



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

La Relació Terapèutica infermera-pacient a les unitats d'aguts de salut mental de Catalunya: un procés de canvi participatiu basat en l'evidència

Diana Tolosa Merlos

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.

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.

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 to 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 to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

La Relació Terapèutica infermera- pacient a les unitats d'aguts de salut mental de Catalunya: un procés de canvi participatiu basat en l'evidència

Diana Tolosa Merlos

Programa de Doctorat

Infermeria i Salut

Línia d'investigació

Formació de professionals de la salut i gestió de processos sanitaris

La Relació Terapèutica infermera- pacient a les unitats d'aguts de salut mental de Catalunya: un procés de canvi participatiu basat en l'evidència

Tesi doctoral

Diana Tolosa Merlos

Directors

Dra. Pilar Delgado Hito

Dr. Antonio Rafael Moreno Poyato

Tutora

Dra. Pilar Delgado Hito

Barcelona, 2023

*A totes les persones que pateixen un trastorn mental,
perquè són persones i perquè pateixen*

AGRAÏMENTS

La vida està plena de moltes coses que importen poc i de poques coses que importen molt, i donar les gràcies és una d'aquelles que importa molt. Malgrat que "gràcies" és una paraula senzilla de pronunciar, sovint és difícil de dir i, amb aquestes línies escrites des de la més profunda gratitud, espero poder donar-les a totes aquelles persones que tinc en ment.

En primer lloc vull donar les gràcies als meus pares, Joan i Anna, perquè sense ells jo no estaria aquí i no seria la persona ni la infermera que sóc avui dia. Gràcies per mostrar-me de què va la vida i per donar-me sempre la llibertat d'escollir el meu propi camí. Els vostres valors, consells i recolzament em segueixen allà on vaig com l'ombra que m'acompanya.

En segon lloc vull donar les gràcies a la meva petita tribu, en Sergi i l'Aitana, per la seva paciència, per suportar el meu mal humor, per estirar del carro quan jo no he pogut, per fer-me riure i per animar-me sempre a seguir amb missatges de confort, confiança i positivitat. Gràcies Sergi, per ser com ets, "guapo per dins i per fora", per transmetre-li a l'Aitana totes les coses bones que tens i per contagiar-me a mi de passada.

En tercer lloc, i no per això menys important, vull donar les gràcies als meus directors de tesi, la Dra. Pilar Delgado i el Dr. Toni Moreno per haver acceptat guiar-me en aquesta travessa, no sé si he estat a l'alçada d'aquest privilegi. Gracias Pilar por tu rigor, accesibilidad y profesionalidad. Y gracias Toni por tu ya conocida sabiduría, por pensar en mí para llevar a cabo este proyecto, por respetar mis tiempos y por transmitirme serenidad cuando la he necesitado. No habría hecho esto sin vosotros.

En quart lloc vull donar les gràcies a la Rosa Aceña, directora d'Infermeria de l'Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions a l'inici de la meva tesi i a la Marta Anguera, directora al final, pel suport i les facilitats que m'han donant durant tots aquests anys.

En cinquè lloc vull donar les gràcies als meus companys del HAD durant aquest temps, Ezequiel, Raul, Isabel, Maria i Josep per deixar-me el meu temps i el meu espai, i per les seves paraules d'ànim i escalf.

En sisè lloc vull donar les gràcies a la Fundació Infermeria i Societat del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona per creure en el projecte en el qual s'emmarca aquesta tesi doctoral i per haver-lo recolzat amb una dotació econòmica.

En setè lloc vull donar les gràcies a tots els membres del grup de treball MIRCIME.CAT per la seva il·lusió i lideratge durant el desenvolupament del projecte a les seves respectives institucions. Sóc conscient que teníeu una tasca molt difícil.

En vuitè lloc vull donar les gràcies a totes les infermeres i infermers que han participat en aquesta tesi, els autèntics protagonistes de tot això, perquè sense les seves idees, reflexions, experiències i propostes no hauria estat possible.

Gràcies als meus companys de l'hospital, amics i coneguts que durant aquest temps heu pensat en mi i m'heu preguntat pels meus progressos desinteressadament, sense saber ben bé de què tractava.

Gràcies a les meves amigues Eli, Ana i Susana pels divendres de pàdel, riures i sopars amb el Sr. Gilda. Tots aquests moments viscuts amb vosaltres m'han ajudat a desconnectar i a gaudir de les petites coses de la vida.

I, finalment, gràcies a la meva amiga Judith i a les meves amigues del "Carrilet", Alba, Iris, Mire, Mar i Marta per estar sempre.

ÍNDEX

AGRAÏMENTS	I
PRÒLEG	V
RESUMS	VII
1. INTRODUCCIÓ	1
1.1. La salut mental actual: estratègies i nous reptes	4
1.1.1. Les cures infermeres en salut mental des de la perspectiva dels pacients	7
1.1.2. Les cures infermeres en salut mental des de la perspectiva de les infermeres	9
1.2. La Relació Terapèutica en el context de la Infermeria de salut mental	11
1.3. La Relació Terapèutica com eix de les cures en Infermeria de salut mental	17
1.4. El model de canvi basat en l'evidència	20
1.5. Justificació	23
2. OBJECTIUS	25
3. METODOLOGIA	29
3.1. Posició paradigmàtica	31
3.2. Disseny	32
3.3. Àmbit d'estudi	33
3.4. Procediment i tècniques de recollida de dades	35
3.4.1. Guies d'observació	35
3.4.2. Diari reflexiu dels participants	36
3.4.3. Grups de suport	36
3.4.4. Grups focals	37
3.5. Anàlisi de les dades	38
3.6. Criteris de rigor i qualitat	39
3.7. Consideracions ètiques	39

4. ARTICLES DERIVATS DE LA TESI	41
4.1. Article 1: La relación terapéutica como eje de los cuidados enfermeros en las unidades de salud mental: análisis del contexto en Cataluña	43
4.2. Article 2: Exploring the therapeutic relationship from the reflective practice of nurses in acute mental health units: a qualitative study”	57
4.3. Article 3: The therapeutic relationship at the heart of nursing care: a participatory action research in acute mental health units.	71
5. DISCUSSIÓ	85
5.1. Limitacions i fortaleces de l'estudi	95
5.2. Implicacions de l'estudi	97
5.2.1. Implicacions per a la pràctica	97
5.2.2. Implicacions per a la gestió	98
5.2.3. Implicacions per a la docència	98
5.2.4. Implicacions per a la investigació	98
6. CONCLUSIONS	99
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....	103
FINANÇAMENT, DIFUSIÓ I PRODUCCIÓ CIENTÍFICA	123
ANNEXES	131

PRÒLEG

El meravellós món de les relacions humanes. Aquesta és una frase que sovint sento dir a qui m'ha fet de guia durant aquesta travessa anomenada tesi doctoral. D'això tracta aquesta investigació, de relacions humanes en contextos de cura i, concretament, de la relació entre infermeres i pacients. Així doncs, el tema central sobre el qual pivota aquesta tesi és la Relació Terapèutica. He viscut de prop la malaltia mental en el meu entorn i probablement per aquest motiu sóc avui infermera de salut mental. Sense saber ben bé com posicionar-me al respecte durant els meus primers anys de professió i, sense saber què significava realment ser infermera de salut mental, la meua inquietud sobre aquest tema va sorgir i es va consolidar en capítols posteriors de la meua vida professional. En la cerca d'eines per a ser millor infermera, aquesta idea va anar cobrant forma en el meu imaginari fins que se'm va presentar l'oportunitat d'agafar aquell tren que només passa un cop a la vida. El viatge ha estat dur i cansat, però m'ha regalat grans oportunitats d'aprenentatge, experiències emocionants i relacions humanes inoblidables. Sóc conscient que amb aquestes paraules acaba un llarg camí i comença la meua tesi doctoral, una tesi escrita en català, la llengua de la meua terra.

Arribats a aquest punt em confesso impacient, però proposo al lector anar obrint boca i degustar poc a poc aquest plat que amb tanta estima he preparat.

RESUM

Introducció: Les cures infermeres es defineixen com un procés significatiu, terapèutic i interpersonal que actua conjuntament amb altres processos humans que possibiliten la salut dels individus. Aquesta relació infermera-pacient es considera terapèutica amb independència de l'entorn en què es brindin les cures. Si bé és cert que, en l'àmbit de la infermeria de salut mental es reconeix la Relació Terapèutica com l'eix de les cures infermeres i part fonamental de l'atenció centrada en la persona, el seu correcte desenvolupament i manteniment és molt complex a les unitats d'aguts de salut mental. En aquest sentit, la millora de la relació infermera-pacient ha de ser un objectiu per a brindar unes cures de major qualitat durant el procés d'hospitalització.

Objectiu: Explorar el procés de canvi en la pràctica clínica infermera sobre l'establiment de la Relació Terapèutica a les unitats d'aguts de salut mental de Catalunya a partir de la implementació de la Pràctica Basada en l'Evidència a través d'un procés d'Investigació-Acció Participativa.

Metodologia: L'estudi s'emmarca en un projecte multicèntric de tres fases i mètodes mixtes que porta per títol "Millorant la Relació Terapèutica en les Cures Infermeres mitjançant l'Evidència. Estudi multicèntric en unitats d'aguts de psiquiatria de Catalunya". La primera i la tercera fase del projecte es van desenvolupar mitjançant metodologia quantitativa i la segona mitjançant metodologia qualitativa, que és la que correspon a aquesta tesi doctoral. Es va plantejar una Investigació-Acció Participativa emmarcada en el paradigma constructivista i seguint el model de Kemmis & McTaggart. La Investigació-Acció Participativa es va dur a terme mitjançant un procés de dos cicles de 4 etapes cadascun després d'una fase prèvia de reconeixement del terreny: a) planificació d'estratègies de millora, b) implementació de les estratègies de millora, c) observació de les estratègies implementades i d) reflexió sistemàtica de la seva implementació. L'àmbit d'estudi van ser 18 de les 24 unitats d'hospitalització d'aguts de salut mental de Catalunya i la població d'estudi van ser tant les infermeres com les pròpies unitats. El reclutament de les infermeres es va realitzar mitjançant un mostreig intencional per a garantir una variació màxima dels perfils de la mostra. Es van reclutar 18 infermeres que representaven a cada unitat participant i 196 infermeres participants que van iniciar l'estudi. La recollida de dades es va realitzar mitjançant guies d'observació, diaris reflexius, grups de suport, grups focals i notes de camp, i es va dur a terme entre març de 2018 i gener de 2020. Es van aprovar els Comitès d'Ètica en Investigació Clínica de totes les organitzacions participants (Annex V), les infermeres participants van signar un Consentiment Informat i les seves dades es van tractar de manera confidencial. L'anàlisi de

les dades es va dur a terme mitjançant anàlisi temàtica de contingut seguint un procés d'identificació, codificació i categorització dels principals eixos de significat del discurs. El procés d'anàlisi es va iniciar en el moment en què es van començar a tenir dades i es va perllongar fins la seva saturació teòrica, amb l'ajuda del suport informàtic NVIVO 10. Es va aportar qualitat i rigor metodològic segons els plantejaments de Guba & Lincoln.

Resultats: Al llarg dels 2 cicles de la Investigació-Acció Participativa i, gràcies a l'auto-observació i la reflexió que aquest mètode d'investigació implica, les infermeres van identificar els elements facilitadors i limitadors de la seva pràctica respecte la Relació Terapèutica, i van consensuar i dissenyar 2 estratègies de millora definitives i unificades per a totes les unitats, així com el seu cronograma d'implementació. En primer lloc, en el context de la millora col·lectiva dels propis professionals, les infermeres van proposar el que van anomenar "Anàlisi Post-Incidència" com una necessitat de generar espais crítico-constructius, millorar l'autoconeixement dels professionals i realitzar ventilació emocional de forma col·lectiva a l'equip rere situacions complexes o incidències succeïdes en la pràctica clínica. En segon lloc, en el context de millorar les intervencions individuals amb el pacient va sorgir l' "Espai Terapèutic Reservat" atenent a la falta de temps, d'espais físics adequats i de reconeixement professional, i amb l'objectiu de millorar les intervencions i la Relació Terapèutica amb el pacient mitjançant espais regulars, programats i lliures d'interrupcions. Posteriorment, les infermeres van implementar aquestes dues estratègies de canvi a les seves respectives unitats i les van avaluar.

Conclusions: Existeix una gran variabilitat a les unitats participants en relació als elements estudiats, fet que condiona el procés d'hospitalització i les cures que es brinden. L'estudi va contribuir a la comprensió del fenomen de la Relació Terapèutica en la pràctica clínica real de les infermeres, els va permetre identificar que el component actitudinal és nuclear i que existeixen accions essencials per tal d'establir-la adequadament en la pràctica clínica. A més, l'estudi va confirmar que es poden consensuar estratègies de millora de la relació infermera-pacient, així com implementar un procés de canvi participatiu en entorns amb realitats culturals i estructurals diverses, si les expectatives de les organitzacions són similars.

Impacte: La finalitat de l'estudi era implementar una pràctica basada en l'evidència per a la millora de la Relació Terapèutica. En aquest sentit, els resultats obtinguts mitjançant la Investigació-Acció Participativa es van traslladar directament a la pràctica clínica i van produir impacte no solament de manera individual en infermeres i pacients, sinó també en les dinàmiques col·lectives dels equips de treball i en aspectes relacionats amb les gestió de les unitats.

Paraules clau: Relació Terapèutica, Infermeria de Salut Mental, Investigació-Acció Participativa, Hospitalització Salut Mental, Investigació qualitativa.

RESUMEN

Introducción: Los cuidados enfermeros se definen como un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa conjuntamente con otros procesos humanos que posibilitan la salud de los individuos. Esta relación enfermera-paciente se considera terapéutica con independencia del entorno en el que se brinden los cuidados. Si bien es cierto que, en el ámbito de la enfermería de salud mental se reconoce la Relación Terapéutica como el eje de los cuidados enfermeros y parte fundamental de la atención centrada en la persona, su correcto desarrollo y mantenimiento es muy complejo en las unidades de agudos de salud mental. En este sentido, la mejora de la relación enfermera-paciente debe ser un objetivo para brindar unos cuidados de mayor calidad durante el proceso de hospitalización.

Objetivo: Explorar el proceso de cambio en la práctica clínica enfermera sobre el establecimiento de la Relación Terapéutica en las unidades de agudos de salud mental de Cataluña a partir de la implementación de la Práctica Basada en la Evidencia a través de un proceso de Investigación-Acción Participativa.

Metodología: El estudio se enmarca en un proyecto multicéntrico de tres fases y métodos mixtos que lleva por título “Mejorando la Relación Terapéutica en los Cuidados Enfermeros mediante la Evidencia. Estudio multicéntrico en unidades de agudos de psiquiatría de Cataluña”. La primera y tercera fase del proyecto se desarrollaron mediante metodología cuantitativa y la segunda mediante metodología cualitativa, que es la que corresponde a esta tesis doctoral. Se planteó una Investigación-Acción Participativa enmarcada en el paradigma constructivista y siguiendo el modelo de Kemmis & McTaggart. La Investigación-Acción Participativa se llevó a cabo mediante un proceso de dos ciclos de 4 etapas cada uno después de una fase previa de reconocimiento del terreno: a) *planificación* de estrategias de mejora, b) implementación de las estrategias de mejora, c) observación de las estrategias implementadas y d) reflexión sistemática de su implementación. El ámbito de estudio fueron 18 de las 24 unidades de hospitalización de agudos de salud mental de Cataluña y la población de estudio fueron tanto las enfermeras como las propias unidades. El reclutamiento de las enfermeras se realizó mediante muestreo intencional para garantizar una variación máxima de los perfiles de la muestra. Se reclutaron 18 enfermeras que representaban a cada unidad participante y 196 enfermeras participantes que iniciaron el estudio. La recogida de datos se realizó mediante guías de observación, diarios reflexivos, grupos de soporte, grupos focales y notas de campo, y se llevó a cabo entre marzo de 2018 y enero de 2020. Se aprobaron los Comités de Ética en Investigación Clínica de todas las organizaciones participantes (Anexo V),

las enfermeras participantes firmaron un Consentimiento Informado y sus datos se trataron de forma confidencial. El análisis de los datos se llevó a cabo mediante análisis temático de contenido siguiendo un proceso de identificación, codificación y categorización de los principales ejes de significado del discurso. El proceso de análisis se inició en el momento en que se empezaron a tener datos y se prolongó hasta su saturación teórica, con la ayuda del soporte informático NVIVO 10. Se aportó calidad y rigor metodológico según los planteamientos de Guba & Lincoln.

Resultados: A lo largo de los 2 ciclos de la Investigación-Acción Participativa y, gracias a la auto-observación y la reflexión que este método de investigación implica, las enfermeras identificaron los elementos facilitadores y limitadores de su práctica respecto a la Relación Terapéutica, y consensuaron y diseñaron 2 estrategias de mejora definitivas y unificadas para todas las unidades, así como su cronograma de implementación. En primer lugar, en el contexto de la mejora colectiva de los propios profesionales, las enfermeras propusieron lo que llamaron “Análisis Post-Incidencia” como una necesidad de generar espacios crítico-constructivos, mejorar el autoconocimiento de los profesionales y realizar ventilación emocional de forma colectiva en el equipo tras situaciones complejas o incidencias sucedidas en la práctica clínica. En segundo lugar, en el contexto de mejorar las intervenciones individuales con el paciente, surgió el “Espacio Terapéutico Reservado” atendiendo a la falta de tiempo, de espacios físicos adecuados y de reconocimiento profesional, y con el objetivo de mejorar las intervenciones y la Relación Terapéutica con el paciente mediante espacios regulares, programados y libres de interrupciones. Posteriormente las enfermeras implementaron estas dos estrategias de cambio en sus respectivas unidades y las evaluaron.

Conclusiones: Existe una gran variabilidad en las unidades participantes en relación a los elementos estudiados, hecho que condiciona el proceso de hospitalización y los cuidados que se brindan. El estudio contribuyó a la comprensión del fenómeno de la Relación Terapéutica en la práctica clínica real de las enfermeras, permitiéndoles identificar que el componente actitudinal es nuclear y que existen acciones esenciales para establecerla adecuadamente en la práctica clínica. Además, el estudio confirmó que pueden consensuarse estrategias de mejora de la relación enfermera-paciente, así como implementar un proceso de cambio participativo en entornos con realidades culturales y estructurales diversas, si las expectativas de las organizaciones son similares.

Impacto: La finalidad del estudio era implementar una práctica basada en la evidencia para la mejora de la Relación Terapéutica. En este sentido, los resultados obtenidos mediante la Investigación-Acción Participativa se trasladaron directamente a la práctica clínica y produjeron

impacto no sólo de forma individual en enfermeras y pacientes, sino también en las dinámicas colectivas de los equipos de trabajo y en aspectos relacionados con la gestión de las unidades.

Palabras clave: Relación Terapéutica, Enfermería de Salud Mental, Investigación-Acción Participativa, Hospitalización Salud Mental, Investigación cualitativa.

ABSTRACT

Introduction: Nursing care is defined as a significant, therapeutic and interpersonal process that acts together with other human processes that enable the health of individuals. This relationship nurse-patient is considered therapeutic regardless of the setting in which care is provided. Although it is true that, in the field of mental health nursing, the Therapeutic Relationship is recognized as the axis of nursing care and a fundamental part of person-centered care, its proper development and maintenance is very complex in nursing units acute mental Health. In this sense, the improvement of the nurse-patient relationship should be an objective to provide higher quality care during the hospitalization process.

Objective: To explore the process of change in clinical nursing practice on the establishment of the Therapeutic Relationship in acute mental health units in Catalonia from the implementation of Evidence-Based Practice through a Research-Action Participatory process.

Methodology: The study is part of a multicenter project of three phases and mixed methods entitled "Improving the Therapeutic Relationship in Nursing Care through Evidence. Multicenter study in acute psychiatric units in Catalonia". The first and third phase of the project were developed using quantitative methodology and the second using qualitative methodology, which is the one that corresponds to this doctoral thesis. A Participatory Action-Research framed in the constructivist paradigm and following the Kemmis & McTaggart model was proposed. The AP Participatory Research-Action was carried out through a process of two cycles of four stages each after a previous phase of surveying the terrain: a) *planning* of improvement strategies, b) implementation of improvement strategies, c) observation of the strategies implemented and d) systematic reflection on their implementation. The scope of the study was 18 of the 24 mental health acute hospitalization units in Catalonia and the study population was both nurses and the units themselves. Recruitment of nurses was done by purposive sampling to ensure maximum variation in sample profiles. Eighteen nurses representing each participating unit and 196 participating nurses who started the study were recruited. Data collection was carried out through observation guides, reflective diaries, support groups, focus groups and field notes, it was carried out between March 2018 and January 2020. The Clinical Research Ethics Committees of all the participating organizations (Annex V), the participating nurses signed an Informed Consent and their data was treated confidentially. Data analysis was carried out through thematic content analysis following a process of identification, coding and categorization of the main axes of meaning of the discourse. The analysis process began when the data began to be obtained and continued until its theoretical

saturation, with the help of the NVIVO 10 computer support. Quality and methodological rigor were provided according to Guba & Lincoln's approaches.

Results: Throughout the 2 cycles of Participatory Action Research and, thanks to the self-observation and reflection that this research method implies, the nurses identified the facilitating and limiting elements of their practice regarding the Therapeutic Relationship and they agreed on and designed two definitive and unified improvement strategies for all units, as well as their implementation schedule. In the first place, in the context of the collective improvement of the professionals themselves, the nurses proposed what they called "Post-Incidence Analysis" as a need to generate critical-constructive spaces, improve the self-knowledge of the professionals and perform emotional ventilation in a collective in the team after complex situations or incidents that occurred in clinical practice. Secondly, in the context of improving individual interventions with the patient, the "Reserved Therapeutic Space" arose, taking into account the lack of time, adequate physical spaces and professional recognition, and with the aim of improving the interventions and the Therapeutic Relationship with the patient through regular, scheduled and interruption-free spaces. Subsequently, the nurses implemented these two change strategies in their respective units and evaluated them.

Conclusions: There is great variability in the participating units in relation to the elements studied, a fact that conditions the hospitalization process and the care provided. The study contributed to the understanding of the phenomenon of the Therapeutic Relationship in the real clinical practice of nurses, allowing them to identify that the attitudinal component is nuclear and that there are essential actions to adequately establish it in clinical practice. In addition, the study confirmed that strategies to improve the nurse-patient relationship can be agreed upon, as well as implement a process of participatory change in environments with diverse cultural and structural realities, if the expectations of the organizations are similar.

Impact: The purpose of the study was to implement a basic practice in the evidence to improving the Therapeutic Relationship. In this sense, the results obtained through Participatory Action-Research were transferred directly to clinical practice and produced an impact not only individually on nurses and patients, but also on the collective dynamics of the work teams and on aspects related to the unit management.

Keywords: Therapeutic Relationship, Mental Health Nursing, Participatory Action Research, Mental Health Hospitalization, Qualitative Research.

1. INTRODUCCIÓ

En primer lloc vull donar la benvinguda al lector i mostrar el meu agraïment per endavant per la seva disposició a llegir aquesta tesi doctoral. Al llarg de la present s'intentarà guiar la lectura emfatitzant els punts de partida de cada capítol a fi i efecte de facilitar-ne la seva immersió i comprensió. Informo al lector que el capítol introductor i es desglossa en seccions que pretenen contextualitzar l'atenció actual en salut mental en l'àmbit català, nacional i internacional, definir què és la Relació Terapèutica (en endavant RT), quin és el coneixement existent, quina és la seva relació amb les cures infermeres en salut mental i quins són els principals factors que condicionen l'entorn de cures a les unitats d'aguts de salut mental. Finalment, pretén estimular el pensament crític i argumentar la importància de l'ús de l'evidència científica davant la necessitat manifesta de produir canvis en la pràctica clínica.

No obstant això, abans d'iniciar el recorregut per la RT en les cures infermeres en salut mental, es proposa un breu recordatori del que és la disciplina infermera en tant que en ella rau l'origen d'aquest repte. Etimològicament la paraula Infermeria prové del llatí i significa "lloc/activitat relacionada amb els no forts": *In* (negació), *firmus* (fort), *eria* (lloc on desenvolupa una activitat) (Institut d'Estudis Catalans, 2023). L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la Infermeria, des d'una visió general, com la disciplina que engloba la cura autònoma i col·laborativa d'individus de totes les edats, famílies, grups i comunitats, malaltes o sanes i en tots els entorns. Inclou la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i la cura de malalts, discapacitats i persones en situació de final de vida (World Health Organization, 2023). Aquesta és, doncs, la raó de ser de les cures infermeres i del conjunt d'activitats que posem en pràctica les infermeres en l'exercici de la nostra professió. Una tasca sovint difícil per a les infermeres de salut mental quan les persones que cuidem no volen ser cuidades...

Es convida, doncs, al lector a reflexionar sobre tots aquests aspectes al llarg de les properes línies.

1.1. LA SALUT MENTAL ACTUAL: ESTRATÈGIES I NOUS REPTES

El propòsit d'aquesta primera secció del capítol introductori és situar al lector al mapa actual de l'atenció en salut mental que recullen diferents organismes tant nacionals com internacionals.

Els hospitals psiquiàtrics han sigut un pilar fonamental en el tractament de la salut mental en el món occidental des del segle XVIII, però els avenços en els tractaments i un major reconeixement dels drets humans han conduït les cures cap un model d'atenció basat en l'evidència dins dels hospitals (Modini, Burton, & Abbott, 2021). Històricament les infermeres de salut mental i altres professionals desenvolupaven la seva tasca en àmbits específics i restrictius que estaven estructurats entorn les necessitats del servei, enlloc d'estar enfocats a les necessitats holístiques dels pacients (Hurley & Lakeman, 2021). El model de cures prohibitiu amb sistema de panys, barrots i cel·les encoixinades dels enormes asils psiquiàtrics (Moon, Kearns, & Joseph, 2015), s'ha anat transformant progressivament en un model de cures d'atenció més personalitzada i centrada en la recuperació (Williams et al., 2012), basat en les experiències subjectives dels pacients en tant que són els protagonistes (Sanz-Osorio et al., 2023) i amb el requisit que les infermeres treballin en col·laboració amb ells per a recolzar els seus objectius de recuperació (Stanhope & Solomon, 2006). En aquests nous contextos de cures, els models assistencials enfocats a la presa de decisions compartida i a l'atenció centrada en la persona prenen especial rellevància. El model d'atenció centrat en la persona pretén re-introduir el pacient en la seva cura, reforçant la necessitat ètica de protegir la dignitat, proporcionar autonomia, escollir, controlar i respectar la presa de decisions, i en última instància, fer el bé (Edvardsson, 2015). En aquest context, aquest model de cures s'ha erigit com el pilar fonamental per a garantir una adequada atenció per part dels serveis de salut (McCormack & McCance, 2016), fet que deixa palès que la millora de la relació infermera-pacient ha de ser una meta per a brindar unes cures infermeres de més qualitat durant tot el procés

d'hospitalització. Es fa evident, doncs, la necessitat de comptar amb la perspectiva dels pacients en tant que són els subjectes de les cures infermeres i els protagonistes del procés.

En aquest sentit, tant el Pla director de Salut Mental de Catalunya 2017-2020 (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut., 2017), el Sistema Nacional de Salud de España en el seu document sobre Estratègies de Salut Mental 2022-2026 (Ministerio de Sanidad de España, 2022) com el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental de la OMS 2013-2020 (World Health Organization, 2013) han planificat, al llarg dels últims anys, diferents línies d'actuació sobre la població que inclouen la participació dels afectats en primera persona, de les famílies i de les organitzacions que els representen. Aquests organismes nacionals i internacionals estan alineats respecte les estratègies futures a seguir i aposten, en termes generals, per una atenció centrada en la recuperació, la reinserció i el model comunitari com a guia del procés assistencial, si bé destaquen que en els pressupostos de salut encara es destinen més recursos a l'atenció hospitalària que a la comunitària (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut., 2017; World Health Organization, 2013). Entre els nous reptes en salut mental inclouen, a més, estratègies de promoció de la salut, prevenció del suïcidi, atenció especialitzada i adaptada a les necessitats de la població, desenvolupament professional, recerca i innovació, respecte per l'autonomia i els drets humans de les persones afectades per trastorns mentals, atenció i intervenció familiar i coordinació entre els diversos nivells assistencials per a garantir la continuïtat de les cures (Ministerio de Sanidad de España, 2022; Generalitat de Catalunya. Departament de Salut., 2017). L'últim informe sobre la salut mental mundial publicat per la OMS l'any 2022 destaca una necessitat urgent de transformar la salut mental i les cures. L'informe mostra que existeix una alarmant estigmatització, discriminació i vulneració dels drets humans dels pacients amb trastorns mentals arreu del món. A més, recorda que existeix un vincle indissoluble entre la salut mental i el desenvolupament socio-econòmic. En aquest sentit, advoca per la implicació no solament dels governs de cada país, sinó també per la de diversos agents com les institucions acadèmiques, els professionals de la salut i

la societat civil en el procés de canvi. Pel que fa a Catalunya, el pla director reconeix que el context social i econòmic ha tingut un impacte en els indicadors de salut mental en poblacions vulnerables, que s'ha produït un increment de la demanda d'atenció als serveis de salut mental i que l'equitat territorial en la distribució de recursos no està garantida. Tanmateix, reconeix també que existeix una variabilitat injustificada en els models organitzatius i en la pràctica clínica, que hi ha manca de pressupost per poder desenvolupar el model d'atenció comunitària i que la formació dels professionals no està alineada amb aquest model d'atenció pretès (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut., 2017). Pel que fa al Sistema Nacional de Salut d'Espanya, també aposta pel paradigma de la recuperació com un model que implica un procés de canvi en la persona que pateix el trastorn i la compromet a una major implicació i protagonisme en el seu propi procés (Ministerio de Sanidad de España, 2022). Altres actors que contempla com a co-protagonistes del procés de canvi, són aquells que l'acompanyen a la vida quotidiana i construeixen junts formes de viure, als professionals que han de passar de ser posseïdors del saber a ser acompanyants, i a la societat que ha d'oferir un marc per a l'exercici de l'autonomia, la llibertat i el desenvolupament del dret a viure en situacions d'igualtat. No obstant això, el document sobre les estratègies previstes per 2022-2026 també reconeix que existeix resistència al canvi i un excés de pes sovint de concepcions "clàssiques" sobre la salut mental.

En aquesta línia, sembla que aquests nous paradigmes d'atenció centrats en la recuperació i en la fortalesa comunitària estan sobre la taula i s'ha pres consciència d'aquesta necessitat de retornar el protagonisme a la persona (Sanz-Osorio et al., 2023) i de dur a terme una pràctica basada en l'ètica i en l'evidència. Tant és així que, en els últims anys han proliferat estudis que contemplin les opinions dels usuaris i, en aquest sentit, la literatura reporta resultats de pacients en forma d'opinions, vivències i percepcions durant les seves experiències. Per a aquest estudi s'han filtrat les experiències en els ingressos hospitalaris, atès l'àmbit en què s'ha dut a terme. A

continuació s'aprofundeix en el coneixement existent al voltant de les cures infermeres a les unitats d'hospitalització des del punt de vista dels pacients i des del punt de vista de les infermeres.

