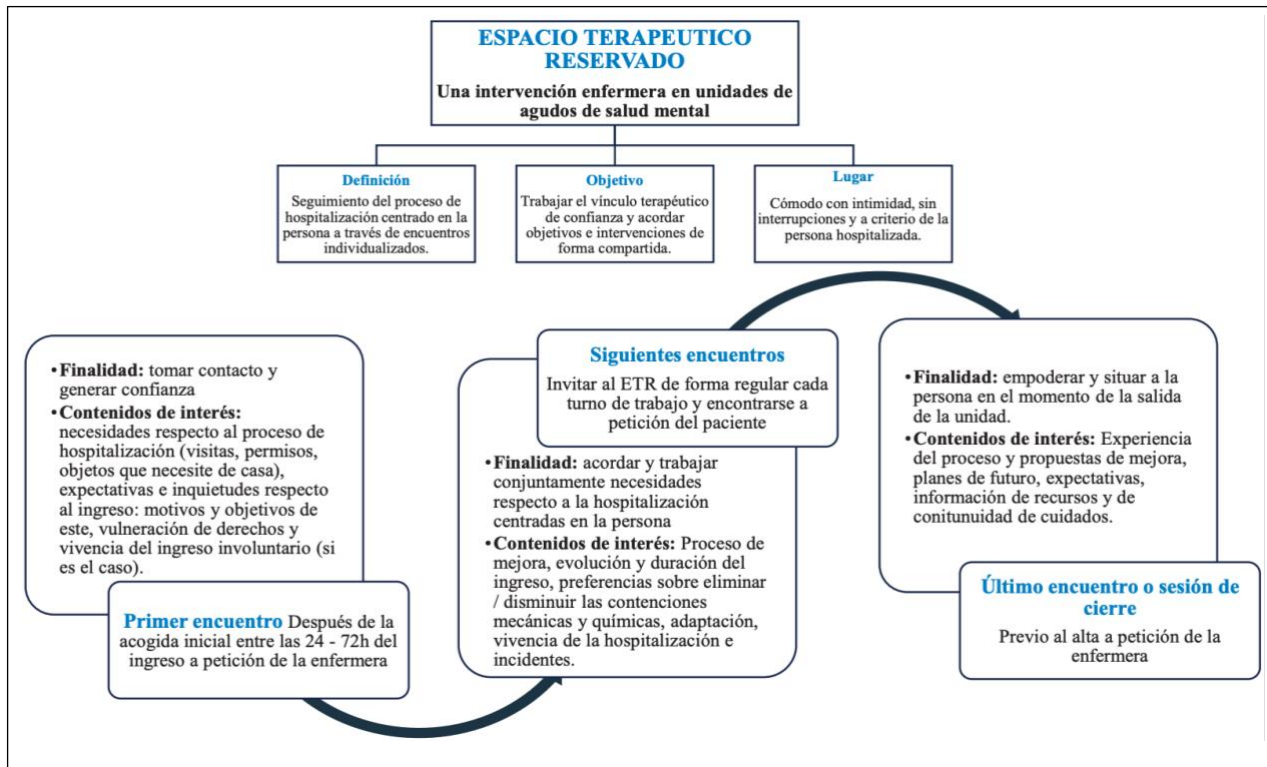


Figura 3. Esquema de la intervención Espacio Terapéutico Reservado (Moreno Poyato et al., 2021).

3.6. RECOGIDA DE DATOS

PROCEDIMIENTOS

La recogida de datos se llevó a cabo en dos momentos críticos de la hospitalización: dentro de las primeras 24-72 horas tras el ingreso de la persona (medida basal o preintervención) y justo antes del alta hospitalaria (medida final o postintervención). Este enfoque permitió abordar eficazmente los dos objetivos específicos planteados en la investigación. Para el primer objetivo específico, se utilizaron exclusivamente los datos obtenidos en las medidas basales, mientras que para el segundo objetivo específico se consideraron tanto las medidas basales como las finales.

El investigador principal de cada unidad informó a todas aquellas personas hospitalizadas que cumplían los criterios de inclusión de los objetivos del estudio en las 24 a 72 horas posteriores al ingreso, obteniendo su consentimiento informado. Los usuarios fueron reclutados consecutivamente y se les asignó un código confidencial con el que identificarlos. En las unidades donde se llevó a cabo el ETR, las enfermeras asignadas al grupo de intervención recibieron formación específica en el método ETR. En cambio, en las unidades de control, los cuidados habituales fueron proporcionados por las enfermeras referentes sin ninguna formación adicional en el ETR. En ambos grupos, tras el primer encuentro/primer entrevista con el usuario por parte de la enfermera responsable de la unidad se entregó a esta enfermera un dossier con la evaluación basal, que incluía el instrumento Working Alliance Inventory-Short (WAI-S) y datos sociodemográficos y profesionales. Posteriormente, el investigador principal de cada unidad, ajeno al proceso de atención de las personas, realizó la evaluación basal del usuario mediante la administración

del instrumento WAI-S. Los demás datos adicionales, como información clínica relevante y datos sociodemográficos, se obtuvieron de las historias clínicas de los usuarios y fueron recogidos por el investigador principal de cada unidad.

Hasta este punto, se recopilaron los datos necesarios para responder al primer objetivo específico, que buscaba examinar la asociación y las diferencias entre las perspectivas de enfermeras y usuarios sobre el establecimiento de la RT durante los primeros días de hospitalización.

Para abordar el segundo objetivo específico, y una vez implementada la intervención ETR en las unidades asignadas al grupo de intervención por las enfermeras formadas, se volvieron a recoger las medidas finales del WAI-S justo antes del alta hospitalaria, tanto de los usuarios como de las enfermeras. Esto permitió comparar las medidas finales con las basales y evaluar el impacto de la intervención en la RT.

Toda la información recopilada se gestionó y almacenó utilizando las herramientas electrónicas de captura de datos REDCap (Research Electronic Data Capture) (Harris et al., 2019), lo que permitió un manejo eficiente y seguro de los datos, evitando repeticiones en su descripción.

Las Figuras 4 y 5 ilustran detalladamente el proceso y los momentos específicos de la recogida de datos.

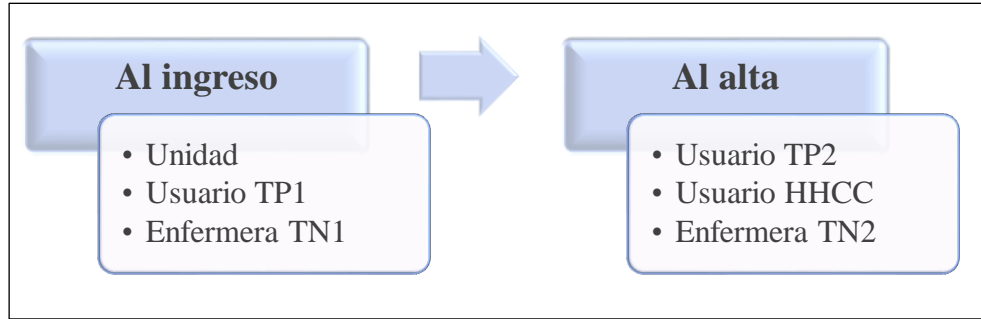
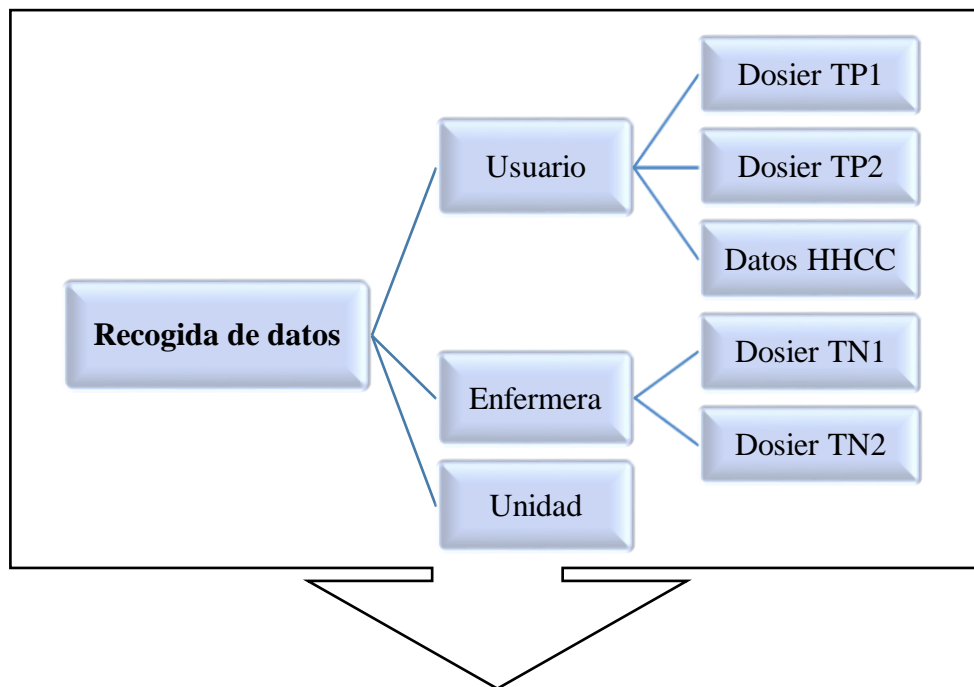


Figura 4. Temporalidad recogida de datos



- ✓ Plataforma online de gestión de datos segura
- ✓ Formación para el equipo investigador
- ✓ Acceso de cada investigador a los datos de su unidad

TP1, Cuestionario del usuario número 1; **TP2**, Cuestionario del usuario número 2; **TN1**, Cuestionario de la enfermera número 1; **TN2**, Cuestionario de la enfermera número 2; **HHCC**, Historia clínica.

Figura 5. Fuentes de recogida de datos y formato de almacenaje.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Relación terapéutica

Para la evaluación de la RT, se utilizó el Working Alliance Inventory Short (WAI-S) en su versión para profesionales (Anexo IV) y su versión para personas hospitalizadas (Anexo V), adaptada por Andrade-González (Andrade-González & Fernández-Liria, 2016). Se trata de un instrumento de medida de la alianza de trabajo y, por tanto, de la RT entre profesional y usuario (Horvath & Greenberg, 1989), dado que la comunidad científica ha adoptado y validado el constructo "alianza terapéutica" como sinónimo de la RT. El WAI en su versión corta cuenta con 12 ítems, el profesional y el usuario valoran cada ítem por medio de una escala Likert que va desde 1 (nunca) a 7 (siempre). La puntuación mínima es 12 (si todas las respuestas son 1) y la máxima es 84 (si todas las respuestas son 7). Las puntuaciones más bajas indican una RT deficiente, mientras que las puntuaciones más altas reflejan una relación fuerte y positiva entre la persona atendida y el profesional. Este instrumento está formado por tres dimensiones: vínculo, acuerdo en objetivos y acuerdo en tareas.

En nuestra muestra, el WAI-S mostró un coeficiente alfa de Cronbach de 0,93 para la puntuación total de la escala. En la versión dirigida a los usuarios, los valores alfa Cronbach para cada una de las dimensiones fueron 0,89, 0,71 y 0,91 (vínculo, objetivos y tareas, respectivamente). En cuanto a la versión para enfermeras, el alfa de Cronbach fue de 0,91 para el total de la escala, y los valores para las dimensiones individuales fueron 0,74, 0,74 y 0,92 (vínculo, objetivos y tareas, respectivamente).

Variables sociodemográficas y clínicas

Se registraron varias variables de las personas atendidas, incluyendo edad, sexo, diagnóstico, modalidad de ingreso, número de ingresos previos y duración media de la estancia hospitalaria, así como información sobre su conocimiento previo de la enfermera responsable. Además, se obtuvieron datos de las enfermeras participantes, como edad, sexo, experiencia laboral en la unidad, formación especializada en salud mental, formación académica, formación previa en RT y tipo de contrato.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se llevó a cabo respetando la Ley de Investigación Biomédica 14/2007 y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 2013, junto con sus enmiendas. El manejo de datos personales cumplió con el Reglamento UE 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018, asegurando la privacidad y los derechos digitales de los participantes. La identificación en la hoja de recogida de datos se realizó mediante un número único de inclusión para mantener el anonimato. El estudio obtuvo la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Barcelona en 2021 (IRB00003099) y de todos los Comités de Ética de la Investigación de todas las instituciones participantes (Anexo VI). Además, se registró en ClinicalTrials.gov bajo la referencia NCT05220566, garantizando así el acceso público a la información y resultados del proyecto. Se obtuvo autorización explícita de los participantes para el uso público de los datos, manteniendo siempre la confidencialidad y el anonimato. Los participantes se incorporaron al estudio de manera voluntaria, firmando

un consentimiento informado y teniendo la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento, según se detalla en los Anexos I, II y III.

3.6. ANÁLISIS DE DATOS

Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar, mientras que las variables categóricas se presentaron como frecuencias y porcentajes. La fiabilidad de los instrumentos utilizados se comprobó mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Para abordar el primer objetivo específico, que buscaba examinar la asociación y las diferencias entre las perspectivas de enfermeras y personas atendidas sobre el establecimiento de la RT durante los primeros días de hospitalización, se realizó un análisis bivariante que evaluó la asociación entre las variables cuantitativas utilizando el coeficiente de correlación de Pearson. Las diferencias entre las puntuaciones medias de las dimensiones del WAI-S tanto de las enfermeras como de los usuarios se analizaron mediante la prueba t de Student para muestras independientes. El tamaño del efecto fue estimado utilizando el estadístico d de Cohen, una medida que permite cuantificar la magnitud de la diferencia entre dos grupos, independientemente del tamaño de la muestra. Este análisis proporciona una interpretación más precisa sobre la relevancia práctica de los resultados, indicando si el impacto de la intervención es pequeño, moderado o grande. Posteriormente, se realizó un análisis multivariado para determinar la relación entre la perspectiva global de las personas hospitalizadas sobre la RT y las diferentes dimensiones del WAI-S desde la perspectiva de las enfermeras. En este análisis se desarrollaron tres modelos de regresión lineal múltiple. En cada modelo se incluyó como variable independiente una de las dimensiones del WAI-

S desde la perspectiva de las enfermeras ("Vínculo", "Objetivos" y "Tareas"), y como variable dependiente la perspectiva global de la RT desde la perspectiva de la persona hospitalizada. Se incluyeron como covariables otras variables clínicas y sociodemográficas relevantes de las enfermeras y de las personas hospitalizadas. Debido a la alta colinealidad observada entre las dimensiones del WAI-S desde la perspectiva de las enfermeras, se desarrollaron modelos independientes para cada dimensión.

Para abordar el segundo objetivo específico, inicialmente se llevó a cabo un análisis descriptivo, donde se compararon las puntuaciones medias basales y finales de las diferentes dimensiones del WAI-S, tanto desde la perspectiva de los usuarios como de las enfermeras, mediante la prueba t de Student para muestras apareadas, evaluando así los cambios pre y postintervención en cada grupo (intervención y control). Para las variables categóricas, como el sexo, modalidad de ingreso de la persona, si esta había sido atendida por la misma enfermera en ingresos anteriores y la especialidad de la enfermera, se utilizó la prueba Chi-cuadrado. Finalmente, para evaluar el impacto de la intervención del ETR en la mejora de la calidad de la RT percibida por enfermeras y usuarios se realizó un análisis de covarianza (ANCOVA). Se construyeron ocho modelos de ANCOVA, uno para cada dimensión del WAI-S (Vínculo, Objetivos, Tareas y Puntuación total), tanto desde la perspectiva del usuario como de la enfermera. Estos modelos se ajustaron por la puntuación basal de la RT y por la variable "unidad", incorporando como covariables otras variables clínicas y sociodemográficas relevantes. El ANCOVA permitió evaluar el impacto específico de la intervención del ETR en la calidad de la RT, controlando por posibles factores de confusión.

Se adoptó un intervalo de confianza del 95% y se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$. Todos los análisis se realizaron bajo el principio de intención de tratar. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando el software SPSS versión 27.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) y la biblioteca Python Pandas (Van Rossum, 1995).

4. RESULTADOS

4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

En este estudio participaron un total de 271 personas ingresadas en unidades de hospitalización de salud mental y 58 enfermeras responsables de su cuidado (Tabla 1). Para el primer objetivo específico se tuvo en cuenta la totalidad de la muestra sin importar si estaba asignada a grupo control o intervención. En cambio, para el segundo objetivo específico se analizaron las 271 parejas de enfermera-usuario, distribuidas en 143 parejas en el grupo de control y 128 parejas en el grupo de intervención (Tabla 6).

La edad media de las personas hospitalizadas fue de 41,2 años (DE=15,9), siendo el 56,1% de los participantes hombres y el 43,9% mujeres. Respecto a la modalidad de ingreso, el 56,2% ingresó de forma voluntaria y el 43,8% de manera involuntaria. El número medio de ingresos anteriores fue de 2,8 (DE = 4,0), por este motivo el 34,4% de los usuarios ya conocían a la enfermera que les atiende en este ingreso de otros ingresos anteriores, mientras que el 65,6% no tenía conocimiento previo de ella. Además, los usuarios presentaron un promedio de 0,44 episodios de contención mecánica durante el ingreso actual (DE = 1,3). En cuanto al diagnóstico principal, el trastorno más frecuente fue el de trastornos psicóticos y esquizofrenia, representando el 29,2% de los casos. En la Tabla 1 se detallan los demás datos sociodemográficos y clínicos de los usuarios.