1.1.1. Les cures infermeres en salut mental des de la perspectiva dels pacients

A la literatura publicada destaca que els pacients aprecien més l'actitud, els valors i la relació basada en la veritat, que les habilitats tècniques dels professionals (Hewitt & Coffey, 2005), i esperen que la relació individualitzada establerta amb la infermera serveixi per a formar part del seu pla de cures (Hopkins, Loeb, & Fick, 2009). Un altre aspecte que també destaquen és que, per a ells, és important sentir-se amb capacitat d'autonomia i autodeterminació, i que això ho proporcionen les relacions interpersonals perquè els aporten sensació de control sobre sí mateixos (Binnema, 2004). Tant és així, que demanen infermeres empàtiques que sàpiguen detectar les seves expectatives i necessitats (Hewitt & Coffey, 2005), i que tinguin imaginació i sentit de l'humor (Cleary, Hunt, Horsfall, & Deacon, 2012). De la mateixa manera, descriuen la Infermeria útil com una col·lecció de pràctiques i processos diferents com promoure la salut en la vida diària, proporcionar un entorn curatiu, construir una RT i tractar-los com a éssers humans (Ould Brahim, Hanganu, & Gros, 2020). A més, emfatitzen que les relacions de confiança i respecte en les quals se'ls escolta són de gran importància per a ells (Moreno-Poyato, Rodríguez-Nogueira, Casanova-Garrigos, El Abidi, & Roldán-Merino, 2021) i que la poca disponibilitat de la infermera durant l'hospitalització contribueix a fer que no se sentin escoltats ni participants de les seves pròpies cures (Rio, Fuller, Taylor, & Muir-Cochrane, 2020). Segons alguns pacients, la inaccessibilitat, la falta de comunicació, la desigualtat, les diferències de valors i la inadequada informació que obtenen per part d'alguns professionals són factors generadors de distanciament amb ells i, en conseqüència, factors que limiten la RT (Moreno-Poyato et al., 2016). En aquest sentit, els pacients es troben més propers al seu entorn i a si mateixos quan les infermeres dediquen temps, fan activitats quotidianes amb ells i els reconeixen com a persones completes (Eldal et al., 2019). Tant és així

que consideren que les seves interaccions amb les infermeres són elements centrals a l'hora de valorar la seva satisfacció amb l'ingrés (Molin et al., 2021).

Un altre aspecte important que informen els pacients en relació a les seves experiències durant l'ingrés hospitalari és una RT amb el personal caracteritzada per la confiança, la col·laboració i la seguretat, i que els faci sentir que són mereixedors d'atenció (Modini et al., 2021). L'experiència de treballar amb una infermera de salut mental que connecta amb ells de manera que se sentin valorats i escoltats és vital, ja que crea un entorn òptim pel desenvolupament d'una intervenció terapèutica (Wright, 2021). En aquesta línia, s'han trobat associacions entre experiències positives de pacients, seguretat i eficàcia clínica dels entorns de tractament (Doyle, Lennox, & Bell, 2013). En la seva recent revisió sistemàtica, Moyo, Jones, Kushemererwa, et al. (2022), en la que inclouen estudis dels últims 15 anys, informen d'opinions negatives dels pacients sobre les infermeres de salut mental centrades en la seva poca accessibilitat, en l'escassa informació que els proporcionen i el seu funcionament no col·laboratiu. A més, sovint perceben que passen la major part del temps aïllats i amb escassa relació amb l'equip, se senten presoners i, a vegades, davant de professionals insegurs experimenten actituds de condescendència i intimidació (Schroeder, 2013; Sharac et al., 2010). Els resultats de la revisió de Moyo, Jones, Kushemererwa, et al. (2022) coincideixen amb els de Newman, O'Reilly, Lee, & Kennedy (2015) pel que fa a la no inclusió dels pacients en la presa de decisions relacionades amb la seva salut. La investigació de Moyo, Jones, Kushemererwa, et al. (2022) planteja preocupació sobre la qualitat de l'atenció infermera en salut mental perquè els pacients reclamen una comprensió més profunda de les seves expectatives i opinions per part de les infermeres (Carey, 2016). En aquesta línia, els resultats de la meta-revisió de Modini et al. (2021) suggereixen que existeix una varietat de factors que, segons els pacients, afecten la seva percepció positiva o negativa de l'atenció durant l'hospitalització. Aquests factors són les relacions que estableixen, l'ambient general a la sala, l'ús de mesures coercitives, l'estatus legal, l'autonomia o les seves expectatives d'atenció. Sembla evident, doncs, que contemplar

aquests factors en el disseny i funcionament de les unitats, alhora que emfatitzar les experiències positives de l'atenció de salut mental a través d'una adequada RT, podria ajudar a millorar la satisfacció dels pacients i a reduir els riscos posteriors a l'alta de l'hospitalització. En aquest sentit, la literatura deixa palès que, malgrat la transformació dels models de cures i l'augment dels pressupostos destinats, els serveis de salut lluiten per satisfer les necessitats poblacionals sense èxit, atès al deteriorament progressiu de l'atenció en salut mental dels últims anys i a que no s'han assolit els objectius d'atenció en relació a la qualitat de la RT.

1.1.2. Les cures infermeres en salut mental des de la perspectiva de les infermeres

Des del punt de vista dels professionals, Delaney (2017) afirma que l'accés deficient i la manca d'infermeres destaquen com a possibles conductors del seu desgast respecte la professió. En aquesta línia, el treball centrat en les tasques i el temps que les infermeres consumeixen en matèria de cures de salut mental dificulten la seva individualització i, en conseqüència, l'efectivitat de la RT (Hopkins et al., 2009). Així mateix, ja fa anys que la literatura suggereix que les infermeres han anat reduint progressivament el temps d'estada amb els pacients, malgrat l'evidència d'augment de ràtios de professionals als diferents dispositius (Sharac et al., 2010). A més, amb l'arribada de la innovació biosanitària i l'evolució dels tractaments psiquiàtrics es dedica més temps d'Infermeria a cures indirectes que a estar en contacte directe amb els pacients (Jones & Coffey, 2012). Aquestes dades van en consonància amb la visió de les infermeres que identifiquen l'elevat temps emprat en tasques administratives, les sensacions negatives, les expectatives poc realistes dels pacients i la seva pròpia incapacitat per a dir-los la veritat en relació al seu procés, com els elements que amb més freqüència limiten la RT (Hopkins et al., 2009). Diversos estudis mostren, a més, que les infermeres tenen la impressió que conceptes socialment inacceptables com la

segregació, la coerció o el control, estan molt presents en la seva feina diària a les unitats d'hospitalització, fet que les porta a viure-la com a poc motivadora, rutinària i amb funcions única i exclusivament de control social (Gabrielsson, Sävenstedt, & Zingmark, 2015). Les infermeres destaquen que el desenvolupament de la RT en el context actual de les unitats de salut mental ha patit un fort impacte relacionat amb les polítiques neoliberals, l'augment de la gestió i l'enfocament centrat en el risc (Kingston & Greenwood, 2020). Segons aquests autors, aquests elements transformen l'àmbit hospitalari en un entorn sovint caòtic, complex i hostil però, no obstant això, demostren estar compromeses amb el treball terapèutic i lluiten per a equilibrar-lo amb les noves demandes de gestió (Kingston & Greenwood, 2020). La manca d'aquest compromís amb els pacients ingressats en entorns hospitalaris podria traduir-se a la llarga en la falta de participació dels propis pacients en el desenvolupament de plans de cures i de decisions sobre la seva atenció (Wong-Anuchit et al., 2016). I, en aquesta mateixa línia, barreres com la manca de temps, els problemes de comunicació, la pròpia frustració o la manca de claredat de les polítiques de cures (Harris & Panozzo, 2019) s'afegeixen al ventall de factors que influeixen en la RT. Si les infermeres no són capaces de prendre consciència de com responen a aquestes adversitats, s'enfronten al risc que aquestes barreres es refermin, se'n creïn de noves i que el pacient percebi que a les seves intervencions els manca cura, presència o implicació (Harris & Panozzo, 2019).

Per contra, s'ha demostrat que cert grau d'auto-divulgació permet a les infermeres connectar-se als pacients perquè comparteixen determinats interessos (Wright & Jones, 2012) o simplement perquè els permet parlar de "coses normals" (Jones & Wright, 2017). En aquest sentit, la raó més comuna de les infermeres per a compartir les seves experiències amb els pacients és perquè els sembla natural respondre a les seves preguntes (Unhjem, Vatne, & Hem, 2018), però cal destacar que els resultats quant a l'auto-divulgació de les infermeres varien i no són sempre coherents. A més, compartir detalls de les experiències, pot generar confusió, difuminar els límits i crear tensions (Hem & Heggen, 2003). Per tant, si bé és cert que una bona RT necessita la proximitat

de la infermera amb el pacient, és aconsellable que en aquestes situacions la infermera s'aturi a pensar si això beneficia la RT i recordi que el pacient ha de ser sempre el focus d'atenció. La RT situa les infermeres en una posició privilegiada per a treballar amb els pacients per a la seva recuperació, però per a fer-ho han de mostrar autoconeixement, empatia i professionalitat, i donar suport a la seva pràctica amb enfocats basats en l'evidència (Wright, 2021). En definitiva, i fent ressò de la recent meta-revisió de 12 revisions sistemàtiques de Modini et al. (2021), les bones relacions entre el personal i els pacients hospitalitzats redueixen l'ús de mesures coercitives, augmenten la sensació d'autonomia i faciliten la via de l'alta.

Davant d'aquest panorama cal destacar la rellevància de la RT com a mitjà per a integrar i vehiculitzar les cures infermeres en salut mental des d'aquests nous paradigmes d'atenció. Per tant, des del punt de vista de la investigació en salut, es fan necessaris estudis que permetin estimular el pensament crític de les infermeres i que afavoreixin la presa de consciència sobre la importància de la RT per millorar els resultats de salut dels pacients. Pel que fa als pacients, els estudis que compten amb la seva participació aporten un valor afegit quant a l'elecció dels models de cures. I, finalment, des del punt de vista de les organitzacions, contemplar una participació més activa de les infermeres en els organismes de gestió, podria ajudar a establir prioritats i millorar la qualitat de l'atenció.

1. 2. LA RELACIÓ TERAPÈUTICA EN EL CONTEXT DE LA INFERMERIA DE SALUT MENTAL

Aquesta segona secció pretén apropar al lector al concepte de Relació Terapèutica i a l'evolució teòrica que ha anat experimentant al llarg dels anys, des dels seus orígens fins a conceptes més actuals, i descobrir com s'ha convertit en la pedra angular de la Infermeria de Salut Mental. A més,

en aquest procés de conceptualització de la Relació Terapèutica es tractaran també les competències interpersonals de les infermeres per tal d'establir i desenvolupar un bon vincle en l'exercici de la seva pràctica clínica, així com els atributs que aquesta relació ha de tenir per tal que es brindi una ajuda terapèutica de qualitat.

És conegut arreu que la corrent humanista es va convertir en una influència inevitable per a molts teòrics de diferents disciplines durant la segona meitat del segle XIX. En la disciplina infermera, concretament, més enllà de definir la professió, hi ha autores que van focalitzar les seves teories en les relacions interpersonals i en la infermeria de salut mental. En aquest sentit es pot concloure que la influència de l'humanisme i de la corrent psicodinàmica són evidents a l'hora de conceptualitzar la Relació Terapèutica. D'entrada, existeixen múltiples constructes que al llarg dels anys han tingut un significat similar com "relació d'ajuda", "relació infermera-pacient", "aliança terapèutica" o "treball terapèutic", però tots han mantingut com eix principal el treball terapèutic d'ajuda i la qualitat personal del professional (Hewitt & Coffey, 2005; Registered Nurses Association of Ontario, 2002). En aquest sentit, davant d'aquest context de complexitat conceptual, la comunitat científica ha adoptat i validat el constructe "aliança terapèutica" com a sinònim de RT. En l'àmbit de la infermeria, la primera autora que teoritzà i conceptualitzà la relació entre infermera i pacient com a tal, i que es convertí en la figura referent de la infermeria de salut mental fou Hildegard Peplau amb el seu Model de Relacions Interpersonals. Va definir la disciplina infermera com un procés significatiu, terapèutic i interpersonal que actua de manera conjunta amb altres processos humans que possibiliten la salut dels individus (Peplau, 1988). Entre els seus postulats ja van aparèixer conceptes com "infermera com agent terapèutic, més que de custòdia", "presa de decisions informada i motivada" o "auto-comprensió de la infermera i ús terapèutic de sí mateixa" que van assentar les bases de l'atenció infermera, en el que avui anomenem RT. En el seu procés de conceptualització Peplau, citada per (Cheryl Forchuk et al., 1998) va definir la RT, en els seus inicis, com un intercanvi humà (Peplau, 1988) que es fonamenta en una comunicació eficaç que

afavoreixi la possibilitat que una persona pugui ajudar una altra a millorar el seu estat de salut, amb l'objectiu que sigui capaç de desenvolupar competències interpersonals i de resolució de problemes. Més endavant, emfatitzà "(...) una infermera formada adequadament per a reconèixer les necessitats d'ajuda de la persona i per a intervenir terapèuticament", en una relació que implica respecte, desenvolupament i aprenentatge per a tots dos (Peplau, 1990). Segons aquesta autora, la RT és un procés que es desenvolupa a través de 4 fases en les quals infermera i pacient interaccionen de manera constructiva, des del moment en què s'inicia la relació fins que es finalitza. En aquest sentit, per a una major comprensió del fenomen de la RT, a continuació es detallen breument aquestes fases:

- *Fase d'orientació*: si bé tot el procés de la RT té una gran importància, la fase inicial o d'orientació és fonamental perquè el transcurs de la relació esdevindrà més o menys eficaç en funció de com s'estableixi aquesta primera etapa. És la fase introductòria en què pacient i infermera es troben i determinen els seus rols en la relació. L'objectiu és crear un clima de confiança i això comença amb una bona acollida. El pacient busca atenció en la infermera i ella l'ajuda a determinar la necessitat d'ajuda.
- *Fase d'identificació*: a mida que avança la relació ho fa també el coneixement mutu. És la fase en què el pacient identifica i compren el seu problema de salut amb l'ajuda de la infermera, la qual s'encarrega de fomentar l'exploració i l'expressió de sentiments per a determinar junts un pla d'atenció. En funció de la confiança professional adquirida, serà més o menys difícil el desenvolupament del treball terapèutic.
- *Fase d'explotació*: és la fase en què el pacient intenta obtenir, en funció de les seves necessitats, el màxim valor del que ofereix la infermera a través de la relació, mentre ella l'acompanya i el recolza en el desenvolupament de la seva independència.

- *Fase de resolució*: la fase final és també una part important de la relació perquè amb ella finalitza. És la fase en què s'avalua el procés, el pacient traça nous objectius i la infermera, essent conscient del vincle creat, prepara el pacient per a la seva adequada finalització.

Aquestes fases pretenen exposar com, al llarg del procés de la relació, el poder va passant de la infermera al pacient, el qual inicialment es troba en situació de certa dependència de la infermera, fins que és capaç d'independitzar-se a través de la interacció amb ella. En aquest context, la infermera ha de ser conscient que la seva relació amb el pacient generarà una resposta en ell i que, al seu torn, no pot no generar-la. Per tant, afirma Peplau, les competències interpersonals de la infermera són clau per ajudar el pacient en la feina necessària per a recuperar la salut i el benestar. Si bé és cert la seva obra va assentar les bases sobre les quals es construiria la RT al llarg dels anys i sobre les competències personals que havia de tenir la infermera per dur-la a terme, l'evolució del concepte de la RT des de Peplau ha estat evident en altres autors contemporanis a ella. Alguns d'aquests autors han definit la RT com un intercanvi humà i personal entre dos éssers humans en el qual el professional de la salut captarà les necessitats del pacient amb l'objectiu d'ajudar-lo a descobrir altres possibilitats de percebre, acceptar i afrontar la seva situació actual (Cibanal, Arce, & Carballal, 2010), o com la interacció interpersonal entre la infermera i el pacient, basada en la confiança entre ells, i que està centrada en el treball d'ajuda terapèutica (Moreno-Poyato et al., 2016). No obstant això, com en tota relació que implica persones, en la RT també poden existir factors de confusió i és competència de la infermera evitar-los i, en cas que apareguin, corregir-los. En aquest sentit, per a definir què és la RT també cal tenir en compte què no és. Tant les infermeres com els pacients han de tenir clar que la RT no és una conversa en la qual es parla per parlar, no és una discussió en què s'exposen i es defensen uns arguments, no és tampoc una confessió en el sentit literal de la paraula, ni tampoc un interrogatori on el pacient pot arribar a sentir-se assetjat o veure limitada la seva llibertat. La RT no es tracta tampoc d'un discurs de la infermera en què pretén convèncer el pacient, ni d'una entrevista en què

el pacient intenta que el professional parli de sí mateix, ni d'una relació social com la que establim en altres àmbits de la nostra vida com amb els amics, la família o els companys de feina, en les quals hi ha una implicació emocional i es gaudeix d'una companyia, diversió i recolzament mutu (Moreno Poyato & Tolosa Merlos, 2013).

Un cop definits els límits en què es mou la RT, es pot afirmar que aquesta relació es basa en la col·laboració, l'associació i la mutualitat, així com en la propietat compartida de planificar les cures (Spandler & McKeown, 2017), alhora que implica un intent conscient i deliberat de crear un espai segur on les infermeres puguin esdevenir un catalitzador de la recuperació del pacient (Wright, 2021). És evident, doncs, que, per tal que aquesta relació sigui exitosa, s'ha de propiciar una atmosfera concreta. En aquest sentit, al llarg dels anys diversos autors han anat desenvolupant les competències interpersonals que havia de posseir la infermera i que ja destacava Peplau, així com les característiques o atributs d'una bona RT. Des d'una perspectiva humanista, Rogers (1972), psicòleg coetani a Peplau, va descriure que els professionals han de posar plena confiança en la capacitat individual de l'ésser humà per a resoldre els seus problemes sempre que es trobin en un context de relacions humanes positives, favorables i sense amenaces. És imprescindible considerar les emocions del pacient, en tant que són expressió necessària de l'ésser humà, ja que sovint causen sensacions perturbadores. Per tant, és important crear un ambient en el qual el pacient pugui expressar el que sent amb l'objectiu de facilitar la convivència amb les seves pròpies emocions, reduint els seus conflictes i malestars interns (Moreno Poyato & Tolosa Merlos, 2013). Definides com una combinació de coneixements, habilitats professionals i actituds, les competències garanteixen que una infermera pugui realitzar una activitat de manera segura i eficaç en el context d'un treball terapèutic específic (Yang & Hayes, 2020).

Seguint els fonaments de diverses teòriques de la Infermeria, Izquierdo Machín (2015) va descriure una sèrie d'habilitats imprescindibles de la infermera en la seva pràctica clínica per tal d'establir una bona RT. Aquestes habilitats són l'autocontrol, l'entusiasme, l'auto-motivació o el sentit de

l'humor, entre d'altres, en tant que són facilitadores de la RT perquè permeten la infermera aprofundir en les característiques o atributs de la relació, desenvolupar-la i alinear els seus propis recursos en la resolució de problemes. En l'àmbit de la infermeria de salut mental, diversos autors han descrit, a més, una àmplia gamma de competències que inclouen comunicació, gestió de riscos, coneixement o administració de fàrmacs (Comiskey et al., 2019; Santangelo, Procter, & Fassett, 2018; Ward & Gwinner, 2015). En relació a aquests atributs que la infermera ha d'explotar mitjançant la seva figura en la RT, Rogers els va teoritzar en la seva obra *Teràpia Centrada en el Client*. En ella va deixar palès que el pacient és el protagonista de la RT i va desenvolupar alguns dels seus atributs més importants i identificadors al llarg dels anys, com són la consideració positiva, l'empatia o l'autenticitat. En aquesta mateixa línia, per a plasmar l'estudi i evolució dels atributs de la RT al llarg dels anys cal fer menció d'altres autors han anat aportant nous conceptes com el respecte, l'acceptació incondicional o l'escolta activa (Cibanal et al., 2010), la constància, el confort i la importància del treball en equip (Cleary, Horsfall, O'Hara-Aarons, & Hunt, 2013), la comprensió, l'interès, la disponibilitat, la individualitat, la calidesa i l'autoconeixement professional (Moreno-Poyato et al., 2016), o la fiabilitat, la proximitat, la comunicació coherent i l'honestedat (Wright, 2021) com a factors que afavoreixen i faciliten el procés de la RT. Tots aquests elements inherents a la RT es repeteixen sistemàticament en la literatura i s'han erigit com els pilars bàsics sobre els quals es fonamenten les cures infermeres en salut mental. Autors contemporanis a Peplau han aprofundit en la RT i les seves teories han aportat nou coneixement al respecte, però els postulats de Peplau es mantenen avui dia com el marc de referència que sustenta la pràctica clínica de molts professionals a les unitats de salut mental (Moreno-Poyato, 2019).

1. 3. LA RELACIÓ TERAPÈUTICA COM EIX A DE LES CURES INFERMERES EN SALUT MENTAL

Al llarg d'aquesta tercera secció es tracten els factors que condicionen l'entorn de cures a les unitats d'aguts de salut mental i alhora que mostra com la RT ha de ser la guia de les cures infermeres en salut mental.

Més que en qualsevol altre camp de la disciplina infermera, la infermeria de salut mental depèn de la manera en què les infermeres connecten amb els pacients a l'hora de buscar una RT òptima (Wright, 2021). En aquest sentit, es reconeix la relació infermera-pacient com l'eix vertebrador de la pràctica infermera (Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2021) i part fonamental de l'atenció centrada en la persona (Hamovitch, Choy-Brown, & Stanhope, 2018), motiu pel qual s'ha de posar especial èmfasi en el seu correcte desenvolupament i manteniment (Moreno-Poyato et al., 2021). No obstant això, sovint el concepte és tan ampli i familiar que es pot assumir per defecte, sense contemplar que el compromís és el precursor de la relació i que aquesta requereix d'una inversió tant de la infermera com del pacient (Wright, 2021). Si bé és cert que la RT és terapèutica "per se" i amb independència de l'entorn en què s'ofereixen les cures (Stevenson & Taylor, 2020), esdevé vital en l'atenció infermera a les unitats d'aguts de salut mental (Hartley, Raphael, Lovell, & Berry, 2020; McAndrew, Chambers, Nolan, Thomas, & Watts, 2014; Moreno-Poyato et al., 2016; Thibeault, 2016). I, és precisament en aquest àmbit hospitalari, en el qual la RT adquireix un valor afegit per la seva importància i transcendència (Moreno-Poyato et al., 2016), ja que els pacients amb problemes de salut mental sovint tenen dificultats en l'àrea relacional, el judici de la realitat alterat i la comunicació distorsionada (Moreno Poyato & Tolosa Merlos, 2013). Per tant, a més de ser una de les eines amb més entitat per a la infermera en la seva pràctica clínica, el seu adequat establiment és especialment rellevant per a augmentar l'efectivitat de qualsevol intervenció infermera (McAndrew et al., 2014). Malgrat tot, diversos estudis encara mostren que els

coneixements teòrics de les infermers sobre la RT són insuficients per a crear un bon vincle terapèutic i que existeixen dificultats pel seu adequat establiment a la pràctica clínica (Harris & Panozzo, 2019; Kingston & Greenwood, 2020; Moreno-Poyato, Casanova-Garrigos, Roldán-Merino, & Rodríguez-Nogueira, 2021).

En relació a aquestes possibles dificultats, aquesta investigació sosté que existeix un ventall de factors de diferent naturalesa que influeixen i interaccionen entre sí en el procés de la RT. En aquest sentit, hi ha un estudi que vincula per primera vegada factors com un entorn favorable, formació institucional, qualificacions acadèmiques altes i experiència de les infermeres amb unes cures de qualitat i amb la creació d'un millor vincle terapèutic durant el procés d'hospitalització (Roviralta-Vilella, Moreno-Poyato, Rodríguez-Nogueira, Duran-Jordà, & Roldán-Merino, 2019).

Atès que, a vegades, l'ingrés hospitalari a una unitat de salut mental pot ser inevitable, resulta essencial promoure un ambient respectuós i terapèutic en el qual es pugui brindar una atenció de qualitat (Modini et al., 2021). L'entorn per a la pràctica està dotat de poc temps i de pocs recursos, i afecta directament la seguretat de pacients i de professionals, alhora que condiona la RT perquè redueix la qualitat i la quantitat de les interaccions entre ells (Moreno-Poyato, Rodríguez-Nogueira, Casanova-Garrigos, El Abidi, & Roldán-Merino, 2021). Els entorns de treball d'infermeria saludable es defineixen com entorns laborals que són satisfactoris professional i personalment per a les infermeres, alhora que mantenen una alta productivitat i qualitat de l'atenció (Schmalenberg & Kramer, 2008). A més, l'evidència mostra que aquest tipus d'entorns s'associen a una major satisfacció del pacient, amb estades més curtes i amb la reducció d'esdeveniments adversos (Hall, Doran, & Pink, 2008). Un altre aspecte de l'entorn que també cal tenir en compte són les característiques estructurals de les unitats, la normativa instaurada i les cultures de treball de les institucions perquè sovint dificulten la individualització dels cures i, per tant, l'efectivitat de la RT (Gabrielsson, Sävenstedt, & Olsson, 2016). En aquesta línia, diversos estudis destaquen el significat que les infermeres atorguen a l'entorn estructural de les unitats. Les portes obertes

simbolitzen confiança, oportunitat terapèutica, respecte i decisió compartida (Missouridou et al., 2022), mentre que les portes tancades simbolitzen contenció, pèrdua de control, distància social i estigma (Missouridou et al., 2021).

De la mateixa manera que l'entorn físic, les organitzacions també formen part del context de cures. En aquest sentit, les estructures organitzatives de qualitat i les pràctiques d'infermeria són clau per a obtenir resultats positius pels pacients (Frechette et al., 2018). Els serveis de salut mental brinden atenció especialitzada a persones amb una gran gamma de malalties mentals. En aquest àmbit, les infermeres posseeixen habilitats clíniques i interpersonalment úniques per a treballar amb persones amb malalties mentals (Delaney, 2018), però poden ser desafiades per la pressió d'exercir de manera efectiva en el context de factors estressants en el seu lloc de feina (Roche, Duffield, & White, 2011; Rössler, 2012). Diversos estudis destaquen que els efectes acumulatius dels factors estressants i els desafiaments professionals poden generar impactes nocius com la dissonància emocional i l'esgotament (Edward, Hercelinskyj, & Giandinoto, 2017). L'estrès laboral s'ha associat, a més, amb la insatisfacció laboral (Baum & Kagan, 2015) pot afectar negativament en la retenció al lloc de treball (Lamont et al., 2017) i en la qualitat de la pràctica infermera (Roche et al., 2011). No és d'estranyar doncs, que es plantegin estudis sobre la capacitat resilient de les infermeres, com a procés dinàmic d'adaptació a l'adversitat. En aquest sentit, la resiliència podria esdevenir una de les competències o capacitats requerides a la infermera per a desenvolupar RT efectives a la pràctica clínica (Foster, 2020). De fet, en termes d'investigació sobre la salut, s'estan establint vincles entre la resiliència i la seguretat del pacient i la qualitat de les intervencions (Braithwaite, Wears, & Hollnagel, 2015). Tal i com destaca l'estudi de Moreno Poyato et al. (2021), les infermeres necessiten tenir un major recolzament per part de les organitzacions, alhora que assenyalen la importància que aquestes promoguin el treball en equip eficaç i l'existència d'un model d'infermeria dins les unitats. La relació entre les estructures organitzatives, els processos essencials de la Infermeria i els resultats positius per pacients i per infermeres és cada vegada

més clara (Frechette et al., 2018). En aquest sentit, sembla més que important la necessitat de suport dels gerents de les organitzacions en tant que són els responsables d'estimular i mantenir la resiliència dels treballadors, brindant oportunitats de desenvolupament professional i enfoc proactius per a garantir un entorn segur i protegit, així com un ambient laboral flexible (Cleary et al., 2013). Tanmateix, l'atenció en salut mental requereix enfoc de lideratge que apoderin les infermeres i els pacients, fet que inclou donar suport al desenvolupament de coneixements i habilitats clíniques de les infermeres per a la seva pràctica diària (Frechette et al., 2018). Tots aquests factors orbitant al voltant de la RT i els múltiples atributs que s'han anat afegint en el procés de conceptualització, fan difícil estandarditzar unes intervencions infermeres per a millorar la qualitat de la RT a les unitats d'hospitalització d'aguts. A més, existeixen algunes discrepàncies entre les perspectives de les infermeres i les dels pacients sobre l'atenció col·laborativa i de qualitat, fet que ens porta a pensar que pot haver-hi una desconexió al respecte, doncs sembla que les parts interessades no conceptualitzen les competències en la pràctica de la mateixa manera (Moyo, Jones, & Gray, 2022).

1. 4. EL MODEL DE CANVI BASAT EN L'EVIDÈNCIA

Finalment, en aquesta quarta i última secció, s'aposta per la pràctica reflexiva i destaca la necessitat manifesta de produir canvis en la pràctica clínica, així com la importància de l'ús de l'evidència científica per a tal fi.

La professió infermera es caracteritza per la seva capacitat de reflexionar sobre la pràctica per millorar les cures i prestar una atenció més centrada en la persona. La pràctica reflexiva es considera un aspecte essencial per generar coneixement (Vaughan, 2017) perquè permet a les infermeres aprendre des de les seves pròpies experiències (Bulman & Schutz, 2013; Schön, 1987) i les ajuda a integrar la seva resposta emocional i la seva experiència pràctica (Vaughan, 2017).

Quan les infermeres tenen temps per a reflexionar mitjançant preguntes de reflexió guiades són capaces d'obtenir una perspectiva valuosa de la pràctica (Bolg, Dwyer, Doherty, Pignataro, & Renaud, 2020). En aquest sentit, per a la millora de la qualitat assistencial, la Pràctica Basada en l'Evidència (PBE) s'ha erigit com un objectiu d'excel·lència per a qualsevol professional de la salut. En la disciplina infermera, la PBE es concep com el procés a través del qual les infermeres prenen decisions clíniques utilitzant la millor evidència disponible, considerant factors com la seva experiència i les expectatives dels pacients (DiCenso, Cullum, & Ciliska, 1998). L'evidència mostra estudis publicats en els últims anys que s'han centrat en el desenvolupament d'intervencions per millorar la RT en infermeria de salut mental (Hartley, Raphael, Lovell, & Berry, 2020). Alguns d'aquests estudis assenyalen la necessitat d'implicació de gestors i institucions com a promotors de les bases de la infermeria per a la qualitat de l'atenció (Moreno-Poyato et al., 2021), mentre que altres posen el focus en la conveniència de dissenyar estudis que comptin amb la participació tant d'usuaris com de professionals (Hartley et al., 2020). Mitjançant la RT, les infermeres estan en una posició clau per liderar el desenvolupament d'intervencions personalitzades (Molin et al., 2021). Les intervencions estudiades per a la seva millora inclouen formació, grups reflexius, formulació psicològica, consulta i activitat compartida (Hartley et al., 2020). Així mateix, les més destacades són la implementació de sessions grupals de reflexió pels professionals de les unitats (Moreno-Poyato, Delgado-Hito, Leyva-Moral, Casanova-Garrigós, & Montesó-Curto, 2019), la creació d'espais perquè professionals i pacients puguin fer activitats conjuntament facilitant un compromís mutu (Molin, Graneheim, Ringnér, & Lindgren, 2019; Molin, Lindgren, Graneheim, & Ringnér, 2018), o altres més clàssiques com les sessions clíniques dirigides al personal sobre pacients concrets amb l'objectiu de facilitar la comprensió del cas (Berry et al., 2016). No obstant això, existeix una llacuna important relativa a la millora de la qualitat de la RT a les unitats d'aguts de salut mental perquè posa de manifest que les intervencions per a millorar la participació són escasses i poc eficaces (Hartley et al., 2020; McAllister et al., 2021). Si assumim aquesta realitat,

la poca evidència que hi ha al respecte ens porta a pensar en la necessitat de combinar diversos tipus d'intervencions en la pràctica clínica o buscar alternatives per a la creació d'intervencions a través de mètodes participatius. En aquest sentit, sembla important, doncs, aprofundir en la RT des de la reflexió de les pròpies infermeres sobre la seva pràctica clínica en el context de cures actual, però si bé la RT ha estat àmpliament estudiada, no s'ha trobat literatura que mostri resultats recents del fenomen des de la reflexió. Per tant, tenir un major coneixement del fenomen permetria comprendre el significat que té per a les infermeres el repte real que suposa la RT en la pràctica clínica de les unitats de salut mental actuals. Malgrat el ventall d'estudis realitzats i les conclusions extretes sobre la importància de desenvolupar intervencions infermeres més eficaces en salut mental, s'han observat certes dificultats per a la implementació del coneixement empíric en la realitat tan complexa dels serveis sanitaris (Stevens, 2013). Des del punt de vista dels professionals, la falta de temps, l'elevada càrrega de treball i la falta de coneixements són les dificultats fonamentals, mentre que la falta de recursos humans, materials, de lideratge i de suport són els principals factors organitzatius detectats (Warren et al., 2016). En el context de les possibles estratègies d'implementació de PBE als serveis de salut, un dels mètodes més utilitzats és la Investigació-Acció Participativa (IAP) (Abad, Delgado, & Cabrero, 2010). Aquest mètode de recerca s'ha introduït en els darrers anys a l'àrea de les ciències de la salut i, específicament en l'àmbit de la infermeria de salut mental amb resultats exitosos (Cordeiro & Soares, 2018; Effendy, Margaretha, & Probandari, 2022). És un mètode que permet comprendre i millorar els contextos a través de la transformació (Kemmis & McTaggart, 2008). És útil per a explorar el fenomen d'estudi perquè facilita als participants identificar tant els aspectes que cal millorar com el procediment més efectiu per dur a terme aquesta millora (Casey, Coghlan, Carroll, & Stokes, 2022). L'acció dels participants necessita ser filtrada a través de l'experiència i la reflexió, prèviament a la millora o al canvi de la seva pràctica (Munten, van den Bogaard, Cox, Garretsen, & Bongers, 2010). En aquest sentit, en la IAP, la generació de coneixement és un procés de col·laboració en el qual les habilitats

i l'experiència de cada participant són essencials pel resultat del projecte. Es tracta d'un procés obert, integral i igualitari entre investigadors i participants (Delgado-Hito, 2012). El procés de la IAP en la disciplina infermera permet una comprensió més gran del fenomen d'estudi per a dissenyar estratègies de millora, implementar canvis i transformar la pràctica clínica (Bradbury et al., 2019) a través d'una interacció cíclica i contínua de diferents etapes com l'acció, la reflexió i l'avaluació (Rowell, Bruce, Shosh, & Riel, 2017). De fet, l'ús d'aquest mètode ha produït efectes sobre els coneixements de les infermeres, l'acolliment professional, el context estructural i els resultats en els pacients (Munten et al., 2010). Concretament a l'àrea de la infermeria de salut mental, la literatura assenyalava que la IAP ha reportat resultats positius tant en aspectes relacionats amb la presa de decisions a la pràctica clínica diària, com en l'elaboració de plans de cures i de models d'atenció (Chambers, Gillard, Turner, & Borschmann, 2013; Larkin, Boden, & Newton, 2015; Salzmänn-Erikson, 2017; Vantil et al., 2020). A més, ha demostrat ser útil per a millorar l'atenció i els serveis de salut a nivell individual, col·lectiu i organitzacional (Cordeiro & Soares, 2018). En aquesta línia, si bé és cert que les administracions polítiques recomanen l'ús de mètodes participatius que comptin amb els diferents actors implicats (Ministerio de Sanidad de España, 2022), no s'han trobat estudis en l'àmbit de l'hospitalització d'aguts de salut mental que impliquin de forma col·laborativa i participativa tots els actors de les diferents institucions.

1. 5. JUSTIFICACIÓ

Com s'ha fet evident al llarg de les línies anteriors, la RT es una eina fonamental per a la infermera en la seva activitat assistencial. Però en la pràctica real, l'experiència dels equips assistencials i la revisió de l'evidència científica ens porten a pensar que el coneixement teòric de la RT i de les habilitats de les infermeres abans descrites, no són suficient per a que es dugi a terme de manera adequada, i en conseqüència, per a proporcionar unes cures de qualitat (Cahill, Paley, & Hardy,

2013; Cleary, Hunt, Horsfall, & Deacon, 2012; Duxbury, Wright, Bradley, & Barnes, 2010; Hopkins et al., 2009; Sharac et al., 2010). En aquest context, doncs, sembla palès la necessitat d'estimular el pensament crític de les infermeres per a generar coneixement, promoure estratègies de canvi i establir el seu mètode d'implementació. Per a tal fi, al llarg d'aquesta investigació serà necessari conèixer prèviament quin significat atorguen les infermeres a la seva pròpia pràctica clínica, quines són les seves limitacions i de quin manera els afecten a l'hora de brindar les cures. Explorar aquest context amb les percepcions i les vivències de les infermeres ajudarà a dissenyar les estratègies de canvi més adequades per a la seva resolució. En primer lloc, l'ús de l'evidència, a través d'una guia de bones pràctiques (Registered Nurses Association of Ontario, 2002) establirà el marc teòric de suport de les infermeres per a poder autoavaluar-se. I, en segon lloc, el treball en grup que implica la IAP proporcionarà el mètode per a elaborar i avaluar les estratègies de canvi, és a dir, la IAP permetrà que siguin els equips d'infermeria els que, de manera autònoma, generin nou coneixement, determinin les dificultats i estableixin les estratègies de millora basades en l'evidència. Contemplar totes les parts implicades permetrà detectar dificultats, plantejar propostes de millora i unificar de manera consensuada línies d'actuació amb la finalitat última de millorar significativament la RT a les unitats d'aguts de salut mental de Catalunya, determinant estratègies de millora basades en l'evidència, unificades per a totes les unitats participants, però adaptades a cadascuna d'elles en funció de la seva idiosincràsia particular. S'espera, a més, que la investigació permeti obrir noves línies d'investigació amb la participació directa dels pacients.

2. OBJECTIUS

2.1. OBJECTIU PRINCIPAL

2.1.1. Explorar el procés de canvi en la pràctica clínica infermera sobre l' establiment de la Relació Terapèutica en les unitats d' aguts de salut mental de Catalunya a partir de la implementació de la Pràctica Basada en l'Evidència a través d' un procés d'Investigació-Acció Participativa.

2.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS

2.2.1. Descriure les característiques d' estructura, d' equip, de normativa i de dinàmica de cures que intervenen en l' establiment de la relació terapèutica a les unitats d' hospitalització d' aguts de salut mental de Catalunya.

2.2.2. Descriure el significat atorgat per les infermeres de les unitats d' aguts de salut mental de Catalunya a l' establiment de la Relació Terapèutica amb el pacient.

2.2.3. Identificar els elements facilitadors i limitadors de la Relació Terapèutica amb el pacient hospitalitzat a les unitats d' aguts de salut mental de Catalunya des del punt de vista de les infermeres.

2.2.4. Identificar las estratègies de canvi en l' establiment de la Relació Terapèutica de les infermeres amb el pacient a les unitats d' aguts de salut mental de Catalunya a partir de la confrontació de l' evidència amb la pràctica clínica real.

2.2.5. Avaluar qualitativament els efectes de la implementació de la PBE relacionats amb l' establiment de la RT amb el pacient a les unitats d' aguts de salut mental de Catalunya.

3. METODOLOGIA

Aquesta tesi es presenta en format de compendi de articles i, en conseqüència, la metodologia utilitzada està explicada en cadascun dels articles publicats, però atesa la seva complexitat s'ha considerat aportar més detall per facilitar-ne la comprensió al lector. A destacar que aquesta investigació s'emmarca en un projecte multicèntric de tres fases i mètodes mixtes, que porta per títol "Mejorando la Relación Terapéutica en los Cuidados enfermeros a través de la evidencia. Estudio multicéntrico en unidades de agudos de psiquiatría de Cataluña", i que compta amb finançament per part de la Fundació Infermeria i Societat amb la referència PR-218/17. La primera i la tercera fase del projecte es van desenvolupar mitjançant metodologia quantitativa i la segona mitjançant metodologia qualitativa, que és la que correspon a aquesta tesi doctoral.

3. 1. POSICIÓ PARADIGMÀTICA

Els paradigmes científics són un sistema de creences bàsiques que representen una visió del món i que estan acceptats per la comunitat científica. Per a guiar aquesta investigació es va plantejar una aproximació constructivista segons el model de Guba & Lincoln (2002), que pretén donar resposta a la naturalesa del fenomen que s'investiga (dimensió ontològica), al coneixement sorgit (dimensió epistemològica) i al mètode utilitzat (dimensió metodològica), així com fonamentar els arguments de la investigació fins la consecució dels objectius plantejats. Des del punt de vista ontològic, el qual es caracteritza per la relativitat, la Relació Terapèutica a les unitats d'aguts de salut mental presenta múltiples realitats, això és, la dels pacients, la de les infermeres i la de les organitzacions. Conèixer aquestes realitats diverses permetrà una major comprensió del fenomen i, en conseqüència, generar millores en la pràctica clínica. Des del punt de vista epistemològic, el coneixement es crea, s'enriqueix i es sofisticava a partir de la relació entre l'investigador i aquells que li responen a través de les seves opinions, vivències i sentiments (Guba & Lincoln, 2002). En aquest sentit, la investigadora principal i els seus col·laboradors van adoptar la subjectivitat en el seu apropament al fenomen mitjançant l'establiment d'interaccions amb els participants amb

l'objectiu de fer emergir les troballes. Aquest vincle entre participants, investigadors i fenomen d'estudi es va crear i enfortir mitjançant tant el treball individual com el grupal al llarg de tot el procés. Pel que fa a la dimensió metodològica, la dialèctica que permet la Investigació-Acció Participativa (IAP) amb el procés col·laboratiu, participatiu i reflexiu que s'estableix entre investigador i participants, la converteix en un mètode ideal per a comprendre i transformar la pràctica. En aquest sentit, la IAP va permetre identificar problemes i elaborar estratègies d'acció des de l'observació i la reflexió conjunta i individual. Des de la dimensió teleològica, el compromís dels participants amb la investigació va permetre conèixer les seves creences i opinions des d'una aproximació axiològica que assumeix la parcialitat en relació al fenomen d'estudi. Per últim, des del punt de vista retòric, es va utilitzar un llenguatge informal basat en les seves pròpies expressions a l'hora de comunicar els resultats de la implementació de les estratègies de millora en la RT (Guba & Lincoln, 2002).

3.2. DISSENY

Per a assolir els objectius de l'estudi es va plantejar una Investigació-Acció Participativa (IAP), segons el model de Kemmis & McTaggart (1998), en tant que és un mètode que integra investigació i acció social, i busca produir canvis, comprendre la pràctica i millorar una situació (Abad Corpa et al., 2010). Es va proporcionar a les infermeres una guia de bones pràctiques relacionada amb l'establiment de la RT (Registered Nurses Association of Ontario, 2002) i, després de confrontar la seva pràctica habitual amb l'evidència aportada per dita guia, van dissenyar i implementar estratègies de millora basades en l'evidència. La IAP es va dur a terme mitjançant un procés de dos cicles de 4 etapes cadascun després d'una fase prèvia de reconeixement del terreny: *a)* planificació d'estratègies de millora, *b)* implementació de les estratègies de millora, *c)* observació de les estratègies implementades i *d)* reflexió sistemàtica de la seva implementació.

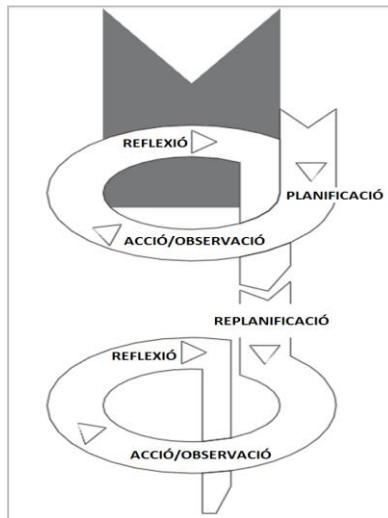


Figura 1: Cicle Investigació-acció participativa de Kemmis i McTaggart .

Adaptat de: Kemmis, S., & McTaggart, R., 1988. The action reserach planner. (3rd ed). Australia: Daekin University Press.

3. 3. ÀMBIT D'ESTUDI

L'àmbit d'estudi van ser les unitats d'hospitalització d'aguts de salut mental de Catalunya i la població d'estudi van ser tant les infermeres com les pròpies unitats.

Criteris de selecció de les unitats

Finalment, van ser 18 de les 21 unitats que complien els criteris d'inclusió les que van decidir participar en l'estudi. Es van incloure totes les unitats d'hospitalització d'aguts de salut mental de Catalunya a excepció d'aquelles que, per les seves característiques, estaven reconegudes pel Departament de Salut de Catalunya com unitats especials. Catalunya disposava de 24 unitats d'hospitalització d'aguts d'estada limitada, de les quals se'n van descartar les següents: la UH80 de l'Hospital del Mar perquè en ella es va realitzar una prova pilot anterior a aquest estudi, la UH07 de l'Hospital del Mar perquè està considerada "especial" en tant que atén pacients amb trastorn mental greu i comorbiditat física, i la unitat d'aguts de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron que actua com a reforç de la unitat d'aguts de la UIPA Sant Rafael.

Les 21 unitats restants posseïen unes característiques generals similars, complien els criteris d'inclusió i es detallen a continuació.

1. Hospital Clínic i Provincial	12. Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López
2. UIPA Sant Rafael	13. Mútua de Terrassa
3. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	14. Fundació Althaia Manresa
4. Hospital de Granollers	15. Parc Hospitalari Martí i Julià (Santa Caterina)
5. Hospital Universitari de Bellvitge	16. Hospital Santa Maria de Lleida
6. Sagrat Cor Serveis de Salut Mental	17. Unitat Polivalent Amposta
7. Hospital de Mataró	18. Institut Pere Mata Reus
8. Consorci Sanitari Parc Taulí	19. Hospital de Terrassa
9. Benito Menni, Complex Assistencial	20. Hospital de Vic
10. Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi	21. C. S. Duran i Reynals
11. Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Numància	

Criteris de selecció i reclutament de les infermeres

D'aquestes 21 unitats restants amb característiques similars, 3 no van participar a l'estudi. A continuació, un cop definides les 18 unitats participants es va procedir al reclutament de les infermeres participants. La població d'estudi d'aquestes unitats eren 255 infermeres i els criteris de selecció van ser pertànyer a la plantilla indefinida o interina i estar assignades a les unitats d'aguts en el moment de l'inici de la recerca. Tanmateix, es van excloure les infermeres residents en rotació i les infermeres de la plantilla que tenien prevista una excedència o una baixa per maternitat durant la recerca.

Per a reclutar les diferents participants es va realitzar una reunió amb la direcció i supervisió d'infermeria de cada unitat amb la finalitat de presentar-los el projecte, sol·licitar la seva col·laboració, exposar l'objectiu i la metodologia i, finalment, sol·licitar la participació de les infermeres que reunissin els criteris d'inclusió. Aquestes van ser informades del projecte personalment per l'equip investigador i van signar el document de consentiment informat (Annex

l). Es va intentar garantir la variació màxima en els perfils de les participants de cada unitat per tal que fossin representatius de les seves característiques socio-laborals. A continuació es van configurar els dos subequips d'investigació: per un costat l'equip metodològic, constituït per la investigadora orgànica i membres formats en investigació qualitativa que lideraven i analitzaven la investigació i, per l'altre, l'equip clínic, constituït per investigadores clíniques procedents de cadascuna de les unitats, les quals van acceptar voluntàriament el rol de representar dites unitats a l'estudi i exercir de nexes d'unió entre l'equip metodològic i les infermeres participants (Annex II). Aquestes investigadores clíniques van ser escollides per la direcció de cada organització perquè reunien condicions de lideratge i credibilitat i, prèviament a l'inici de la recerca, van rebre informació per part de l'equip metodològic sobre el procediment de recollida de dades en una sessió formativa.

3. 4. PROCEDIMENT I TÈCNiques DE RECOLLIDA DE DADES

La recollida de dades es va realitzar mitjançant diferents tècniques integrades amb les etapes i els cicles de la IAP. Aquestes tècniques van ser les guies d'observació proporcionades per l'equip metodològic a les infermeres clíniques, els diaris reflexius de les infermeres participants, els grups de suport i els grups focals, dels quals es va recollir la informació mitjançant enregistraments d'àudio i actes de reunió. Tanmateix, la recollida de dades es va complementar amb les notes del diari de camp de la investigadora principal.

3.4.1. Guies d'observació

L'equip metodològic va proporcionar a les infermeres clíniques una guia d'observació (Annex III) confeccionada *ad hoc* on van recollir dades de les seves unitats relacionades amb els indicadors de qualitat de cures en infermeria i amb les característiques específiques de cadascuna d'elles.

3.4.2. Diari reflexiu dels participants

Cada participant va elaborar el seu propi diari reflexiu prestant especial atenció al seu llenguatge, a la seva manera d'interactuar amb els pacients i a partir de l'auto-observació, de la reflexió dels temes assignats i del procés d'interiorització de les seves experiències, coneixements i investigacions (Annex IV). Les situacions a observar es van decidir a les sessions grupals i estaven relacionades amb els elements de millora de la relació terapèutica.

3.4.3. Grups de suport

Amb la finalitat pròpia de la IAP de planificació, acció i reflexió, i amb l'objectiu agregat d'obtenir un major coneixement i comprensió del fenomen, es va plantejar la tècnica del grup de suport. A cada unitat es va crear un grup de suport format per les infermeres participants i van seguir un guió preestablert en funció del cicle de la IAP en què es trobava la investigació. Es van dur a terme 4 sessions de grups de suport a cada unitat al llarg del procés de la IAP, en entorns escollits per a tal fi i sense interrupcions, en les següents etapes:

- Primera sessió: es va dur a terme en l'etapa de planificació, es van establir les pautes d'auto-observació de les infermeres participants durant la pràctica diària i es va proporcionar una guia per a l'elaboració del diari reflexiu.
- Segona sessió: es va dur a terme en l'etapa de reflexió i amb ella es va acabar el primer cicle de la IAP. Les participants van aportar les seves reflexions registrades als seus diaris després de comparar la seva pràctica clínica amb una guia de bones pràctiques clíniques sobre RT que l'equip metodològic els va proporcionar. Finalment van discutir sobre els aspectes susceptibles de millora de la RT.
- Tercera sessió: es va dur a terme en l'etapa de re-planificació i inici del segon cicle de la IAP. Les participants van plantejar i dissenyar estratègies de millora per a resoldre les dificultats

detectades. De manera individual, durant l'etapa següent d'acció/observació les van implementar, les van contrastar amb la seva pròpia pràctica clínica i les van registrar al seu diari reflexiu.

- Quarta sessió: es va dur a terme en la fase de reflexió del segon cicle IAP. En ella es va realitzar una reflexió i avaluació grupal sobre les estratègies implementades i els canvis produïts en relació als objectius plantejats, i es va finalitzar el segon i últim cicle.

3.4.4. Grups focals

Per a recollir el consens de totes les unitats al llarg del procés es va considerar oportú que les investigadores clíniques representants de cada unitat debatessin en grup sobre els objectius de la investigació. No només amb la finalitat pròpia de la IAP de realitzar la planificació, acció i reflexió, sinó també per a obtenir un major coneixement i una millor comprensió del fenomen. Finalment es van dur a terme 5 grups de discussió al llarg de tot el procés, els quals van tenir lloc al Campus Universitari Mar, a Barcelona. Per a cada sessió es va elaborar un guió en funció del cicle i etapa de la IAP en què es trobava la investigació. Les sessions van estar dinamitzades per la investigadora orgànica i el co-investigador ARMP amb els rols de facilitadors i provocadors amb l'objectiu de fomentar la participació i proporcionar el medi per a conèixer la perspectiva de les principals parts interessades (Jayasekara, 2012).

A continuació es detalla el procés d'integració de les tècniques de recollida de dades amb la IAP. La Figura 2 mostra les tècniques de recollida de dades durant el primer cicle IAP i la Figura 3 les del segon cicle IAP.

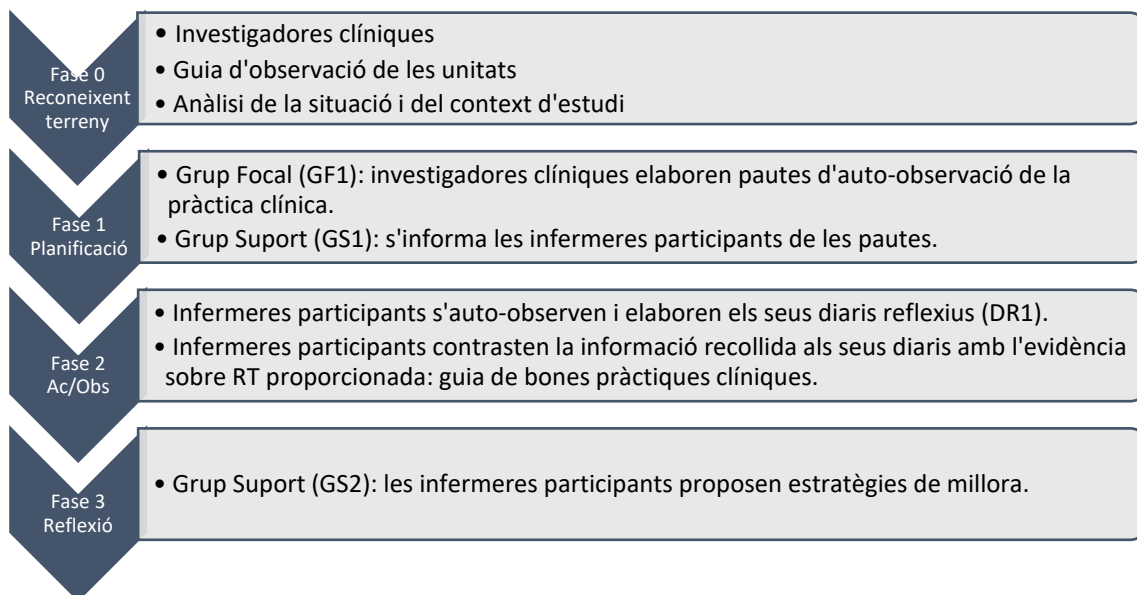


Figura 2: Tècniques de recollida de dades durant el primer cicle IAP

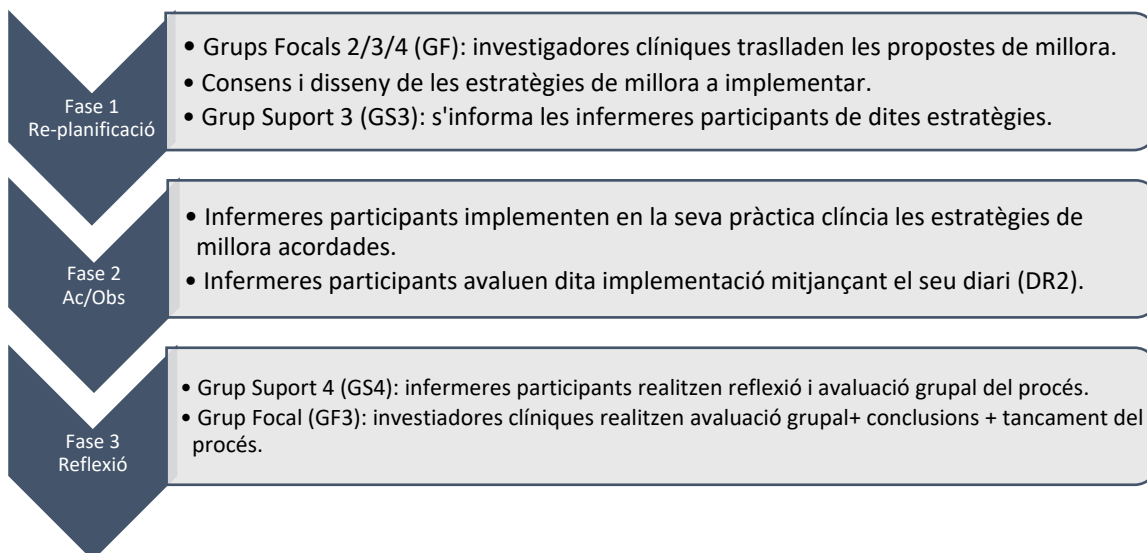


Figura 3: Tècniques de recollida de dades durant el segon cicle IAP

3. 5. ANÀLISI DE DADES

L'anàlisi de les dades es va dur a terme mitjançant anàlisi temàtica de contingut seguint un procés d'identificació, codificació i categorització dels principals eixos de significat del discurs. Aquest mètode d'anàlisi s'utilitza en el tractament de discursos i té per objectiu la cerca dels sentits continguts en els documents i el material recol·lectat (Graneheim, Lindgren, & Lundman, 2017). El procés d'anàlisi de dades es va iniciar en el moment en què se'n van començar a tenir i es va

perllongar fins la seva saturació teòrica. Prèviament a l'inici del procés es va organitzar i sistematitzar la informació recollida amb l'objectiu de ser honestos i familiaritzar-nos amb ella.

3. 6. CRITERIS DE RIGOR I QUALITAT

Com a exigència en tot procés d'investigació qualitativa i, amb la finalitat de garantir una major certesa dels resultats, el rigor metodològic i la qualitat són elements primordials que es van aportar a aquest estudi segons els plantejaments de Guba & Lincoln (Guba & Lincoln, 2002). Pel que fa a la *confiabilitat*, es va realitzar una retroalimentació amb les participants i es va documentar com s'havia dut a terme la recollida de dades, tenint en compte possibles biaixos i limitacions, alhora que es va utilitzar el verbatim per a mostrar exemples específics. La predisposició de l'equip metodològic de donar veu a tots els participants per a mostrar les diferents realitats del context d'estudi va garantir l'*autenticitat*, i la utilització simultània de tècniques i d'investigadors que contrastaven posteriorment els resultats obtinguts per separat, va garantir el criteri de *triangulació*. Per últim, i més important, la *reflexivitat*, entesa com la consciència, l'autoconeixement i el pensament curós de l'investigador que permeten avaluar la seva influència en la dinàmica de la investigació, es va dur a terme i es va garantir amb l'anàlisi crítica de tot el procés.

3. 7. CONSIDERACIONS ÈTIQUES

Per a dur a terme la investigació es van sol·licitar i obtenir els permisos pertinents per part de la direcció de totes les organitzacions participants, juntament amb l'aprovació dels CEIC de referència (Annex V) i l'autorització de tots els participants pel resultat públic que es s'ha donat a les dades, en compliment de la Llei 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal (Llei vigent en el moment de l'estudi). Sempre preservant l'anonimat i l'estricta confidencialitat, tant el nom de les unitats com el de les investigadores clíniques i el de les

infermeres participants van ser codificats i enumerats. Les dades van quedar reservades per a fins relacionats amb aquesta investigació. Els professionals que van accedir a participar ho van fer de manera voluntària, signant el consentiment informat corresponent d'acceptació de les condicions de l'estudi, amb la possibilitat d'acollir-se al seu dret de retirar-se'n quan ho consideressin (Annex I). Tanmateix, seguint les recomanacions de l'Informe de Belmont, l'equip investigador va garantir el valor científic i social d'aquesta investigació i la prevalença dels interessos dels participants per sobre dels seus mitjançant absolut respecte cap a la seva persona.

Per a finalitzar, recordar al lector que els aspectes metodològics es troben descrits en major detall i concreció en cadascuna de les fases de l'estudi que es troben recollides en les diferents publicacions derivades de la tesi doctoral, les quals es presenten en l'apartat de resultats.

4. ARTICLES DERIVATS DE LA TESI

ARTICLE 1

La relación terapéutica como eje de los cuidados enfermeros en las unidades de salud mental: análisis del contexto en Cataluña

Aquest article correspon a la fase de reconeixement del terreny de la Investigació-Acció participativa (IAP), prèvia a l'inici del primer cicle, i mostra els resultats de l'anàlisi de 17 guies d'observació de les 18 unitats participants a la investigació, complimentades per les infermeres coordinadores de cadascuna d'elles. Tenint en compte que múltiples factors de tipus individual i contextual condicionen la qualitat de la relació terapèutica a les unitats de salut mental, l'objectiu va ser descriure les característiques d'estructura, d'equip, de normativa i de dinàmica de cures que intervenen en l'establiment de la relació terapèutica a les unitats de salut mental de Catalunya.

Les troballes s'agrupen de 3 grans blocs: a) característiques d'estructura i dotació d'infermeres a les unitats, b) característiques de la normativa i la dinàmica de cures de les unitats i c) característiques dels indicadors de qualitat de les cures.

L'estudi conclou que la gran variabilitat observada a les unitats en relació a factors de l'entorn com l'estructura, les ràtios i les normatives, condicionen les cures que es brinden i, en conseqüència, la RT és considerablement diferent en funció de l'àrea geogràfica en la qual resideix cada pacient.