En referencia a la muestra de enfermeras participantes, tenían una edad media de 35,9 años (DE = 11,0) siendo el 82,8% de las enfermeras mujeres y el 17,2% hombres. El promedio de años trabajados en salud mental fue de 7,6 años (DE = 7,0), y el promedio de años trabajados en la unidad actual fue de 5,5 años (DE = 6,3). Respecto a la especialización en salud mental, el 43,1% de las enfermeras contaba con la especialidad y el 56,9% no la tenía.

En relación con la formación académica universitaria, el 77,6% poseía licenciatura o grado y el 22,4% tenía doctorado o máster. El resto de las variables sociodemográficas están detalladas en la Tabla 2.

TABLA 1. Características sociodemográficas y clínicas de los usuarios (n=271).

Variable	n	%
Edad Media (DE)	41.2 (15.9)	
Ingresos anteriores Media (DE)	2.8 (4.0)	
Número de episodios de contención mecánica Media (DE)	0.4 (1.3)	
Sexo		
Femenino	119	43.9
Masculino	152	56.1
Modalidad de Ingreso		
Voluntario	154	56.2
Involuntario	117	43.8
Conoce la enfermera de ingresos previos		
No	178	65.6
Sí	93	34.4
Diagnóstico		
Trastornos psicóticos-Esquizofrenia	79	29.2
Trastornos de personalidad	37	13.7
Trastorno bipolar-Manía	39	14.4
Trastornos depresivos	27	10
Trastornos por uso de sustancias	21	7.8
Trastornos de Ansiedad	7	2.6
Otros	25	9.3

DE, Desviación estándar.

TABLA 2. Características sociodemográficas y profesionales de las enfermeras (n=58).

Variable	n	%
Edad Media (DE)	35.9 (11.0)	
Años trabajados en SM Media (DE)	7.6 (7.0)	
Años trabajados en la unidad Media (DE)	5.5 (6.3)	
Sexo		
Femenino	48	82.8
Masculino	10	17.2
Especialidad en salud mental		
No	33	56.9
Sí	25	43.1
Formación específica en salud mental		
Ninguna	31	53.4
Postgrado	18	31.0
Máster	9	15.5
Tipo de contrato		
fijo	21	36.2
Interino	27	46.6
Suplente	10	17.2
Formación académica universitaria		
Licenciatura o grado	45	77.6
Doctorado o máster	13	22.4

DE, Desviación estándar.

4.2. PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO

Por tal de responder al primer objetivo específico se llevó a cabo un estudio transversal para explorar la asociación entre las perspectivas de enfermeras y usuarios sobre la RT durante las primeras horas de ingreso. A continuación, se expone un análisis detallado que incluye las diferencias en las perspectivas de la RT entre ambos grupos, la asociación existente entre sus perspectivas y los factores clave que influyen en el establecimiento de la RT desde la perspectiva de la persona atendida. Este enfoque permite comprender de manera integral cómo ambos grupos perciben y valoran la RT en las unidades de salud mental, así como en identificar qué elementos pueden ser relevantes para su mejora.

4.2.1. DIFERENCIAS EN LAS PERSPECTIVAS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Para determinar la existencia de diferencias entre las perspectivas de las enfermeras y usuarios sobre la RT se realizó un análisis estadístico utilizando la prueba t de Student para muestras independientes. Los resultados de este análisis mostraron que, las enfermeras asignaron puntuaciones más altas en la evaluación global de la RT que los usuarios. Además, los datos revelaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones y en la puntuación total de la escala WAI-S. Sin embargo, los tamaños del efecto calculados fueron de magnitud pequeña a moderada, con valores de la d de Cohen que oscilaron entre 0,13 y 0,37, tal como se detalla en la Tabla 3.

TABLA 3. Diferencias en la relación terapéutica entre usuarios y enfermeras.

Variable	Usuarios	Enfermeras	P-valor	d de Cohen
Vínculo	20.6 (6.3)	22.8 (3.6)	< 0.001	0.35
Objetivos	18.2 (5.8)	18.9 (4.4)	0.045	0.13
Objetivos	18.4 (7.3)	19.2 (5.3)	0.040	0.13
WAI-S	57.2 (17.7)	60.9 (11.8)	< 0.001	0.37

* Pares del T-test; WAI-S, Working Alliance Inventory Short

4.2.2. ASOCIACIÓN ENTRE LAS PERSPECTIVAS DE ENFERMERAS Y USUARIOS

Al analizar la asociación entre las perspectivas de enfermeras y usuarios sobre la RT se observó una correlación positiva y significativa tanto en la percepción global como en todas las dimensiones de la escala WAI-S. Las asociaciones más fuertes se encontraron en las dimensiones de objetivos y tareas, así como en la puntuación total de la escala. Específicamente, los coeficientes de correlación en estas dimensiones oscilaron entre $r = 0,501$ y $r = 0,577$, todos con un nivel de significancia de $p < 0,001$. En la dimensión de vínculo, aunque la asociación fue menor en comparación con las otras dimensiones, también resultó ser significativa, con un coeficiente de correlación de $r = 0,281$ ($p < 0,001$). La Tabla 4 muestra los coeficientes de correlación entre ambos grupos evidenciando la magnitud y significancia de las asociaciones encontradas.

TABLA 4. Asociación entre las perspectivas de usuarios y enfermeras sobre la relación terapéutica.

		Perspectiva de los usuarios			
		Variable	Vínculo	Objetivos	Objetivos
Perspectiva de las enfermeras	Vínculo	0.281 ***	0.237***	0.258***	0.284***
	Objetivos	0.479***	0.525 ***	0.506***	0.551***
	Objetivos	0.506***	0.501***	0.566 ***	0.577***
	WAI-S	0.490***	0.492***	0.520***	0.550 ***

*** $P < 0.001$. WAI-S, Working Alliance Inventory Short

4.2.3. FACTORES INFLUYENTES EN EL ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

Para comprender los factores que influyen en la RT percibida por las personas hospitalizadas, se llevaron a cabo análisis de regresión lineal múltiple, cuyos resultados se presentan en la Tabla 5. Se construyeron tres modelos independientes, cada uno incorporando como variable independiente principal una de las dimensiones del WAI-S desde la perspectiva de la enfermera: vínculo, objetivos y tareas. Además, se incluyeron variables sociodemográficas y clínicas relevantes tanto de las enfermeras como de las personas hospitalizadas.

En el **Modelo 1**, se encontró que la perspectiva de la enfermera sobre el vínculo se asociaba positivamente con la percepción global de la RT por parte del usuario ($\beta = 1,26$; IC 95%: 0,62–1,90; $p < 0,001$). Esto indica que, cuando la enfermera percibe un vínculo más sólido con el usuario, este también tiende a valorar de manera más positiva la RT en general. Además, el diagnóstico del usuario emergió como un factor influyente; específicamente, las personas con trastornos de ansiedad percibieron una RT significativamente mejor en comparación con aquellas con trastornos psicóticos ($\beta = 16,16$; IC 95%: 2,31–30,00; $p < 0,05$). Por otro lado, la edad de la enfermera mostró un impacto negativo significativo en la percepción de la RT desde la perspectiva del usuario ($\beta = -0,41$; IC 95%: $-0,59$ a $-0,23$; $p < 0,001$), sugiriendo que, a mayor edad de la enfermera, menor es la percepción positiva de la RT por parte del usuario.

En el **Modelo 2**, se analizó la perspectiva de la enfermera sobre los objetivos. Los resultados revelaron una asociación positiva y significativa con la percepción global de la RT desde la perspectiva del usuario ($\beta = 2,00$; IC 95%: 1,53–2,47; $p < 0,001$). Esto sugiere que un mayor acuerdo percibido por la enfermera en los objetivos terapéuticos se traduce en una mejor valoración de la RT por parte del usuario. Nuevamente, la edad de la enfermera mantuvo un efecto negativo significativo ($\beta = -0,24$; IC 95%: $-0,41$ a $-0,08$; $p < 0,01$). Aunque el diagnóstico de trastorno de ansiedad mostró una tendencia a asociarse con una mejor percepción de la RT, el intervalo de confianza fue mucho más amplio ($\beta = 12,42$; IC 95%: 0,02–24,83; $p = 0,05$), indicando menor precisión en esta estimación.

El **Modelo 3**, incorporó la perspectiva de la enfermera sobre las tareas. Se encontró que esta variable también se asociaba positivamente con la percepción global de la RT por parte de la persona atendida ($\beta = 1,78$; IC 95%: 1,41–2,16; $p < 0,001$). Esto implica que cuando la enfermera percibe un mayor acuerdo en las tareas terapéuticas, la persona hospitalizada valora más positivamente la RT en su conjunto. De forma consistente con los modelos anteriores, la edad de la enfermera volvió a mostrar un impacto negativo significativo ($\beta = -0,26$; IC 95%: $-0,42$ a $-0,09$; $p < 0,01$). Además, el diagnóstico de trastorno de ansiedad se asoció nuevamente con una mejor percepción de la RT en comparación con los trastornos psicóticos ($\beta = 12,86$; IC 95%: 0,81–24,92; $p < 0,05$).

Otros factores como la formación de la enfermera, el sexo de esta, la modalidad de ingreso, el sexo del usuario y si este había sido atendido por la misma enfermera en ingresos anteriores, no mostraron asociaciones significativas en estos modelos.

TABLA 5. Análisis de la relación entre las dimensiones del WAI-S desde la perspectiva de las enfermeras con la perspectiva de los usuarios sobre la relación terapéutica global.

Variables independientes		Modelo 1 (Aj R ² = 0.18)		Modelo 2 (Aj R ² = 0.34)		Modelo 3 (Aj R ² = 0.38)	
		β	95% IC	β	95% IC	β	95% IC
Perspectiva de la enfermera en vínculo ^a		1.26***	0.62; 1.90	-	-	-	-
Perspectiva de la enfermera en objetivos ^b		-	-	2.00***	1.53; 2.47	-	-
Perspectiva de la enfermera en tareas ^c		-	-	-	-	1.78***	1.41; 2.16
Modalidad de ingreso ^{a,b,c}	Voluntario	Ref.		Ref.		Ref.	
	Involuntario	-1.06	-6.10; 3.98	-0.10	-4.59; 4.40	-1.17	-5.54; 3.20
Edad de los usuarios ^{a,b,c}		0.08	-0.08; 0.25	0.13	-0.01; 0.28	0.08	-0.06; 0.23
Sexo de los usuarios ^{a,b,c}	Masculino	Ref.		Ref.		Ref.	
	Femenino	1.84	-2.84; 6.53	0.65	-3.56; 4.85	1.51	-2.57; 5.58
Usuario fue atendido por la misma enfermera en ingresos anteriores ^{a,b,c}	No	Ref.		Ref.		Ref.	
	Sí	4.34	-0.67; 9.36	2.82	-1.63; 7.27	1.95	-2.40; 6.31
Diagnóstico de los usuarios ^{a,b,c}	Trastornos psicóticos	Ref.		Ref.		Ref.	
	Trastornos bipolares	5.23	-1.59; 12.04	4.42	-1.68; 10.51	5.02	-0.90; 10.94
	Trastorno depresivo	-4.47	-12.77; 3.83	-5.12	-12.54; 2.30	-4.43	-11.64; 2.77
	Trastorno de ansiedad	16.16*	2.31; 30.0	12.42	0.02; 24.83	12.86*	0.81; 24.92
	Trastorno de personalidad	5.48	-1.72; 12.69	5.21	-1.23; 11.66	4.86	-1.40; 11.13
Trastorno por uso de sustancias		-0.05	-8.69; 8.60	-4.32	-12.14; 3.49	-5.96	-13.61; 1.69
Edad de la enfermera ^{a,b,c}		-0.41***	-0.59; -0.23	-0.24**	-0.41; -0.08	-0.26**	-0.42; -0.09
Sexo de la enfermera ^{a,b,c}	Masculino	Ref.		Ref.		Ref.	
	Femenino	-2.50	-10.45; 5.45	-2.63	-9.72; 4.46	-0.51	-7.43; 6.41
Formación de la enfermera en salud mental ^{a,b,c}	No	Ref.		Ref.		Ref.	
	Sí	3.65	-1.22; 8.52	1.88	-2.51; 6.26	0.48	-3.82; 4.78

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$; *** $p < 0.001$; RT, Relación terapéutica; WAI-S, Working Alliance Inventory Short; IC, Intervalo de confianza; Aj R², R² Ajustado.

^a Variable independiente introducida en el modelo 1; ^b Variable independiente introducida en el modelo 2; ^c Variable independiente introducida en el modelo 3.

4.3. SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

Para responder al segundo objetivo específico se implementó la intervención ETR y se evaluó su impacto en la calidad de la RT percibida por enfermeras y usuarios. Se compararon los efectos de la intervención con un grupo control, considerando además otros factores que pudieran influir en los resultados. No se encontraron diferencias basales significativas en los grupos control e intervención entre las características sociodemográficas y profesionales de las enfermeras y los usuarios, excepto en la modalidad de ingreso de estos (Tabla 6). En cuanto a la RT, se detectaron diferencias significativas en las puntuaciones basales WAI-S entre los grupos control e intervención. Es importante tener en cuenta las características de la intervención y que la evaluación se realizó tras el primer encuentro de la intervención RTS en el grupo intervención y el encuentro estándar en el grupo control (Tabla 6).

4.3.1. CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE RELACIÓN TERAPÉUTICA

Se evaluaron las puntuaciones del WAI-S para analizar los cambios en la percepción de la RT antes y después de la intervención. Los resultados mostraron que ambos grupos, control e intervención, mostraron mejoras significativas tanto desde la perspectiva de usuarios como de enfermeras. Sin embargo, las mejoras fueron más pronunciadas en el grupo que recibió la intervención del ETR (Tabla 7 y 8). Además, se observó que las diferencias entre las perspectivas de enfermeras y usuarios disminuyeron tras la implementación del ETR, reflejando una mayor concordancia entre las perspectivas de ambos grupos sobre la calidad de la RT (Tabla 7 y 8).

TABLA 6. Análisis comparativo de las variables sociodemográficas de enfermeras y usuarios de los grupos control e intervención (n=271 casos).

	Usuarios			Enfermeras		
	Control n (%)	Intervención n (%)	p-valor	Control n (%)	Intervención n (%)	p-valor
Sexo			0,993 ²			0,109 ²
Femenino	63 (44,06)	56 (43,75)		128 (89,51)	122 (95,31)	
Masculino	80 (55,94)	72 (56,25)		15 (10,49)	6 (4,69)	
Modalidad de ingreso			0,012 ²			
Voluntario	96 (67,13)	58 (45,31)				
Involuntario	47 (32,87)	70 (54,69)				
Usuario atendido por la misma enfermera en ingresos anteriores			0,883 ²			
No	95 (66,43)	83 (64,84)				
Sí	48 (33,57)	45 (35,16)				
Especialidad enfermera						0,611 ²
No				96 (67,13)	79 (61,72)	
Sí				47 (32,87)	49 (38,28)	
	Mean (DE)	Mean (DE)		Mean (DE)	Mean (DE)	
Edad	41,24 (15,9)	40,66 (12,9)	0,746 ¹	38,59 (11,90)	37,57 (11,68)	0,477 ¹
Número de episodios de contención mecánico	0,50 (1,44)	0,37 (1,12)	0,4 ¹			
Exp. en salud mental				7,52 (6,93)	8,86 (7,81)	0,136 ¹
Perspectiva basal de la RT						
Vínculo	19,29 (6,75)	21,69 (5,04)	0,001 ¹	22,43 (3,81)	23,12 (3,26)	0,116 ¹
Objetivos	16,70 (6,19)	19,96 (4,4)	< 0,001 ¹	18,09 (4,89)	20,06 (3,19)	< 0,001 ¹
Tareas	16,16 (7,75)	20,87 (5,08)	< 0,001 ¹	17,76 (6,09)	20,77 (3,31)	< 0,001 ¹
Total	52,14 (18,75)	62,5 (13,17)	< 0,001 ¹	58,28 (13,32)	63,91 (8,39)	< 0,001 ¹

Exp, Experiencia; RT, Relación terapéutica; DE, Desviación estándar; ¹ T-test; ² Chi-square

TABLA 7. Cambios basales y finales en las puntuaciones del WAI-S sobre la relación terapéutica en usuarios en los grupos de control e intervención.

Usuarios	Control			Intervención		
	Basal	Final	p-valor	Basal	Final	p-valor
Vínculo	19,29	21,13	<0,001 ¹	21,69	24,71	<0,001 ¹
Objetivos	16,7	18,39	0,002 ¹	19,96	22,31	<0,001 ¹
Tareas	16,16	18,2	<0,001 ¹	20,87	23,78	<0,001 ¹
Total	52,14	57,71	<0,001 ¹	62,5	70,81	<0,001 ¹

¹ T-test

TABLA 8. Cambios basales y finales en las puntuaciones del WAI-S sobre la relación terapéutica en enfermeras en los grupos de control e intervención.

Enfermeras	Control			Intervención		
	Basal	Final	p-valor	Basal	Final	p-valor
Vínculo	22,43	23,44	<0,001 ¹	23,12	24,52	<0,001 ¹
Objetivos	18,09	19,08	<0,001 ¹	20,06	21,46	<0,001 ¹
Tareas	17,76	19,7	<0,001 ¹	20,77	23,06	<0,001 ¹
Total	58,28	62,18	<0,001 ¹	63,91	69,03	<0,001 ¹

¹ T-test

Considerando a las personas hospitalizadas como el centro de los cuidados, la figura 6 evidencia de forma más visual que la intervención del ETR mejora su percepción de la RT en todas sus dimensiones y en la puntuación total de la escala WAI-S.