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*, 25(59), 132–143. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.59.14>

La relación terapéutica como eje de los cuidados enfermeros en las unidades de agudos de salud mental: análisis del contexto en Cataluña

The therapeutic relationship as the core of nursing care in acute mental health units: analysis of the context in Catalonia

A relação terapêutica como núcleo central dos cuidados de enfermagem em unidades de saúde mental aguda: análise do contexto na Catalunha

Diana Tolosa Merlos¹, Antonio R. Moreno Poyato², Pilar Delgado Hito³ (Grupo de trabajo MiRTCIME.CAT)

¹Máster Universitario en Liderazgo y Gestión de Servicios de Enfermería por la Universidad de Barcelona. Enfermera de Salud Mental en Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions en el Parc de Salut Mar. Orcid: 0000-0001-7668-0557. Correo electrónico: dtolosa@parcdesalutmar.cat

²Doctor por la Universidad Rovira i Virgili. Enfermero Especialista en Salud Mental.

Profesor Departamento de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil, Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona. Orcid: 0000-0002-5700-4315. Correo electrónico: amorenopoyato@ub.edu

³Doctora por la Universidad de Montreal. Profesora del Departamento de Enfermería Fundamental y Médico-quirúrgica, Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona. Grupo de Investigación Enfermera del Instituto de Investigación Biomédicas de Bellvitge (GRIN-IDIBELL). Orcid: 0000-0001-7077-3648. Correo electrónico: pdelgado@ub.edu

Correspondencia: Antonio R. Moreno Poyato, Departamento de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil. Escuela de Enfermería, Campus Bellvitge. Pavelló de Govern, 3a planta, despatx 305.C/ Feixa Llarga, s/n. 08907-L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Correo electrónico de contacto: amorenopoyato@ub.edu

Cómo citar este artículo: 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* (Edición digital), 25(59). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.14>

Agradecimientos: Agradecemos a todas las enfermeras participantes y la Fundació Infermeria i Societat del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona por su financiación (PR-218/2017).

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no hay ningún conflicto de intereses.

Recibido: 29/11/2020 Aceptado: 10/01/2021



RESUMEN

Múltiples factores de tipo individual y contextual condicionan la calidad de la relación terapéutica en unidades de salud mental. El objetivo fue describir las características de estructura, de equipo, de normativa y de dinámica de cuidados que intervienen en el establecimiento de la relación terapéutica en las unidades de salud mental de Cataluña. El estudio forma parte un proyecto multicéntrico que incluye 18 unidades de salud mental de Cataluña y que pretende mejorar la relación terapéutica a través de una Investigación-Acción Participativa. Este trabajo es la primera etapa en la cual se realizó un análisis del contexto de estudio. Los datos se recogieron a través de guías observacionales cumplimentadas por las enfermeras coordinadoras de cada centro. Los resultados se agruparon en 3 temas: i) estructura de las unidades y dimensión de las plantillas, ii) normativa y dinámica de las unidades y iii) indicadores de calidad de los cuidados. La principal conclusión del estudio es la gran variabilidad observada en las unidades en relación con su estructura, ratios y normativas. Debido a estos factores del entorno, los cuidados que se brindan y, en consecuencia, la relación terapéutica; es considerablemente distinta en función del área en la que reside cada paciente.

Palabras clave: Relación terapéutica; cultura de cuidados; investigación-acción participativa; unidades de salud mental.

ABSTRACT

Multiple individual and contextual factors influence the quality of the therapeutic relationship in mental health units. The objective was to describe the

characteristics of structure, teamwork, ward rules and care dynamics that intervene in the establishment of the therapeutic relationship in mental health units in Catalonia. The study is part of a multi-centre project that includes 18 mental health units in Catalonia, and which aims to improve the therapeutic relationship through Participatory Action-Research. This work is the first stage in which an analysis of the study context was carried out. The data were collected through observational guides filled in by the coordinating nurses of each centre. The results were grouped into 3 themes: i) structure of the units and size of the teamworks, ii) rules and dynamics of the units and iii) indicators of quality of care. The main conclusion of the study is the great variability observed in the units in relation to their structure, ratios and rules. Due to these environmental factors, the care provided and, consequently, the therapeutic relationship, is considerably different depending on the area in which each patient resides.

Keywords: Therapeutic relationship; culture of care; participatory action-research; mental health units.

RESUMO

Vários fatores individuais e contextuais condicionam a qualidade da relação terapêutica nas unidades de saúde mental. O objetivo foi descrever as características da estrutura, trabalho em equipa, regulamentação e dinâmica de cuidados que intervêm no estabelecimento da relação terapêutica em unidades de saúde mental na Catalunha. O estudo faz parte de um projeto multicêntrico que inclui 18 unidades de saúde mental na Catalunha e que visa melhorar a relação terapêutica através da Investigação-Ação Participativa. Este trabalho é a primeira etapa em que foi realizada uma análise do contexto do estudo. Os dados foram recolhidos através de guias

observacionais preenchidos pelos enfermeiros coordenadores de cada centro. Os resultados foram agrupados em 3 temas: i) estrutura das unidades e tamanho dos gabaritos, ii) regulamentação e dinâmica das unidades e iii) indicadores de qualidade da atenção. A principal conclusão do estudo é a grande variabilidade observada nas unidades em relação á sua estrutura, relações e regulamentos. Devido a estes fatores ambientais, os cuidados prestados e, conseqüentemente, a relação terapêutica, são consideravelmente diferentes dependendo da área em que cada paciente reside.

Palavras-chave: Relação terapêutica; cultura de cuidados; investigação-ação participativa; unidades de saúde mental.

INTRODUCCIÓN

La Relación Terapéutica (RT) es la piedra angular de la enfermería de salud mental y una de las herramientas con mayor entidad para la enfermera en su práctica clínica, siendo su adecuado establecimiento especialmente relevante para aumentar la efectividad de cualquier intervención enfermera en las unidades de agudos de salud mental (McAndrew, Chambers, Nolan, Thomas, & Watts, 2014). No obstante, si bien es cierto que las enfermeras de salud mental parecen ser conocedoras de la importancia de la RT en las unidades de salud mental, la revisión de la literatura nos lleva a pensar que los conocimientos teóricos de la misma no son suficientes para crear un buen vínculo y establecerla adecuadamente en la práctica clínica diaria (A.R. Moreno-Poyato et al., 2016). En este sentido, cobra especial relevancia el conocimiento del entorno y de la cultura de los cuidados en nuestra práctica clínica diaria con el fin de poder contextualizar la situación actual de las unidades de hospitalización de salud mental.

La literatura señala que el trabajo centrado en tareas y el tiempo que éstas consumen en materia de cuidados de salud mental dificultan la individualización de los mismos y, en consecuencia, la efectividad de la RT (Hopkins, Loeb, & Fick, 2009). Asimismo, existe evidencia que sugiere que, a pesar del aumento de ratio de profesionales en los distintos dispositivos, cada vez se está menos tiempo con el paciente (Sharac et al., 2010). Las enfermeras identifican el elevado tiempo empleado en tareas administrativas, las sensaciones negativas, las expectativas poco realistas de los pacientes y su propia incapacidad para decirles la verdad en relación a las mismas como los elementos que con mayor frecuencia limitan la RT (Hopkins et al., 2009). Además, tener la impresión de que están muy presentes en su trabajo diario conceptos socialmente inaceptables como la segregación, la coerción y el control, hace que éste sea vivido por ellas como poco motivador, rutinario y con funciones exclusivamente de control social (Gabrielsson, Sävenstedt, & Zingmark, 2015).

Además, hay estudios que también sugieren la idea de que la relación terapéutica en la práctica clínica está influenciada por factores relacionados con las características estructurales de las unidades, la normativa instaurada y las culturas de trabajo de las mismas, las cuales dificultan la individualización de los cuidados y, por tanto, la efectividad de la RT (Gabrielsson, Sävenstedt, & Olsson, 2016). En este sentido, un estudio reciente vincula por primera vez otros factores con una RT de calidad. Éstos son: 1) disponer de un entorno para la práctica más favorable, 2) más bases para unos cuidados enfermeros de calidad, 3) calificaciones académicas altas de las enfermeras y 4) mayor experiencia de las mismas (Roviralta-Vilella, Moreno-Poyato, Rodríguez-Nogueira, Duran-Jordà, & Roldán-Merino, 2019).

Existe en nuestro entorno una escasez de trabajos que profundicen en el conocimiento, comprensión y desarrollo de los factores contextuales relacionados con las unidades de salud mental, y que, asimismo, intervienen directamente en la RT y en, consecuencia, en la calidad de la atención durante la hospitalización. Por lo tanto, se hacen necesarios estudios que permitan estimular el pensamiento crítico en las enfermeras, que favorezcan la toma de conciencia de la importancia de la RT para los resultados de salud del paciente y mejorar así los cuidados enfermeros en dichas unidades.

En este sentido, el objetivo de este estudio fue describir las características de estructura, de equipo, de normativa y de dinámica de cuidados que intervienen en el establecimiento de la relación terapéutica en las unidades de agudos de Salud Mental de Cataluña.

METODOLOGÍA

Este estudio forma parte de un proyecto multicéntrico en el que participan las unidades de agudos de Salud Mental (SM) de Cataluña (MiRTCIME.CAT) y que tiene como finalidad principal mejorar la relación terapéutica enfermera-paciente mediante la implementación de evidencias. Para ello se planteó una aproximación cualitativa mediante una Investigación-Acción Participativa (IAP), enmarcada en el paradigma constructivista. Es un método que busca generar cambios y que integra investigación y acción social (Abad Corpa, Delgado Hito, & Cabrero García, 2010). Su proceso está formado por ciclos y etapas que se van sucediendo y, concretamente, este trabajo corresponde a la primera etapa en la cual se pretendía efectuar un análisis inicial del contexto de estudio.

Se invitaron a participar en el proyecto a las 21 unidades de agudos de SM de Cataluña, de ellas 18 aceptaron. El equipo

investigador junto a la dirección enfermera de cada hospital propuso a una enfermera representante para cada centro, una enfermera que reuniera condiciones de respeto, credibilidad y liderazgo para el resto de compañeras de la unidad, de tal manera que pudiera realizar funciones dentro del mismo equipo investigador tales como reclutamiento de participantes, recogida de datos y difusión de los mismos.

En esta etapa del proyecto, la información se recogió a través de guías que cumplieron las enfermeras representantes de cada uno de los centros. Las guías fueron elaboradas por el equipo de investigación y recopilaron datos cuantitativos y cualitativos. Por un lado, variables relacionadas con las características de las unidades como el tipo de hospital, número de camas, ratio enfermera-paciente, espacios destinados a la interacción enfermera-paciente, servicio de urgencias propio, normativa e indicadores de calidad. Y, por otro lado, un guion de observación que recogía una descripción en cuanto a la estructura, a los equipos enfermeros y a la dinámica de cuidados asociada con la relación enfermera-paciente de cada uno de los centros. El análisis de los datos obtenidos se efectuó mediante estadística descriptiva para los datos cuantitativos y mediante análisis de contenido para los cualitativos, al ser el enfoque más adecuado para la categorización de este tipo de datos de acuerdo con criterios empíricos o teóricos (Mayring, 2000).

Entre los criterios de rigor del trabajo debe mencionarse que se solicitó y obtuvo permiso por parte los comités de ética de todos los centros participantes, siempre preservando el anonimato y la estricta confidencialidad, siendo enumerado y codificado tanto el nombre de las unidades como el de los participantes. También se tuvo en cuenta la reflexividad de los investigadores para con el fenómeno de estudio tomando conciencia del mismo y

para con las enfermeras participantes para que su subjetividad no condicionara la recogida de datos, de tal forma que, en el grupo de trabajo previo a la elaboración de las guías, se realizaron ejercicios piloto para realizar una observación lo más objetiva posible. Asimismo, se realizó una devolución resumida de los datos emergidos a los participantes para garantizar el criterio de credibilidad.

RESULTADOS

Se muestran resultados obtenidos del análisis de 17 guías de observación de las 18 unidades participantes. Los hallazgos se agrupan en 3 grandes bloques: i) las características de estructura de las unidades y de dimensión de las plantillas de enfermeras, ii) las características de la normativa y dinámica de las unidades y iii) las características de los indicadores de calidad de los cuidados.

Estructura de las unidades y dimensión de las plantillas de enfermeras

En la tabla 1 se muestran los resultados cuantitativos respecto a las características de estructura y dimensión de los centros. En primer lugar, se identificaron diferencias en cuanto al tipo de centro, dado que existían unidades ubicadas en hospitales de agudos con distintas especialidades, unidades en centros de atención psiquiátrica y sociosanitaria, y unidades en centros psiquiátricos monográficos. No obstante, cabe mencionar que la mayor parte de unidades se encontraban en hospitales con otras especialidades médicas. Asimismo, debe destacarse que entre todos ellos se identificaron diferencias en cuanto a su población de referencia, relacionándose los hospitales generales con distintas especialidades con la asistencia a una población predominantemente urbana y concentrada geográficamente y, por el

contrario, relacionándose directamente los hospitales psiquiátricos monográficos con la dispersión geográfica de la población, que además era de ámbito más rural que urbano. En este sentido, el análisis de las guías reflejó que la población inmigrante estaba presente tanto en las zonas urbanas como en las rurales y que sus particularidades culturales e idiomáticas constituyen una de las principales dificultades para unos cuidados enfermeros individualizados, así como para el establecimiento de una relación terapéutica efectiva.

Por otro lado, se observó una amplia variabilidad en el número de camas destinado a la hospitalización de personas con problemas de salud mental en dichos centros, existiendo un predominio de las unidades de más de 30 camas, seguidas de las unidades que disponían de entre 21 y 30 camas y, por último, las unidades con menos de 20 camas, que eran las minoritarias. Además, de los 17 centros, 14 de ellos disponían de servicio de urgencias de psiquiatría propio, mientras que los 4 restantes no, si bien es cierto que no todos los que sí disponían de él tenían una enfermera única y exclusivamente para dicho servicio.

En relación con las ratios de los equipos enfermeros, debe destacarse que los resultados reflejaron una gran heterogeneidad entre los centros, pues existían diferencias llamativas con respecto a las ratios enfermera-paciente obtenidas utilizando como referencia la ratio del turno de mañana. El rango de intervalos oscilaba entre los 16 pacientes por enfermera que equivalía a más de un tercio de los casos, y el intervalo de menos de 10 pacientes por enfermera que equivalía a menos de una quinta parte de los casos.

Se observaron también diferencias estructurales relevantes respecto a los espacios físicos destinados tanto a las actividades habituales de los pacientes en las

unidades, como a los propios equipos enfermeros. Estas diferencias estaban relacionadas con la antigüedad de las

unidades (algunas estaban reformadas, pero otras no), el tipo de habitación (individual o colectiva), el control de enfermería (abierto o cerrado), la disponibilidad de estancias para que el personal pudiera desconectar, los despachos médicos dentro o fuera de la unidad, o bien los espacios propios para la interacción individual enfermera-paciente y los espacios comunes para la interacción grupal.

“La unidad es antigua y tiene habitaciones bastante degradadas con humedades en las paredes, armarios rotos o marcas de golpes en las paredes. Cuando ingresan los pacientes el estado de las instalaciones y habitaciones da mal aspecto.” GO-06, “...no hay espacios de salida para tomar el aire, siendo una unidad cerrada”, “elevado número de pacientes por enfermera (1 enfermera para 30 pacientes) con elevadas cargas de trabajo...” GO-07

Como se observa en la tabla 1, solamente algo más de una tercera parte de los centros sí disponía de estos espacios para la interacción individual, mientras que el resto no disponía de ellos, si bien, el análisis cualitativo destacó que estos espacios de trabajo con el paciente eran poco adecuados y que habitualmente se llevaban a cabo las intervenciones enfermeras con poca intimidad.

“...durante las comidas, en el momento de administrar la medicación, se realiza una interacción breve con el usuario, aprovechando para presentarnos si no nos conocía, realizar educación sanitaria sobre la dieta y la medicación, así como recoger quejas y demandas para transmitir a sus psiquiatras referentes” GO-17.

Tabla 1. Características de estructura y de dimensión de enfermeras de las unidades

Variable	n	%
Tipo de hospital		
Psiquiátrico monográfico	3	16.7
Psiquiátrico y sociosanitario	4	22.2
Agudos distintas especialidades	11	61.1
Número de camas		
Hasta 20 camas	2	11.1
De 21 a 30 camas	5	27.8
Más de 30 camas	11	61.1
Servicio propio de urgencias de psiquiatría		
Si	14	77.8
No	4	22.2
Espacio propio para la interacción enfermera-paciente		
Si	7	38.9
No	11	61.1
Espacios comunes para intervención grupal		
Si	14	77.8
No	4	22.2
Ratio paciente/enfermera turno de mañana		
Hasta 10 pacientes/enfermera	3	16,7
De 11 a 16 pacientes/enfermera	7	38,9
Más de 16 pacientes/enfermera	8	44,4
Media enfermeras especialistas en plantilla por unidad (DE)	4.56	(4.9)

DE: Desviación Estándar

Normativa y dinámica de funcionamiento de las unidades

Respecto a las características de la normativa y dinámica de las unidades, en lo referente a las normativas internas y basándonos en los aspectos estudiados, se observó, en general, mayor similitud (Tabla 2).

En cuanto a las llamadas telefónicas, eran limitadas en todos los centros, así como los horarios de visita, que eran limitados en una franja de un turno, limitados en franja de turno de mañana y de tarde o bien libres. El análisis cualitativo destacó la introducción del uso del teléfono móvil, también limitado, en algunas de las unidades estudiadas.

“se puede utilizar el teléfono móvil siempre que se haga un uso responsable y siendo el usuario quien se responsabiliza en caso de pérdida o de mal uso del mismo” GO-16

Con respecto a los permisos de salida, predominó también el modelo más restrictivo, ya que la mayor parte de los centros que exigían que éstos se llevaran a cabo acompañados de algún familiar.

Otro de los aspectos que se estudió y que ya no resultó tan homogéneo fue el relacionado con el tipo de ropa de los pacientes durante la hospitalización, pues se observó que más de la mitad de los centros permitía el uso de ropa de calle, mientras que el resto sólo permitía el uso de pijama, siguiendo el modelo de hospitalización y cuidados tradicional.

En lo referente al tabaco, la normativa, amparada por la ley antitabaco (Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010), volvió a ser bastante unánime, pues seguía estando prohibido en la mayoría de centros y

permitido, pero con horarios establecidos, en los mínimos.

Por lo referente a la disponibilidad de usar las habitaciones sin limitaciones, se observó que la mitad de los centros mantenían las habitaciones abiertas todo el día, mientras que la otra mitad permanecían cerradas, salvo en las horas de descanso. Directamente relacionado con el uso de las habitaciones nos encontramos con la normativa respecto a las propias pertenencias, habiendo centros en los que los usuarios disponían de ellas de forma libre, centros en los que disponían de ellas solicitándolas al equipo enfermero y centros en los que había que solicitarlas al equipo enfermero y usarlas bajo su supervisión, siendo estos últimos la mitad de los centros estudiados.

Con respecto a las dietas de los pacientes durante la hospitalización, existía la posibilidad de elegir menú y repetir algún plato del mismo en tres cuartas partes de los centros, mientras que no era posible hacerlo en la cuarta parte restante.

En este orden de cosas, también se observó la diversidad en cuanto a las dinámicas de trabajo establecidas, en las cuales, según el análisis cualitativo, predominaban las tareas administrativas de las enfermeras:

“...si la enfermera ese día tiene pocas tareas a primera hora, puede dedicarse a interactuar con sus usuarios” GO-01, “... a partir del desayuno y, una vez terminadas las tareas diarias, se van atendiendo demandas según las necesidades de los usuarios o de los médicos, se atienden urgencias si las hay, se preparan altas, se atienden llamadas familiares... las enfermeras están en el control de enfermería, escribiendo informes de alta, el evolutivo del turno o los PAE's.” GO-03, “...comprobación y validación informática de las dietas, preparación de la medicación de los permisos diarios, realización y

Cultura de los Cuidados

complementación del plan de curas, registro evolutivo, registro en las historias clínicas, atención/gestión de altas y de ingresos.” GO-16

Todos los centros coincidieron en que la mayor parte de las interacciones enfermera-paciente se realizaban sin una planificación sistematizada, aspectos identificados en las guías como elementos que dificultaban el proceso de la relación terapéutica. En cuanto a la asignación de pacientes, en la mitad de los centros se realizaba por equipos, en una tercera parte se realizaba por estructura de la unidad y en el resto se hacía de forma arbitraria. En este sentido, las enfermeras también destacaron en las guías la importancia del trabajo en equipo, de la mano del resto de profesionales, en especial de los médicos, y del papel de la enfermera como referente de los cuidados de cada paciente. Asimismo, destacaron el hecho de que, en muchas unidades, los despachos del resto del equipo interprofesional se encuentran fuera de la misma, generando distancia física entre los ellos:

“el personal médico se encuentra en una zona a parte de la unidad, lo que ocasiona que no visualice de forma directa lo que en la unidad ocurre. Es enfermería quien tiene que ir informando del clima de la unidad para poder adelantarnos a posibles problemas” GO-03

Respecto a las visitas programadas conjuntas médico-enfermera se llevaban a cabo de esta forma en un tercio de los casos, mientras que en los dos tercios restantes no, aspecto que también destacó en el análisis cualitativo por el hecho de que las enfermeras sentían el predominio del modelo biomédico en los cuidados:

“La unidad no dispone de equipo educativo, pese a que es una demanda que se reitera tanto por usuarios como por el equipo que en ella trabaja. Posiblemente esté en vías de negociación” GO-16, “Las actividades

terapéuticas como tal son escasas. Más allá de las visitas del médico psiquiatra o del psicólogo, no existen programadas actividades grupales con ese fin” GO-13, “Las enfermeras forman equipo con un auxiliar de referencia, pero no con el médico, ya que el reparto de ingresos con los psiquiatras es indiferente a su diagnóstico, ubicación o enfermera.” GO-12

Sí existían más similitudes en lo referente a las reuniones de equipo con presencia de enfermera, pues se realizaban en la gran mayoría de los centros, si bien en las guías se destacaba que estas reuniones de equipo se llevaban a cabo de forma regular y el orden del día solía ser el plan terapéutico de cada paciente. En este sentido, las enfermeras no disponían de espacios de reflexión conjunta acerca del día a día de las unidades. Otro de los elementos estudiados fue la actividad ocupacional, que se llevaba a cabo en dos terceras partes de los centros, aunque la oferta de actividades regladas y establecidas era escasa, mientras que en el tercio restante ni tan solo se contemplaba esta actividad dentro del plan terapéutico de los pacientes.

Y, por último, se estudiaron también las reuniones tipo asambleas de pacientes, siendo una estrategia que casi la mitad de los centros celebraba regularmente y utilizaba para dar voz a sus opiniones y sugerencias en cuanto a la normativa y a la convivencia en las unidades y, por el contrario, no sucedía así en la otra mitad de los centros.

Tabla 2. Características de la normativa y dinámica de las unidades

Variable	n	%
Normativa: llamadas		
De forma limitada	18	100.0
De forma ilimitada	0	0.0
Normativa: horario visitas		
Libres a lo largo del día	2	11.1
Limitadas en franja de turno de mañana y de tarde	7	38.9
Limitadas a una franja de un turno	9	50.0
Normativa: permisos		
Solo/a	1	5.6
Acompañado/a de familiar	16	88.9
Sin posibilidad	1	5.6
Normativa: ropa		
Si	11	61.1
No	7	38.9
Normativa: tabaco		
Sin límite pero en horarios establecidos	1	5.6
Con límite en horarios establecidos	2	11.1
Prohibido	15	83.3
Normativa: habitaciones		
Abiertas todo el día	9	50.0
Cerradas salvo horas de descanso	9	50.0
Normativa: pertenencias		
De forma libre	5	27.8
Solicitándolo al equipo	4	22.2
Solicitándolo al equipo y bajo supervisión	9	50.0
Normativa: dietas		
Elegir menú y repetir	4	22.2
Repetir plato o postre de forma habitual	1	5.6
Repetir plato o postre de forma aislada	8	44.4
No hay opción de repetir	5	27.8
Nivel de rigidez normativa (DE)	19.11	(2.3)
Tipo de asignación de pacientes		

Por equipo	9	50.0
Por estructura de la unidad	6	33.3
De forma arbitraria	3	16.7
Visitas programadas conjuntas médico-enfermera		
Si	6	33.3
No	12	66.7
Reuniones de equipo con presencia de enfermera		
Si	17	94.4
No	1	5.6
Actividades ocupacionales		
Si	12	66.7
No	6	33.3
Asambleas con pacientes		
Si	8	44.4
No	10	55.6

DE: Desviación Estándar

Indicadores de calidad de cuidados

Respecto a las características de los indicadores de calidad de cuidados de las unidades se estudiaron los datos correspondientes al año 2017 (Tabla 3).

El número de horas disponibles del equipo enfermero por paciente y día era de una media de 4, mientras que el número de horas disponibles de la enfermera por paciente y día era de 1,8.

Otro indicador de calidad estudiado fue la tasa de pacientes en contención mecánica. Los resultados indicaron que se aplicaba esta medida, de media, una vez cada tres días por unidad. Además, en este sentido, se indicó también que todos los centros realizaban un registro y seguimiento del protocolo pertinente, tratándose en casi la totalidad de los centros de protocolos o procedimientos basados en la evidencia científica.

Tabla 3. Características de los indicadores de calidad de cuidados de las unidades

Variable	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Tasa de horas disponibles equipo enfermero por paciente y día	17	2.1	8.6	4.057	1.8950
Porcentaje de protocolos o procedimientos basados en la evidencia científica	18	56	100	97.56	10.371
Tasa de horas disponibles enfermero/a por paciente y día	17	.6	4.0	1.882	.9949
Tasa de pacientes con contenciones mecánicas	16	49.5	241.0	142.893	47.2706
Porcentaje de pacientes con contenciones mecánicas a los que se les aplica un protocolo y tienen un registro de seguimiento estudiado	18	100	100	100.00	0.000

DISCUSIÓN

El presente estudio pretendía describir las características de estructura, de dotación de equipo, de normativa y de dinámicas de cuidados que intervienen en el establecimiento de la relación terapéutica en las unidades de agudos de SM de Cataluña. En este sentido lo primero que se debe destacar es la gran variabilidad que existe en la mayor parte de aspectos estudiados relacionados con estructura, ratios y normativas. Sin embargo, desde un punto de visto global, en cuanto a la cultura de

cuidados de las unidades, no existen grandes diferencias a la hora de identificar los elementos que más afectan al establecimiento de la RT enfermera-paciente.

Concretamente, los resultados indicaron una gran diversidad en cuanto a la estructura arquitectónica de las unidades, pues muchas de ellas siguen siendo pequeñas, antiguas y con una alta concentración de pacientes. Alexander y Bowers (2004) ya señalaban la necesidad de estructuras grandes y amplias, así como el uso de una comunicación verbal y unas normativas claras como factores favorecedores de la relación enfermera-paciente, siendo éstos, además, factores que contribuyen a evitar comportamientos violentos. En una revisión sistemática reciente de estudios llevados a cabo en distintos países acerca de las experiencias de los pacientes en las unidades de salud mental, se destacan los aspectos de la relación enfermera-paciente como fundamentales para su recuperación, como son el hecho de mantener una relación de alta calidad y disponer de un entorno físico y social seguro y saludable (Staniszewska et al., 2019).

En cuanto a la normativa, los resultados indicaron una menor diversidad y van en la línea de la disminución de la rigidez normativa. En relación a este intento de individualizar y humanizar el cuidado, cabe destacar que muchas unidades de agudos ya han iniciado esta transición del modelo tradicional de cuidados hacia un modelo más humanista, revisando y actualizando sus normativas e incorporando, por ejemplo, el uso del móvil o la ropa de calle durante la hospitalización. En este sentido, las instituciones tienen un papel fundamental para retomar el hilo del cuidado desde una perspectiva más humanista, dejando atrás el modelo biologicista y devolver así el protagonismo al paciente (Moreno-Poyato, 2019).

Por lo referente a las dinámicas de cuidados, los resultados indicaron que existe cierta distancia entre los equipos de trabajo, los cuales se observaron poco cohesionados. La falta de tiempo por la absorción de las tareas administrativas, los espacios de interacción poco adecuados o incluso ausentes, las ratios elevadas y las dificultades para el trabajo en equipo (Hanrahan & Aiken, 2008), son limitaciones percibidas por las enfermeras de forma insatisfactoria, por lo que, a menudo, no pueden satisfacer las expectativas de los pacientes ni las suyas propias para brindar unos cuidados óptimos y lograr una relación terapéutica de calidad (Gabrielsson et al., 2016).

Asimismo, intervenciones como las acogidas de ingreso, los cuidados específicos o la preparación de la medicación solían realizarse entre varias interrupciones, con los riesgos que ello conlleva. Y, por último, destacó también que la mayoría de demandas y de interacciones con el paciente se realizaban en medio del pasillo y de forma improvisada.

El hecho de disponer de un tiempo regulado para las interacciones enfermera-paciente, al igual que en propuestas que se están llevando a cabo en otros países como en Suecia, se está erigiendo como una herramienta facilitadora de la recuperación, pues poder disponer de estos espacios de tiempo regulados, contribuye a mejorar las expectativas del paciente durante el ingreso y, con ello, a mejorar su recuperación. Tanto es así, que incluso cuando no se ha podido llevar a cabo y este espacio ha estado ausente, se ha observado un distanciamiento de los pacientes respecto a las enfermeras (Molin, Graneheim, Ringnér, & Lindgren, 2018).

CONCLUSIONES

Los factores estudiados, en especial, las estructuras, las ratios y las dinámicas de cuidados hacen que cada centro sea distinto

y particular, pero todos ellos afectan, según las enfermeras, en mayor o menor medida al establecimiento de la RT. Además, a todo ello, hay que sumarle las políticas de cuidados a nivel organizacional. En este sentido, debido a estos factores del entorno, los cuidados que se brindan son considerablemente distintos en función del área geográfica en la que reside cada paciente.

Asimismo, entre las implicaciones para la práctica se recomienda diseñar acciones para mejorar el entorno de trabajo, así como la atención enfermera en las unidades de salud mental. En cuanto a las estructuras de las unidades, se recomienda la búsqueda o creación de espacios físicos adecuados para realizar intervenciones enfermeras con confort e intimidad. Con respecto a las dinámicas y culturas de cuidados, se recomienda implementar espacios terapéuticos reservados en la jornada laboral de las enfermeras para realizar un seguimiento de la hospitalización centrado en las expectativas y en las necesidades de salud del paciente, trabajando el vínculo terapéutico y acordando los objetivos conjuntamente.

BI BLIOGRAFÍA

Abad Corpa, E., Delgado Hito, P., & Cabrero García, J. (2010). La investigación-acción-participativa. Una forma de investigar en la práctica enfermera. *Revista de Investigación y Educación En Enfermería*, 28(3), 464–474.

Alexander, J., & Bowers, L. (2004). Acute psychiatric ward rules: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(5), 623–631. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00770.x>

Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., & Olsson, M. (2016). Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses'

experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 434–443. <https://doi.org/10.1111/inm.12230>

Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., & Zingmark, K. (2015). Person-centred care: clarifying the concept in the context of inpatient psychiatry. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 555–562. <https://doi.org/10.1111/scs.12189>

Hanrahan, N. P., & Aiken, L. H. (2008). Psychiatric nurse reports on the quality of psychiatric care in general hospitals. *Quality Management in Health Care*, 17(3), 210–217. <https://doi.org/10.1097/01.QMH.0000326725.55460.af>

Hopkins, J. E., Loeb, S. J., & Fick, D. M. (2009). Beyond satisfaction, what service users expect of inpatient mental health care: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 927–937. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01501.x>

Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

McAndrew, S., Chambers, M., Nolan, F., Thomas, B., & Watts, P. (2014). Measuring the evidence: reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 212–220. <https://doi.org/10.1111/inm.12044>

Molin, J., Graneheim, U. H., Ringnér, A., & Lindgren, B.-M. (2018). Patients' experiences of taking part in Time Together - A nursing intervention in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.12560>

Moreno-Poyato, A.R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., ... 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. (2019). La relación terapéutica en la enfermería de salud mental del siglo XXI: integrando reflexión teórica y evidencia empírica. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, (13), 24–28. <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2019.13.24>

Roviralta-Vilella, M., Moreno-Poyato, A. R., Rodríguez-Nogueira, Ó., Duran-Jordà, X., & Roldán-Merino, J. F. (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*, inm.12648. <https://doi.org/10.1111/inm.12648>

Sharac, J., McCrone, P., Sabes-Figuera, R., Csipke, E., Wood, A., & Wykes, T. (2010). Nurse and patient activities and interaction on psychiatric inpatients wards: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 909–917. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.03.012>

Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S. J., Bhui, K., Larkin, M., ... Weich, S. (2019). Experiences of in-patient mental health services: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 214(6), 329–338. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.22>

ARTICLE 2:

Exploring the therapeutic relationship from the reflective practice of nurses in acute mental health units: a qualitative study”.







Aquest article correspon a la segona fase del primer cicle de la IAP, és a dir, a la fase d'acció-observació. Es mostren resultats obtinguts dels diaris reflexius de les infermeres dissenyats per a la descripció i reflexió guiades d'interaccions de la pràctica clínica relacionades amb l'establiment de la RT. Van participar 152 infermeres de 18 unitats d'aguts de salut mental de Catalunya.

Els resultats es van classificar en tres blocs a) l'actitud infermera com a nucli de la relació terapèutica, b) pràctiques infermeres essencials per a la relació terapèutica i c) factors contextuais que afecten la relació terapèutica. Per a les infermeres, el component actitudinal era nuclear en la relació terapèutica i, en aquest sentit, va resultar fonamental el fet de creure en elles mateixes i la seva actitud per a comunicar-se, adaptar-se i obrir-se a la relació amb el pacient. A més, van identificar pràctiques com generar un entorn propici, usar un adequat abordatge verbal, oferir ajuda i treballar de forma conjunta amb el pacient, com pràctiques essencials per establir una relació terapèutica de qualitat. Finalment, les infermeres van considerar les condicions del pacient, les dinàmiques de cures, la normativa, l'estructura i l'entorn de la unitat, com factors contextuais i externs a elles per poder establir una adequada relació terapèutica en la pràctica clínica diària. L'estudi conclou que la reflexió de les infermeres sobre la pròpia pràctica clínica va permetre obtenir coneixement de la importància i del paper de la seva actitud en el context de la relació terapèutica infermera-pacient.

Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., & Delgado-Hito, P. (2023). Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(1–2), 253–263. <https://doi.org/10.1111/jocn.16223>

ORIGINAL ARTICLE

Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study

Diana Tolosa-Merlos RN, MSc, Mental health nurse¹  | Antonio R. Moreno-Poyato RN, MHN, MSc, PhD, Professor^{2,3}  | Francesca González-Palau RN, MHN, MSc, Mental health nurse⁴  | Alonso Pérez-Toribio RN, MSc, Mental health nurse⁵  | Georgina Casanova-Garrigós RN, MSc, PhD, Professor⁶  | Pilar Delgado-Hito RN, MSc, PhD, Professor^{7,8}  | MiRTCIME.CAT Working Group

¹Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, Barcelona, Spain

²Department of Public Health, Mental Health and Maternal and Child Health Nursing, Nursing School, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Spain

³IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute), Barcelona, Spain

⁴Hospital Santa Maria, Salut/Gestió de Serveis Sanitaris, Lleida, Spain

⁵Unitat de Salut Mental de l'Hospitalet, Gerència Territorial Metropolitana Sud, Institut Català de la Salut, L'Hospitalet de Llobregat, Spain

⁶Department and Faculty of Nursing, Universitat Rovira i Virgili, Tortosa, Spain

⁷Department of Fundamental Care and Medical-Surgical Nursing, Nursing School, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Spain

⁸GRIN-IDIBELL (Nursing Research Group-Bellvitge Biomedical Research Institute), L'Hospitalet de Llobregat, Spain

Correspondence

Antonio R. Moreno-Poyato, Department of Public Health, Mental Health and Maternal and Child Health Nursing, Nursing School, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Spain.
Email: amorenopoyato@ub.edu

Funding information

College of Nurses of Barcelona (PR-218/2017)

Abstract

Aims and objectives: To explore the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units.

Background: In mental health units, the therapeutic relationship is especially relevant for increasing the effectiveness of nursing interventions. Reflective practice is considered an essential aspect for improving nursing care.

Design: Action and observation stages of a participatory action research project.

Methods: Data were collected through reflective diaries designed for the guided description and reflection of practice interactions related to the therapeutic relationship and content analysis was applied. A total of 152 nurses from 18 acute mental health units participated. The COREQ guidelines were used.

Results: The results were classified into three categories as follows: (i) Nursing attitude as a core of the therapeutic relationship. For the nurses, the attitudinal component was key in the therapeutic relationship. (ii) Nursing practices that are essential to the therapeutic relationship. Nurses identified practices such as creating a conducive environment, using an appropriate verbal approach, offering help and working together with the patient as essential for establishing a therapeutic relationship in practice. (iii) Contextual factors affecting the therapeutic relationship. The nurses considered the patient's condition, the care dynamics of the unit and its regulations, as well as the structure and environment of the unit, as contextual factors involved the establishment of an adequate therapeutic relationship in daily clinical practice.

Conclusions: This study has provided knowledge of the importance and role of the nurses' attitude in the context of the nurse–patient therapeutic relationship based on the reflections of nurses in mental health units regarding their own practice.

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2022 The Authors. *Journal of Clinical Nursing* published by John Wiley & Sons Ltd.

Relevance to clinical practice: These findings help nurses to increase awareness and develop improvement strategies based on their own knowledge and day-to-day difficulties. Moreover, managers can evaluate strategies that promote motivation and facilitate the involvement of nurses to improve the therapeutic relationship with patients.

KEYWORDS

action research, narrative, nurse–patient relationships, psychiatric nursing, reflective practice

1 | INTRODUCTION

The nursing discipline is defined as a significant, therapeutic and interpersonal process that acts in conjunction with other human processes that make health possible for individuals (Peplau, 1988). The relationship established between nurse and patient is therapeutic, regardless of the setting in which care is provided (Stevenson & Taylor, 2020). However, in the mental health unit setting, the therapeutic relationship is especially relevant to increase the effectiveness of any nursing intervention (McAndrew et al., 2014). Reflective practice is considered an essential aspect of improving nursing care and generating knowledge (Vaughan, 2017). This paper aims to deepen the knowledge of the therapeutic relationship based on the reflections of nurses regarding their practice, in the context of current challenges within the mental health acute care setting.

1.1 | Background

Based on Peplau's model of interpersonal relationships by (1988), which is the most widely held theory in the mental health nursing community, many authors have based their models on person-centred mental health nursing (Barker & Buchanan-Barker, 2010; O'Brien, 2001; Scanlon, 2006). All of them identify the therapeutic relationship as the foundation of nursing practice and the pillar upon which mental health nursing has been built (McAllister et al., 2019; Moreno-Poyato et al., 2016). The proper establishment of the nurse–patient therapeutic relationship is especially relevant to increase the effectiveness of any nursing intervention in acute psychiatric units (McAndrew et al., 2014).

The therapeutic relationship could be defined as a human exchange (Peplau, 1988) that is based on effective communication that favours the possibility for a person to help another person to improve their health condition, with the objective that, through such communication, the person will be able to develop interpersonal and problem-solving skills (Forchuk et al., 1998). To this end, concepts such as understanding, interest, availability, individuality, authenticity, warmth, respect and self-knowledge are basic pillars for the nurse (Moreno-Poyato et al., 2016). The literature points out that mental health nurses seem to be knowledgeable of the importance of the therapeutic relationship in inpatient units; however, the reality of clinical practice leads us to believe that theoretical knowledge is not enough to create a good bond with patients (Moreno-Poyato

What does this paper contribute to the wider global clinical community?

- An in-depth analysis of nurses' reflections regarding the aspects that underlie the therapeutic relationship in their clinical practice enables the nurses themselves to become aware and to develop strategies for improvement based on their own knowledge.
- Understanding and confirming how the attitudinal component is a key element for nurses in the practice of the therapeutic relationship allows managers to evaluate strategies that promote motivation and facilitate the involvement of nurses to improve their practice with patients.
- The results point to the need for further studies aimed at identifying and implementing strategies that facilitate mental health nurses to incorporate and improve attitudinal skills related to establishing the nurse–patient therapeutic relationship in clinical practice.

et al., 2016). In addition, the literature points out that for nurses, the implementation of the therapeutic relationship in the current context of mental health units has suffered a strong impact related to neoliberal policies, with increased management and a risk-centred approach (Kingston & Greenwood, 2020). Thus, today's environments are chaotic, and nurses are committed to therapeutic work, yet they struggle to balance it with the new demands of management (Kingston & Greenwood, 2020). In addition, barriers such as lack of time, communication problems (Harris & Panozzo, 2019a), the physical structures of the units, the ratios or the cultures of care are external factors that limit the therapeutic relationship (Tolosa-Merlos et al., 2021). If nurses are unable to become aware of how they respond to time pressure, frustration or unclear care policies, there is a risk that these barriers will become entrenched, new ones will be created and the patient will perceive their actions as lacking care, presence or involvement (Harris & Panozzo, 2019b). Thus, although nurses recognise the importance of self-awareness and knowing how to recognise how their actions can impact the therapeutic relationship and the care provided to patients, they are also aware of the need for self-awareness (Thomson et al., 2019), institutions and, in general, care policies should encourage nurses to be

aware of interpersonal influences, as well as the desirability of providing a safe and supportive clinical environment for these relationships (Stevenson & Taylor, 2020).

From the patients' point of view, in the complex environment of inpatient units, their interactions with staff are central components to their satisfaction regarding their experience with admission (Molin et al., 2021). When staff spend time, engage in daily activities, and recognise patients as individuals, patients seem to find it easier to be physically and emotionally closer to each other and to themselves (Eldal et al., 2019; Moreno-Poyato et al., 2021). However, this therapeutic commitment is not always met in practice, and interventions to improve participation are few and far between and ineffective (McAllister et al., 2021).

Thanks to the therapeutic relationship, nurses are in a key position to lead the development of customised interventions (Molin et al., 2021). However, there is a significant gap in the literature regarding improving the quality of the therapeutic relationship in acute mental health units (Hartley et al., 2020). The nursing profession is characterised by its ability to reflect on practice to improve care and provide more person-centred care, which is why there is a need to increase the use of evidence-based practice (Vaughan, 2017). In fact, reflective practice allows practitioners to learn from their experiences (Bulman & Schutz, 2013; Schön, 1987). When nurses are given time to reflect through guided reflection questions they are able to gain valuable insight into practice (Bolg et al., 2020); therefore, reflective practice helps nurses integrate their emotional response and practical experience into a better understanding of the care they provide, incorporating knowledge and applying theory (Vaughan, 2017). Thus, although the nurse–patient therapeutic relationship has been extensively studied, no studies to date provide knowledge on the establishment of the therapeutic relationship and its implications based on the reflection on the nurses' own practice. Consequently, knowing the meaning of the therapeutic relationship together with the elements that facilitate and hinder its implementation in the complex practice of current acute mental health units can be a starting point for both nurses and managers to become aware of the needs and for the design of strategies for improvement, suited to the reality of clinical practice.

In this regard, the aim of this study was to explore the phenomenon of the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units.

2 | METHODS

2.1 | Design

This study is part of a multicentre mixed methods study involving 18 acute mental health units in Catalonia (Spain) (MiRTCIME.CAT). The principal aim of the project is to improve the nurse–patient therapeutic relationship through the implementation of evidence. The project was carried out following a sequential and transformational design. Quantitative methods were used based on a

single-group quasi-experimental design with baseline and follow-up measurements in phases I and III of the project. In the second phase, qualitative methodology was used. In its qualitative component, participatory action research (PAR) was proposed, framed within the constructivist paradigm and following the model by Kemmis and McTaggart (2008). A two-cycle process consisting of four stages each was designed to carry out the PAR. Specifically, this work corresponds to the action and observation stages of the first cycle. These stages are basic in the PAR process of change and make it possible to generate relevant knowledge regarding habitual practice (Cusack et al., 2018). In fact, it allows nurses to understand their practices as the product of particular circumstances and thus to identify the crucial aspects on which it may be possible to transform the practices they are carrying out (Kemmis & McTaggart, 2008). The study is reported in line with the Consolidated criteria for reporting qualitative research guidelines (COREQ: Tong et al., 2007) (File S1).

2.2 | Participants

All the acute mental health units that were part of the Catalan Mental Health Network ($n = 21$) were informed of the study. The principal investigator presented the research project and its objectives to the management of each centre through informative sessions. Finally, 18 units agreed to participate. A nurse from each unit joined the research team and this researcher was in charge of coordinating the study at their centre and recruiting the nurses from each unit. All nurses employed in the participating units ($n = 235$) were invited to participate in the study. The inclusion criteria for the participating nurses were belonging to the permanent or interim staff and being assigned to the acute unit at the time the intervention began. The following nurses were excluded from the study: nurses who were training to obtain 'the official qualification of mental health nurse', staff nurses who were scheduled to be on leave or maternity leave during the intervention. Thus, a convenience sample of 195 nurses agreed to participate in PAR, of which, ultimately 152 nurses completed the action and observation stages of the first part of this study.

2.3 | Data collection

During a previous meeting among the entire research team, a guide was agreed upon so that the nurses could self-observe their clinical practice in relation to the establishment of the therapeutic relationship. The research team sent the self-observation guide by email to each nurse, along with a reflective diary in which the nurses were asked to record the self-observation data (File S2). The diary was to include the description and reflection of three types of common interactions in their usual clinical practice: (a) a standard situation of welcoming a patient for admission, (b) an interaction in which there was a pre-agitational state that required verbal de-escalation and (c) an interaction whereby the patient

is approached individually, promoted by the nurse and in the absence of any demand on behalf of the patient. The structure of the diary, together with the instructions for completion, pursued two purposes. First, to enable nurses to reflect on their starting assumptions, to understand their practice, to understand themselves and their patients, and, finally, to understand their profession (Price, 2017). Second, to monitor the process of change planned for the PAR, according to the proposals of Kemmis and Mctaggart (2008). In this sense, for each interaction, the nurses had to record the description of the situation, the type of verbal and nonverbal language they had used, their reflected intervention, their emotions during the interaction and, finally, a reflection on the influence of the environment on the interaction. Once the nurses had completed the diary, they sent it to the research team by e-mail. The data were collected between April and June 2018.

2.4 | Ethical considerations

This study was approved by the Research Ethics Committees of all the participating hospitals. The nurses participated on a voluntary basis, and all participants signed an informed consent form. Nurses did not receive any compensation or incentive for participating in the study. To maintain the confidentiality and anonymity of the data obtained, each nurse received an alphanumeric code that was incorporated into their diary. The diaries were sent to a generic e-mail of the project that was only accessible to the principal investigator of the project, subsequently, the data were stored on a computer used exclusively for this study.

2.5 | Data analysis

The content analysis method was used to analyse the data (Crowe et al., 2015). The diaries reached the first author and were coded to preserve the anonymity and confidentiality of the participants. Under their responsibility, the entire coding and categorisation process was carried out in a consensual manner by a collaborative team that formed the backbone of the process of developing a rigorous coding system (Merriam, 2016). In the first stage of analysis, the text was fragmented into descriptive codes assigned exclusively according to their semantic content. In a second stage, these initial codes were grouped into more analytical subcategories, which classified the codes according to the meaning of the linguistic units and their combinations. This led to a third hierarchical stage in which, considering the semantic analysis of the previous subcategories, the codes were ranked inductively. The first and second steps were taken iteratively until a more specific understanding of the subcategories was achieved. These steps were carried out primarily by the first author and discussed and reflected upon continuously and critically within the research team. Throughout the process, the QRS NVivo 12 program was used as computer support.

2.6 | Rigour

Reflexivity was continuous throughout the process. Most of the researchers were experts in mental health, with training in qualitative methodology and experience in previous similar studies. As this was a multicentre study and a very large research team, neutrality was ensured as team members adopted an open attitude towards sharing, reasoning and discussing the findings as they emerged. In addition, the team became aware of its initial onto-epistemological positioning, which was reflected in the design of the self-observation guide for this stage of the process. As the research progressed, team members repeatedly contrasted the experiences identified in the participants' diaries with their own opinions. They asked follow-up questions for the generation of new knowledge without guiding the participants' responses, so that this initial positioning could not influence the subsequent analysis. Similarly, the credibility and confirmability of the data should be emphasised, given the triangulation of the researchers in the analysis process and the constant auditing of the results by the participants in subsequent groups. In relation to the transferability of the results, in the case of this study, where participation is so high and from so many centres, it ensures that the results are valid for all units.

3 | FINDINGS

The diaries of 152 nurses working at 18 centres were collected and analysed. The nurses ranged in age from 22 to 62 years, with a mean age of 33.6 years ($SD = 9.4$). Over 70% of the nurses were female. Their experience in mental health was a mean of 7.6 years ($SD = 7.5$). Almost a quarter of them had the official title of mental health nurse specialist and over 25% of the nurses had a doctoral or master's degree. All facility shifts were equally represented in the sample, although 40% of the nurses had rotating shifts or served on an as-needed basis (Table 1).

The nurses, by describing and reflecting on their interactions with patients, expressed what the therapeutic relationship was for them and how it was carried out in their usual clinical practice. In this sense, three main categories were identified that responded to how they gave meaning to what the therapeutic relationship represented in practice and what limitations they identified in it (Figure 1).

3.1 | Nursing attitude as a core of the therapeutic relationship

After reflecting on their practice, the nurses stated that attitude was a key element in establishing a quality therapeutic relationship with patients in the units. In this regard, they identified different attitudinal components. In the first place, the nurses considered the attitude of openness to the relationship. This meant being open and available, offering time, letting the patient talk and being attentive to the person's needs.

TABLE 1 Participants' sociodemographic and professional characteristics (n = 152)

Variable	n (%)
Age, years	
20–29	68 (44.7%)
30–39	50 (32.9%)
40–49	23 (15.1%)
50–59	9 (5.9%)
60–69	2 (1.3%)
Gender	
Male	40 (26.3%)
Female	112 (73.7%)
MH nursing specialty	
Yes	36 (23.7%)
No	116 (76.3%)
Highest education	
Bachelor's degree	111 (73.0%)
PhD or Master's degree	41 (27.0%)
Work shift	
Morning	27 (17.8%)
Afternoon	36 (23.7%)
Night	28 (18.4%)
Rotating	61 (40.1%)
MH experience, years	
0–5	77 (50.7%)
6–10	31 (20.4%)
11–15	21 (13.8%)
16–20	12 (7.9%)
21–25	4 (2.6%)
26–30	1 (0.7%)
<30	3 (2%)

Note: Data are shown as absolute number (percentage).

Abbreviation: MH, mental health.

Patients are confused when they are first admitted and need the staff to listen to them and spend time with them. I always try to use an empathetic approach and be honest from the very beginning. I think it is very important for the patient to know that they can count on me, I try to convey that I am available if they need me.

(01DR101)

However, they also identified that, in order to maintain this attitude, they had to be aware of barriers such as the presence of prejudice, the unavailability of other team members, the belief that the therapeutic relationship is useless, or lying to the patient.

The first contact already gives me the feeling that there may be a personality background, a victimizing

attitude, excessively correct at times, totally inadequate at others, in spite of which I stay on track and treat him with the utmost respect. (10DR101). Certain users only perform certain actions to push you to the limit.

(13DR103)

Secondly, they referred to the communicative attitude as another basic element in the therapeutic relationship. In this case, the nurses considered that special attention should be paid to both their verbal and nonverbal language when interacting with patients. In this sense, they pointed out the need to establish a dialogue with the patient by means of clear and concrete messages, with an appropriate tone and without shouting, as well as showing interest in the conversation, listening attentively, without showing tiredness or boredom, and adapting their distance and physical contact to each situation.

I try to be aware of my gestures, I avoid being invasive, respecting the safety distance with the patient at all times. Regarding verbal language, I use neutral terms, a friendly and calm tone of voice. (04DR115). In a polite but firm manner, I explain to the patient his situation and the alternatives I can offer him instead of smoking. The language is clear and concise, responding directly to what he asks. Saying NO if necessary, as sometimes vague answers upset the patient even more.

(04DR104)

In addition, they considered it extremely important that, as caregivers, they should adapt to the other person, that is individualise the care they provide in the context of the therapeutic relationship. This implies considering the patient's psychopathological and emotional state at any given moment, as well as the patient's age, language or culture. This often meant postponing interviews, adapting language, using sign language to communicate, agreeing on a special type of diet, or even relaxing the rules and letting the patient make a call outside the usual hours.

I try to be flexible and adapt things as much as I can to the patient and his or her characteristics. (03DR109). Sometimes the stigma in mental health appears from the self-stigma and the treatment that the mental health professional gives to patients. Personality is lost by prioritizing the disorder, people talk about the schizophrenic, the depressive, the BPD... obviating the fact that there is a person behind it all, with a context and a manner of understanding and living their life.

(05DR104)

Finally, the nurses emphasised the role of their own emotional experience of caregiving. This meant having self-confidence, feeling they

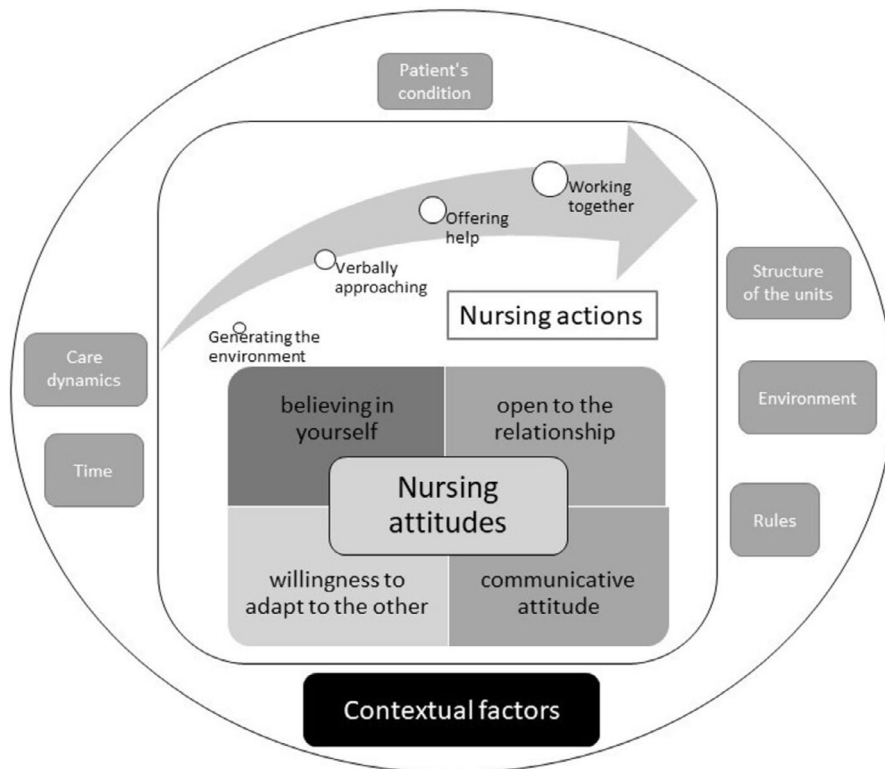


FIGURE 1 Nurses' reflections on the practice of the therapeutic relationship in acute mental health units

were able to help the patient and do their job well, feeling satisfied with their work and remaining calm, at ease, and relaxed with the patient during their interventions. Nurses also identified emotions that, conversely, had a negative effect on the therapeutic relationship, such as feeling fear, insecurity, tension, patient rejection, grief, helplessness and frustration when the interventions had not been resolved as expected.

To feel fulfilled in my daily work (18DR101). Calm and confident, well supported by the team. Satisfied to have successfully completed an admission. (16DR112). Then I felt helpless, as I could not find a way to reverse the situation.

(12DR111)

3.2 | Essential nursing actions for the therapeutic relationship

This category refers to the nurses' reflections on their actions in the context of the therapeutic relationship with patients. In their diaries, the nurses were describing and reflecting on different interventions and activities that were carried out in their usual practice and they detected certain actions that were common to all of them.

First, the nurses pointed out the importance of generating an appropriate environment to build a bond and facilitate the relationship with the patients. A calm, intimate, comfortable, unhurried environment without external stimuli or interruptions.

The room is quiet with the door closed and without any interaction from the environment...A pleasant and silent environment favors the therapeutic relationship between the professional and the patient.

(04DR110)

In relation to the establishment of a good therapeutic bond, the nurses agreed that the welcome provided on admission was a fundamental intervention. This was viewed as one of the situations in which the therapeutic relationship took on a greater relevance, since this first contact was considered the key to the success of the subsequent relationship with the patient.

Without welcoming the patient when he or she enters the unit, a better quality of the patient/professional relationship cannot be achieved.

(01DR113)

Secondly, the nurses felt that the verbal approach was also a relevant aspect of their practice in the context of the therapeutic relationship. For them, it was an essential step in order to be able to carry out any intervention, such as when welcoming a patient when they are admitted to the unit, the use of verbal de-escalation techniques to ease the tension with very demanding and uncooperative patients or, on the contrary, to approach isolated patients who hardly interact with the environment, although the use of words is not always as effective as they would like it to be.

Verbal containment is one of the most relevant parts of our work. In a pre-agitation situation, we may be able to transition a patient from pre-agitation to calmness or from pre-agitation to psychomotor agitation.

(09DR108)

In this sense, the nurses described that the act of offering the patient their assistance was at the heart of the therapeutic relationship. They stated that this action was carried out in the context of being present, listening or through agreement with the patient by proposing alternatives to the demands and needs that they cannot meet.

As he speaks I give him my support with non-verbal language. I take his hand and he hugs me. I offer my help. We agree that he will make an effort to eat some solid food at dinner and that I will give him a supplement (he has it prescribed if he needs it).

(01DR101)

The nurses also acknowledged that interventions such as mechanical restraint were sometimes the only measure to reduce stimuli or were implemented because of patient aggressiveness, risk of escape or even medical indication. However, the nurses reflected that, although this intervention was performed relatively often, it could be seen as a failure and a deterioration in the therapeutic relationship.

(...) avoid as much as possible the adoption of measures that restrict the mobility of the people under our care, since we are aware that this produces a significant deterioration of the therapeutic relationship, adding to the patient's mistrust and suspicion (...)

(07DR105)

Finally, the nurses pointed to therapeutic work as another fundamental aspect of the therapeutic relationship. This meant working with the patient on positive reinforcement and other aspects such as pharmacological adherence, identification of symptoms or awareness of the disease, explaining the objectives of admission and the importance of asking for help, respecting the patient's decisions and involving the person in their care and recovery.

The attitude is one of interest, I keep an eye on her so that she doesn't get distracted and can talk calmly. I ask her what she thinks we can do for her to explore her expectations with the admission.

(07DR101)

3.3 | Contextual factors affecting the therapeutic relationship

The nurses identified contextual factors that facilitated or, on the contrary, acted as barriers to the therapeutic relationship. Indeed,

they described that the type of admission could already condition the therapeutic bond, with voluntary admission being a facilitator. The same is true of other factors such as knowing the patient from previous admissions, and whether the patient remembers having a good experience in those previous admissions. However, the nurses also considered elements that are intrinsic to the patient, such as language, culture or bad experiences of previous admissions, as factors limiting the establishment of the therapeutic relationship.

He is open to help and agrees to the admission (03DR110). I must admit that the fact that I know the user from previous admissions has helped the situation to unfold smoothly.

(14DR106)

Similarly, the nurses identified barriers that hindered or prevented the establishment and maintenance of a good therapeutic relationship, related to both the environment and the physical structures of the units. In this sense, the structural barriers were related to the lack of adequate spaces to carry out interventions with patients with the intimacy that the nurses considered necessary. Other environmental factors were noted, such as environmental noise and tension, the unpredictability of some patients, the presence of the family or the multiple interruptions were elements that added to the difficulty of the therapeutic relationship.

That afternoon the environment allowed me to dedicate some time to the patient, since there were no emergencies, other admissions, or complicated situations in the unit that required nursing intervention, apart from the "scheduled" or "usual" activities such as the control of vital signs, medication, etc.

(03DR105)

Finally, the nurses also expressed how the regulations and care dynamics of the units also conditioned the therapeutic relationship in daily clinical practice. Thus, unit regulations were recurrently brought up by the nurses as a major barrier, due to the numerous limitations and prohibitions.

I explain the rules of the unit: no cell phones, no smoking, no entering other rooms, no belts, no glass objects, etc. and the established schedules...

(10DR104)

Nonetheless, the greatest source of difficulties was the care dynamics at the unit, ranging from lack of time, high workload, administrative tasks, staff rotations or the night shift.

Even so, there are barriers that hinder the therapeutic relationship. Sometimes, our language is influenced by the tension in the unit, the lack of time, excessive administrative tasks, etc....

(01DR101)

4 | DISCUSSION

This study aimed to explore the phenomenon of the therapeutic relationship from the reflective practice of nurses in acute mental health units. The nurses highlighted that attitude was the core aspect of the therapeutic relationship after reflecting on their practice. Similarly, they also reflected on the actions that were customary in the habitual interventions carried out in the context of the therapeutic relationship, identifying the most common barriers encountered in practice. Finally, the nurses reflected on those aspects of the context of care that conditioned the therapeutic relationship in the clinical practice of acute mental health units.