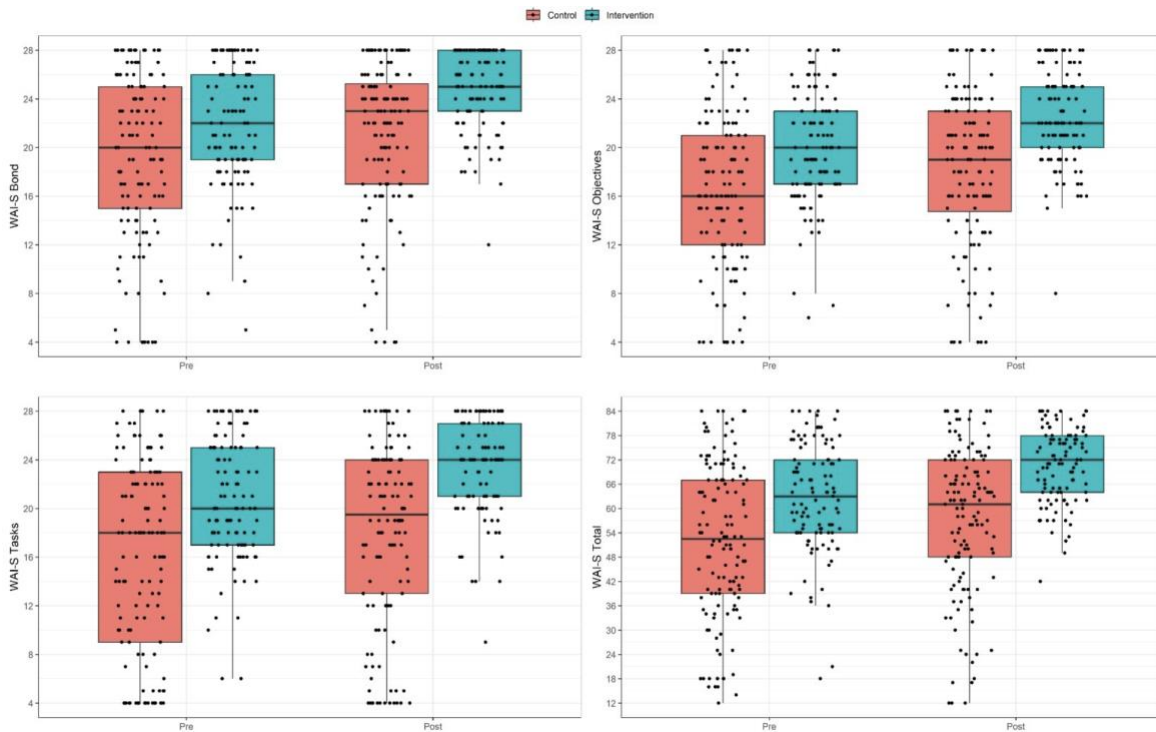


Figura 6. Calidad de relación terapéutica percibida por los usuarios.

4.3.2. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN DEL ETR Y FACTORES INFLUYENTES

Para determinar el impacto específico de la intervención del ETR y otros factores potencialmente influyentes en la mejora de la RT, se desarrollaron modelos multivariados ajustados por la variable unidad y la puntuación basal del WAI-S. en la Tabla 9 se presentan los resultados de los modelos desde la perspectiva de los usuarios y en la Tabla 10 se presentan los resultados desde la perspectiva de las enfermeras.

Desde la perspectiva de las personas hospitalizadas (Tabla 9), los resultados indican que la intervención del ETR fue el factor más determinante en la mejora global de la RT, con un coeficiente β de 5,17 (IC 95%: 2,47–7,86). Además, otros factores, como la modalidad de

ingreso ($\beta = -2,32$; IC = -4,13 a -0,52), los años de experiencia de la enfermera ($\beta = 0,39$; IC = 0,18 a 0,60) y la edad de la enfermera ($\beta = -0,15$; IC = -0,29 a -0,02) también resultaron significativos, aunque en menor medida. Al analizar las dimensiones individuales del WAI-S en diferentes modelos, se identificaron factores adicionales que influyen en la RT, aunque en menor medida que el ETR. En la dimensión de vínculo, tanto el número de episodios de contención mecánica ($\beta = 0,21$; IC 95%: 0,00–0,41) como la edad de la persona hospitalizada ($\beta = 0,03$; IC 95%: 0,01–0,05) resultaron ser factores significativos. En la dimensión de objetivos, el sexo del usuario tuvo una influencia significativa, con las mujeres reportando una percepción ligeramente más alta de mejora ($\beta = 0,94$; IC 95%: 0,02–1,86) (Tabla 9).

Desde la perspectiva de las enfermeras (Tabla 10), la intervención del ETR tuvo el mayor impacto positivo en la mejora de su percepción de la RT ($\beta = 3,79$; IC = 0,57 a 7,01), siendo el número de episodios de contención mecánica el segundo factor más influyente ($\beta = 1,15$; IC = 0,57 a 1,73). En las dimensiones específicas del WAI-S, los efectos de las covariables variaron, destacando un ligero impacto negativo de la edad en los objetivos ($\beta = -0,04$; IC = -0,07 a 0,00) y las tareas ($\beta = -0,06$; IC = -0,09 a -0,02) y un impacto positivo de su experiencia en salud mental ($\beta = 0,09$; IC = 0,04 a 0,15) en las tareas. La intervención del ETR no alcanzó significación en la dimensión del vínculo, aunque los datos sugieren una tendencia positiva ($\beta = 0,88$; IC = -0,09 a 1,85) (Tabla 10).

TABLA 9. Modelo multivariado de la perspectiva del usuario sobre la relación terapéutica.

Usuarios	Vínculo		Objetivos		Tareas		WAI-S total	
	β	95% IC	β	95% IC	β	95% IC	β	95% IC
Intercepto	10.71***	5.14 a 16.29	9.10***	5.09 a 13.11	8.55***	4.01 a 13.09	25.71***	12.69 a 38.72
Perspectiva basal de la RT del usuario	0.51***	0.34 a 0.68	0.62***	0.47 a 0.77	0.62***	0.47 a 0.78	0.63***	0.49 a 0.76
Grupo (Intervención)	1.97**	0.46 a 3.48	1.47***	0.80 a 2.15	2.06***	0.92 a 3.20	5.17***	2.47 a 7.86
Modalidad de admisión (Voluntario)	-0.24	-1.34 a 0.86	-1.19**	-2.03 a -0.34	-0.87	-1.76 a 0.01	-2.32*	-4.13 a -0.52
Edad del usuario	0.03**	0.01 a 0.05	0.01	-0.03 a 0.05	0.03	0.00 a 0.06	0.07	-0.01 a 0.14
Sexo del usuario (Mujer)	-0.19	-1.46 a 1.08	0.94*	0.02 a 1.86	0.52	-0.39 a 1.42	1.17	-1.56 a 3.90
Usuario atendido por la misma enfermera en ingresos anteriores (Sí)	0.32	-0.81 a 1.44	0.27	-1.07 a 1.61	0.01	-1.10 a 1.12	0.36	-2.80 a 3.51
Edad de la enfermera	-0.02	-0.10 a 0.05	-0.07*	-0.11 a -0.02	-0.07**	-0.11 a -0.02	-0.15*	-0.29 a -0.02
Sexo de enfermera (Mujer)	-0.39	-1.18 a 0.40	0.54	-0.89 a 1.96	0.10	-1.47 a 1.66	0.47	-2.40 a 3.33
Especialidad (Sí)	0.55	-1.09 a 2.18	0.52	-0.57 a 1.61	-0.63	-2.39 a 1.13	0.38	-3.78 a 4.53
Experiencia de la enfermera en salud mental	0.09*	0.01 a 0.16	0.10**	0.03 a 0.17	0.20***	0.09 a 0.31	0.39***	0.18 a 0.60
Numero de episodios de contención mecánica	0.21*	0.00 a 0.41	-0.09	-0.31 a 0.14	0.16	-0.33 a 0.64	0.25	-0.48 a 0.97

RT, Relación terapéutica; WAI-S, Working Alliance Inventory Short; β , coeficiente beta; IC, Intervalo de confianza; * p-valor < 0.05; ** p-valor < 0.01; *** p-valor < 0.001.

TABLA 10. Modelo multivariado de la perspectiva de la enfermera sobre la relación terapéutica

Enfermeras	Vínculo		Objetivos		Tareas		WAI-S total	
	β	95% IC	β	95% IC	β	95% IC	β	95% IC
Intercepto	10.21***	7.33 a 13.08	8.71***	3.69 a 13.74	9.77***	5.59 a 13.95	27.25***	15.08 a 39.42
Perspectiva basal de la enfermera	0.51***	0.43 a 0.59	0.62***	0.41 a 0.83	0.54***	0.36 a 0.72	0.58***	0.41 a 0.75
Grupo (Intervención)	0.88	-0.09 a 1.85	1.41*	0.24 a 2.58	1.53*	0.20 a 2.87	3.79*	0.57 a 7.01
Modalidad de admisión (Voluntario)	0.29	-0.52 a 1.09	0.65	-0.17 a 1.46	0.03	-0.68 a 0.75	1.04	-0.66 a 2.73
Edad del usuario	0.02	-0.01 a 0.04	0.00	-0.02 a 0.01	0.01	-0.01 a 0.04	0.03	-0.03 a 0.08
Sexo del usuario (Mujer)	0.29	0.00 a 0.59	0.28	-0.17 a 0.73	0.17	-0.39 a 0.73	0.78	-0.22 a 1.77
Usuario atendido por la misma enfermera en ingresos anteriores (Sí)	-0.09	-0.58 a 0.40	-0.14	-0.91 a 0.63	-0.01	-0.99 a 0.96	-0.37	-2.48 a 1.75
Edad de la enfermera	0.03	-0.02 a 0.08	-0.04*	-0.07 a 0.00	-0.06**	-0.09 a -0.02	-0.06	-0.16 a 0.03
Sexo de enfermera (Mujer)	-0.36	-1.31 a 0.59	0.17	-1.44 a 1.77	1.15	-0.48 a 2.79	1.12	-2.53 a 4.78
Especialidad (Sí)	0.14	-0.74 a 1.01	-0.69	-1.38 a 0.01	-0.46	-1.34 a 0.42	-1.04	-3.17 a 1.08
Experiencia de la enfermera en salud mental	-0.05	-0.13 a 0.03	0.02	-0.02 a 0.06	0.09***	0.04 a 0.15	0.06	-0.06 a 0.18
Numero de episodios de contención mecánica	0.32**	0.12 a 0.52	0.29***	0.13 a 0.45	0.50***	0.24 a 0.77	1.15***	0.57 a 1.73

RT, Relación terapéutica; WAI-S, Working Alliance Inventory Short; β , coeficiente beta; IC, Intervalo de confianza; * p-valor < 0.05; ** p-valor < 0.01; *** p-valor < 0.001.

5. DISCUSIÓN

El objetivo general de esta tesis se centró en evaluar la efectividad del ETR en la mejora de la RT enfermera-usuario en unidades de hospitalización de agudos de salud mental, un aspecto poco explorado pero crítico en la práctica clínica. Antes de adentrarnos en responder al objetivo de la tesis fue necesario establecer las bases metodológicas y conceptuales para los estudios empíricos posteriores. Para ello se elaboró el protocolo del proyecto multicéntrico RTS_MHNursing_Spain que posteriormente fue publicado. Este protocolo estableció el marco para las intervenciones posteriores y proporcionó un punto de referencia sólido para los siguientes análisis, añadiendo rigor y coherencia a la presente investigación. Posteriormente, y por tal de lograr el primer objetivo específico, en un primer estudio, se examinó la asociación y las diferencias entre las perspectivas de enfermeras y usuarios sobre el establecimiento de la RT durante los primeros días de hospitalización. Este estudio reveló las dinámicas y diferencias iniciales en las unidades de agudos, proporcionando un entendimiento crucial de la línea de base sobre la cual el ETR podría ejercer su influencia. Finalmente, un segundo estudio representó la culminación de la investigación, respondiendo al segundo objetivo específico, al medir el impacto tangible del ETR. En este sentido, se demostró cómo la intervención influyó significativamente en la percepción de la calidad de la RT, con un efecto particularmente notorio en la toma de decisiones compartidas y el establecimiento de metas. Cada estudio dentro de esta investigación ha jugado un papel fundamental en la consecución de los objetivos de la presente tesis.

A continuación, se resumen los aspectos claves de los dos estudios, y se presenta una discusión global de los principales hallazgos obtenidos en el estudio.

5.1. DISCUSIÓN GLOBAL DE LOS RESULTADOS

El objetivo principal de esta tesis fue evaluar la efectividad de la intervención ETR en términos del impacto en la mejora en la RT enfermera-usuario en unidades de hospitalización de salud mental. En este sentido, los resultados de esta tesis revelan que el ETR ha demostrado ser una estrategia eficaz para fortalecer la RT en unidades de agudos de salud mental.

Antes de abordar esta cuestión, fue crucial comenzar con un primer corte transversal de las primeras 24-72h de hospitalización, para responder al primer objetivo específico analizando en profundidad la asociación y las diferencias entre las perspectivas de las enfermeras y usuarios sobre la TR. Comprender estas interacciones iniciales y bidireccionales de la RT se convierte en un paso indispensable para evaluar los cambios y el progreso alcanzado con la intervención del ETR. Este análisis temprano permite capturar la línea de base de la RT, ofreciendo una visión clara del estado de la RT antes de la implementación de cualquier estrategia dirigida a su fortalecimiento. En este sentido, los resultados de este primer análisis exhaustivo indican que, durante los primeros días de ingreso, se observa una asociación positiva entre las puntuaciones de enfermeras y usuarios sobre la calidad de la RT. Esto sugiere una alineación en cómo ambos grupos perciben ciertos aspectos de la RT, especialmente en las dimensiones de objetivos y tareas. Estas dimensiones reflejan el grado de acuerdo y colaboración en la definición de metas terapéuticas y en las actividades para alcanzarlas, elementos esenciales en una RT efectiva (Bordin, 1979). No obstante, existen discrepancias significativas, tanto en términos generales como en cada una de sus dimensiones, entre ambos. Estas divergencias son indicativas de la complejidad de la

experiencia de la RT, que puede ser percibida de manera variada por las personas atendidas y profesionales (Atzil-Slonim et al., 2015; Hartmann et al., 2015). Investigaciones cualitativas anteriores, han documentado discrepancias en la calidad de la RT percibida por usuarios y enfermeras (Lessard-Deschênes & Goulet, 2022; McCluskey et al., 2022). Ahora bien, los estudios cuantitativos encontrados solo están realizados en contextos de psicoterapia comunitaria. Estos estudios han corroborado que las diferencias en las perspectivas de usuarios y profesionales pueden ser notables, donde los usuarios frecuentemente otorgan puntuaciones superiores a las de los profesionales (Andrade-González et al., 2017; Hartmann et al., 2015; Igra et al., 2020; Penix et al., 2021). Sin embargo, en el contexto de esta investigación, las enfermeras evaluaron la calidad de la RT más favorablemente que las personas hospitalizadas en todas las dimensiones de la escala WAI-S, un hallazgo en línea con Beaudette (2020), quien observó una tendencia similar entre personas hospitalizadas y médicos de unidades de hospitalización de salud mental. Estas diferencias en resultados pueden deberse a la diferencia en el ámbito de atención y en los momentos estudiados. Además, la RT durante los primeros días de hospitalización está aún en sus etapas formativas, donde las perspectivas sobre la RT tienden a mejorar con el tiempo (Andrade-González et al., 2017; Tschuschke et al., 2020). Este análisis inicial es crítico para identificar las necesidades y expectativas de las personas y para establecer una base sólida para una RT efectiva (Moreno-Poyato, El Abidi, Rodríguez-Nogueira, et al., 2021).

Durante las primeras 24-72 horas de ingreso, desde la perspectiva de la persona hospitalizada, los primeros análisis multivariados revelaron que su visión global de la RT se ve significativamente influenciada por cómo las enfermeras perciben el vínculo, los

objetivos y las tareas, siendo estas dos últimas las variables más influyentes. Es decir, cuando las enfermeras valoran positivamente el vínculo y perciben un alto grado de acuerdo en objetivos y tareas, los usuarios también tienden a percibir una RT de mayor calidad. Este patrón resalta la importancia crítica de la toma de decisiones compartidas y el enfoque en la atención centrada en la persona, donde la participación activa del usuario en su tratamiento y cuidado es fundamental (Huang et al., 2020; James & Quirk, 2017; Wangel et al., 2024). Estos resultados están en la misma línea de otros estudios que encontraron asociaciones significativas en tareas y/o objetivos (Andrade-González et al., 2017; Beaudette et al., 2020; Evans-Jones et al., 2009; Luong et al., 2020). Sin embargo, la discrepancia en las perspectivas de enfermeras y usuarios destaca la necesidad de estrategias dirigidas a alinear estas perspectivas desde el comienzo de la atención. Para ello, es importante crear espacios protegidos y efectivos para mejorar la RT y centrar la atención en la persona, integrando tanto la perspectiva de las enfermeras como usuarios (Delaney, 2023; Gerace et al., 2018; Glantz et al., 2023; Hartley et al., 2020b; Molin et al., 2019; Moreno-Poyato et al., 2018). Por otro lado, la edad de la enfermera emergió consistentemente como un factor con impacto negativo en la percepción de los usuarios sobre la calidad de la RT, posiblemente debido al desgaste profesional y sus consecuencias negativas en la RT y calidad asistencial (Friganović, 2017; Torres Campuzano, 2018). Contrariamente a nuestros resultados, otros estudios han demostrado que la edad y la experiencia en salud mental se asocian de forma positiva con una mejor calidad de la RT percibida por los usuarios (Moreno-Poyato, Casanova-Garrigos, et al., 2021; Moreno-Poyato, Rodríguez-Nogueira, et al., 2021). Esta diferencia se debe probablemente a que en estos estudios la medida de la RT se obtiene de forma general, en cambio, en este estudio se mide la RT sobre una persona en concreto, donde las enfermeras que tienen más edad

tienen una peor percepción. Continuando con la perspectiva del usuario, cabe destacar que el diagnóstico de las personas atendidas también influyó significativamente en la percepción de la RT. En este sentido, las personas que presentan un diagnóstico de trastorno de ansiedad tienen una perspectiva de la RT de mayor calidad en comparación con aquellos con trastornos psicóticos. Esto sugiere que el trastorno de ansiedad puede influir positivamente en la perspectiva de la persona, especialmente cuando existe un mayor acuerdo en tareas y objetivos. Además, los síntomas propios de los trastornos psicóticos, como alucinaciones, delirios y dificultades en el pensamiento y la comunicación pueden obstaculizar el establecimiento de una RT sólida (Beaudette et al., 2020). Las personas con trastornos de ansiedad, por otro lado, pueden tener mayor capacidad para participar activamente en la interacción terapéutica y establecer conexiones más fácilmente con el personal de enfermería, dado que esta RT es esencial en su terapia (Luong et al., 2020). En este sentido, estas personas necesitan un espacio seguro y acogedor donde puedan expresar sus preocupaciones y recibir el apoyo necesario (Arcaro et al., 2017) el cual se ha facilitado en este estudio con el ETR. Estos resultados se alinean con estudios previos en el campo de la psicoterapia, que han demostrado que una mayor alianza entre el usuario y el terapeuta puede mejorar la gravedad de los síntomas de ansiedad (Buchholz & Abramowitz, 2020; Luong et al., 2020), y favorecer experiencias exitosas de exposición terapéutica (Luong et al., 2020). Por lo tanto, esto podría influir positivamente en la percepción de la calidad de dicha RT. Sin embargo, a diferencia de otros estudios en psicoterapia (Beaudette et al., 2020; Hartmann et al., 2015; Nissen-Lie et al., 2015), no se encontraron efectos significativos para el género y la experiencia de la enfermera, así como la modalidad de admisión, el diagnóstico específico, la edad y el género del usuario.

En referencia al segundo objetivo específico, los resultados indicaron que la implementación de la intervención del ETR reflejó su efecto inmediato desde el primer encuentro, generando cambios sustanciales en la percepción de enfermeras y usuarios sobre su RT. Estos cambios se han observado a través de puntuaciones basales de la RT más altas en las unidades donde se implementó la intervención del ETR, en comparación con las unidades donde se realizaron cuidados habituales. Esta mejora inicial es crucial, ya que establece un fundamento sólido para el desarrollo de relaciones más robustas y efectivas desde el inicio de la hospitalización (Moreno-Poyato, El Abidi, Rodríguez-Nogueira, et al., 2021). Por otro lado, al final del ingreso se observaron mejoras significativas en la calidad de la RT, medida a través del WAI-S, en ambos grupos, control e intervención, en línea con la literatura que sugiere que la RT tiende a fortalecerse con el transcurso del tiempo (Andrade-González et al., 2017; Tschuschke et al., 2020). Sin embargo, fueron las unidades donde se implementó la intervención del ETR que presentaron mejoras más pronunciadas respecto a la RT, tanto desde la perspectiva del usuario como de la enfermera. En este sentido, la intervención del ETR ha ayudado a fortalecer más la RT entre enfermeras y personas hospitalizadas. Este fortalecimiento se sitúa como un aspecto esencial dado el papel central de la RT en la eficacia de los cuidados y en los resultados clínicos (Moreno-Poyato et al., 2016). Además, esta investigación destaca que, en las unidades donde se implementó la intervención del ETR, esta demostró ser una herramienta eficaz para mitigar las discrepancias significativas entre las perspectivas de enfermeras y usuarios. Al implementar la intervención del ETR, no solo se observaron mejoras en las puntuaciones de las personas atendidas respecto a la calidad de la RT percibida, sino que también se redujeron de manera significativa las diferencias en la percepción de la RT entre enfermeras y usuarios al concluir el ingreso hospitalario. Esta mejora en la alineación entre enfermeras y usuarios

facilita una colaboración más efectiva y contribuye a una RT más robusta y funcional, lo cual es esencial para el éxito del tratamiento y la recuperación de las personas (Hartmann et al., 2015; Igra et al., 2020; Lessard-Deschênes & Goulet, 2022; Tschuschke et al., 2020). En cambio, en las unidades donde se llevaron a cabo los cuidados habituales, se encontró que las perspectivas divergentes entre enfermeras y usuarios sobre la calidad de la RT identificadas al inicio del ingreso, pueden perdurar hasta el alta. Estas discrepancias mantenidas en el tiempo representan una barrera significativa para proporcionar atención efectiva (Hartmann et al., 2015; Igra et al., 2020; Lessard-Deschênes & Goulet, 2022; Tschuschke et al., 2020). En este sentido, los resultados del estudio enfatizan que dedicar tiempo y espacio suficiente para las interacciones entre enfermeras y usuarios desde el principio es de vital importancia en el contexto clínico, ayudando a potenciar así la calidad de la RT (Glantz et al., 2019; Moreno-Poyato, El Abidi, Rodríguez-Nogueira, et al., 2021; Wangel et al., 2024).

Otro aspecto relevante de los resultados de esta tesis fue el impacto positivo de la intervención del ETR en el acuerdo sobre tareas y objetivos entre ambos grupos. Gracias al ETR, este aspecto es el que más mejoras presenta después su implementación, tanto desde la perspectiva de la enfermera como la del usuario. Este resultado, una vez más, resalta la importancia de la toma de decisiones compartida y el establecimiento de metas claras y consensuadas como pilares de una RT efectiva (Huang et al., 2021; James & Quirk, 2017; Luciano et al., 2020). Sin embargo, desde la perspectiva de las enfermeras, las iniciativas de mejora en la RT implementadas mediante la intervención del ETR, no mostraron cambios significativos en los resultados relacionados con la dimensión del vínculo. Aspecto que sí presentó mejoría en el caso de las personas hospitalizadas. Este fenómeno podría

explicarse considerando la percepción prevalente entre las enfermeras de unidades de agudos de salud mental, de que el establecimiento del vínculo ya constituye la esencia fundamental de la RT (Fieldhouse, 2023). Esta fuerte preconcepción puede hacer que las mejoras en esta área sean menos perceptibles tras la intervención, ya que las enfermeras pueden sentir que ya están realizando bien esta parte de su trabajo, dificultando así la apreciación de avances significativos en este componente. No obstante, es crucial reconocer que el vínculo, aunque esencial, no es el único componente de la RT. Según Bordin (1979) y Peplau (1987), el vínculo sirve como la puerta de entrada hacia etapas más avanzadas de la RT, que implican el acuerdo sobre tareas y objetivos. Esta secuencia refleja una progresión natural en la construcción de la RT, donde, después de la formación del vínculo inicial, el trabajo conjunto en tareas específicas y la alineación de objetivos toman mayor relevancia para el progreso terapéutico (Peplau, 1987, 1990). En este contexto, la intervención del ETR se presenta como una herramienta valiosa que permite a las enfermeras tomar mayor conciencia de la importancia de extender la RT más allá del simple establecimiento de un vínculo. Al enfocarse en mejorar específicamente la percepción de las tareas y los objetivos compartidos, el ETR ayuda a las enfermeras a apreciar y valorar más estas dimensiones, que son cruciales para el desarrollo de una RT más efectiva y profunda.

El ETR también ha demostrado ser influyente en la mejora de la RT en casos de personas que han experimentado un número mayor de contenciones mecánicas. Mientras las personas que participaron en la intervención del ETR no percibieron que la contención mecánica influyera en la evolución de su tratamiento, las enfermeras notaron una mejora significativa en su relación con las personas que habían sido contenidas con mayor frecuencia. Esta

observación por parte de las enfermeras desafía la idea aceptada y sustentada en estudios previos de que la contención mecánica interrumpe la RT de manera irreparable (Askola & Lantta, 2023; Pérez-Toribio et al., 2022). En línea con nuestros resultados, las enfermeras en contextos similares percibieron que la ruptura en la RT causada por medidas coercitivas no es permanente y vieron posible la reconstrucción de una RT efectiva incluso después de tales eventos (Lessard-Deschênes & Goulet, 2022). Además, las enfermeras reportaron que la interacción con personas bajo medidas coercitivas requiere más tiempo de lo habitual, lo que sugiere que el entorno de trabajo actual no ofrece el tiempo necesario para desarrollar una RT efectiva (Lessard-Deschênes & Goulet, 2022). En este sentido, la intervención del ETR facilita que las enfermeras dispongan de tiempo y espacio individualizado para trabajar en mejorar o reconstruir la RT con las personas, un aspecto que se hace evidente y urgente tras episodios de contención (Askola & Lantta, 2023). Estos hallazgos resaltan la importancia de asignar tiempos y espacios específicos para estas interacciones, alineando la práctica clínica con los principios de los cuidados de salud mental centrados en la persona.

El proceso de mejora en la RT evidenciado en esta investigación se ha manifestado de manera significativa entre los participantes, destacando aquellos que recibieron la intervención. Dicho impacto fue particularmente evidente desde la perspectiva de las personas atendidas, quienes reportaron diferencias notables en su experiencia del cuidado recibido. Estos testimonios directos de las personas son cruciales y resaltan la importancia de incorporar sus voces en la evaluación de los servicios de salud (Delaney, 2023; Wangel et al., 2024). La continuidad y calidad de los cuidados emergen de sus narrativas como elementos esenciales, colocando las experiencias reportadas por las personas en el centro

de la mejora continua de la atención sanitaria. Además, la estructura del ETR propicia un entorno que protege las interacciones entre enfermeras y usuarios, contribuyendo así a un aumento en el entendimiento mutuo y una mejora de la RT enfermera-usuario. Este marco de trabajo enfatiza la importancia de la RT y subraya la relevancia de adaptar los métodos de atención a las necesidades individuales de las personas y a su particular manera de vivir la experiencia del cuidado.

5.2. LIMITACIONES

El estudio aporta una contribución novedosa al ámbito de la salud mental, sin embargo, reconoce algunas limitaciones para tener en cuenta.

En primer lugar, dado que es estudio pionero en la materia, carece de estudios previos con los cuales contrastar directamente sus hallazgos, limitando así la capacidad para establecer comparaciones. Sin embargo, esta originalidad también representa una fortaleza ya que permite establecer un fundamento para futuros estudios en el campo de la salud mental relacionados con el ETR y la RT.

En segundo lugar, no fue posible realizar una aleatorización directa de los sujetos en los grupos debido a limitaciones pragmáticas inherentes a la práctica clínica real. En su lugar, se optó por emparejar unidades con características similares y luego aleatorizar cada unidad al grupo de intervención o control. Sin embargo, se trató de paliar esta limitación a través de un análisis robusto incluyendo posibles variables confusas.

En tercer lugar, las evaluaciones por parte de las enfermeras podrían estar influenciadas por el efecto Hawthorne, donde el conocimiento de estar siendo observados podría afectar su comportamiento. Este aspecto se intentó atenuar anonimizando los cuestionarios y recolectándolos a través de personal ajeno al equipo de cuidados.

En cuarto lugar, el estudio también tuvo que lidiar con la conciencia de los evaluadores sobre la asignación de las unidades a los grupos de control o intervención. Para abordar este problema y disminuir la variabilidad, se llevó a cabo una formación previa de los

evaluadores para asegurar una recopilación de datos uniforme y objetiva. Además, se garantizó que los evaluadores sean independientes del equipo de investigación, lo que ayudó a reducir otros posibles sesgos.

Por último, el estudio hace frente a la complejidad de evaluar la RT, un constructo que es intrínsecamente multidimensional y sujeto a la subjetividad de los participantes. A pesar de esto, el estudio ha logrado incorporar las perspectivas tanto de las enfermeras como de las personas hospitalizadas, enriqueciendo la comprensión de la RT en el entorno de la salud mental.

5.3. FORTALEZAS DEL ESTUDIO

Una de las principales fortalezas de esta tesis doctoral se destaca por su carácter innovador dentro del campo de la enfermería de salud mental, marcando un hito significativo en la evaluación de intervenciones, con un enfoque multicéntrico. Este estudio es pionero en este ámbito al ser, hasta donde se tiene conocimiento, la primera investigación que evalúa el impacto de una intervención propiamente enfermera para mejorar la RT. Este aspecto no solo subraya su originalidad, sino que también realza la importancia y la aplicabilidad de sus hallazgos en un espectro amplio de contextos clínicos.

La elección de investigar la RT enfermera-usuario desde una perspectiva bidireccional también constituye una de las principales fortalezas de la tesis. Al valorar y comparar las experiencias y perspectivas tanto de las enfermeras como de los usuarios, se obtiene una comprensión más profunda de la dinámica de la RT, lo que ofrece información valiosa para la mejora de la práctica clínica y el bienestar de la persona.

5.4. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS

5.4.1. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

1. La implementación de la intervención del ETR emerge como una estrategia transformadora en la atención de salud mental, con potencial para catalizar mejoras significativas en la RT. Este enfoque implica un cambio paradigmático hacia una práctica que privilegia la perspectiva de la persona y promueve una colaboración más efectiva desde el inicio del tratamiento. Al subrayar la importancia de incluir las perspectivas de las personas en la evaluación y planificación del cuidado, se garantiza que sus voces sean escuchadas y valoradas.
2. La efectividad del ETR en contextos desafiantes, particularmente en situaciones de contención mecánica, enfatiza la necesidad de espacios dedicados que fomenten relaciones de confianza y una comunicación abierta. La estructura y el ambiente proporcionados por el ETR son cruciales para establecer una RT sólida, lo que se traduce en una práctica más centrada en la persona y potencialmente en una mejora de la calidad de la atención y los resultados de salud.
3. Una implicación clave de la tesis es la importancia de alinear las perspectivas de las enfermeras y las personas atendidas respecto a la RT. Se evidencia la necesidad de abordar las diferencias en la percepción de la calidad de la RT, invitando a las enfermeras a adoptar un enfoque más equilibrado que valore tanto la perspectiva del usuario como la del profesional. Esto puede conducir a interacciones más efectivas y a una mayor satisfacción en la RT.

4. Finalmente, para enfrentar estos desafíos, se requiere una formación del personal de enfermería en la intervención del ETR, que incluya el desarrollo de habilidades comunicativas y de empatía, técnicas de escucha activa y estrategias para cultivar RTs positivas. Estas competencias son fundamentales para facilitar el diálogo, la reflexión y el acuerdo sobre las tareas y objetivos del tratamiento, y para contribuir a una atención más eficaz y de mayor calidad.

5.4.2. IMPLICACIONES PARA LA GESTIÓN

La implementación exitosa de la intervención del ETR requiere un compromiso institucional y apoyo desde la gestión. Los líderes y gestores en el ámbito de la salud mental desempeñan un papel crítico al proporcionar los recursos necesarios y al crear un entorno que facilite la adopción de prácticas innovadoras como el ETR. Esto implica:

1. Garantizar que se disponga de tiempo y espacios adecuados para llevar a cabo la intervención del ETR, incluyendo áreas privadas donde las enfermeras y los usuarios puedan interactuar sin interrupciones.
2. Desarrollar y promover políticas que apoyen prácticas centradas en la persona y que fomenten la reducción de prácticas coercitivas, como las contenciones mecánicas. Esto incluye la integración del ETR en los protocolos estándar de atención.
3. Invertir en la capacitación continua del personal, asegurando que las enfermeras cuenten con las habilidades y conocimientos necesarios para implementar eficazmente la intervención del ETR.
4. Fomentar una cultura que valore la importancia de la RT y que apoye enfoques colaborativos y respetuosos en la atención a la persona. Esto puede mejorar la moral del personal y reducir el agotamiento profesional.

5.4.3. IMPLICACIONES PARA LA DOCENCIA

Los hallazgos de esta tesis subrayan la necesidad de integrar la formación en intervenciones como el ETR en los programas educativos de enfermería. Los educadores tienen la oportunidad de:

1. Incorporar contenidos que destaquen la importancia de la RT en la práctica clínica, proporcionando a los estudiantes una comprensión profunda de sus componentes y su impacto en la atención a la persona.
2. Facilitar el desarrollo de habilidades esenciales como la comunicación efectiva, la empatía y la escucha activa. Esto puede lograrse mediante metodologías activas de enseñanza, como simulaciones y aprendizaje basado en la práctica.
3. Incluir módulos específicos sobre la intervención del ETR, proporcionando tanto fundamentos teóricos como oportunidades para practicar y aplicar la intervención en entornos controlados.
4. Fomentar la reflexión crítica sobre las experiencias clínicas, permitiendo a los estudiantes analizar y mejorar sus interacciones con las personas.