These findings offer knowledge about relational competence, a competency of professional nursing that is highly relevant in mental health (D'Antonio et al., 2014). This competence is directly linked to participation in practice and incorporates not only knowledge and skills, but also attitudes and professionalism that involve applying evidence and learning to practice (Casey et al., 2017; Moreno-Poyato, Casanova-Garrigos, et al., 2021). Specifically, the attitudinal component highlighted in the results and its importance in the context of the nurse-patient therapeutic relationship has been described from a theoretical perspective by authors such as Peplau or Orlando (Forchuk, 1991), Travelbee (1971) and Watson (Turkel et al., 2018). Similarly, the empirical literature has collected multiple studies that study the importance of nurses' attitudes towards more general aspects of mental health, such as stigma (Young & Calloway, 2021), recovery (Gyamfi et al., 2020), coercion (Doedens et al., 2020; Laukkanen et al., 2019) or severe mental disorder (Economou et al., 2019). However, there is hardly any empirical evidence that explicitly shows the relevance and identifies the specific attitudinal skills of nurses in the context of the practice of the therapeutic relationship. Thus, it is likely that the fact that the nurses were able to reflect on their practice made them more aware of the importance of attitude in the context of the therapeutic relationship (Harris & Panozzo, 2019a), as they were able to respond to the real challenge of establishing an adequate therapeutic relationship in their day-to-day work in the acute mental health units (Choperena et al., 2019). Moreover, the attitudinal capacity identified by the nurses encompassed aspects already empirically recognised in the context of the therapeutic relationship, such as availability, communication and individualisation (Delaney & Johnson, 2014; Harris & Panozzo, 2019b; McAllister et al., 2019; Moreno-Poyato et al., 2016). However, the nurses also highlighted other aspects that have been less empirically studied, such as the importance of self-confidence and self-assurance, both in a positive way in order to be able to establish an appropriate therapeutic relationship, (Roche et al., 2011; Van Sant and Patterson, 2013) as well as negatively, in the form of limitation (O'Connor & Glover, 2017; Van Sant and Patterson,). These results confirm the relevance of Peplau and Orlando's theoretical approaches and the use of the nurse's awareness as a fundamental part of the nursing relationship (Forchuk, 1991; Thomson et al., 2019).

The results indicate that by reflecting on their practice, the nurses were able to identify those skills (practices) that are essential

for the development of the therapeutic relationship and which were transversal to any intervention. The nurses emphasised the importance of generating an adequate environment for the relationship, considering the environment not only as an element of context typical of many acute care units, but also as an element that is essential for the development of the therapeutic relationship (Kingston & Greenwood, 2020), also considering that it was their responsibility to be able to build the space where the relationship could take place (McAllister et al., 2021; Raphael et al., 2021). As in other studies, nurses also identified skills such as verbal engagement, offering help or working with the patient as basic practices for the development of effective interventions in the context of the relationship with their patients (Harris & Panozzo, 2019a; McAllister et al., 2019; Molin et al., 2018). Furthermore, in relation to specific interventions, reflection on practice allowed nurses to identify and become aware of nursing admission assessment and mechanical restraint as two common interventions in mental health units that were particularly influential in the therapeutic relationship with the patients. In this sense, for the nurses, welcoming the patient on admission was considered an essential intervention determining a large part of the success in building the therapeutic relationship with the patients (Forchuk et al., 1998; Peplau, 1997). However, the use of mechanical restraint compromised the therapeutic relationship and the patient's trust (Kinner et al., 2017), although they understood that, even if this measure was undesirable, at times it was necessary (Doedens et al., 2020).

In addition, the nurses reflected on the contextual factors that directly affected the therapeutic relationship with the patients. In this sense, the nurses paid attention to patient aspects such as voluntariness or involuntariness regarding admission (Moreno-Poyato, El Abidi, et al., 2021) or being previously acquainted with each other from previous admissions and the experience of the relationship (Van Sant and Patterson, 2013). The nurses also emphasised the role of the environmental and structural conditions of the units (Staniszewska et al., 2019), as well as the regulations and the dynamics of care that were automatically generated in the intense day-to-day routine of the units (Adler, 2020; Kingston & Greenwood, 2020).

4.1 | Strengths and limitations

This study has several strengths and limitations. First, it should be noted that this project faced major challenges from a methodological point of view as well as during its execution. Initially, a research group had to be formed with representation of the institutions to assess the feasibility of the project. Next, a balanced team of researchers, consisting of methodologists and clinicians had to be assembled to ensure that the different stages of the research project could be completed. The team had to be formed in several initial working sessions and, subsequently, there was a process of constant mentoring by the principal investigator to the rest of the team. In addition, a considerable volume of data had to be managed. For management and storage, a secure on-line space was created, guarded

and accessed only by the principal investigator of the project. All data were collected electronically to facilitate the circuit. In relation to the analysis, a team was set up under the responsibility of a researcher. This team had to work in a collaborative and consensual manner. Regarding more specific limitations, it should be mentioned that the nurses' reflections in the diaries could be subject to the Hawthorne effect and their responses may have been biased by social desirability. In this sense, the research team insisted on the importance of honesty in the nurses' responses and on the team's handling of the confidentiality of the data. Secondly, another limitation inherent to the use of diaries is related to memory bias and the stress associated with reflective practice. In relation to this, the team recommended specific instructions, both verbally and through the guide provided to the nurses, to prevent this from occurring. Furthermore, the representativeness of the participating nurses and the number of diaries obtained should be highlighted as strengths of the study. These facts enable the findings of this study to be transferred to similar contexts.

5 | CONCLUSIONS

The present study contributes to the understanding of the phenomenon of the therapeutic nurse–patient relationship by reflecting on the actual practice of nurses in acute mental health units. The attitudinal component is at the heart of the therapeutic relationship, and, in this sense, it is fundamental for nurses to believe in themselves and their attitude to communicate, adapt and open up to the relationship with the patient. In addition, there are actions that are essential for nurses to establish a TR in practice such as creating a conducive environment, using an appropriate verbal approach, offering help and working together with the patient. Finally, nurses should consider the patient's conditions, the dynamics of care and regulations of the unit, as well as the structure and environment of the unit, as contextual factors to be able to establish an adequate TR with patients in daily clinical practice.

6 | RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE

These findings have important implications. The study findings demonstrate that participatory methods stimulate nurses' reflection, motivation and critical thinking. By learning from the reflection of the nurses themselves about the aspects that underlie the therapeutic relationship in their clinical practice, this enables the nurses themselves to become aware and to develop strategies for improvement based on their own knowledge. Moreover, the individual reflection involved in these first stages of a participatory process provides the nurses with an intrinsic knowledge of how they approach the therapeutic relationship and shows that the attitudinal component is basic for them. In this sense, understanding and confirming how the attitudinal component is a key element for nurses in the practice of the therapeutic relationship allows managers to evaluate strategies that

promote motivation and facilitate the involvement of nurses in improving their practice with patients. Moreover, these results point to the need to conduct mixed or qualitative studies aimed at exploring the aspects that facilitate the motivation, empowerment and attitudinal training of nurses in greater depth, rather than studies that only seek improvements in the theoretical knowledge of the therapeutic relationship.

ACKNOWLEDGEMENTS

We would like to acknowledge all the participants of MiRTCIME.CAT project.

CONFLICT OF INTEREST

No conflict of interest has been declared by the authors.

AUTHOR CONTRIBUTIONS


Study design: ARMP and PDH; Data collection: APT, FGP and GCG; Data analysis team: DTM; Final report draft: DTM, ARMP and PDH; Supervision the process of data collection and analysis and provide support and feedback during all study phases: ARMP; Contribution of the manuscript, and read and approved the final manuscript: All authors.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

ORCID

Diana Tolosa-Merlos  <https://orcid.org/0000-0001-7668-0557>

Antonio R. Moreno-Poyato  <https://orcid.org/0000-0002-5700-4315>

Francesca González-Palau  <https://orcid.org/0000-0001-9187-9089>

Alonso Pérez-Toribio  <https://orcid.org/0000-0002-8962-974X>

Georgina Casanova-Garrigós  <https://orcid.org/0000-0002-3652-9745>

Pilar Delgado-Hito  <https://orcid.org/0000-0001-7077-3648>

REFERENCES

- Adler, R. H. (2020). Bucking the system: Mitigating psychiatric patient rule breaking for a safer milieu. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(3), 153–157. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.03.002>
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2010). The tidal model of mental health recovery and reclamation: Application in acute care settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 171–180. <https://doi.org/10.3109/01612840903276696>
- Bolg, J. R., Dwyer, P. A., Doherty, D. P., Pignataro, S. J., & Renaud, A. M. (2020). The impact of critical reflective inquiry education on experienced nurses' insights into practice. *Journal for Nurses in Professional Development*, 36(2), 68–73. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000606>
- Bulman, C., & Schutz, S. (2013). *Reflective Practice in Nursing* (5th ed.). Wiley-Blackwell.
- Casey, M., Cooney, A., O'Connell, R., Hegarty, J.-M., Brady, A.-M., O'Reilly, P., Kennedy, C., Heffernan, E., Fealy, G., McNamara, M., & O'Connor, L. (2017). Nurses', midwives' and key stakeholders'

- experiences and perceptions on requirements to demonstrate the maintenance of professional competence. *Journal of Advanced Nursing*, 73(3), 653–664. <https://doi.org/10.1111/jan.13171>
- Choperena, A., Oroviogicoechea, C., Zaragoza Salcedo, A., Olza Moreno, I., & Jones, D. (2019). Nursing narratives and reflective practice: A theoretical review. *Journal of Advanced Nursing*, 75(8), 1637–1647. <https://doi.org/10.1111/jan.13955>
- Crowe, M., Inder, M., & Porter, R. (2015). Conducting qualitative research in mental health: Thematic and content analyses. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7), 616–623. <https://doi.org/10.1177/0004867415582053>
- Cusack, C., Cohen, B., Mignone, J., Chartier, M. J., & Lutfiyya, Z. (2018). Participatory action as a research method with public health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1544–1553. <https://doi.org/10.1111/jan.13555>
- D'Antonio, P., Beeber, L., Sills, G., & Naegle, M. (2014). The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. *Nursing Inquiry*, 21(4), 311–317. <https://doi.org/10.1111/nin.12056>
- Delaney, K., & Johnson, M. (2014). Metasynthesis of research on the role of psychiatric inpatient nurses: What is important to staff? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20(2), 125–137. <https://doi.org/10.1177/1078390314527551>
- Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L. L., Latour, C., & de Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services—A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), 446–459. <https://doi.org/10.1111/jpm.12586>
- Economou, M., Peppou, L. E., Kontoangelos, K., Palli, A., Tsaliagkou, I., Legaki, E.-M., Gournellis, R., & Papageorgiou, C. (2019). Mental health professionals' attitudes to severe mental illness and its correlates in psychiatric hospitals of Attica: The role of workers' empathy. *Community Mental Health Journal*, 56(4), 614–625. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00521-6>
- Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M., Davidson, L., Skjølberg, Å., Gytri, D., & Moltu, C. (2019). Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(2), 88–96. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1524532>
- Forchuk, C. (1991). A comparison of the works of Peplau and Orlando. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(1), 38–45. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(91\)90008-s](https://doi.org/10.1016/0883-9417(91)90008-s)
- Forchuk, C., Westwell, J., Martin, M.-L., Azzopardi, W. B., Kosterewal-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>
- Gyamfi, N., Bhullar, N., Islam, M. S., & Usher, K. (2020). Knowledge and attitudes of mental health professionals and students regarding recovery: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 322–347. <https://doi.org/10.1111/inm.12712>
- Harris, B. A., & Panozzo, G. (2019a). 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. (2019b). 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. (2020). 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>
- Kemmis, S., & Mctaggart, R. (2008). Participatory action research. In Y. S. L. Norman, & K. Denzin (Eds.), *Strategies of Qualitative Inquiry* (3rd ed., pp. 271–330). Sage publications.
- 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>
- Kinner, S. A., Harvey, C., Hamilton, B., Brophy, L., Roper, C., McSherry, B., & Young, J. T. (2017). Attitudes towards seclusion and restraint in mental health settings: Findings from a large, community-based survey of consumers, carers and mental health professionals. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(5), 535–544. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000585>
- Laukkanen, E., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., & Kuosmanen, L. (2019). Psychiatric nursing staffs' attitudes towards the use of containment methods in psychiatric inpatient care: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 390–406. <https://doi.org/10.1111/inm.12574>
- McAllister, S., Robert, G., Tsianakas, V., & McCrae, N. (2019). Conceptualising nurse-patient therapeutic engagement on acute mental health wards: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 106–118. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.013>
- McAllister, S., Simpson, A., Tsianakas, V., & Robert, G. (2021). "What matters to me": A multi-method qualitative study exploring service users', carers' and clinicians' needs and experiences of therapeutic engagement on acute mental health wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 703–714. <https://doi.org/10.1111/inm.12835>
- McAndrew, S., Chambers, M., Nolan, F., Thomas, B., & Watts, P. (2014). Measuring the evidence: Reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 212–220. <https://doi.org/10.1111/inm.12044>
- Merriam, S. B. (2016). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (4th ed.). Jossey-Bass.
- Molin, J., Lindgren, B., Graneheim, U. H., & Ringné, 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>
- Molin, J., Vestberg, M., Lövgren, A., Ringné, A., Graneheim, U. H., & Lindgren, B.-M. (2021). Rather a competent practitioner than a compassionate healer: Patients' satisfaction with interactions in psychiatric inpatient care. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(6), 549–554. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1820645>
- Moreno-Poyato, A. R., Casanova-Garrigos, G., Roldán-Merino, J. F., & Rodríguez-Nogueira, Ó. (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., 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., 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>
- O'Brien, A. J. (2001). The therapeutic relationship: Historical development and contemporary significance. *Journal of Psychiatric*

- and *Mental Health Nursing*, 8(2), 129–137. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00367.x>
- O'Connor, S., & Glover, L. (2017). Hospital staff experiences of their relationships with adults who self-harm: A meta-synthesis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 480–501. <https://doi.org/10.1111/papt.12113>
- Peplau, H. E. (1988). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Macmillan.
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Price, B. (2017). Improving nurses' level of reflection. *Nursing Standard*, 32(1), 52–63. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10900>
- Raphael, J., Price, O., Hartley, S., Haddock, G., Bucci, S., & Berry, K. (2021). Overcoming barriers to implementing ward-based psychosocial interventions in acute inpatient mental health settings: A meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 103870. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103870>
- Roche, M., Duffield, C., & White, E. (2011). Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), 1475–1486. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.001>
- Scanlon, A. (2006). Psychiatric nurses' perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: A grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 319–329. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00958.x>
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*. Jossey-Bass.
- Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S. J., Bhui, K., Larkin, M., Newton, E., Crepaz-Keay, D., Griffiths, F., & Weich, S. (2019). Experiences of in-patient mental health services: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 214(6), 329–338. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.22>
- Stevenson, C., & Taylor, J. (2020). Nurses' perspectives of factors that influence therapeutic relationships in secure inpatient forensic hospitals. *Journal of Forensic Nursing*, 16(3), 169–178. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000274>
- Thomson, A. E., Racher, F., & Clements, K. (2019). Caring for the entire unit: Psychiatric nurses' use of awareness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(9), 17–23. <https://doi.org/10.3928/02793695-20190528-03>
- 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*, 25(59), 132–143. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.59.14>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Davis Company.
- Turkel, M. C., Watson, J., & Giovannoni, J. (2018). Caring science or science of caring. *Nursing Science Quarterly*, 31(1), 66–71. <https://doi.org/10.1177/0894318417741116>
- Van Sant, J. E., & Patterson, B. J. (2013). Getting in and getting out whole: Nurse-patient connections in the psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 36–45. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.715321>
- Vaughan, P. (2017). Reflective practice will give nursing its voice back. *Nursing Standard*, 31(27), 36–37. <https://doi.org/10.7748/ns.31.27.36.s43>
- Young, C. C., & Calloway, S. J. (2021). Assessing mental health stigma: Nurse practitioners' attitudes regarding managing patients with mental health disorders. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 33(4), 278–282. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000351>

SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information may be found in the online version of the article at the publisher's website.

How to cite this article: Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., & Delgado-Hito, P.; MiRTCIME.CAT Working Group (2022). Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 00, 1–11. <https://doi.org/10.1111/jocn.16223>

ARTICLE 3:

The therapeutic relationship at the heart of nursing care: a participatory action research in acute mental health units.




Aquest article mostra els resultats de la finalització completa dels 2 cicles de la Investigació-Acció Participativa. L'objectiu de l'estudi era explorar el procés de canvi en la pràctica clínica de les infermeres d'unitats d'hospitalització de salut mental en el context d'un procés participatiu per millorar la relació terapèutica infermera-pacient. Van participar 96 infermeres de 18 unitats de salut mental de Catalunya. Les dades es van recollir mitjançant grups focals, grups de suport i diaris reflexius de les infermeres participants entre març de 2018 i gener de 2020. El procés de recerca es va dur a terme al llarg de dos cicles de quatre etapes cadascun, en els quals les infermeres van identificar els elements facilitadors i limitadors de la seva pràctica respecte la relació terapèutica. En aquest sentit, van proposar dues estratègies de millora consensuades per a totes les unitats, les quals van anomenar Espai Terapèutic Reservat i Anàlisi post-incidència. Posteriorment van implementar les dues estratègies de canvi i les van avaluar.

L'estudi conclou que, malgrat les diferents realitats culturals i estructurals de les unitats participants, és possible implementar un procés de canvi col·laboratiu si les necessitats i expectatives dels participants són similars. Tanmateix, els resultats es van traslladar directament a la pràctica clínica, de tal manera que es va produir un impacte individual en les infermeres i en els pacients, un impacte col·lectiu en les dinàmiques dels equips de treballs i un impacte organitzacional en aspectes relacionats amb la gestió de les unitats.

Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., & Delgado-Hito, P. (2022). The therapeutic relationship at the heart of nursing care: A participatory action research in acute mental health units. *Journal of Clinical Nursing*, (October), 1–12.
<https://doi.org/10.1111/jocn.16606>

EMPIRICAL RESEARCH QUALITATIVE

The therapeutic relationship at the heart of nursing care: A participatory action research in acute mental health units

Diana Tolosa-Merlos RN, MSc¹  | Antonio R. Moreno-Poyato RN, MHN, MSc, PhD²  |
 Francesca González-Palau RN, MHN, MSc³  | Alonso Pérez-Toribio RN, MSc⁴  |
 Georgina Casanova-Garrigós RN, MSc, PhD⁵  | Pilar Delgado-Hito RN, MSc, PhD^{6,7}  |
 on behalf of MiRTCIME.CAT Working Group

¹Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, Barcelona, Spain

²Department of Public Health, Mental Health and Maternal and Child Health Nursing, Nursing School, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Spain

³Hospital Santa Maria, Salut/Gestió de Serveis Sanitaris, Lleida, Spain

⁴Unitat de Salut Mental de l'Hospitalet, Gerència Territorial Metropolitana Sud, Institut Català de la Salut, L'Hospitalet de Llobregat, Spain

⁵Department and Faculty of Nursing, Universitat Rovira i Virgili, Tortosa, Spain

⁶Department of Fundamental Care and Medical-Surgical Nursing, Nursing School, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Spain

⁷GRIN-IDIBELL (Nursing Research Group - Bellvitge Biomedical Research Institute), L'Hospitalet de Llobregat, Spain

Correspondence

Antonio R. Moreno-Poyato, Department of Public Health, Mental Health and Maternal and Child Health Nursing, Nursing School, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Spain.
 Email: amorenopoyato@ub.edu

Funding information

College of Nurses of Barcelona (PR-218/2017).

Abstract

Aims and Objectives: To explore the process of change within the clinical practice of nurses in mental health inpatient units in the context of a participatory process to improve the nurse–patient therapeutic relationship.

Design: Participatory Action Research.

Methods: Ninety-six nurses from 18 mental health units participated. Data were collected through focus groups and reflective diaries between March 2018 and January 2020. Data were analysed using inductive content analysis. The COREQ guidelines were used.

Results: The research process was carried out through two cycles of four stages each in which the nurses were able to identify the facilitating and limiting elements of their practice in relation to the therapeutic relationship. They then proposed two consensual improvement strategies for all the units, which they called reserved therapeutic space and postincident analysis. Finally, they implemented and evaluated the two strategies for change.

Conclusions: This study has shown that, despite the different cultural and structural realities of the participating units, it is possible to implement a collaborative process of change, provided the needs and expectations of both the participants and the organisations are similar.

Relevance to Clinical Practice: The results obtained through Participatory Action Research were directly transferred to clinical practice, thus having an impact on individual nurses and patients, as well as on the collective dynamics of the teams and aspects related to the management of the units.

No Patient or Public Contribution: Patient or public input is not directly applicable to this study. Patients were recipients of the changes that were occurring in the nurses as part of their daily clinical practice.

This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2022 The Authors. *Journal of Clinical Nursing* published by John Wiley & Sons Ltd.

KEYWORDS

action research, clinical nursing research, mental health services, nurse–patient relationships, psychiatric nursing

1 | INTRODUCTION

The person-centred care model has emerged as the fundamental pillar to guarantee the quality of care provided by health services (McCormack & McCance, 2016). Specifically, in the field of mental health nursing, the therapeutic relationship is recognised as the axis of nursing care (Moreno-Poyato et al., 2020) and a fundamental part of person-centred care (Hamovitch et al., 2018). However, building and maintaining a therapeutic relationship in mental health inpatient units is complex (Moreno-Poyato et al., 2021). Therefore, improving the nurse–patient therapeutic relationship should be a goal to provide higher quality nursing care throughout the hospitalisation process.

1.1 | Background

The nurse–patient therapeutic relationship can be understood as the interpersonal interaction between the nurse and the patient, which is based on mutual trust, and which is focussed on providing therapeutic assistance (Moreno-Poyato et al., 2016). Although it is widely recognised internationally that the therapeutic relationship is the foundation of nursing care in acute mental health inpatient units (Hartley et al., 2020; McAndrew et al., 2014; Moreno-Poyato et al., 2016; Peplau, 1997), several studies still highlight difficulties regarding its establishment in clinical practice (Harris & Panozzo, 2019a; Kingston & Greenwood, 2020; Moreno-Poyato et al., 2021). Thus, in hospital settings, which are often chaotic and complex, certain barriers exist, including lack of time, communication problems (Harris & Panozzo, 2019a), administrative tasks, ratios (Kingston & Greenwood, 2020) and the physical structures of the units or care cultures (Moreno-Poyato et al., 2021). These aspects have emerged as factors that are external to nurses and that limit and condition the therapeutic relationship. If nurses do not become aware of the presence of these barriers, there is a risk that they will become entrenched and new ones will be created, and therefore patients will perceive their actions as lacking care, presence or involvement (Harris & Panozzo, 2019b). In addition, nurses believe that the practice environment, often with limited time and resources, affects their safety and that of their patients, as well as conditioning the therapeutic relationship by reducing the quality and quantity of interactions (Moreno-Poyato et al., 2021). Furthermore, the lack of availability of the nurse during hospitalisation contributes to patients not feeling listened to or involved in their own care (Rio et al., 2020). Ultimately, patients feel closer to their environment and to themselves when nurses spend time with them, carry out daily activities and recognise them as whole people (Eldal et al., 2019). Such is the case that patients consider their

What does this paper contribute to the wider global clinical community?

- This study confirms that the results obtained through Participatory Action Research are directly transferred to clinical practice, producing an impact not only on individual nurses and patients but also on the collective dynamics of the teams and on aspects related to the management of the units.
- This study shows that, despite the different cultural and structural realities of the participating institutions, it is possible to implement a collaborative process of change, provided the needs and expectations of both the participants and the organisations are similar.

interactions with nurses to be central elements in assessing their satisfaction with their admission (Molin et al., 2021), yet the literature shows that interventions to improve participation are scarce and ineffective (McAllister et al., 2021).

Studies are being carried out at the international level with the aim of developing interventions to improve the therapeutic relationship in mental health nursing (Hartley et al., 2020). Some of these studies point to the need for the involvement of managers and institutions as promoters of nursing foundations for quality care (Moreno-Poyato et al., 2021). Other studies focus on the convenience of designing studies with the participation of both users and professionals (Hartley et al., 2020). The interventions studied for improving the therapeutic relationship include training, reflective groups, psychological formulation, consultation and shared activity (Hartley et al., 2020). In addition, the most important interventions are the implementation of group reflection sessions for the professionals of the units (Moreno-Poyato et al., 2019), the creation of spaces for professionals and patients to carry out activities together, facilitating mutual commitment (Molin et al., 2018; Molin et al., 2019) or other more classic actions such as clinical sessions for staff on specific patients with the aim of facilitating case understanding (Berry et al., 2016).

Nonetheless, no specific interventions that have been shown to be effective (Hartley et al., 2020). This leads us to reflect upon the need to combine several approaches in clinical practice or to look for alternatives for the creation of interventions through participatory methods, such as Participatory Action Research or Appreciative Inquiry, which seek transformational change in group dynamics (Watkins et al., 2016). Specifically, Participatory Action Research (PAR) is a research methodology that allows us to understand and improve contexts through transformation (Kemmis &

McTaggart, 2008). It is useful for exploring the phenomenon under study because it makes it easier for participants to identify both the aspects to be improved and the most effective procedure to carry out such improvement (Casey et al., 2022). This research methodology has been introduced in recent years in the area of health sciences with successful results (Cordeiro & Soares, 2018) and, more specifically, in the nursing field (Effendy et al., 2022) as a pathway to implementing evidence-based practice (Munten et al., 2010). In this sense, the PAR process in the nursing discipline enables a better understanding of the study phenomenon to design improvement strategies, implement changes and transform clinical practice (Bradbury et al., 2019) through a cyclical and continuous interaction of different stages such as action, reflection and evaluation (Rowell et al., 2017). Specifically, in the area of mental health nursing, the literature indicates that PAR has shown positive results for aspects related to decision-making in daily clinical practice and also the development of care plans and care models (Chambers et al., 2013; Larkin et al., 2015; Salzmann-Erikson, 2017; Vantil et al., 2020).

Participatory Action Research has proven to be useful in improving health care and services at the individual, collective and organisational levels (Cordeiro & Soares, 2018). Moreover, political administrations recommend the use of participatory methods that involve the various stakeholders concerned (Spanish Ministry of Health, 2022). However, no studies have been found in the field of acute mental health care that involve stakeholders from different institutions in a collaborative and participatory manner. This approach would enable the detection of difficulties and the development of improvement strategies. Most importantly, lines of action may be unified in a consensual manner with the aim of improving the practice of the nurse–patient therapeutic relationship in mental health units.

1.2 | Aim

The aim of this study was to explore the process of change within the clinical practice of nurses in acute mental health inpatient units in the context of their participation in an action research process to improve the nurse–patient therapeutic relationship.

2 | METHODS

2.1 | Design

This study is part of a three-phase, mixed-methods project involving 18 acute mental health units in Catalonia (Spain) (MIRTCIME. CAT). The first and third phases of the project were developed using quantitative methods. This study corresponds to the second phase, which aimed at responding to the aims described above, and was also carried out using qualitative methods. An approach based on the constructivist paradigm was proposed, contemplating the study phenomenon from its different realities in order to generate changes

and reconstruct using consensus (Lincoln & Guba, 1990). To this end, a PAR was proposed according to the model proposed by Kemmis and McTaggart (2008), designed with a two-cycle process of four stages each (planning, action, observation and reflection) (Figure 1). This work is presented in accordance with the consolidated criteria for qualitative research reporting (COREQ: Tong et al., 2007) (Supplementary File 1).

2.2 | Participants

The project was presented to the nursing management of the 21 acute mental health units of the Catalan Mental Health Network ($n = 21$), of which 18 decided to participate. The management of each unit chose a nurse with leadership and credibility to coordinate the study and recruit the nurses in their unit. Subsequently, at an informative meeting at each centre, all nurses working in the acute units ($n = 235$) who met the following characteristics were invited to participate: (a) belonging to the permanent or interim staff, (b) assigned to the acute unit at the time the study was initiated, (c) not in training for 'formal mental health nursing qualification' and (d) not planning to be on sick leave or leave of absence during the study. A total of 157 nurses started the PAR; the remaining invited nurses did not wish to participate, citing personal reasons or professional demotivation. The nurse coordinator of each unit, together with the nurses who agreed to participate, formed the different support groups at each unit (SG). In turn, all the nurses coordinating the project formed the core group that met through focus groups (FG) to reach a consensus and direct the process. Finally, 96 nurses completed the two PAR cycles in their entirety.

2.3 | Data collection

Several techniques were used for data collection, which were integrated within the different stages of the two PAR cycles (Figure 1). In the initial context analysis stage, data were collected through an ad hoc observation guide prepared by the research team and completed by the coordinating nurses of each unit. This was recorded by means of an observation script prepared by the same team, which included a description of the physical structure, the nursing teams and the nurse–patient relationship in each of the units (Tolosa-Merlos et al., 2021). The reflective diaries of the participating nurses were the main data collection tool used in both PAR cycles (Tolosa-Merlos et al., 2023). The objective was to individually monitor the expected process of change, based on the nurses' reflection and understanding of their clinical practice (Price, 2017). The research team provided the participating nurses with a guide for self-observation of their clinical practice and a template for the preparation of the reflexive diary in which they were to record the self-observation data. Likewise, to stimulate collective reflection, group techniques were also carried out throughout the process. Thus, the coordinating nurses were the link between the participating nurses and the research team. The different stages of the

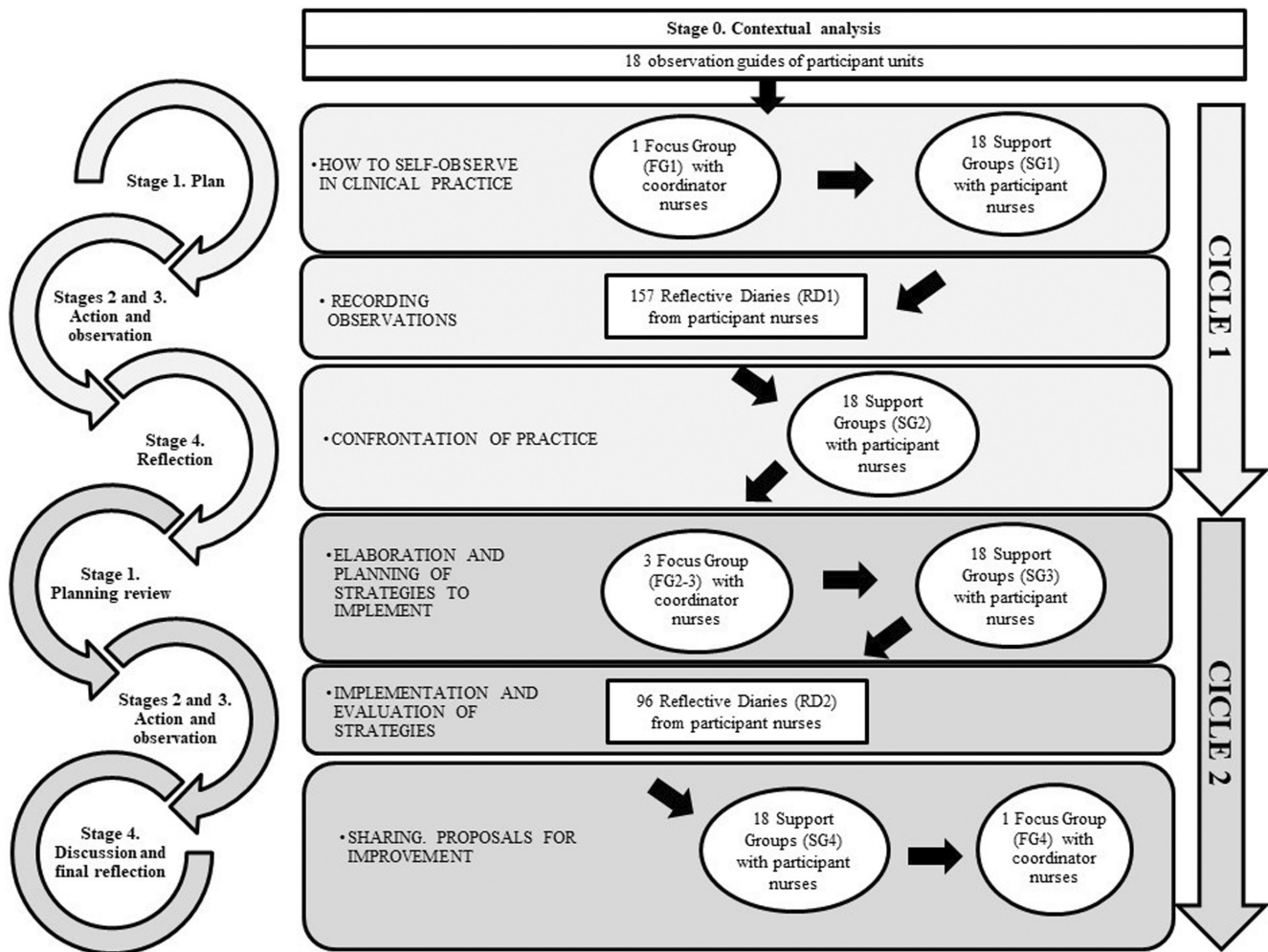


FIGURE 1 Study cycles, stages, actions and data collection techniques

PAR were articulated through support groups (SG) and focus groups (FG). The groups were moderated by the principal investigator and observed by another member of the research team. Field notes were taken and audio-recorded. The SGs were carried out in each of the units and lasted 90minutes. In these sessions, the coordinators and participating nurses from each unit reflected together, validated the results of the diaries and proposed strategies for improving the therapeutic relationship. The FGs were held at the Mar School of Nursing in Barcelona and lasted 120minutes. In these FGs, the core group integrated by all the coordinators of the study, discussed and agreed on the steps to be followed in each stage of the PAR. The data collection period was from March 2018 to January 2020.