5.4.4. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

Por tal de continuar explorando y ampliando el conocimiento en el campo de la RT y el uso de la intervención del ETR en la salud mental, se sugieren varias futuras líneas de investigación:

1. Realizar estudios longitudinales para investigar los efectos a largo plazo del ETR en la RT y en los resultados clínicos. Evaluar cómo la intervención influye en el bienestar de la persona y la calidad de la atención a lo largo del tiempo, incluyendo el seguimiento post-hospitalización, proporcionaría información valiosa sobre su sostenibilidad y eficacia continua.
2. Llevar a cabo investigaciones multicéntricas internacionales para comparar los resultados de la intervención del ETR en distintos entornos y contextos culturales, lo cual permitiría entender la universalidad o especificidad de la intervención en diversas poblaciones y sistemas de salud.
3. Profundizar en cómo el ETR contribuye a la disminución de prácticas coercitivas como las contenciones mecánicas, esto es especialmente relevante para el desarrollo de políticas de atención de salud mental más humanitarias y respetuosas, y para promover enfoques que prioricen la dignidad y autonomía de la persona.
4. Evaluar las implicaciones económicas de implementar el ETR, incluyendo análisis de coste-beneficio. Esto apoyaría la toma de decisiones en cuanto a la asignación de recursos y la adopción de la intervención en diferentes entornos clínicos.

7. CONCLUSIONES

A partir de los resultados presentados en esta tesis, se han podido extraer las siguientes conclusiones:

1. **Efectividad del ETR:** Los resultados han demostrado que el ETR es una intervención efectiva para fortalecer la RT entre enfermeras y personas hospitalizadas en unidades de agudos de salud mental. Esto confirma la viabilidad del ETR como una estrategia práctica y beneficiosa en la mejora de la calidad de la atención clínica.
2. **Perspectiva del usuario y enfermera:** Existe una diferencia significativa inicial entre las perspectivas de las personas atendidas y las enfermeras sobre la calidad de la RT. En este sentido, las enfermeras tienden a evaluar la calidad de la RT de forma más favorable que las personas atendidas.
3. **Importancia de la colaboración inicial:** Los resultados subrayan la importancia crítica de establecer una RT efectiva en los primeros días de hospitalización. En este sentido, el ETR parece tener un impacto positivo desde el inicio del ingreso, lo que pone de relieve la importancia de intervenciones tempranas. Dado que las mejoras en la RT fueron más pronunciadas en el grupo de intervención que en el grupo de control.
4. **Toma de decisiones compartidas y metas:** La mejora más notable tras la implementación de la intervención del ETR fue en las áreas de toma de decisiones compartidas y establecimiento de metas, lo que indica que estos son pilares fundamentales de una RT efectiva.

5. **Eficacia del ETR en contextos difíciles:** La intervención del ETR influyó en la mejora de la perspectiva de las enfermeras sobre su RT con personas que experimentaron mayor número de contenciones mecánicas, indicando que la RT puede ser reconstruida y fortalecida con intervenciones adecuadas.

6. **Discrepancias en la percepción de la RT:** La intervención del ETR ha demostrado ser una herramienta útil para mitigar las discrepancias entre las perspectivas de las enfermeras y los usuarios sobre la RT, aspecto fundamental para la recuperación y el bienestar de las personas.

7. **Atención centrada en la persona:** los resultados enfatizan la importancia de centrar la evaluación de los servicios de salud en las experiencias reportadas por las personas, asegurando que sus perspectivas y vivencias sean una parte integral de la mejora continua de la atención sanitaria.

**REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

- Andrade-González, N., Lahera, G., & Fernández-Liria, A. (2017). Patient-Therapist Perspective of the Working Alliance in Psychotherapy. *Psychiatric Quarterly*, 88(3), 623–633. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9477-4>
- Arcaro, J., Summerhurst, C., Vingilis, E., Wammes, M., & Osuch, E. (2017). Presenting concerns of emerging adults seeking treatment at an early intervention outpatient mood and anxiety program. *Psychology, Health & Medicine*, 22(8), 978–986. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1248449>
- Askola, R., & Lantta, T. (2023). Factors that enable or hinder the rebuilding of the therapeutic relationship following an episode of physical restraint in acute forensic services. *Evidence Based Nursing*, ebnurs-2023-103798. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2023-103798>
- Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., Lutz, W., Rubel, J., Schiefele, A.-K., & Peri, T. (2015). Therapeutic bond judgments: Congruence and incongruence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 773–784. <https://doi.org/10.1037/ccp0000015>
- Beaudette, D. M., Cruz, L. N., Lukachko, A., Roché, M., & Silverstein, S. M. (2020). Relationships between working alliance and outcomes in group therapy for people diagnosed with schizophrenia. *Psychosis*, 12(4), 348–358. <https://doi.org/10.1080/17522439.2020.1779796>
- Berry, K., Gregg, L., Lobban, F., & Barrowclough, C. (2016). Therapeutic alliance in psychological therapy for people with recent onset psychosis who use cannabis. *Comprehensive Psychiatry*, 67, 73–80. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.02.014>

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bowles, N., & Howard, R. (2003). The Refocusing Model: A Means of Realising the National Acute Inpatient Strategy. *Mental Health Review Journal*, 8(1), 27–31.
<https://doi.org/10.1108/13619322200300006>
- Buchholz, J. L., & Abramowitz, J. S. (2020). The therapeutic alliance in exposure therapy for anxiety-related disorders: A critical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 70, 102194.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102194>
- Cleary, M., Horsfall, J., O’Hara-Aarons, M., & Hunt, G. E. (2013). Mental health nurses’ views of recovery within an acute setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 205–212. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00867.x>
- Coelho, J. C. F., Sampaio, F. M. C., Nogueira, M. J. C., Sequeira, C. A. da C., Lleixà Fortuño, M. del M., & Roldán Merino, J. (2021). Development and psychometric properties of the Therapeutic Relationship Assessment Scale-Nurse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(6), 981–994.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12796>
- Coffey, M., Hannigan, B., Barlow, S., Cartwright, M., Cohen, R., Faulkner, A., Jones, A., & Simpson, A. (2019). Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings: A cross national comparative mixed methods study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 115. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2094-7>
- Coyne, A. E., Constantino, M. J., Laws, H. B., Westra, H. A., & Antony, M. M. (2018). Patient–therapist convergence in alliance ratings as a predictor of outcome in

- psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Research*, 28(6), 969–984. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1303209>
- Cutcliffe, J., & McKenna, H. (2018). Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st century: It's 'Déjà vu' all over again! *International Journal of Nursing Studies*, 81, A3–A5. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.004>
- Delaney, K. R. (2023). The Future of the Psychiatric Mental Health Nursing Workforce: Using Our Skill Set to Address Incongruities in Mental Health Care Delivery. *Issues in Mental Health Nursing*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2252498>
- Dodd, E., Cheston, R., Procter, C., Heneker, S., Gray, R., Fox, C., & Nolan, F. (2018). Protected engagement time on older adult mental health wards: A thematic analysis of the views of patients, carers, and staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 608–618. <https://doi.org/10.1111/inm.12342>
- Dodds, P., & Bowles, N. (2001). Dismantling formal observation and refocusing nursing activity in acute inpatient psychiatry: A case study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(2), 183–188. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.0365d.x>
- Edwards, K., Dhoopnarain, A., Fellows, J., Griffith, M., Ferguson, D., Moyo, L., Adamson, N., & Chaurura, A. (2008). Evaluating protected time in mental health acute care. *Nursing Times*, 104(36), 28–29. https://scholar.google.com/scholar_lookup?journal=Nursing+Times&title=Evaluating+protected+time+in+mental+health+acute+care&volume=104&issue=36&publication_year=2008&pages=8-29&
- Evans-Jones, C., Peters, E., & Barker, C. (2009). The Therapeutic Relationship in CBT for Psychosis: Client, Therapist and Therapy Factors. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(5), 527–540. <https://doi.org/10.1017/S1352465809990269>

- Fieldhouse, C. J. (2023). *An interpretive phenomenological study of nursing insights into the formation of the therapeutic nurse patient relationship within acute psychiatric wards*.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.14409.62569>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wlodosch, D., Horvath, A. O., Solomonov, N., & Wampold, B. E. (2020). Assessing the alliance–outcome association adjusted for patient characteristics and treatment processes: A meta-analytic summary of direct comparisons. *Journal of Counseling Psychology*, *67*(6), 706–711.
<https://doi.org/10.1037/cou0000424>
- Forchuk, C., Westwell, J., Martin, M.-L., Azzopardi, W. B., Kosterewa-Tolman, D., & Hux, M. (1998). Factors Influencing Movement of Chronic Psychiatric Patients From the Orientation to the Working Phase of the Nurse-Client Relationship on an Inpatient Unit. *Perspectives in Psychiatric Care*, *34*(1), 36–44. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.1998.tb00998.x>
- Frechette, J., Pugnaire Gros, C., B. Brewer, B., Kramer, M., Lavigne, G., & Lavoie-Tremblay, M. (2018). Essential Professional Nursing Practices in mental health: A cross-sectional study of hospital inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*(5), 1490–1500. <https://doi.org/10.1111/inm.12449>
- Frganović, A. (2017). Healthy Settings in Hospital – How to Prevent Burnout Syndrome in Nurses: Literature Review. *ACTA CLINICA CROATICA*, 292–298.
<https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.02.13>
- Frisch, N. C., & Rabinowitsch, D. (2019). What’s in a Definition? *Holistic Nursing, Integrative Health Care* , and *Integrative Nursing* : Report of an Integrated Literature Review. *Journal of Holistic Nursing*, *37*(3), 260–272.
<https://doi.org/10.1177/0898010119860685>

- Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., & Olsson, M. (2016). Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care: Good Nursing Practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 434–443. <https://doi.org/10.1111/inm.12230>
- Gabrielsson, S., Tuvevesson, H., Wiklund Gustin, L., & Jormfeldt, H. (2020). Positioning Psychiatric and Mental Health Nursing as a Transformative Force in Health Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(11), 976–984. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1756009>
- Gerace, A., Oster, C., O'Kane, D., Hayman, C. L., & Muir-Cochrane, E. (2018). Empathic processes during nurse-consumer conflict situations in psychiatric inpatient units: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 92–105. <https://doi.org/10.1111/inm.12298>
- Glantz, A., Örmon, K., & Sandström, B. (2019). “How do we use the time?” – an observational study measuring the task time distribution of nurses in psychiatric care. *BMC Nursing*, 18(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0386-3>
- Glantz, A., Sunnqvist, C., & Örmon, K. (2023). The time, places, and activities of nurses in a psychiatric inpatient context – A time and motion study with a time-geographic perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2194990>
- Hall, L. M., Doran, D., & Pink, L. (2008). Outcomes of Interventions to Improve Hospital Nursing Work Environments. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 38(1), 40–46. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000295631.72721.17>

- Hamovitch, E. K., Choy-Brown, M., & Stanhope, V. (2018). Person-Centered Care and the Therapeutic Alliance. *Community Mental Health Journal, 54*(7), 951–958.
<https://doi.org/10.1007/s10597-018-0295-z>
- Harris, B. A., & Panozzo, G. (2019). Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies-for the schizophrenia population: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing, 33*(1), 104–111.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.003>
- Harris, B., & Panozzo, G. (2019). Barriers to recovery-focused care within therapeutic relationships in nursing: Attitudes and perceptions. *International Journal of Mental Health Nursing, 28*(5), 1220–1227. <https://doi.org/10.1111/inm.12611>
- Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., & Berry, K. (2020a). Effective nurse–patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies, 102*, 103490.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103490>
- Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., & Berry, K. (2020b). Effective nurse–patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies, 102*, 103490.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103490>
- Hartmann, A., Joos, A., Orlinsky, D. E., & Zeeck, A. (2015). Accuracy of therapist perceptions of patients’ alliance: Exploring the divergence. *Psychotherapy Research, 25*(4), 408–419. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.927601>
- Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D. G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Lamb, S. E., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J. C., Chan, A.-W., & Michie, S. (2014). Better reporting of

interventions: Template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, 348(mar07 3), g1687–g1687.

<https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>

Hreńczuk, M. (2021). Therapeutic relationship nurse–patient in hemodialysis therapy.

Nursing Forum, 56(3), 579–586. <https://doi.org/10.1111/nuf.12590>

Huang, C., Lam, L., Zhong, Y., Plummer, V., & Cross, W. (2021). Chinese mental health professionals' perceptions of shared decision-making regarding people diagnosed with schizophrenia: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 189–199. https://doi.org/10.1111/inm.12771_1

Huang, C., Plummer, V., Lam, L., & Cross, W. (2020). Perceptions of shared decision-making in severe mental illness: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(2), 103–127. <https://doi.org/10.1111/jpm.12558>

Igra, L., Lavidor, M., Atzil-Slonim, D., Arnon-Ribenfeld, N., de Jong, S., & Hasson-Ohayon, I. (2020). A meta-analysis of client-therapist perspectives on the therapeutic alliance: Examining the moderating role of type of measurement and diagnosis. *European Psychiatry*, 63(1), e67. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.67>

James, K., & Quirk, A. (2017). The rationale for shared decision making in mental health care: A systematic review of academic discourse. *Mental Health Review Journal*, 22(3), 152–165. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2017-0009>

Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., & Riess, H. (2014). The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE*, 9(4), e94207. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094207>

- Kingston, M. A., & Greenwood, S. (2020). Therapeutic relationships: Making space to practice in chaotic institutional environments. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 27*(6), 689–698. <https://doi.org/10.1111/jpm.12620>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy, 55*(4), 520–537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>
- Lessard-Deschênes, C., & Goulet, M. (2022). The therapeutic relationship in the context of involuntary treatment orders: The perspective of nurses and patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 29*(2), 287–296. <https://doi.org/10.1111/jpm.12800>
- Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Loos, S., Slade, M., Clarke, E., Nagy, M., Kovacs, A., Munk-Jørgensen, P., Krogsgaard Bording, M., Kawohl, W., Rössler, W., Puschner, B., Fiorillo, A., & For the CEDAR Study Group. (2020). When does shared decision making is adopted in psychiatric clinical practice? Results from a European multicentric study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 270*(6), 645–653. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01031-y>
- Luong, H. K., Drummond, S. P. A., & Norton, P. J. (2020). Elements of the therapeutic relationship in CBT for anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Anxiety Disorders, 76*, 102322. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102322>
- McAllister, S., Simpson, A., Tsianakas, V., Canham, N., De Meo, V., Stone, C., & Robert, G. (2021). Developing a theory-informed complex intervention to improve nurse–patient therapeutic engagement employing Experience-based Co-design and the Behaviour Change Wheel: An acute mental health ward case study. *BMJ Open, 11*(5), e047114. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047114>

- 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: Measuring Therapeutic Engagement. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 212–220.
<https://doi.org/10.1111/inm.12044>
- McCluskey, A., Watson, C., Nugent, L., O'Connor, T., Moore, Z., O'Brien, N., Molloy, L., & Patton, D. (2022). Psychiatric nurse's perceptions of their interactions with people who hear voices: A qualitative systematic review and thematic analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(3), 395–407.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12829>
- Molin, J., Graneheim, U. H., & Lindgren, B.-M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care—Patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11(1), 29897.
<https://doi.org/10.3402/qhw.v11.29897>
- Molin, J., Graneheim, U. H., Ringnér, A., & Lindgren, B. (2016). From ideals to resignation – interprofessional teams perspectives on everyday life processes in psychiatric inpatient care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(9–10), 595–604.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12349>
- Molin, J., Graneheim, U. H., Ringnér, A., & Lindgren, B. (2019). Patients' experiences of taking part in Time Together – A nursing intervention in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 551–559.
<https://doi.org/10.1111/inm.12560>

- Molin, J., Lindgren, B., Graneheim, U. H., & Ringnér, A. (2018). Time Together: A nursing intervention in psychiatric inpatient care: Feasibility and effects. *International Journal of Mental Health Nursing, 27*(6), 1698–1708. <https://doi.org/10.1111/inm.12468>
- Moreno Poyato, A. R., Abidi, K. E., Canut, T. L., & Llobet, M. P. (2021). *Espacio Terapéutico Reservado: Una intervención enfermera para unidades de agudos de salud mental. Guía breve de implementación*. <http://hdl.handle.net/2445/174460>
- 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. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4540639>
- Moreno-Poyato, A. R., Casanova-Garrigos, G., Roldán-Merino, J. F., Rodríguez-Nogueira, Ó., & MiRTCIME.CAT working group. (2021). Examining the association between evidence-based practice and the nurse-patient therapeutic relationship in mental health units: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing, 77*(4), 1762–1771. <https://doi.org/10.1111/jan.14715>
- Moreno-Poyato, A. R., Delgado-Hito, P., Leyva-Moral, J. M., Casanova-Garrigós, G., & Montesó-Curto, P. (2019). Implementing evidence-based practices on the therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: A participatory action research. *Journal of Clinical Nursing, 28*(9–10), 1614–1622. <https://doi.org/10.1111/jocn.14759>
- 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. (2017). Implementation of evidence on the nurse-patient relationship in psychiatric wards through a mixed method design: Study protocol. *BMC Nursing, 16*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0197-8>

- Moreno-Poyato, A. R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Lluch-Canut, T., Roldán-Merino, J. F., & Montesó-Curto, P. (2018). Improving the therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: Assessment of the therapeutic alliance and empathy after implementing evidence-based practices resulting from participatory action research. *Perspectives in Psychiatric Care*, *54*(2), 300–308. <https://doi.org/10.1111/ppc.12238>
- Moreno-Poyato, A. R., El Abidi, K., Rodríguez-Nogueira, Ó., Lluch-Canut, T., & Puig-Llobet, M. (2021). A qualitative study exploring the patients' perspective from the 'Reserved Therapeutic Space' nursing intervention in acute mental health units. *International Journal of Mental Health Nursing*, *30*(3), 783–797. <https://doi.org/10.1111/inm.12848>
- Moreno-Poyato, A. R., El Abidi, K., Lluch-Canut, T., Cañabate-Ros, M., Puig-Llobet, M., & Roldán-Merino, J. F. (2023). Impact of the 'reserved therapeutic space' nursing intervention on patient health outcomes: An intervention study in acute mental health units. *Nursing Open*, *10*(8), 5749–5757. <https://doi.org/10.1002/nop2.1750>
- 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. (2016). The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, *30*(6), 782–787. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>
- Moreno-Poyato, A. R., Rodríguez-Nogueira, Ó., Casanova-Garrigos, G., El Abidi, K., Roldán-Merino, J. F., & MiRTCIME.CAT working group. (2021). The impact of a participatory intervention on the therapeutic relationship in mental health nurses: A multicentre study. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(7), 3104–3115. <https://doi.org/10.1111/jan.14835>