2.4 | Data analysis

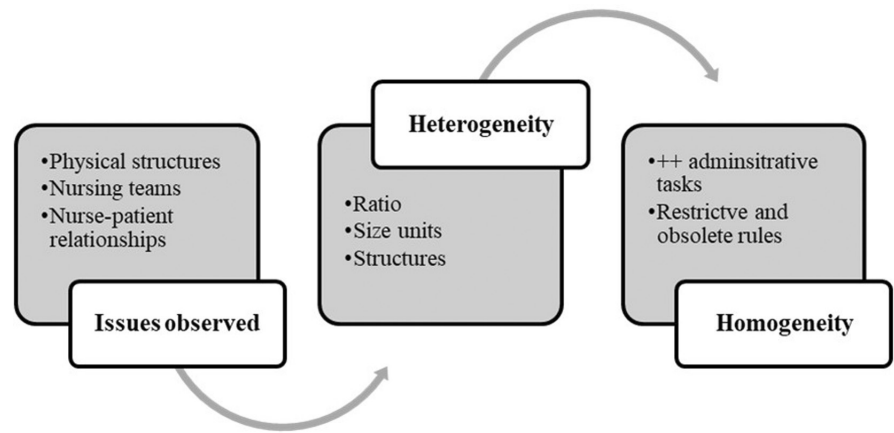
Data analysis began with data collection. It was carried out by means of thematic content analysis of the transcriptions of the observation guides, the reflective and field diaries, the SGs and the FGs. A process of identification, coding and categorization of the main axes of meaning of the discourse was followed for each stage of the research. After an initial panoramic reading of the data obtained,

the text was fragmented into descriptive codes assigned by semantic content. These codes were then grouped into more analytical subcategories according to the meaning of the linguistic units and combinations. These subcategories were subsequently grouped into more specific categories that provided a greater understanding of the text. The process was carried out through researcher triangulation, namely by the lead author and another team members, who verified the results in a consensual, reflective, critical and collaborative manner. This was the backbone of a rigorous codification process. (Merriam & Tisdell, 2016). The QRS NVivo 12 program was used as data analysis software throughout the process.

2.5 | Rigour

All qualitative research processes require quality and methodological rigour, which were considered in this study according to the approach by Lincoln and Guba (1990). The research team comprised members with expertise in mental health (clinical team) and members trained in qualitative research and with experience in similar studies (methodological team). Thus, it was a broad research team with different ontological positions, which furthered the criterion of

FIGURE 2 Contextual analysis of the participant units



neutrality by welcoming the proposals of all its members. Consensus, openness and a critical spirit were present throughout the process. For the reliability criterion, the way in which the information was collected was documented, and continuous feedback was given to the participants, since at the beginning of each stage, a document was sent to all the participants with the results of the analysis for validation. These steps conferred authenticity and credibility to the data, as well as confirming them. Furthermore, the simultaneity of data collection techniques and researchers guaranteed triangulation. Finally, reflexivity was the criterion underlying the whole process, and critical analysis was present throughout. The researchers' awareness, self-knowledge and careful thinking allowed them to avoid influencing the dynamics of the research. Finally, the context of such a broad and participatory study ensures that the transferability of the results is valid for all participating centres.

2.6 | Ethics Statement

The Research Ethics Committees of all participating centres approved the study. All nurses signed an informed consent form and agreed to participate voluntarily. Likewise, they did not receive any compensation or incentive for participating in the study. Nurses were assigned a code to keep track of their diaries and to maintain anonymity and confidentiality of the data obtained. In addition, a generic study e-mail account was created for managing the diaries, accessible only to the principal investigator. The research ethics committee of coordinator centre approved the study with reference: 2017/7381/I (Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Parc de Salut Mar de Barcelona).

3 | FINDINGS

Ninety-six of the 157 nurses who started the study completed the PAR process. The mean age of the nurses was 33.3 years, ranging between 22 and 62 years. 67.7% ($n = 65$) were female and 22.9% ($n = 22$) of the total nurses had the official title of specialist in mental health nursing. The participating nurses had a mean experience of

7.6 years in mental health and had been working in the participating unit for an average of almost five years. Nurses from all work shifts were represented in the study.

3.1 | Stage 0: Contextual analysis of the participant units

In this stage, prior to the start of the nurses' participatory process, which lasted two months, the aim was to obtain an initial 'snapshot' of the study context, which would confirm the feasibility of the process of change in the units and serve as a starting point for the process. After analysing the reports of the participating units, and despite the heterogeneity of size, ratios and physical structure of the units, a similar model of care and similar limitations were present in all units for the establishment of the therapeutic relationship (Tolosa-Merlos et al., 2021) (Figure 2).

4 | CYCLE 1

4.1 | Stage 1—plan

During this stage, which lasted one month, the first cycle of the PAR began with a first focus group (FG1) in which the coordinators of each unit met. The results obtained in Stage 0 were validated and guidelines for self-observation of the nurses' clinical practice were designed for three common situations in the context of the therapeutic relationship decided by the nurse coordinators: (a) admission welcome, (b) pre-agitational state and (c) voluntary approach by the professional.

'A good moment to observe could be upon admission, which is where the nurse begins to build the therapeutic bond'. (07FG1) 'Interaction when the nurse detects a pre-agitational state and we have to perform verbal de-escalation'. (15FG1) 'I believe that in any approach promoted by us, whether or not there is intervention'.

(14FG1)

Once these guidelines were designed, the first support group (SG1) was held at each unit where the coordinators informed the nurses how they should carry out the self-observation of clinical practice. To this end, they were provided with a guidance document on how to carry out the observation and how to record the data using a reflexive diary (RD) (Tolosa-Merlos et al., 2023).

4.2 | Stages 2–3: Action and observation

In these stages, which took place over three months, the nurses observed their practice according to the guidelines agreed upon in Stage 1 and recorded their observations in their reflexive diaries (RD1). A total of 157 diaries were collected, revealing that, for nurses, the attitudinal component was central to the therapeutic relationship. Thus, their attitude to communicate, adapt and open up to the relationship with the patient, as well as believing in themselves, were key factors for them. Through the diaries, the nurses described the essential activities in the therapeutic relationship, as well as the contextual factors of their practice that affected the therapeutic relationship. The analysis identified that reflection on the nurses' actual practice in the mental health units contributed to greater understanding of the therapeutic relationship phenomenon (Tolosa-Merlos et al., 2023).

4.3 | Stage 4: Collective reflection

At this point in the process, the results of the previous stage were discussed as a group by the nurses in each unit through the second support group (SG2). This stage lasted three months. During this stage, the nurses validated the results of the diaries, proposing and agreeing on two strategies to establish a better therapeutic relationship in their clinical practice. The coordinators of each unit submitted their proposals for improvement to the research team, who carried out an initial analysis grouping them into four main categories: improvement of the training of professionals, improvement of the physical spaces of the units, improvement of the nursing teams and improvement of nursing interventions during clinical practice.

5 | CYCLE 2

5.1 | Stage 1: Replanning

The second cycle of the PAR began with the objective of reaching a consensus on the strategies to be implemented in all the units based on this first analysis of the data obtained in the previous phase. This stage was developed over a two-month period. The process was carried out through a workshop involving the 18 nurse coordinators. In the first part of the workshop, two simultaneous focus groups (FG2) were used to discuss the proposals for improvement that the research team had compiled in a working document. In these FGs,

the coordinating nurses reflected and discussed the different categories and selected the following strategies for the improvement of the therapeutic relationship: (a) creation of a personalised nursing intervention space for each patient on a regular basis throughout their hospital stay, (b) updating facility regulations towards a more humanising and less restrictive model of care, (c) training for newly recruited professionals, (d) having an adequate space to be able to carry out the reception and interventions with greater intimacy and (e) conducting reflection groups with the nursing teams in order to explain situations, share experiences and vent or decompress after tense situations or stressful moments.

In the second part of the workshop, the 18 nurse coordinators met in a new focus group (FG3) where they agreed and designed the two final and unified strategies for all the units, as well as their implementation schedule. First, in the context of self-improvement of the professionals, the nurses developed the term 'post-incident analysis' (initially referred to as 'reflective groups'), to denote the need to generate critical-constructive spaces, improve the self-knowledge of professionals and practice emotional ventilation collectively in the team after complex situations and incidents in clinical practice. These situations were qualified as sentinel events and were as follows: a physical or verbal violent behaviour, a psychomotor agitation, a movement restriction, a suicide of a patient in the unit, an elopement or a vital emergency. Second, in the context of improving interventions with the patient, the nurses defined the initial strategy (a) under the label of 'reserved therapeutic space' addressing the lack of time, lack of adequate physical space and lack of professional recognition. It aimed at improving the interventions and the therapeutic relationship with the patient through regular, programmed spaces, free of interruptions.

'I really liked the two proposals that came out. And so, *a priori*, I think they are quite feasible to carry out in the unit, which is why also... according to what things... they are very reluctant'. (17FG3) 'Both proposals are very cool, and I think they are doable. You must respond to the needs of what nurses are asking for. One, the post-crisis space, is to name and shape what you do. And the other is that they're going to love it. To have a space for you...for the patient...if they get it...'

(14FG3)

Once the two final proposals for improvement and their schedule for implementation had been defined, the third support group (SG3) was held at each centre, in which each nurse coordinator informed the nurses of what they had to do to implement them.

5.2 | Stages 2–3: Action and observation

After being informed by the coordinators, the nurses implemented the two strategies that had been agreed upon in phase 1 of cycle 2 in their clinical practice and evaluated them by means of reflexive

diaries (RD2) that the research team designed for this purpose, as well as the guide on how they should prepare them. These stages were carried out over four months. Ninety-six reflective diaries were collected in which nurses described and reflected on the improvement strategies implemented. In the case of the *postincident analysis*, the nurses reflected on the type of incident they had analysed by describing what had occurred. Most of them described situations of violent behaviour or psychomotor agitation of the patients that ended in restriction of movement or absconding. The nurses identified the most common interventions they had carried out prior to the incident, the aspects that needed to be improved, the elements that had facilitated the implementation of the strategy and how they had felt. Regarding the *reserved therapeutic space* intervention, the nurses reflected that it was a space for sharing the patient's objectives and expectations regarding admission. The nurses described the aspects they worked on most in the therapeutic spaces, as well as the barriers and facilitating elements they had encountered in their implementation. In addition, they expressed the emotional impact that accompanied the development of the intervention and, its usefulness in general (Table 1).

5.3 | Stage 4: Final reflection and conclusions

In this final stage, which was carried out over five months, after implementing the two improvement strategies and recording them in the reflexive diaries (RD2), the fourth support group (SG4) was held at each centre, where the nurses reflected on and evaluated both the implementation of the two strategies in their clinical practice and the entire PAR process. Regarding the strategies implemented, the nurses confirmed and validated the results obtained from the diaries and agreed on their usefulness for improving the therapeutic relationship at the units.

It has been useful for improving teamwork, finding improvement strategies for similar future situations and to see the mistakes made more easily.

(06DR206)

Regarding the group reflection of the process, the nurses described that, as part of this study, they had learned to trust themselves more, to consider their own emotions and to become aware of the importance of their interventions.

Thinking about the feelings that come up for me when conducting the interview makes me understand a bit better how the patient might be feeling during the interview.

(13DR207)

The nurses explained that they incorporated some changes into their clinical practice by adopting a more open attitude to therapeutic relationship. Although they agreed that participating in this

study had been a very gratifying experience for them, they also recognised that it was difficult to complete the whole process due to its considerable demands and its long duration. In addition, they also expressed doubts as to whether the two improvement strategies could be maintained in the future, due to lack of time and lack of involvement of the rest of the professionals. Finally, the nurses were interested in acquiring new knowledge and highlighted the need for training in therapeutic relationship, de-escalation techniques and communication skills.

During the last focus group (FG4), the coordinating nurses shared the feedback from the units, drew the final conclusions and closed the process as a whole. At the individual level, in their respective units, the coordinators were confident that the nurses who had participated in the study would maintain everything they had learned about therapeutic relationship throughout the process, but at the collective level, they also had doubts as to whether the improvement strategies could be maintained as designed.

The actions that were proposed were useful and the therapeutic relationship with the patient is very important. This is a good measure to work on, but there is a lack of consistency to regulate it and to do it in a more regulated and formal manner on behalf of the institution.

(17FG4)

Moreover, at the institutional level, they emphasised that the study had contributed to implementing some changes in the unit regulations, updating them and further adjusting them to the patients' needs. For example, the use of street clothes instead of pyjamas or the regular use of mobile phones. They also recognised that the management of some centres had shown some sensitivity to the results reported by the coordinators, especially in relation to ratios and staff shifts.

'The nurses really believed in the study and that change is possible'. (03FG4) 'I value the study very positively because I think the topic is very appropriate for our sector and I think we have to continue talking about the therapeutic relationship. The fact that people from all over Catalonia came gives us the option to see other opinions and to be able to discuss them'.

(15FG4)

6 | DISCUSSION

The aim of this study was to explore the process of change in the clinical practice of nurses working at acute mental health inpatient units in the context of their participation in an action research study aimed at improving the nurse-patient therapeutic relationship. It should be noted that, as in most studies that have used similar methods in the health area, the participatory process

TABLE 1 Stages of action and observation of the second cycle: Results of the implemented strategies collected in the nurses' reflective diaries

Strategies implemented	Level and focus of action	Aspects that condition the action	Emotional impact of the action	Usefulness of the action	Quotations
Post-incident analysis	<ul style="list-style-type: none"> Action at the individual level Situations of violent behaviour or psychomotor agitation with restriction of movement or escapes 	<ul style="list-style-type: none"> Infrastructure and staffing The team's training Coordination and consensus in the team Relaxing regulations Informing, increasing observation, and agreeing on interventions with the patient 	<ul style="list-style-type: none"> Identifying negative emotions: tension, frustration, helplessness, feelings of being out of control or of being bad professionals Positive reinforcement: peace of mind, confidence, self-assurance, and satisfaction with a good result 	<ul style="list-style-type: none"> Improving the quality of care Awareness of the importance of the interventions Professional growth Consolidates, provides cohesion, and strengthens the team Facilitates emotional ventilation, sharing coping strategies and encouraging self-criticism and reflection 	<ul style="list-style-type: none"> We realised that guilt and fear only blocked us. We concluded that this experience would be useful for future interventions. It was helpful to be able to share it with the rest of our colleagues (01DR201) On some occasions the workload did not make it easy to talk about it and we are not in the habit of doing so either (12DR201) Together we were able to identify actions that could be improved. It was a space to let off steam, a moment of reflection and to share emotions-sensations (06DR203). The usefulness of this intervention is indisputable because it helps to take into account steps or interventions that are deduced and not carried out. Nursing intervention would be much easier if each of the crisis situations that occur on a daily basis in the acute unit were analysed in time (07DR202)
Reserved therapeutic space	<ul style="list-style-type: none"> Action at the collective level Management of emotions Coping strategies Illness awareness Pharmacological adherence Consumption of toxic substances Symptom identification 	<ul style="list-style-type: none"> Workload Interferences from the environment, the lack of intimate spaces, the favourable environment of the unit Team and patient collaboration Nurses' training and experience The previously established relationship of trust 	<ul style="list-style-type: none"> Identification of frustration or disappointment when intervention is not effective Positive reinforcement: calm, comfortable, self-confident, and professionally fulfilled. 	<ul style="list-style-type: none"> On a personal level: to become aware of the importance of their interventions and to reflect on their daily clinical practice. Empowered At the professional level: the intervention allowed them to get to know and understand patients better, empower them, work together with them, individualise care and strengthen the bond with them, giving them confidence and closer care 	<ul style="list-style-type: none"> It strengthened the bond with the patient, I think he felt more listened to and cared for. He had the opportunity to talk about his feelings regarding the admission and his expectations. We were able to establish together how to help him (07DR201) The feeling during the whole process was enriching on a personal and work level. In many cases, I was able to empower the patient in the situation he/she was going through. (18DR201) My personal satisfaction increased, and my fears and insecurities decreased (03DR206) The client felt comfortable being listened to and understood. I felt good to see how the patient reflects on the event and trusts me to express herself (04DR206) It has helped the patient to feel well cared for and with the necessary attention, promoting their wellbeing. It has strengthened the therapeutic bond so that we can achieve the objectives set (03DR205)

produced improvements both at the level of the nurses' individual clinical practice, as well as collective changes in the team, and even had an impact at the organisational level (Cordeiro & Soares, 2018; Cusack et al., 2018).

First, it is important to point out that in all the centres, there was support and interest in the change at the organisational level prior to the start of the study. However, it was important to carry out an adequate diagnostic analysis and examination of the field in the different participating units in order to assess the joint viability of the change process (Kemmis & McTaggart, 2008). The results of the initial diagnostic stage confirmed that, despite the heterogeneity of the different participating units, there were common elements in all units that were linked to the care model and the nurse–patient therapeutic relationship, susceptible to improvement in the context of a participatory process (Moreno-Poyato et al., 2021). This contributed to generate greater collective awareness of the need for change among nurses. These results were confirmed later on in the process, when the nurses individually self-observed themselves in those clinical practice situations where the therapeutic relationship was fundamental. This self-observation stage contributed to the nurses' individual and collective awareness of the meaning and usefulness of the therapeutic relationship, which gave them confidence and reassurance in their practice (Bekkema et al., 2021; Cusack et al., 2018). The use of diaries facilitated the individual reflexivity of the nurses that led them to identify that their attitude was essential for the change and improvement of the therapeutic relationship, thus fostering individual commitment to solve the problem (Bolg et al., 2020). Moreover, the FGs contributed to the collective reflection that allowed the nurses to identify the factors that helped them and those that prevented them from having an adequate therapeutic relationship, which are essential aspects to be able to later reach a consensus regarding strategies for improvement (Bekkema et al., 2021; Casey et al., 2022; Cusack et al., 2018).

As in other studies that have used participatory methods, the nurses proposed changes at the individual level aimed at improving the training (Karam et al., 2021; Minaya-Freire et al., 2020) and the incorporation of specific nursing interventions into practice (Salzmann-Erikson, 2017; Vantil et al., 2020). They also proposed changes at the collective level to improve teamwork, such as reflection groups (Chen et al., 2021; Moreno-Poyato et al., 2019) and organisational changes related to a more humanised care model (Chambers et al., 2013; Chandley et al., 2014). In this planning stage, the participation and representation of nurses from all units allowed them to assess the viability and feasibility of the proposals. Thus, the nurses were able to prioritise and agree on the implementation of two strategies to improve the therapeutic relationship at all the centres. An individual strategy to improve the direct intervention with the patient and a collective strategy to generate critical-reflective spaces, proposals similar to those generated in other participatory studies (Moreno-Poyato et al., 2019; Salzmann-Erikson, 2017; Vantil et al., 2020).

The nurses evaluated the impact of the implementation of the improvement strategies again both individually and collectively. In

this manner, through the diaries, they were able to reflect individually and confirm a greater level of confidence and self-assurance as professionals, but also the importance of knowing themselves and identifying the role of emotions in clinical practice (Price, 2017; Vaughan, 2017). Through the FGs, those nurses who did not keep the diaries or who had naturalised or were less aware of the change that had occurred were able to reflect on and corroborate the findings from the diaries. In general, although the nurses reported that the process had been demanding and time-consuming (Moreno-Poyato et al., 2019), they acknowledged that the process had enabled them to substantially improve their clinical practice, mainly due to individual changes (Alomari et al., 2020; Bekkema et al., 2021; Cusack et al., 2018) and also organisational changes (Cordeiro & Soares, 2018). However, although there had also been changes at the collective level (Afshar et al., 2020; Chen et al., 2021), the nurses were hesitant to maintain these changes as these were dependent on other people in the team.

6.1 | Strengths and limitations

This study has certain limitations and strengths. It should be noted that this is one of the first studies in the area of mental health nursing that proposes the use of a participatory methodology with such a large number of participating centres and nurses. Thus, there are studies in the area of mental health nursing with similar methods in which a large number of people have participated, although not from different institutions (Larkin et al., 2015; Onnela et al., 2014). This posed major methodological challenges that deserve consideration and discussion.

The first issue worth reflecting on is the possible difference in contextual reality between the participating centres. To this end, the team considered it essential to carry out a detailed reconnaissance of the field. An analysis of the culture of care in the units was carried out (Tolosa-Merlos et al., 2021), and organisational interests and realities were assessed (Molineux, 2018). To assess organisational interest, in the stage prior to the start of the study, a working group was formed consisting of representatives of the management of each organisation. Together, we assessed whether there was a need to improve the therapeutic relationship in their institutions and, above all, we discussed the feasibility and the support that the organisations would provide to the study and the results that would emerge from it.

The second aspect that warrants reflection is that, once the institutional commitment had been agreed upon, the management of each centre selected a nurse to act as a representative and coordinate the study in their centre as part of the clinical research team. In this regard, the methodological team insisted that the person coordinating the study at each centre should have specific leadership and credibility characteristics within the institution (Kemmis & McTaggart, 2008). However, the needs of each institution meant that the coordinating nurses were chosen with different profiles. This could have conditioned the involvement of

the remaining nurses at each centre and the implementation of some of the strategies proposed. Thus, the role of the nurse coordinators could also explain part of the dropout rate. Nonetheless, in our study, most of the dropouts were due to the duration of the PAR and to the transfers of some participating nurses to other services.

The third aspect to be considered was the large volume of data to be managed. To this end, the nurse coordinators of each centre were included as part of the research team and were trained in methodology through several initial work sessions and, subsequently, there was a process of constant mentoring by the principal investigator and the rest of the methodological team. In addition, for data management and storage, a secure on-line space was built with unique access by the principal investigator of the project. All data were collected electronically. For data analysis, a subgroup was set up to work collaboratively, led by an expert researcher from the methodological team (Merriam & Tisdell, 2016).

Finally, it should be kept in mind that although the initial evaluation suggests that the improvements have been integrated into clinical practice, further evaluations are needed in the medium and long term to assess the maintenance of the changes in daily clinical practice (Cordeiro & Soares, 2018). Similarly, it should be noted that in this study, given the initial approach proposed to implement the change, patients were not included as stakeholders (Effendy et al., 2022; Wiles et al., 2022). In future studies, it would be interesting to consider the patients' perspective.

7 | CONCLUSION

This study has provided insight into the participatory process through which nurses in acute mental health units of 18 hospitals have been able to improve aspects of the nurse-patient therapeutic relationship considering the individual, collective and organisational areas. In turn, this study has shown that, from a constructivist paradigm, despite the different cultural and structural realities of the participating institutions, it is possible to implement a collaborative change process if the needs and expectations of the participants and the organisations are similar.

8 | RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE

In relation to the implications of this study, given the nature of PAR as a knowledge-generating method, the results imply an improvement in the nurses' training, incorporating new knowledge, consolidating their skills and reinforcing attitudinal aspects of their practice. Thus, the results obtained through PAR are directly transferred to clinical practice, producing an impact not only on individual nurses and patients but also on the collective dynamics of the teams and on aspects related to the management of the units. To assess whether the changes produced are sustained over time, further research is needed. Therefore, future studies should incorporate the

participation of patients not only as participants but also as part of the team. Similarly, in subsequent studies, it is necessary to evaluate the impact of the changes on patient health outcomes.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

ARMP and PDH designed the study. APT, FGP and GCG were responsible for data collection. DTM was responsible for the data analysis team. DTM, ARMP and PDH drafted the final report. ARMP supervised the process of data collection and analysis and provided support and feedback during all study phases. All authors have contributed to the manuscript. Also, all authors read and approved the final manuscript.

ACKNOWLEDGEMENTS

We would like to acknowledge all the participants of MiRTCIME.CAT project.

FUNDING INFORMATION

College of Nurses of Barcelona (PR-218/2017).

CONFLICT OF INTEREST


No conflict of interest has been declared by the authors.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

ORCID

Diana Tolosa-Merlos  <https://orcid.org/0000-0001-7668-0557>

Antonio R. Moreno-Poyato  <https://orcid.org/0000-0002-5700-4315>

Francesca González-Palau  <https://orcid.org/0000-0001-9187-9089>

Alonso Pérez-Toribio  <https://orcid.org/0000-0002-8962-974X>

Georgina Casanova-Garrigós  <https://orcid.org/0000-0002-3652-9745>

Pilar Delgado-Hito  <https://orcid.org/0000-0001-7077-3648>

REFERENCES

- Afshar, M., Sadeghi-Gandomani, H., & Masoudi Alavi, N. (2020). A study on improving nursing clinical competencies in a surgical department: A participatory action research. *Nursing Open*, 7(4), 1052–1059. <https://doi.org/10.1002/nop2.485>
- Alomari, A., Wilson, V., & Lewis, J. (2020). Action research: A mechanism for active engagement of clinical nurses in a program of research. *Nursing & Health Sciences*, 22(3), 539–547. <https://doi.org/10.1111/nhs.12690>
- Bekkema, N., Niemeijer, A., Frederiks, B., & Schipper, C. (2021). Exploring restrictive measures using action research: A participative observational study by nursing staff in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 77(6), 2785–2795. <https://doi.org/10.1111/jan.14825>
- Berry, K., Haddock, G., Kellett, S., Roberts, C., Drake, R., & Barrowclough, C. (2016). Feasibility of a ward-based psychological intervention to improve staff and patient relationships in psychiatric rehabilitation settings. *The British Journal of Clinical Psychology*, 55(3), 236–252. <https://doi.org/10.1111/bjc.12082>

- Bolg, J. R., Dwyer, P. A., Doherty, D. P., Pignataro, S. J., & Renaud, A. M. (2020). The impact of critical reflective inquiry education on experienced Nurses' insights into practice. *Journal for Nurses in Professional Development*, 36(2), 68–73. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000606>
- Bradbury, H., Waddell, S., O' Brien, K., Apgar, M., Teehanke, B., & Fazey, I. (2019). A call to action research for transformations: The times demand it. *Action Research*, 17(1), 3–10. <https://doi.org/10.1177/1476750319829633>
- Casey, M., Coghlan, D., Carroll, A., & Stokes, D. (2022). Is action research just about telling a good story? *Journal of Advanced Nursing*, 78(3), e46–e48. <https://doi.org/10.1111/jan.15108>
- Chambers, M., Gillard, S., Turner, K., & Borschmann, R. (2013). Evaluation of an educational practice development programme for staff working in mental health inpatient environments. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 362–373. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01964.x>
- Chandle, M., Cromar-Hayes, M., Mercer, D., Clancy, B., Wilkie, I., & Thorpe, G. (2014). The development of recovery based nursing in a high-security hospital: Nurturance and safe spaces in a dangerous world? *Mental Health and Social Inclusion*, 18(4), 203–214. <https://doi.org/10.1108/MHSI-08-2014-0024>
- Chen, S., Liu, J., Bai, X., Yue, P., & Luo, S. (2021). Providing targeted psychological support to frontline nurses involved in the management of COVID-19: An action research. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1169–1179. <https://doi.org/10.1111/jonm.13255>
- Cordeiro, L., & Soares, C. B. (2018). Action research in the health-care field. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(4), 1003–1047. <https://doi.org/10.11124/JBISR-IR-2016-003200>
- Cusack, C., Cohen, B., Mignone, J., Chartier, M. J., & Lutfiyya, Z. (2018). Participatory action as a research method with public health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1544–1553. <https://doi.org/10.1111/jan.13555>
- Effendy, C., Margaretha, S. E. P. M., & Probandari, A. (2022). The utility of participatory action research in the nursing field. *Creative Nursing*, 28(1), 54–60. <https://doi.org/10.1891/CN-2021-0021>
- Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M., Davidson, L., Skjølberg, Å., Gytri, D., & Moltu, C. (2019). Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(2), 88–96. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1524532>
- 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. (2019a). 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. (2019b). 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. (2020). 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>
- Karam, M., Macq, J., Duchesnes, C., Crismer, A., & Belche, J.-L. (2021). Interprofessional collaboration between general practitioners and primary care nurses in Belgium: A participatory action research. *Journal of Interprofessional Care*, 36, 1–10. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1929878>
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2008). Participatory action research. In Y. S. L. Norman & K. Denzin (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry* (3rd ed., pp. 271–330). Sage Publications.
- 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>
- Larkin, M., Boden, Z. V. R., & Newton, E. (2015). On the brink of genuinely collaborative care. *Qualitative Health Research*, 25(11), 1463–1476. <https://doi.org/10.1177/1049732315576494>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1990). *Naturalistic inquiry* (7th ed.). Sage.
- McAllister, S., Simpson, A., Tsiakakos, V., & Robert, G. (2021). "What matters to me": A multi-method qualitative study exploring service users', carers' and clinicians' needs and experiences of therapeutic engagement on acute mental health wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 703–714. <https://doi.org/10.1111/inm.12835>
- McAndrew, S., Chambers, M., Nolan, F., Thomas, B., & Watts, P. (2014). Measuring the evidence: Reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 212–220. <https://doi.org/10.1111/inm.12044>
- McCormack, B., & McCance, T. (2016). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice* (2nd ed.). Wiley.
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (4th ed.). Jossey-Bass.
- Minaya-Freire, A., Ramon-Aribau, A., Pou-Pujol, G., Fajula-Bonet, M., & Subirana-Casacuberta, M. (2020). Facilitators, barriers, and solutions in pain Management for Older Adults with dementia. *Pain Management Nursing*, 21(6), 495–501. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.003>
- Molin, J., Graneheim, U. H., Ringnér, A., & Lindgren, B.-M. (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>
- Molin, J., Vestberg, M., Lövgren, A., Ringnér, A., Graneheim, U. H., & Lindgren, B.-M. (2021). Rather a competent practitioner than a compassionate healer: Patients' satisfaction with interactions in psychiatric inpatient care. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(6), 549–554. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1820645>
- Molineux, J. (2018). Using action research for change in organizations: Processes, reflections and outcomes. *Journal of Work-Applied Management*, 10(1), 19–34. <https://doi.org/10.1108/JWAM-03-2017-0007>
- Moreno-Poyato, A. R., Casanova-Garrigós, G., Roldán-Merino, J. F., & Rodríguez-Nogueira, Ó. (2020). 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, 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., 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., Roviralta-Vilella, M., El Abidi, K., 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>
- Munten, G., van den Bogaard, J., Cox, K., Garretsen, H., & Bongers, I. (2010). Implementation of evidence-based practice in nursing using action research: A review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(3), 135–157. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2009.00168.x>
- Onnela, A. M., Vuokila-Oikkonen, P., Hurtig, T., & Ebeling, H. (2014). Mental health promotion in comprehensive schools. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(7), 618–627. <https://doi.org/10.1111/jpm.12135>
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Price, B. (2017). Improving nurses' level of reflection. *Nursing Standard*, 32(1), 52–63. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10900>
- 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>
- Rowell, L. L., Bruce, C. D., Shosh, J. M., & Riel, M. M. (2017). *The Palgrave international handbook of action research*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/978-1-137-40523-4>
- Salzmann-Erikson, M. (2017). Using participatory action research to develop a working model that enhances psychiatric Nurses' professionalism: The architecture of stability. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(6), 888–903. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0806-1>
- Spanish Ministry of Health. (2022). *Mental health strategy of the National Health System. Period 2022–2026*. (Ministry of Health, Spanish Government., Ed.). Ministry of Health, Spanish Government.
- 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*, 25(59), 132–143. <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. (2023). Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(1-2), 253–263. <https://doi.org/10.1111/jocn.16223>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Vantil, F. C. S., Lima, E. d. F. A., Figueiredo, K. C., Massaroni, L., Sousa, A. I., & Primo, C. C. (2020). Safety of patients with mental disorders: A collective construction of strategies. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20170905. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0905>
- Vaughan, P. (2017). Reflective practice will give nursing its voice back. *Nursing Standard*, 31(27), 36–37. <https://doi.org/10.7748/ns.31.27.36.s43>
- Watkins, S., Dewar, B., & Kennedy, C. (2016). Appreciative inquiry as an intervention to change nursing practice in in-patient settings: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 179–190. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.017>
- Wiles, L. K., Kay, D., Luker, J. A., Worley, A., Austin, J., Ball, A., Bevan, A., Cousins, M., Dalton, S., Hodges, E., Horvat, L., Kerrins, E., Marker, J., McKinnon, M., McMillan, P., Pinero de Plaza, M. A., Smith, J., Yeung, D., & Hillier, S. L. (2022). Consumer engagement in health care policy, research and services: A systematic review and meta-analysis of methods and effects. *PLoS One*, 17(1), e0261808. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261808>

How to cite this article: Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., Delgado-Hito, P., & MIRTICIME.CAT Working Group (2022). The therapeutic relationship at the heart of nursing care: A participatory action research in acute mental health units. *Journal of Clinical Nursing*, 00, 1–12. <https://doi.org/10.1111/jocn.16606>

5. DISCUSSIÓ

Els resultats estan discutits en cadascun dels articles publicats de forma específica, pel que a continuació es presenta la discussió de les principals troballes obtingudes a l'estudi de manera global.