- Moreno-Poyato, A. R., Rodríguez-Nogueira, Ó., & MiRTCIME.CAT working group. (2021). The association between empathy and the nurse–patient therapeutic relationship in mental health units: A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3), 335–343. <https://doi.org/10.1111/jpm.12675>
- Moreno-Poyato, A. R., Roviralta-Vilella, M., Abidi, K. E., Bordera-Antequera, S., Triviño-Briones, S. R., Olives, C. U., Lluch-Canut, T., & Puig-Llobet, M. (2021). Nursing Practice Environment in Psychiatric Units: A Scoping Review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 59(11), 33–40. <https://doi.org/10.3928/02793695-20210526-01>
- Moyo, N., Jones, M., & Gray, R. (2022). What are the core competencies of a mental health nurse? A concept mapping study involving five stakeholder groups. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(4), 933–951. <https://doi.org/10.1111/inm.13003>
- Nightingale, F. (2002). *Notas sobre Enfermería. Que es y que no es*. Masson. <https://books.google.es/books?id=nSqzXx6jNEEC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Rønnestad, M. H., & Monsen, J. T. (2015). Patient and Therapist Perspectives on Alliance Development: Therapists' Practice Experiences as Predictors: Therapist Factors and Alliance Development. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(4), 317–327. <https://doi.org/10.1002/cpp.1891>
- Nolan, F. M., Fox, C., Cheston, R., Turner, D., Clark, A., Dodd, E., Khoo, M.-E., & Gray, R. (2016). A feasibility study comparing UK older adult mental health inpatient wards which use protected engagement time with other wards which do not: Study protocol. *Pilot and Feasibility Studies*, 2(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40814-016-0049-z>

- O'Brien, A. J. (2001). The therapeutic relationship: Historical development and contemporary significance: The therapeutic relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(2), 129–137. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00367.x>
- Penix, E. A., Swift, J. K., Russell, K. A., & Trusty, W. T. (2021). Client and therapist agreement in moment-to-moment helpfulness ratings in psychotherapy: A microprocess approach. *Journal of Clinical Psychology*, 77(1), 36–48. <https://doi.org/10.1002/jclp.23030>
- Peplau, H. (1952). Interpersonal Relations in Nursing. *American Journal Nursing*, 52(6), 765. https://journals.lww.com/ajnonline/citation/1952/06000/Interpersonal_Relations_in_Nursing.62.aspx
- Peplau, H. (1987). Interpersonal constructs for nursing practice. *Nurse Education Today*, 7(5), 201–208. [https://doi.org/10.1016/0260-6917\(87\)90002-5](https://doi.org/10.1016/0260-6917(87)90002-5)
- Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference For Psychodynamic Nursing*. Houndmills: Macmillan. https://books.google.es/books?hl=en&lr=&id=KjBIEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&ots=PJan8Yhsv7&sig=9BEhnCoMpIuMkBAwJ6qpLY04WJQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Salvat.
- Peplau, H. (1997). Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Pérez-Toribio, A., Moreno-Poyato, A. R., Roldán-Merino, J. F., & Nash, M. (2022). Spanish mental health nurses' experiences of mechanical restraint: A qualitative descriptive

study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(5), 688–697.

<https://doi.org/10.1111/jpm.12860>

Reynolds, W. J., & Scott, B. (1999). Empathy: A crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(5), 363–370.

<https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1999.00228.x>

Rio, J. H. M., Fuller, J., Taylor, K., & Muir-Cochrane, E. (2020). A lack of therapeutic engagement and consumer input in acute inpatient care planning limits fully accountable mental health nursing practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 290–298. <https://doi.org/10.1111/inm.12684>

Rogers, C. R. (1972). *El proceso De Convertirse En Persona (On becoming a person)* (17th ed). Paidós.

https://books.google.es/books?hl=en&lr=&id=CASIDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&ots=YOolf8Y_xc&sig=2vkzal4hPCgUpNDHgox2kVJruiY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Roviralta-Vilella, M., Moreno-Poyato, A. R., Rodríguez-Nogueira, Ó., Duran-Jordà, X., Roldán-Merino, J. F., & On behalf of MiRTCIME.CAT Working Group. (2019). Relationship between the nursing practice environment and the therapeutic relationship in acute mental health units: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(6), 1338–1346.

<https://doi.org/10.1111/inm.12648>

Schmalenberg, C., & Kramer, M. (2008). Essentials of a Productive Nurse Work Environment. *Nursing Research*, 57(1), 2–13.

<https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000280657.04008.2a>

- Tolosa Merlos, D., Moreno Poyato, A. R., & Delgado Hito, P. (2021). La relación terapéutica como eje de los cuidados enfermeros en las unidades de agudos de salud mental: Análisis del contexto en Cataluña. *Cultura de Los Cuidados*, 59.
<https://doi.org/10.14198/cuid.2021.59.14>
- Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., Delgado-Hito, P., & MiRTCIME.CAT Working Group. (2023). The therapeutic relationship at the heart of nursing care: A participatory action research in acute mental health units. *Journal of Clinical Nursing*, 32(15–16), 5135–5146.
<https://doi.org/10.1111/jocn.16606>
- Torres Campuzano, J. M. (2018). Correlación entre síndrome de Burnout y relación terapéutica en profesionales de ayuda. In Universidad Santiago de Cali, M. Rosero Pérez, E. J. Ordóñez, & Universidad Santiago de Cali (Eds.), *Experiencias significativas en la psicología de hoy* (Primera, pp. 35–53). Editorial Universidad Santiago de Cali. <https://doi.org/10.35985/9789585522343.2>
- Tschuschke, V., Koemeda-Lutz, M., von Wyl, A., Cramer, A., & Schulthess, P. (2020). The Impact of Patients' and Therapists' Views of the Therapeutic Alliance on Treatment Outcome in Psychotherapy. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 208(1), 56–64.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001111>
- Wangel, A.-M., Persson, K., Duerlund, S., Fhager, J., Mårdhed, E., Sjögran, L., Sjöström, K., Glantz, A., Örmon, K., & Sunnqvist, C. (2024). The Core Elements of Psychiatric and Mental Health Nursing: Time, Honest Engagement, Therapeutic Relations, Professional Nursing and Lifetime-Perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/01612840.2024.2305934>

Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2015). Therapeutic Alliance in Mental Health Nursing: An Evolutionary Concept Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(4), 249–257. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.969795>

FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

FINANCIACIÓN

El presente estudio ha sido posible gracias al respaldo económico conseguido en el año 2021, proveniente del Instituto de Salud Carlos III, mediante el proyecto de investigación (PI21/00605). Esta financiación principal se vio incrementada gracias a la contribución económica del Colegio de Enfermeras de Barcelona (PR-487/2021), institución que, tras una meticulosa valoración del mérito y la relevancia de nuestra investigación, decidió apoyar nuestro proyecto. Estos fondos no sólo reconocen la importancia de nuestra labor, sino que también fortalecen nuestro compromiso con la generación de conocimiento en el ámbito de la salud mental. Asimismo, el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) ha jugado un papel crucial al sumar una financiación complementaria.

La suma de estos apoyos financieros ha proporcionado una base sólida para la exploración científica y el avance del conocimiento en las prácticas de enfermería, con la mirada puesta en la trascendencia que estos resultados puedan tener para los usuarios y los profesionales del sector.



Proyecto código PI21/00605



Proyecto código PR-487/2021



SUBDIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN
Y FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Rosario Perona Abellón
Subdirectora General de Evaluación y Fomento de la Investigación

CERTIFICA

Que según los antecedentes que obran en poder de esta Subdirección General, Dña. **KHADIJA EL ABIDI**, participa en la actualidad como Colaboradora en los Proyectos de Investigación en Salud AES 2021, que se relacionan:

Título del Proyecto: **"IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA ESPACIO TERAPÉUTICO RESERVADO SOBRE RESULTADOS DE SALUD DE PACIENTES: UN ESTUDIO DE INTERVENCIÓN EN UNIDADES DE AGUDOS DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA"**

- Número de Expediente: PI21/00605
- Duración: 3 años.
- Investigador Principal: MORENO POYATO, ANTONIO RAFAEL.
- Importe total concedido: 18.150,00 euros.
- Entidad Financiadora: Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación (ISCIII).
- Fecha de Inicio: 01/01/2022
- Fecha fin: 31/12/2024.

Y para que así conste, firmo el presente certificado en Madrid,

Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación.

Rosario Perona Abellón

www.isciii.es
acortes@isciii.es

AVDA. MONFORTE DE LEMOS, 5
PABELLÓN 6
28029 MADRID
TEL: 91 822 25 32

CSV : GEN-23bd-fc9d-6c0b-1cda-ac82-f000-ee4a-4be9

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm>

FIRMANTE(1) : MARIA DEL ROSARIO PERONA ABELLON | FECHA : 01/03/2022 13:26 | Sin acción específica



**FRANCISCA PAVÓN RODRÍGUEZ, SECRETÀRIA DEL COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I
INFERMERS DE BARCELONA**

Certifica

Que el *Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona*, convoca les **Ajudes a projectes de Recerca Infermera** dins del marc Reconeixements i ajudes a la recerca.

Sr. **Antonio Rafael Moreno Poyato**, amb núm. col·legiat **036770**, va presentar a la convocatòria de l'any 2021 el projecte sota el títol "**Impacto de la intervenció enfermera Espacio Terapéutico Reservado sobre resultados de salud de pacientes: estudio de intervención en unidades de agudos de salud mental**", com a investigador principal conjuntament amb el seu equip investigador format per:

María Teresa Lluch Canut
Montserrat Puig Llobet
Khadija El Abidi
Montserrat Benítez Sánchez
Javier Pita de la Vega
Juan Francisco Roldán Merino

Que l'esmentat projecte va ser enregistrat amb el número: **PR-487/2021** amb una durada **36 mesos** i obtenint l'ajuda de **4.840€** quantia designada pels avaluadors de la Convocatòria d'Ajudes a Projectes de recerca 2021.

I perquè en pregeu coneixement i tingui els efectes que corresponguin, signem el present certificat.



Francisca Pavón Rodríguez
Secretària

Vistiplau



Paola Galbany Estragués
Presidenta

Barcelona, 22 d'octubre de 2021

REGISTRE	
COL·LEGI D'ARTS, DISENY I DISENYERES BARCELONA	Entrada nòm.:
	Data:
	Sortida nòm. 4732
	Data: 9/11/21

DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN CONGRESOS CIENTÍFICOS

Autores: Khadija El Abidi El Ghazouani, Ana María Rodríguez López, Carolina Santos Pariente, Juan Gómez Pérez, Antonio Rafael Moreno Poyato.

Título: Efecto del “Espacio Terapéutico Reservado” en la convergencia de perspectivas de la relación terapéutica entre enfermeras y pacientes

Tipo de contribución: Póster

Congreso: XLI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental celebrado en Mérida los días 20, 21 y 22 de marzo de 2024

Institución organizadora: Asociación Española de Enfermería de Salud Mental

Autores: Khadija El Abidi El Ghazouani, Cristina Brescó Bermúdez, Ana Manzano González, Coral Díaz Celaya, Suaenny Rubí Triviño Briones

Título: Dimensiones de cuidado en salud mental: un análisis correlacional de la calidad de atención, la relación terapéutica y la experiencia de coerción

Tipo de contribución: Póster

Congreso: XLI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental celebrado en Mérida los días 20, 21 y 22 de marzo de 2024

Institución organizadora: Asociación Española de Enfermería de Salud Mental

Autores: Anotonio Rafael Moreno Poyata, Khadija El Abidi El Ghazouani, Ana Ventosa Ruiz

Título: Espacio Terapéutico Reservado: Una intervención enfermera para unidades de agudos de Salud Mental

Tipo de contribución: Taller.

Congreso: XLI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental celebrado en Mérida los días 20, 21 y 22 de marzo de 2024

Institución organizadora: Asociación Española de Enfermería de Salud Mental.

Autores: Antonio Rafael Moreno Poyato, Khadija El Abidi El Ghazouani, Rodríguez Lopez Ana maría, Montserrat Cañabate Ros, Javier Pita De La Vega Garcia, Juan José Perez Moreno, Estibaliz Muñoz Ruoco, Juan Gómez Pérez, Gema Rubia Ruiz, Carolina De los Santos Pariente.

Título: La relación terapéutica enfermera-paciente en unidades de salud mental de agudos de España: un estudio transversal

Tipo de contribución: Comunicación

Congreso: XXVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados X congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud Mental celebrado en Valladolid los días 15, 16 y 17 de noviembre de 2023

Institución organizadora: investén ISCII

Autores: Khadija El Abidi El Ghazouani, Adriana Pérez Sánchez, Irene Turrión Pérez, Natalia Domínguez Juárez, Suaenny Rubi Triviño Briones

Título: La relación terapéutica en salud mental: una revisión de las diferencias en las perspectivas del binomio enfermera-paciente

Tipo de contribución: Póster

Congreso: XL Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental celebrado en Torremolinos los días 29, 30 y 31 de marzo de 2023

Institución organizadora: Asociación Española de Enfermería de Salud Mental

Autores: Antonio Rafael Moreno Poyato, Khadija El Abidi El Ghazouani, Ana Ventosa Ruiz

Título: Espacio Terapéutico Reservado: Una intervención enfermera para unidades de agudos de Salud Mental

Tipo de contribución: Taller.

Congreso: XL Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental celebrado en Torremolinos los días 29, 30 y 31 de marzo de 2023

Institución organizadora: Asociación Española de Enfermería de Salud Mental

DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN JORNADAS DE RECERCA

Autores: Khadija El Abidi El Ghazouani

Título: Generant espais per millorar la relació terapèutica infermeria-pacient en unitats d'hospitalització de salut mental.

Tipo de contribución: Ponencia/ Taula rodona

Jornada: XII Jornada de Salut Mental. “Estigma en Salut Mental” celebrada en Mataró el 17 de mayo de 2024

Institución organizadora: Consorci Sanitari del Maresme

Autores: Khadija El Abidi El Ghazouani, Ana María Rodríguez López, Carolina Santos Pariente, Juan Gómez Pérez, Antonio Rafael Moreno Poyato.

Título: Efecto del “Espacio Terapéutico Reservado” en la convergencia de perspectivas de la relación terapéutica entre enfermeras y pacientes

Tipo de contribución: Póster

Jornada: II Jornada de recerca i divulgació de doctorat celebrada en Barcelona el 3 de mayo de 2024

Institución organizadora: Universidad de Barcelona

Autores: Khadija El Abidi El Ghazouani, Antonio Rafael Moreno Poyato, Teresa Lluch Canut, Montserrat Puig Llobet, Juan Roldan Merino.

Título: Impacto de la intervención enfermera ‘Espacio Terapéutico Reservado’ sobre la calidad de la relación terapéutica: un estudio de intervención en unidades de agudos de salud mental en España (Proyecto)

Tipo de contribución: Póster

Jornada: Jornada enfermera de recerca i innovació en salut mental: investigar també és cuidar la salut mental celebrado en Barcelona el 1 de diciembre de 2022

Institución organizadora: Col·legi Oficial d’Infermeres i Infermers de Barcelona

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

Autores: Moreno-Poyato, A. R., El Abidi, K., Lluch-Canut, T., Cañabate-Ros, M., Puig-Llobet, M., & Roldán-Merino, J. F.

Título: Impact of the 'reserved therapeutic space' nursing intervention on patient health outcomes: An intervention study in acute mental health units.

Año: 2023. **Revista:** Nursing Open

PMID: 37084278 **PMCID:** PMC10333832

DOI: 10.1002/nop2.1750

Volumen: 10 **Número:** 8 **páginas:** 5749–5757

Science Citation Index Expanded (SCIE): 46/125

Social Sciences Citation Index (SSCI): 42/123

Factor de impacto: 2,3

Cuartil en la categoría: Q2

Autores: El-Abidi, K., Moreno-Poyato, A. R., Cañabate-Ros, M., Garcia-Sanchez, J. A., Lluch-Canut, M. T., Muñoz-Ruoco, E., Pérez-Moreno, J. J., Pita-De-La-Vega, J., Puig-Llobet, M., Rubia-Ruiz, G., Santos-Pariente, C., López, A. M. R., Golmar, L. J., López, C. E., & Roldán-Merino, J. F.

Título: The therapeutic relationship from the perspective of patients and nurses in the first days of admission: A cross-sectional study in acute mental health units

Año: 2023

Revista: International journal of mental health nursing

PMID: 37743558

DOI: 10.1111/inm.13227

Volumen: 33 **Número:** 1 **páginas:** 134–142

Science Citation Index Expanded (SCIE): 2/125

Social Sciences Citation Index (SSCI): 2/123

Factor de impact: 5,6

Cuartil en la categoría: Q1

ANEXOS

ANEXO I

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO (Personas hospitalizadas)

Coordinador del proyecto: Dr. Antonio R. Moreno Poyato

Cargo: Profesor Departamento de Enfermería de Salud pública, Salud Mental y Materno-Infantil.

Institución: Universitat de Barcelona

Contacto: amorenopoyato@ub.edu

Título proyecto: Impacto de la intervención enfermera 'Espacio Terapéutico Reservado' sobre resultados de salud de pacientes: un estudio de intervención en unidades de agudos de salud mental en España (**RTS_MHNursing_Spain**).

Datos del investigador principal del centro: Khadija El Abidi, enfermera de la unidad de agudos de psiquiatría del Centro Fòrum.

La finalidad de la investigación **RTS_MHNursing_Spain** es promover la mejora en el establecimiento de la relación terapéutica entre profesionales de enfermería y pacientes en unidades de hospitalización de agudos de salud mental a través de encuentros con las enfermeras dentro de la propia dinámica de cuidados en la unidad de hospitalización.

En este sentido, de acuerdo con el diseño de la investigación, su participación consistirá en la cumplimentación de un dossier con tres cuestionarios en las primeras 48-72 horas de estancia en la unidad y, de nuevo, esos tres cuestionarios de forma previa al alta. Asimismo, se recogerán datos de su historia clínica.

En cumplimiento con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, se le informa de que los datos aportados se incorporarán a un fichero denominado Datos_ RTS_MHNursing, y que la información aportada será tratada de forma confidencial. Se eliminará cualquier dato o nombre que pueda permitir el reconocimiento de su identidad. Los datos quedarán codificados y 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 en todo momento su anonimato.

De conformidad con lo establecido en la mencionada regulación, la UNIVERSIDAD DE BARCELONA, (con CIF Q0818001J y domicilio en la Gran Vía de las Cortes Catalanas, 585 -08007 Barcelona) como responsable del tratamiento de los datos personales, le informa que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos mediante escrito a la dirección postal (Travessera de les Corts, 131-159, Pabellón Rosa, 08028 - Barcelona), o mediante un mensaje de correo electrónico a protecciodedades@ub.edu.

Usted participa de forma voluntaria, tiene derecho a acceder a sus datos, solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar la supresión, así como limitar el tratamiento, oponerse y retirar el consentimiento del uso para determinados fines. Estos derechos los puede ejercer mediante escrito a la dirección postal, mediante un mensaje de correo electrónico a la dirección mencionada en el párrafo anterior o mediante el investigador principal del centro. Asimismo, le informamos de su derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Catalana de Protección de Datos en el caso de cualquier actuación de la Universidad de Barcelona que considere que vulnera sus derechos.

Esperamos que esta investigación contribuya a un mayor conocimiento del establecimiento de la relación terapéutica y a sus dificultades. Y, por tanto, como beneficio para los participantes promuevan la mejora en la calidad de los cuidados que se prestan diariamente a pacientes en unidades de agudos de salud mental. Esta investigación no supone ningún riesgo ni ofrece compensación económica para los participantes en la misma, como también es posible que no obtenga ningún beneficio directo derivado de su participación.

Agradecido, quedo a la disposición para proporcionar toda aquella información adicional que se precise.

Barcelona, 22 de marzo de 2021.



Dr. Antonio R. Moreno Poyato
Investigador principal **RTS_MHNursing_Spain**

amorenopoyato@ub.edu

Título proyecto: Impacto de la intervención enfermera 'Espacio Terapéutico Reservado' sobre resultados de salud de pacientes: un estudio de intervención en unidades de agudos de salud mental en España (**RTS_MHNursing_Spain**).

Datos del investigador principal del centro: Khadija El Abidi, enfermera de la unidad de agudos de psiquiatría del Centro Fòrum.

Datos del personal evaluador:

Datos de la persona participante:

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.
1. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo.

DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio
propuesto. Firmo por duplicado, quedándome una copia.

Fecha:

Firma del/la participante

Firma del/la evaluador/a

Firma del/la investigador/a

ANEXO II

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO (Enfermeras)

Coordinador del proyecto: Dr. Antonio R. Moreno Poyato

Cargo: Profesor Departamento de Enfermería de Salud pública, Salud Mental y Materno-Infantil.

Institución: Universitat de Barcelona

Contacto: amorenopoyato@ub.edu

Título proyecto: Impacto de la intervención enfermera 'Espacio Terapéutico Reservado' sobre resultados de salud de pacientes: un estudio de intervención en unidades de agudos de salud mental en España (**RTS_MHNursing_Spain**).

Datos del investigador principal del centro: Khadija El Abidi, enfermera de la unidad de agudos de psiquiatría del Centro Fòrum.

La finalidad de la investigación **RTS_MHNursing_Spain** es promover la mejora en el establecimiento de la relación terapéutica entre profesionales de enfermería y pacientes en unidades de hospitalización de agudos de salud mental a través de encuentros con las enfermeras dentro de la propia dinámica de cuidados en la unidad de hospitalización.

En este sentido, de acuerdo con el diseño de la investigación, su participación consistirá en la cumplimentación de un dossier con un cuestionario con preguntas respecto a los pacientes que tenga asignados y que formen parte del mismo estudio. En este sentido, por cada paciente asignado que forme parte del estudio tendrá que cumplimentar un dossier una vez haya efectuado la entrevista de acogida sobre las 48-72 horas del ingreso y otro dossier al alta del paciente. No se prevé una inclusión de más de 20 pacientes por enfermera a lo largo de la fase de recogida de datos.

En cumplimiento con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, se le informa de que los datos aportados se incorporarán a un fichero denominado Datos_ RTS_MHNursing, y que

la información aportada será tratada de forma confidencial. Se eliminará cualquier dato o nombre que pueda permitir el reconocimiento de su identidad. Los datos quedarán codificados y 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 en todo momento su anonimato.

De conformidad con lo establecido en la mencionada regulación, la UNIVERSIDAD DE BARCELONA, (con CIF Q0818001J y domicilio en la Gran Vía de las Cortes Catalanas, 585 -08007 Barcelona) como responsable del tratamiento de los datos personales, le informa que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos mediante escrito a la dirección postal (Travessera de les Corts, 131-159, Pabellón Rosa, 08028 - Barcelona), o mediante un mensaje de correo electrónico a protecciodedades@ub.edu.

Usted participa de forma voluntaria, tiene derecho a acceder a sus datos, solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar la supresión, así como limitar el tratamiento, oponerse y retirar el consentimiento del uso para determinados fines. Estos derechos los puede ejercer mediante escrito a la dirección postal, mediante un mensaje de correo electrónico a la dirección mencionada en el párrafo anterior o mediante el investigador principal del centro. Asimismo, le informamos de su derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Catalana de Protección de Datos en el caso de cualquier actuación de la Universidad de Barcelona que considere que vulnera sus derechos.

Esperamos que esta investigación contribuya a un mayor conocimiento del establecimiento de la relación terapéutica y a sus dificultades. Y, por tanto, como beneficio para los participantes promuevan la mejora en la calidad de los cuidados que se prestan diariamente

a pacientes en unidades de agudos de salud mental. Esta investigación no supone ningún riesgo ni beneficio, ni ofrece compensación económica para los participantes en la misma.

Agradecido, quedo a la disposición para proporcionar toda aquella información adicional que se precise.

Barcelona, 22 de marzo de 2021.



Dr. Antonio R. Moreno Poyato
Investigador principal **RTS_MHNursing_Spain**
amorenopoyato@ub.edu

Título proyecto: Impacto de la intervención enfermera 'Espacio Terapéutico Reservado' sobre resultados de salud de pacientes: un estudio de intervención en unidades de agudos de salud mental en España (**RTS_MHNursing_Spain**).

Datos del investigador principal del centro: Khadija El Abidi, enfermera de la unidad de agudos de psiquiatría del Centro Fòrum.

Datos del personal evaluador:

Datos del/la participante:

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 una copia.

Fecha:

Firma del/la participante

Firma del/la evaluador/a

Firma del/la investigador/a

ANEXO III

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO (Profesionales evaluadores)

Coordinador del proyecto: Dr. Antonio R. Moreno Poyato

Cargo: Profesor Departamento de Enfermería de Salud pública, Salud Mental y Materno-Infantil.

Institución: Universitat de Barcelona

Contacto: amorenopoyato@ub.edu

Título proyecto: Impacto de la intervención enfermera 'Espacio Terapéutico Reservado' sobre resultados de salud de pacientes: un estudio de intervención en unidades de agudos de salud mental en España (**RTS_MHNursing_Spain**).

Datos del investigador principal del centro: Khadija El Abidi, enfermera de la unidad de agudos de psiquiatría del Centro Fòrum.

La finalidad de la investigación **RTS_MHNursing_Spain** es promover la mejora en el establecimiento de la relación terapéutica entre profesionales de enfermería y pacientes en unidades de hospitalización de agudos de salud mental a través de encuentros con las enfermeras dentro de la propia dinámica de cuidados en la unidad de hospitalización.

En este sentido, de acuerdo con el diseño de la investigación, su participación consistirá en la cumplimentación de un dossier con un cuestionario con preguntas respecto a los pacientes que tenga asignados y que formen parte del mismo estudio. En este sentido, por cada paciente asignado que forme parte del estudio tendrá que cumplimentar un dossier una vez haya efectuado la entrevista de acogida sobre las 48-72 horas del ingreso y otro dossieral alta del paciente. No se prevé una inclusión de más de 20 pacientes por enfermera a lo largo de la fase de recogida de datos.

En cumplimiento con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, se le informa de que los datos aportados se incorporarán a un fichero denominado Datos_ RTS_MHNursing, y que la información aportada será tratada de forma confidencial. Se eliminará cualquier dato o

nombre que pueda permitir el reconocimiento de su identidad. Los datos quedarán codificados y 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 en todo momento su anonimato.

De conformidad con lo establecido en la mencionada regulación, la UNIVERSIDAD DE BARCELONA, (con CIF Q0818001J y domicilio en la Gran Vía de las Cortes Catalanas, 585 -08007 Barcelona) como responsable del tratamiento de los datos personales, le informa que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos mediante escrito a la dirección postal (Travessera de les Corts, 131-159, Pabellón Rosa, 08028 - Barcelona), o mediante un mensaje de correo electrónico a protecciodedades@ub.edu.

Usted participa de forma voluntaria, tiene derecho a acceder a sus datos, solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar la supresión, así como limitar el tratamiento, oponerse y retirar el consentimiento del uso para determinados fines. Estos derechos los puede ejercer mediante escrito a la dirección postal, mediante un mensaje de correo electrónico a la dirección mencionada en el párrafo anterior o mediante el investigador principal del centro. Asimismo, le informamos de su derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Catalana de Protección de Datos en el caso de cualquier actuación de la Universidad de Barcelona que considere que vulnera sus derechos.

Esperamos que esta investigación contribuya a un mayor conocimiento del establecimiento de la relación terapéutica y a sus dificultades. Y, por tanto, como beneficio para los participantes promuevan la mejora en la calidad de los cuidados que se prestan diariamente a pacientes en unidades de agudos de salud mental. Esta investigación no supone ningún riesgo ni beneficio, ni ofrece compensación económica para los participantes en la misma.

Agradecido, quedo a la disposición para proporcionar toda aquella información adicional que se precise.

Barcelona, 22 de marzo de 2021.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Antonio R. Moreno Poyato', written in a cursive style.

Dr. Antonio R. Moreno Poyato
Investigador principal [RTS_MHNursing_Spain](#)
amorenopoyato@ub.edu

Título proyecto: Impacto de la intervención enfermera 'Espacio Terapéutico Reservado' sobre resultados de salud de pacientes: un estudio de intervención en unidades de agudos de salud mental en España (**RTS_MHNursing_Spain**).

Datos del investigador principal del centro: Khadija El Abidi, enfermera de la unidad de agudos de psiquiatría del Centro Fòrum.

Datos del evaluador participante:

2. Declaro que he leído y entendido la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado.
3. 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.
4. 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.
5. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
6. 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 una copia

Fecha:

Firma de la persona evaluadora

Firma del/la investigador/a

ANEXO IV

CUESTIONARIO WORKING ALLIANCE INVENTORY SHORT (WAI-S)

VERSIÓN PROFESIONAL

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 V

CUESTIONARIO WORKING ALLIANCE INVENTORY SHORT (WAI-S)

VERSIÓN PERSONAS HOSPITALIZADAS

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 persona puede tener **en relación con su enfermera referente**. Si la frase describe lo que usted opina o siente **siempre** acerca de su enfermera, 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 enfermera de referencia y yo estamos de acuerdo sobre lo que tengo que hacer para mejorar mi situación.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

2. Lo que estoy haciendo junto a mi enfermera de referencia me proporciona nuevos puntos de vista sobre mi problema.

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 enfermera de referencia 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. Mi enfermera de referencia no entiende lo que estoy intentando conseguir en la relación con ella.

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 la capacidad de mi enfermera de referencia para ayudarme.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

6. Mi enfermera de referencia 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. Creo que mi enfermera de referencia me aprecia.

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 yo trabaje.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

9. Mi enfermera de referencia y yo confiamos el uno en el otro.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

10. Mi enfermera de referencia y yo tenemos distintas ideas sobre cuáles son mis 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 enfermera de referencia y yo entendemos qué tipo de cambios me 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. Creo que junto a mi enfermera de referencia estamos trabajando en mi 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 VI

Informes de los Comités de Ética de Investigación Clínica de las unidades participantes.



Comissió de Bioètica Universitat de Barcelona

Dictamen favorable

La Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona, reunida en sessió ordinària el dia 14 de juny de 2021, emet informe favorable, un cop avaluats els aspectes metodològics, ètics i legals del projecte:

Títol: Impacto de la intervenció enfermera Espacio Terapéutico Reservado sobre los resultados de salud de los pacientes: un estudio de intervención en las unidades de agudos de salud mental en España.

Investigador principal: Dr. Antonio R. Moreno Poyato.

En Barcelona, a 7 de July de 2021.

Firmado por JORDI
GARCIA FERNANDEZ - DNI
35030054L (TCAT) el
dia 08/07/2021 con un
certificado emitido
por EC-SectorPublic

Dr. Jordi García Fernández
Vicerector de Recerca
President de la Comissió de Bioètica
Universitat de Barcelona

Institutional Review Board (IRB00003099)

<http://www.ub.edu/comissioibioetica> Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona cbub@ub.edu



Informe del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Parc de Salut Mar

Doña Cristina Llop Julià, secretaria técnica del **Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Parc de Salut MAR**,

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor Universitat de Barcelona, para que se realice el estudio observacional núm. 2021/9835, titulado:

Versión de los documentos:

- **Protocolo versión 1 de fecha 21/03/2021**
- **HIP/CI, versión 1 de fecha 21/03/2021**

Y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio
- Son adecuados los procedimientos para obtener el consentimiento informado, y el modo de reclutamiento previsto, así como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Y que este Comité acepta que dicho estudio observacional sea realizado en el Servicio de Psiquiatría del Institut de Neuropsiquitria i Addiccions (INAD) por la Sra. Khadija El-Abidi como investigadora principal, tal como recoge el ACTA del día 18/05/2021.

Lo que firmo en Barcelona a 1 de junio de 2021

Firmado digitalmente por LLOP JULIA CRISTINA - 53314050G
Nombre de reconocimiento (DN):
c=ES,
serialNumber=IDCES-53314050G,
givenName=CRISTINA, sn=LLOP
JULIA, cn=LLOP JULIA CRISTINA -
53314050G
Fecha: 2021.06.01 13:13:52 +02'00'

Firmado:
Secretaría técnica CEIm-PSMAR

CEIm – Parc de Salut MAR

Dr. Aiguader, 88 | 08003 Barcelona | Telèfon 93 316 06 77 | Fax 93 316 06 36
ceic-psmar@imim.es | www.parcdesalutmar.cat



Es responsabilidad del investigador principal garantizar que todos los investigadores asociados con este proyecto conozcan las condiciones de aprobación y los documentos aprobados.

El Investigador Principal debe informar a la Secretaría del CEIm mediante una enmienda, informe anual de seguimiento o notificación, de

- Cualquier cambio significativo en el proyecto y la razón de ese cambio, incluida una indicación de las implicaciones éticas (si las hubiera);
- Cualquier evento imprevisto o inesperado, como desviaciones de protocolo;
- El cambio de Investigador Principal;
- Informe anual de seguimiento;
- La fecha de finalización del estudio;
- Informe final del estudio y/o publicación de resultados.

Anexo I. Composición del CEIm Parc de Salut Mar

El Comité tanto en su composición como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95).

En dicha reunión del Comité se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador o se detecte conflicto de interés, éste se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Presidenta	Dra. Marta Guix Arnau, Oncología Médica
Vicepresidenta	Dra. Ana Maria Aldea Perona, Farmacóloga Clínica
Secretaria técnica	Sra. Cristina Llop Julià, Bióloga
Vocal	Dra. Anna Oliveras Serrano, Nefrología
Vocal	Dr. Antonio Montes Pérez, Anestesiología y Reanimación
Vocal	Sra. Assumpció Álvarez Carrera, Farmacéutica Atención Primaria
Vocal	Dra. Blanca Sánchez González, Hematología
Vocal	Dr. David Benaiges Boix, Endocrinología
Vocal	Sr. Lluís Berenguer Maimó, Arquitecto. Miembro Lego
Vocal	Dr. Helmut Schröder, Epidemiología y Salud Pública
Vocal	Dra. Mercè Espona Quer, Farmacéutica Hospitalaria
Vocal	Dra. Marta Ferran Farrés, Dermatología
Vocal	Sra. María de los Ángeles Jodar Sánchez. Lda. en Derecho. Servicio de Atención al Ciudadano.
Vocal	Sra. Azucena Justicia Díaz, Enfermera
Vocal	Dra. Patricia Díaz Pellicer, Farmacóloga Clínica
Vocal	Sr. Ramon Figueras Sabater, Abogado
Vocal	Dra. Silvia Tórtola Pérez, Bióloga

CEIm – Parc de Salut MAR

Dr. Aiguader, 88 | 08003 Barcelona | Teléfono 93 316 06 77 | Fax 93 316 06 36
ceic-psmar@imim.es | www.parcdesalutmar.cat

DICTAMEN DE EVALUACIÓN DEL CEIm

Dra. Dña. Francisca Silvera Mascaró.
Presidenta del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital General Universitario de Elda.

CERTIFICA:

Que en relación al protocolo de investigación:

Código de protocolo: RTS_MHNursing versión: 1 fecha: mayo 2021.

Titulado:

IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA ESPACIO TERAPÉUTICO RESERVADO SOBRE LOS RESULTADOS DE SALUD DE LOS PACIENTES: UN ESTUDIO DE INTERVENCIÓN EN LAS UNIDADES DE AGUDOS DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA.

Este CEIm, en su reunión de fecha 14/09/2021, tras la evaluación realizada de la propuesta del promotor relativa al estudio especificado, y teniendo en consideración las siguientes cuestiones:

1. Cuestiones relacionadas con la adecuación a los postulados éticos.
2. Cuestiones relacionadas con el procedimiento de información y obtención del consentimiento informado y el plan de reclutamiento.
3. Consideraciones generales del ensayo.
4. Cuestiones relacionadas con la idoneidad del investigador y de sus colaboradores
5. Cuestiones relacionadas con la idoneidad de las instalaciones.
6. Cuestiones relacionadas con las cantidades y, en su caso, previsiones de remuneración o compensación para los investigadores y sujetos del ensayo y los aspectos relevantes de cualquier acuerdo entre el promotor y el centro, que han de constar en el contrato previsto en el artículo 30 del R. D. 223/2004 y en la Resolución de 16.07.2009 de la Consellería de Sanidad.

Este CEIm emite un **DICTAMEN FAVORABLE** para su realización en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy, por Carolina de los Santos como investigadora principal.

Se sugiere añadir el nombre del IP local en la hoja de información al paciente y consentimiento informado.

Lo que firmo en Elda a 14 de septiembre de 2021.


Fdo. la Presidenta.
Dra. Dña. Francisca Silvera Mascaró.

**INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON
MEDICAMENTOS DE EUSKADI (CEIm-E)**

Arantza Hernández Gil
Secretaría del CEIm de Euskadi (CEIm-E)

CERTIFICA

Que este Comité, de acuerdo a la ley 14/2007 de Investigación Biomédica, Principios éticos de la declaración de Helsinki y resto de principios éticos y legislación aplicables, ha evaluado el proyecto de investigación, titulado **Reserved Therapeutic Space: impact of a Mental Health Nursing intervention on the health outcomes of users: a non-randomized intervention trial to improve the therapeutic relationship in mental health units in Spain [study protocol]** Impacto de la intervención enfermera Espacio Terapéutico Reservado sobre los resultados de salud de los pacientes: un estudio de intervención en las unidades de agudos de salud mental en España [protocolo de estudio].

Código interno: PI2021181

Versión del Protocolo: Versión: 2, fecha: 10/11/2021

Versión de la HIP:
ENFERMERAS / Versión 2 del 25 de enero de 2022
EVALUADORES / Versión 2 del 25 de enero de 2022
PACIENTES / Versión 2 del 25 de enero de 2022

Y que este Comité reunido el día 26/01/2022 (recogido en Acta 02/2022) ha decidido emitir informe favorable a que dicho proyecto sea realizado por el siguiente personal investigador:

- Estibaliz Muñoz Rouco (*Psiquiatría*) Hospital Galdakao-Usansolo
- Juan José Pérez Moreno (*Psiquiatría*) Hospital Galdakao-Usansolo

Lo que firmo en Vitoria, a 07 de febrero de 2022



Arantza Hernández Gil
Secretaría del CEIm de Euskadi (CEIm-E)

Nota: Se recuerda la obligación de:

- Incluir en Osabide la alerta correspondiente a cada paciente, de que se encuentra bajo estudio o ensayo clínico
- Enviar un **informe de seguimiento anual** y el **informe final** que incluya los resultados del estudio (si el estudio dura menos de un año, con el informe final será suficiente). Más información en la página web del CEIm-E: <http://www.euskadi.eus/comite-etico-investigacion-clinica/>

Anexo I

COMPOSICIÓN DEL CEIm

Presidente	Carlos Romeo Casabona
Vicepresidenta	Iciar Alfonso Farnos
Secretaria técnica	Arantza Hernández Gil
Vocales	Carmelo Aguirre Gómez
	Pablo Aldazabal Amas
	M ^a Teresa Audicana Berasategui
	Ignacio Díez González
	Saioa Domingo Echaburu
	Jose M ^a González de Castro
	Agustín Castiella Eguzkiza
	Miguel Ángel Goenaga
	Marianela Hernández López
	M ^a José López Varona
	Amaia Martínez Galarza
	José Ignacio Pijoán Zubizarreta
	Jesús Rosa Nieto
	Irabxe Urreta Barallobre
	Eva Ferreira González de Viñaspre
	Jesús Ángel Molinuevo Tobalina
	Carlos de Miguel Sánchez
	Ana Blanca Yoller
	Monike de Miguel Cascón
	Virginia Arechavala Gomeza
	Isabel Tejada Minguez
	Miguel Ángel Morán Rodríguez
	Ignacio Garitano Gutiérrez
	Jesús Sánchez Echaniz

Nota: Se recuerda la obligación de:

- Incluir en Osabide la alerta correspondiente a cada paciente, de que se encuentra bajo estudio o ensayo clínico
- Enviar un **informe de seguimiento anual** y el **informe final** que incluya los resultados del estudio (si el estudio dura menos de un año, con el informe final será suficiente). Más información en la página web del CEIm-E: <http://www.euskadi.eus/comite-etico-investigacion-clinica/>



Hospital Universitario
Fundación Alcorcón



CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN ASISTENCIAL DEL CENTRO

El Dr. Jose Virgilio Castilla Castellano, como Director Asistencial del Hospital Universitario Fundación Alcorcón,

VISTA la certificación emitida por el Presidente/secretario del CEIm Parc de Salut Mar, donde se hace constar el informe favorable de dicho Comité para la realización del estudio titulado **“Impacto de la intervención enfermera Espacio Terapéutico Reservado sobre los resultados de salud de los pacientes: un estudio de intervención en las unidades de agudos de salud mental en España”** y que será realizado como investigador principal por **D. Sergio Sánchez Romero** del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

EMITE INFORME DE CONFORMIDAD para la continuación de la tramitación oportuna al objeto de la futura realización de dicho estudio en este Centro, bajo las condiciones que determinaron su aprobación en el Comité Ético de Investigación con medicamentos.

En Alcorcón, a veintiuno de julio de dos mil veintiuno

EL DIRECTOR ASISTENCIAL,

Fdo.: Dr. Jose Virgilio Castilla Castellano
Director Asistencial del Centro

	ANEXO : INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN	
CÓDIGO INTERNO 090-21	FECHA ENTRADA: 15/07/2021	Página 1 de 2

INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN

D. JOSE GARCIA HINOJOSA, Presidente del Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario Infanta Leonor y Hospital Virgen de la Torre.

CERTIFICA

INVESTIGADOR PRINCIPAL: GEMA RUBIA RUIZ
TITULO DEL ESTUDIO: 090-21 "Impacto de la intervención enfermera Espacio Terapéutico Reservado sobre los resultados de salud de los pacientes: un estudio de intervención en las unidades de agudos de salud mental en España"
Servicio/ Departamento: ENFERMERIA - Servicio PSIQUIATRIA
Convocatoria/versión : Protocolo versión 1 de fecha 21/03/2021 HIP/CI, versión 1 de fecha 21/03/2021

El Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario Infanta Leonor y Hospital Virgen de la Torre, en su reunión de fecha 24 de Septiembre de 2021 acta nº 10, y tras la evaluación del estudio especificado y, teniendo en consideración las siguientes cuestiones:

- Cuestiones relacionadas con la idoneidad del investigador y sus colaboradores.
- Cuestiones relacionadas con la idoneidad de las instalaciones.
- Consideraciones generales del ensayo /estudio clínico.
- El documento HIP/CI que se utilizará en el estudio contiene toda la información necesaria de forma clara y cumple con la normativa vigente.
- Cuestiones relacionadas con las cantidades y, en su caso, previsiones de remuneración o compensación para los investigadores y sujetos del ensayo y los aspectos relevantes de cualquier acuerdo entre el promotor y el centro.
- Que tiene dictámen favorable del **CEIm del Parc de Salut MAR** en su reunión del día 1 de Junio de 2021.
- Que tiene dictámen favorable de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona, reunida en sesión ordinaria el día 14 de junio de 2021.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio.



	ANEXO : INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN	
CÓDIGO INTERNO 090-21	FECHA ENTRADA: 15/07/2021	Página 2 de 2

Este Comité **A C E P T A** que dicho estudio clínico sea realizado en el Servicio de ENFERMERIA DE PSIQUIATRIA por D^a GEMA RUBIA RUIZ como Investigadora Principal en nuestro centro.

Lo que firmo en Madrid a 24 de Septiembre de 2021.

Fdo: Dr. José García Hinojosa

Presidente del Comité Ético de Investigación
del Hospital Universitario Infanta Leonor y Hospital Virgen de la Torre



ANEXO VII



The TIDieR (Template for Intervention Description and Replication) Checklist*:

Information to include when describing an intervention and the location of the information

N°	del Ítem	ítem
1.	NOMBRE ABREVIADO	Espacio Terapéutico Reservado (ETR)
2.	POR QUÉ	<p>La Relación Terapéutica (RT) es aceptada como eje del cuidado y vehículo para la mejora en la salud de personas con problemas de salud mental (Zugai, Stein-Parbury, & Roche, 2015). De hecho, la RT es una herramienta fundamental para el profesional de enfermería en su práctica clínica y su adecuado establecimiento aumenta la efectividad de cualquier intervención enfermera en la práctica clínica de unidades de agudos de psiquiatría (McAndrew, Chambers, Nolan, Thomas, & Watts, 2014), mejorando resultados de salud en los pacientes (Kelley, Kraft-Todd, Schapira, Kossowsky, & Riess, 2014). Sin embargo, el correcto desarrollo y mantenimiento de la RT es complejo y más aún en unidades de hospitalización de salud mental y en contextos involuntarios (Moreno-Poyato et al., 2016). La literatura señala que es necesario establecer unas condiciones óptimas que garanticen espacios protegidos que promuevan interacciones de calidad entre enfermeras y pacientes (Gerace, Oster, O’Kane, Hayman, & Muir-Cochrane, 2018; Gerace & Muir-Cochrane, 2018; Molin, Graneheim, Ringnér, & Lindgren, 2018; Moreno-Poyato et al., 2018). En este sentido, la intervención ETR ha sido desarrollada a través de la participación de enfermeras y de pacientes. La intervención ETR nace inicialmente como producto de los resultados del proyecto MiRTCIME.CAT, en el que participaron 198 enfermeras de 18 unidades de hospitalización de salud mental en Cataluña (Tolosa-Merlos, Moreno-Poyato, & Delgado-Hito, 2019). A continuación, la intervención ETR finalizó su proceso de co-diseño, a través de la validación mediante un nuevo proceso colaborativo con participantes con experiencia en primera persona en estancias en unidades de hospitalización de salud mental (Moreno-Poyato et al., 2021).</p>

QUÉ

3. MATERIALES:

El ETR es una intervención enfermera para unidades de agudos de salud mental y consiste en crear un espacio de seguimiento del proceso de hospitalización del paciente, centrado en las expectativas y necesidades de la persona y realizado a través de encuentros de una duración determinada, orientados a trabajar con el paciente de forma personalizada. El ETR tiene como objetivo principal trabajar el vínculo terapéutico de confianza para poder acordar objetivos e intervenciones de forma compartida en relación con su proceso de recuperación en la unidad.

4. PROCEDIMIENTOS:

El procedimiento de implementación de la intervención está compuesto por tres fases:

- **1a fase o encuentro de orientación:** En este primer encuentro deben detectarse cuáles son las principales preocupaciones del paciente y establecer en la medida de lo posible un acuerdo para los siguientes encuentros individualizados o encuentros de trabajo y cuáles pueden ser sus temas de interés.

Los posibles temas detectados para tratar en esta fase son: la normativa de la unidad (permisos, visitas, objetos...), la vulnerabilidad de los derechos, la vivencia sobre el ingreso involuntario o incluso los sentimientos de culpa en relación con lo que le está ocurriendo.

- **2a fase con encuentros de trabajo y seguimiento:** Para facilitar que esta ocurra, la enfermera debe mostrar disponibilidad, de tal manera que cada día al iniciar su turno, debe saludar e invitar al paciente a encontrarse a lo largo de su jornada laboral. Del mismo modo, al finalizar su turno debe despedirse y realizar la invitación para el próximo día de trabajo.

En cuanto al contenido de los encuentros en esta fase más de trabajo, una posible manera de iniciar estos encuentros es reforzando los aspectos de mejoría detectados por la enfermera en relación con el estado de salud del paciente. A continuación, los temas a tratar vendrán nuevamente dados por la preocupación e inquietud del paciente en ese momento entorno a su proceso de hospitalización. Para facilitar el desarrollo de los encuentros en esta fase, las temas clave son: los efectos secundarios de la medicación, la duración del ingreso, la medicación extra o las incidencias en la unidad.

- **3a fase con un encuentro de despedida:** en este último encuentro es importante que la enfermera realice un refuerzo positivo sobre la evolución del paciente en el proceso de hospitalización con la finalidad de empoderarlo, pero también ayudar a situar a la persona al momento de la salida de la unidad.

En este encuentro, podía ser de especial importancia proporcionar información de recursos y de continuidad de cuidados fuera de la unidad de agudos. Del mismo modo, resolver dudas e inquietudes sobre los planes de futuro y recomendar estrategias para la prevención de recaídas.

QUIÉN REALIZA LA INTERVENCIÓN

5. El ETR es una intervención que llevarán a cabo las enfermeras de unidades de hospitalización de salud mental junto a los usuarios hospitalizados de los que son referentes. Por tal de asegurar la fidelidad de la intervención, las enfermeras recibirán de forma previa al inicio del reclutamiento una formación por parte del equipo de investigación.

CÓMO

6. Las intervenciones deben realizarse a través de encuentros presenciales e individuales entre la enfermera y el paciente.
El contenido de los espacios debe construirse de forma individual por las preocupaciones e inquietudes que tienen los pacientes en cada momento del proceso.

DÓNDE

7. La intervención ETR debe realizarse a través de encuentros individuales entre la enfermera y el paciente en un espacio cómodo y con intimidad, en el que no haya interrupciones y que además sea elegido por la persona que está hospitalizada.
Ejemplos: En un despacho, una sala común, un espacio exterior al aire libre, en la habitación del paciente, etc.

CUÁNDO Y CUÁNTO

8. La intervención tiene que ser regulada y programada. No existe un número mínimo ni máximo de **encuentros**, pero se recomienda un mínimo de **un encuentro** de estas características por semana.
- **1a fase o encuentro de orientación:** debe producirse las primeras 24 a 72 horas de hospitalización a petición de la enfermera referente para su estancia, para la toma de contacto y la generación de un vínculo de confianza.
 - **2a fase con encuentros de trabajo y seguimiento:** debe efectuarse a petición del paciente y que fueran tantos encuentros como el paciente precise y la enfermera pueda ofrecerle.
 - **3a fase con un encuentro de despedida:** debe producirse poco antes del **alta**.

ADAPTACIONES

9. No procede

MODIFICACIONES

- 10.† No procede

COMO DE BIEN

11. **PLANIFICADO:** Las enfermeras clínicas que efectuarán la intervención serán formadas previamente para garantizar la fidelidad en la implementación y en el registro de la intervención.
- 12.† **OBSERVADO:** Para evaluar el cumplimiento de la intervención, los coordinadores del equipo de investigación de cada centro efectuarán un seguimiento de las interacciones efectuadas a través de los registros específicos de la intervención en la historia clínica de los pacientes. Recogiendo información respecto al número de encuentros y a la calidad del contenido de los mismos.

** **Authors** - use N/A if an item is not applicable for the intervention being described. **Reviewers** – use ‘?’ if information about the element is not reported/not sufficiently reported.

† If the information is not provided in the primary paper, give details of where this information is available. This may include locations such as a published protocol or other published papers (provide citation details) or a website (provide the URL).

‡ If completing the TIDieR checklist for a protocol, these items are not relevant to the protocol and cannot be described until the study is complete.

* We strongly recommend using this checklist in conjunction with the TIDieR guide (see *BMJ* 2014;348:g1687) which contains an explanation and elaboration for each item.

* The focus of TIDieR is on reporting details of the intervention elements (and where relevant, comparison elements) of a study. Other elements and methodological features of studies are covered by other reporting statements and checklists and have not been duplicated as part of the TIDieR checklist. When a **randomised trial** is being reported, the TIDieR checklist should be used in conjunction with the CONSORT statement (see www.consort-statement.org) as an extension of **Item 5 of the CONSORT 2010 Statement**. When a **clinical trial protocol** is being reported, the TIDieR checklist should be used in conjunction with the SPIRIT statement as an extension of **Item 11 of the SPIRIT 2013 Statement** (see www.spirit-statement.org). For alternate study designs, TIDieR can be used in conjunction with the appropriate checklist for that study design (see www.equator-network.org).