L'objectiu principal d'aquest estudi era explorar el procés de canvi en la pràctica clínica de les infermeres sobre l'establiment de la Relació Terapèutica a les unitats d'hospitalització d'aguts de salut mental de Catalunya a partir de l'evidència i mitjançant un procés participatiu. En aquest sentit, la IAP va permetre aplicar la pràctica basada en l'evidència i va contribuir a que les infermeres participants prenguessin consciència de la importància i la necessitat de canvi. La IAP, com a mètode investigador, permet una millor comprensió del fenomen d'estudi i, per tant, de la seva naturalesa, del seu propòsit i de les condicions necessàries per a modificar la pràctica, fet que porta finalment a la transformació social (Bradbury et al., 2019). A més, és un mètode molt utilitzat en contextos en els quals es busquen millores en termes de salut (Cordeiro & Soares, 2018). El procés de reflexió individual va derivar en una reflexió grupal en la qual les infermeres van unificar els objectius col·lectius i van construir la seva pràctica clínica, la qual cosa els va permetre disminuir l'angoixa personal, confiar més en elles mateixes i guanyar seguretat com a professionals. En conseqüència, tots aquests aspectes identificats per les infermeres al llarg del procés de canvi van ser associats a una millora de la RT.

En relació a les característiques d'estructura, d'equip, de normativa i de dinàmica de cures que intervenen en l'establiment de la relació terapèutica a les unitats d'hospitalització d'aguts de salut mental de Catalunya, abans d'iniciar el procés de la IAP com a tal, es va realitzar l'anàlisi del context de partida de les unitats. En aquesta anàlisi, les investigadores clíniques representants de cada unitat van descriure en les seves memòries d'observació les característiques d'estructura, de dotació d'equip, de normativa i de dinàmiques de cures que intervenien en l'establiment de la RT a les seves respectives unitats. Els resultats van mostrar que, en termes generals de cultura de cures, no existien grans diferències entre les diverses unitats a l'hora d'identificar els elements que

més intervenen en l'establiment de la RT, però que, en termes dels diferents aspectes estudiats, existia una gran variabilitat. En relació a aquests aspectes més concrets, els resultats van deixar palès que les estructures arquitectòniques de les unitats estudiades eren molt diferents les unes de les altres. Ja estiguessin integrades en hospitals generals o formant part d'hospitals monogràfics, moltes d'elles encara eren antigues i acollien una alta concentració de pacients en espais molt reduïts. Alexander i Bowers (2004) ja assenyalaven la necessitat d'estructures grans i àmplies, així com l'ús d'una comunicació verbal efectiva i unes normatives clares com a factors que afavoreixen la relació infermera-pacient, en tant que són factors que contribueixen, entre d'altres, a evitar conductes de violència i agressivitat durant l'hospitalització. Altres aspectes com consultes domiciliàries, major comunicació, millors relacions interpersonals amb els pacients, més recursos per a l'atenció de salut mental i més investigació s'han erigit al llarg dels anys com elements afavoridors de la RT (Aluh et al., 2022). En aquest sentit, disposar d'entorns físics segurs, relacions socials saludables i una relació de qualitat amb les infermeres durant el procés d'hospitalització són factors fonamentals en la recuperació (Staniszewska et al., 2019). En relació a les normatives internes de les diferents unitats d'hospitalització, els resultats van mostrar més homogeneïtat que en les estructures arquitectòniques, fet que es devia, probablement, a l'herència del model de cures centrat en la reclusió, les mesures restrictives, les portes giratòries i les barreres emmascarades sota el vel de les costums, que simbolitzen la pèrdua de control, la distància social, l'estigma i el rebuig de l'ambient terapèutic proporcionat (Missouridou et al., 2022). Les normatives van destacar per una rigidesa excessiva generalitzada i totes les unitats van reconèixer que el futur passa per una major flexibilització de les normes i una adaptació a les necessitats actuals dels usuaris. En aquest sentit, algunes de les organitzacions participants van iniciar un procés d'individualització de les cures i humanització de les unitats d'hospitalització revisant i actualitzant les seves normatives en un intent de transició cap un model d'atenció més centrat en el pacient (Sanz-Osorio et al., 2023). I, en aquesta mateixa línia, un dels efectes més immediats d'aquestes

revisions va ser, per exemple, la possibilitat d'utilitzar el mòbil o de vestir roba de carrer durant l'hospitalització a les unitats d'aguts de salut mental. Així doncs, com apuntava Moreno-Poyato, (2019), si assumim que la RT ha d'emanar d'un model organitzacional integral orientat a crear escenaris que afavoreixin la humanització, les organitzacions tenen un paper fonamental per a reprendre el fil de les cures des d'una perspectiva més humanista, deixant enrere el model biologista i retornant el protagonisme al pacient (Sanz-Osorio et al., 2023).

En relació a les dinàmiques de cures, els resultats van indicar que existien dificultats en l'establiment d'una adequada RT en el dia a dia de les unitats. Exemples com la poca cohesió entre els equips de treball, la falta de temps, l'absorció de les tasques administratives per part de les infermeres, els espais d'interacció poc adequats o les ratis elevades (Hanrahan & Aiken, 2008; Moreno-Poyato et al., 2021), són dificultats percebudes per les infermeres que sovint els impedeixen satisfer les expectatives dels pacients i les seves pròpies a l'hora de brindar unes cures òptimes i establir una RT de qualitat (Gabrielsson, Sävenstedt, & Olsson, 2016). En aquesta mateixa línia, els resultats van mostrar que intervencions infermeres quotidianes a les unitats com l'acollida d'ingrés, les cures específiques o la preparació de la medicació, es realitzaven de manera habitual entre diverses interrupcions amb els riscos que això implica. Els resultats també van deixar palès que la majoria de demandes i interaccions amb els pacients es realitzaven enmig del passadís i de manera improvisada. El fet de poder disposar d'un temps regulat per a les interaccions infermera-pacient, de la mateixa manera que els metges disposen de l'espai de la visita mèdica, s'està erigint com una eina facilitadora de la recuperació en tant que contribueix a millorar les expectatives del pacient durant l'ingrés i, per tant, la seva recuperació (Moreno-Poyato, El Abidi, Rodríguez-Nogueira, Lluch-Canut, & Puig-Llobet, 2021). Aquesta eina ja s'ha posat en marxa en alguns països europeus com, per exemple, a Suècia i els resultats indiquen que quan no s'ha pogut proporcionar aquest espai o bé ha estat absent, s'ha observat un distanciament dels pacients respecte les infermeres (Molin et al., 2019).

Un cop realitzada la fotografia inicial, ubicat el context d'estudi i definit el punt de partida es va iniciar el procés participatiu amb les infermeres de cadascuna de les unitats per tal de donar resposta al segon i al tercer objectius específics de la tesi. Aquests estaven relacionats, per un costat, amb el significat que atorgaven les infermeres a l'establiment de la Relació Terapèutica amb el pacient a les unitats d'aguts de salut mental de Catalunya i, per l'altre, amb la identificació per part de les infermeres dels elements facilitadors i els elements limitadors en l'establiment de la RT durant el procés d'hospitalització. En aquest sentit les infermeres van destacar que l'actitud era l'aspecte nuclear de la RT i van identificar alguns aspectes facilitadors, així com algunes barreres que es trobaven en les intervencions més comunes de la seva pràctica, en tant que són factors del context de cures que condicionaven la RT a les unitats d'hospitalització.

El primer que van aportar els resultats obtinguts va ser un major coneixement sobre la competència relacional de les infermeres, aspecte més que rellevant en infermeria de salut mental. Aquesta competència està directament relacionada amb la pràctica clínica i incorpora els coneixements, habilitats, actituds i professionalitat de la infermera en aplicar l'evidència i l'aprenentatge a la pràctica (Casey et al., 2017). No obstant això, aquest component actitudinal que destacaven els resultats, la seva importància en el context de la RT i l'ús de la consciència de la infermera, són aspectes que ja havien estat àmpliament descrits des de la perspectiva teòrica per autores com Peplau, Orlando (Forchuk, 1991), Travelbee (1971) o Watson (Turkel, Watson, & Giovannoni, 2018). Si bé és cert que la literatura ha recollit en els últims anys estudis que recalquen la importància de les actituds infermeres en termes de salut mental com són l'estigma, la recuperació, la coerció o el trastorn mental greu (Doedens, Vermeulen, Boyette, Latour, & de Haan, 2020; Economou et al., 2019; Gyamfi, Badu, Mprah, & Mensah, 2020; Laukkanen, Vehviläinen-Julkunen, Louheranta, & Kuosmanen, 2019; Sanz-Osorio et al., 2023), hi ha escassa evidència empírica i explícita que mostri la seva rellevància i identifiqui les capacitats actitudinals concretes de les infermeres en el context de la pràctica de la RT. En aquest sentit, les capacitats actitudinals que

van identificar les infermeres van englobar aspectes reconeguts empíricament en el context de la RT com la disponibilitat, la comunicació o la individualització de les cures (Delaney & Johnson, 2014; Harris & Panozzo, 2019; McAllister, Robert, Tsianakas, & McCrae, 2019; Moreno-Poyato et al., 2016), però també d'altres no tan estudiats com la importància de l'autoconfiança i la seguretat en elles mateixes. Aquests aspectes es van identificar tant com elements positius en tant que facilitaven l'establiment d'una adequada RT (Roche, Duffield, & White, 2011; Van Sant & Patterson, 2013), com elements negatius en tant que s'erigien com a barreres o limitacions (O'Connor & Glover, 2017; Van Sant & Patterson, 2013). L'auto-observació i el posterior procés de reflexió sobre la seva pràctica clínica van permetre les infermeres prendre consciència de la importància que tenia la seva actitud en les seves interaccions amb els pacients, i les va ajudar, a més, adonar resposta al repte real que suposava establir una adequada RT en el seu dia a dia a les unitats d'aguts de salut mental (Choperena, Oroviogicoechea, Zaragoza Salcedo, Olza Moreno, & Jones, 2019).

Els resultats indiquen que les infermeres van identificar, des de la reflexió sobre la seva pràctica clínica, aquelles habilitats essencials pel desenvolupament de la RT i que eren transversals a qualsevol intervenció. En aquest sentit, les infermeres van destacar la importància de generar un entorn adequat per a la relació, és a dir, considerar l'entorn com un element contextual propi de moltes unitats d'aguts (Kingston & Greenwood, 2020), però també com una responsabilitat seva trobar un espai on es pogués construir la relació (McAllister et al., 2021; Raphael et al., 2021). A l'igual que en altres estudis, les infermeres també van identificar habilitats com l'abordatge verbal, la disponibilitat a l'ajuda o el treball conjunt amb els pacients com a pràctiques bàsiques pel desenvolupament de les intervencions efectives en el context de la relació amb ells (Harris & Panozzo, 2019; McAllister et al., 2019; Molin et al., 2018). D'altra banda, en relació amb intervencions específiques, la reflexió sobre la pràctica va permetre les infermeres identificar i prendre consciència de la importància de dues intervencions habituals a les unitats de salut mental

que resultaven especialment influents en la relació amb els pacients, com són l'acollida d'ingrés a la unitat d'aguts i la contenció mecànica. En aquest sentit, les infermeres van considerar que l'acollida que realitzaven al pacient en el moment de l'ingrés a la unitat era una intervenció imprescindible en la qual requeia gran part de l'èxit per a construir la RT (Forchuk et al., 1998; Peplau, 1997). Per la seva banda, les infermeres també van destacar que l'ús de la contenció mecànica comprometia la RT i la confiança amb el pacient (Kinner et al., 2017; Pérez-Toribio et al., 2022), si bé entenien que, aquesta mesura no desitjada, a vegades era necessària (Doedens et al., 2020). Per últim, altres factors del context que les infermeres van destacar que afectaven directament la RT amb els pacients eren el caràcter voluntari o involuntari de l'ingrés (Moreno-Poyato, El Abidi, et al., 2021), el fet de conèixer-se prèviament d'ingressos anteriors o l'experiència viscuda en la relació (Van Sant & Patterson, 2013). Les infermeres també van destacar el paper de les condicions ambientals i estructurals de les unitats (Staniszewska et al., 2019), així com la seva normativa i les dinàmiques de cures que es generaven de manera automàtica en l'intens dia a dia de les unitats (Adler, 2020; Kingston & Greenwood, 2020).

En aquest sentit, després de descriure què significava per a elles la RT i identificar els elements tant positius com negatius que orbitaven al seu voltant, les infermeres van avaluar el procés de manera global en el context de la seva participació en una investigació-acció participativa que pretenia millorar la relació infermera-pacient. A continuació, van identificar possibles estratègies de canvi a partir de la confrontació de l'evidència amb la seva pràctica clínica real, les van implementar i les van avaluar qualitativament. En aquest sentit, cal destacar que el procés participatiu va produir millores a nivell individual en les infermeres, canvis col·lectius en els equips i impacte a nivell organitzacional, igual que en la majoria d'estudis que havien utilitzat mètodes similars en salut mental (Cordeiro & Soares, 2018; Cusack, Cohen, Mignone, Chartier, & Lutfiyya, 2018; Moreno-Poyato et al., 2023).

En primer lloc és important destacar que tots els centres participants van mostrar interès en el projecte i en el canvi potencial esperat. No obstant això, va ser important realitzar una anàlisi adequada de diagnòstic i reconeixement del terreny a les diferents unitats participants per a valorar la viabilitat conjunta del procés de canvi (Kemmis & McTaggart, 2008). Així mateix, els resultats de l'etapa inicial de diagnòstic van confirmar que, malgrat l'heterogeneïtat de les unitats participants, existien elements comuns a totes elles que estaven vinculats a un model de cures i a la relació infermera-pacient, i que eren susceptibles de ser millorats en el context d'un procés participatiu (Moreno-Poyato et al., 2021), fet que va contribuir a generar major consciència col·lectiva de la necessitat de canvi entre les infermeres. A més, aquests resultats van ser confirmats més endavant en el procés quan les infermeres es van auto-observar de manera individual en aquelles situacions de la pràctica clínica on la RT era fonamental. Aquesta etapa d'auto-observació va contribuir a que les infermeres prenguessin consciència individual i col·lectiva del significat i la utilitat de la RT, la qual cosa els va generar confiança i seguretat en la seva pràctica (Bekkema, Niemeijer, Frederiks, & Schipper, 2021; Cusack et al., 2018). En aquest sentit, l'ús de diaris va facilitar la reflexivitat individual de les infermeres que les va portar a identificar que la seva actitud era essencial pel canvi i la millora de la RT, i va fomentar d'aquesta manera el compromís individual per resoldre el problema (Bolg et al., 2020). Al seu torn, els grups focals van contribuir a una major reflexió col·lectiva i van permetre a les infermeres identificar els factors que les ajudaven i els factors que els dificultaven establir una adequada RT, els quals van esdevenir essencials per a poder decidir posteriorment, de manera consensuada, les estratègies de millora (Bekkema et al., 2021; Casey et al., 2022; Cusack et al., 2018). Com en altres estudis que han utilitzat mètodes participatius, les infermeres van proposar canvis a nivell individual dirigits a la millora de la formació (Karam, Macq, Duchesnes, Crismer, & Belche, 2021; Minaya-Freire, Ramon-Aribau, Pou-Pujol, Fajula-Bonet, & Subirana-Casacuberta, 2020) i a la incorporació d'intervencions infermeres específiques en la pràctica clínica (Salzmann-Erikson, 2017; Vantil et al., 2020). De la mateixa manera, van plantejar

canvis a nivell col·lectiu per a millorar el treball en equip com dur a terme grups de reflexió (Chen, Liu, Bai, Yue, & Luo, 2021; Moreno-Poyato et al., 2019) i canvis de caràcter organitzacional relacionats amb un model de cures més humanista (Chambers et al., 2013; Chandley et al., 2014).

En l'etapa de re-planificació del procés, a l'inici del segon cicle, la participació i representació d'infermeres de totes les unitats va permetre valorar la viabilitat de les propostes, de tal manera que van prioritzar i consensuar la implementació de dues estratègies de millora de la RT comunes per a totes les unitats, les quals són similars a les generades en altres estudis participatius (Moreno-Poyato, Delgado-Hito, Leyva-Moral, Casanova-Garrigós, & Montesó-Curto, 2019; Salzmänn-Erikson, 2017; Vantil et al., 2020). Una estratègia de caràcter individual per a millorar la intervenció directa amb el pacient i una estratègia de caràcter col·lectiu per a generar espais críticoreflexius. Les infermeres van avaluar l'impacte de la implementació de les estratègies de millora altra vegada de manera col·lectiva i individual. A través dels seus diaris van reflexionar individualment i confirmar la millora en la seva seguretat i confiança com a professionals, alhora que també van identificar la importància que juga el fet de conèixer-se a si mateixes i contemplar el rol de les pròpies emocions en la pràctica clínica (Price, 2017; Vaughan, 2017). A través dels grups focals, les infermeres que no van poder registrar el diari i les que havien naturalitzat el canvi o n'eren menys conscients, van reflexionar conjuntament i van corroborar les troballes obtingudes als diaris. En general, malgrat les infermeres van manifestar que el procés havia estat exigent i s'havia allargat en el temps (Moreno-Poyato et al., 2019), també van reconèixer que els havia permès millorar substancialment la seva pràctica clínica atès, sobretot, als canvis individuals (Alomari, Wilson, & Lewis, 2020; Bekkema et al., 2021; Cusack et al., 2018) i també als organitzacionals (Cordeiro & Soares, 2018). No obstant això, tot i que s'havien produït també canvis col·lectius (Afshar, Sadeghi-Gandomani, & Masoudi Alavi, 2020; Chen et al., 2021), les infermeres van manifestar els seus dubtes respecte el manteniment d'aquests canvis ja que aquests no depenien només d'elles mateixes, sinó també d'altres persones de l'equip.

5. 1. LIMITACIONS I FORTALESES DE L'ESTUDI

Les principals limitacions que es contemplaven a l'inici de la recerca estaven relacionades amb la implementació de la intervenció a totes les unitats, al fet que només s'obtindrien resultats des de la perspectiva de les infermeres i al propi procés de la IAP en tant que és un procés llarg, intens i complex que podia derivar en una pèrdua important de participants. Paral·lelament es contemplaven també altres tipus de limitacions relacionades amb les sessions grupals i amb els diaris reflexius de les infermeres participants.

En primer lloc, el fet de voler implementar les propostes de millora a 18 organitzacions diferents de Catalunya amb les seves respectives realitats contextuais, va suposar grans reptes metodològics a l'equip investigador. Si bé és cert que existien estudis en l'àrea d'infermeria de salut mental amb mètodes participatius que comptaven amb un elevat nombre de persones, no hi havia evidència d'estudis en els quals haguessin participat tantes organitzacions (Larkin et al., 2015; Onnela et al., 2014, Moreno-Poyato et al., 2023). En aquest sentit, es va considerar fonamental realitzar un detallat reconeixement del terreny. Es va dur a terme una anàlisi de la cultura de cures pròpia de cada unitat (Tolosa-Merlos, Moreno-Poyato, & Delgado-Hito, 2021), i es van valorar els interessos comuns i les realitats organitzacionals (Molineux, 2018) mitjançant un grup de treball creat específicament per a tal fi. Aquest grup de treball estava format per una infermera de cada organització escollida per la direcció seguint unes característiques de lideratge i credibilitat, que va entrar a formar part de l'equip investigador i a representar la seva organització a l'estudi. Amb totes aquestes infermeres representants es va constituir el subequip d'investigadores clíniques. No obstant això, si bé aquesta era la idea inicial, per necessitats de cada organització, aquestes infermeres representants van ser escollides seguint diferents perfils, fet que va poder condicionar la implicació de les infermeres participants de cada organització, així com la implementació d'alguna de les estratègies de millora plantejades. En aquest sentit, aquest rol de les investigadores clíniques també podria explicar part de la taxa d'abandonament de

participants, si bé és cert que la majoria d'abandonaments va ser causats per la durada del procés de la IAP i per trasllats d'infermeres a altres serveis.

En segon lloc, pel que fa a limitacions relacionades amb les dades recollides mitjançant els diaris reflexius, s'ha de tenir en compte que les reflexions de les infermeres als seus diaris podien estar subjectes a l'efecte Hawthorne, i les seves respostes esbiaixades pel desig social. Per a minimitzar-ho, l'equip metodològic va insistir a les infermeres en la necessitat de ser honestes i va assegurar la confidencialitat de les dades recollides. En la mateixa línia, una altra limitació pròpia de l'ús de diaris estava relacionada amb el biaix de memòria i amb l'estrès vinculat a la pràctica reflexiva. En relació a aquest aspecte, l'equip metodològic va donar instruccions específiques a les infermeres per a evitar aquests possibles biaixos, així com irregularitats en l'elaboració dels diaris, i va proporcionar una guia de com s'havien d'enregistrar. Pel que fa a les sessions grupals, el fet que els participants es coneguessin entre ells, en tant que eren companys de feina, va poder condicionar les seves reflexions i auto-confessions. En aquests casos, les sessions grupals es van dur a terme en un entorn càlid i confortable creat per a tal fi, i es van enregistrar amb gravadores imperceptibles per a facilitar l'expressió d'idees i reflexions per part dels participants.

En tercer lloc, una altra de les limitacions de l'estudi va ser l'elevat volum de dades a gestionar. Per a tal fi, les investigadores clíniques van ser formades en metodologia qualitativa mitjançant diverses sessions de treball inicials i, posteriorment, van estar subjectes a mentoria per l'equip metodològic al llarg de tot el procés. Tanmateix, per a la gestió i emmagatzematge de les dades es va construir un espai segur on-line amb accés únic per la investigadora orgànica i el co-investigador ARMP. Totes les dades es van recollir de manera electrònica i, per a la seva anàlisi, es va configurar un grup que va treballar de manera col·laborativa dirigit per un expert de l'equip investigador (Merriam, 2016).

Finalment, tot i que l'avaluació inicial suggeria que les millores plantejades es van integrar a la pràctica clínica, són necessàries noves avaluacions a mitjà i llarg termini per a valorar el

manteniment dels canvis en el dia a dia (Cordeiro & Soares, 2018). De la mateixa manera, s'ha de tenir en compte que en aquest estudi no es van incloure pacients, atès l'enfoc inicial proposat per posar-lo en pràctica (Effendy et al., 2022; Wiles et al., 2022), si bé és cert que són actors que es considera s'han d'incloure en estudis futurs relacionats amb millores en la RT.

Malgrat totes aquestes limitacions destacades en aquest estudi cal tenir en compte que la representativitat de les infermeres participants i el nombre de diaris obtinguts són forteses que permeten transferir els seus resultats a contextos similars.

5. 2. IMPLICACIONS DE L'ESTUDI

Els resultats d'aquest estudi plantegen implicacions en diversos àmbits de la Infermeria de salut mental.

5.2.1. Implicacions per a la pràctica

En primer lloc, els resultats mostren la necessitat de millorar els entorns de treball i, en aquest sentit, es recomana dissenyar accions de millora de l'entorn per a la pràctica i l'atenció infermera a les unitats d'hospitalització d'aguts de salut mental. Quant a les estructures arquitectòniques es recomana la creació d'espais físics adequats per a realitzar intervencions infermeres amb confort i intimitat. Pel que fa a les dinàmiques de cures es recomana implementar espais terapèutics reservats en la jornada laboral de les infermeres per a realitzar un seguiment de l'hospitalització centrat en les expectatives i en les necessitats de salut dels pacients, i amb la finalitat de treballar el vincle terapèutic i acordar els objectius de l'ingrés conjuntament.

En segon lloc, el fet de conèixer els aspectes fonamentals de la RT des de l'auto-observació i la reflexió de les pròpies infermeres sobre la seva pràctica clínica, els permet prendre consciència i elaborar estratègies de millora basades en el seu propi coneixement.

5.2.2. Implicacions per a la gestió

Tanmateix, saber i confirmar que el component actitudinal de les infermeres és bàsic per a les infermeres en la RT, permet als i les gestores valorar estratègies que promoguin la motivació i facilitin la implicació de les infermeres en la seva pràctica clínica. Els resultats obtinguts mitjançant la IAP es traslladen directament a la pràctica clínica i produeixen no només un impacte individual en les infermeres i els pacients, sinó també en les dinàmiques col·lectives dels equips i en la gestió de les unitats.

5.2.3. Implicacions per a la docència

En termes de formació, atesa la naturalesa de la IAP com a mètode generador de coneixement, els resultats suposen una millora formativa de les infermeres, en tant que incorporen nou coneixement i consoliden les seves habilitats. En aquest sentit, els resultats plantegen la necessitat d'incorporar formació sobre RT enfocada als plans d'estudi del grau de les facultats d'infermeria i d'estudis superiors per a treballar les habilitats actitudinals de les futures infermeres.

5.2.4. Implicacions per a la investigació

En aquesta línia, els resultats assenyalen la necessitat de dur a terme més estudis relacionats amb la millora de les capacitats actitudinals de les infermeres per a millorar la RT. Tanmateix, de cara a avaluar si els canvis produïts es mantenen en el temps es fan necessaris més estudis, la població dels quals siguin les infermeres, però també d'altres que incorporin la participació de pacients no solament com a participants, sinó també com a part de l'equip. Finalment, en estudis posteriors és necessària també l'avaluació de l'impacte dels canvis en els resultats de salut dels pacients.

6. CONCLUSIONS

A la llum dels resultats obtinguts, les conclusions d'aquest estudi són:

1. El procés participatiu dut a terme per les infermeres de les unitats d'aguts de salut mental ha permès generar canvis en la RT amb els pacients des de l'auto-observació i la reflexió de les pròpies infermeres. Aquests canvis s'han produït a nivell individual en la seva pròpia pràctica clínica, a nivell col·lectiu en les dinàmiques de cures dels equips de treball i a nivell organitzacional en els models de cures de les organitzacions participants.
2. Existeix una gran variabilitat a les unitats estudiades en relació a la seva estructura arquitectònica, les ràtios i les normatives. Degut a tots aquests factors i, tenint en compte també les polítiques de cures de cada organització, les cures que es brinden durant el procés d'hospitalització i, en conseqüència, la RT és considerablement diferent en funció de l'àrea geogràfica en què resideix cada pacient.
3. L'estudi ha contribuït a la comprensió del fenomen de la RT en la pràctica clínica real de les infermeres ja que han identificat que el component actitudinal és nuclear. En aquest sentit, tant la seva actitud com el fet de creure en elles mateixes, resulta fonamental per a comunicar-se amb el pacient i obrir-se a la relació.
4. Les infermeres han detectat que les principals barreres per a la RT estan relacionades amb elles mateixes, amb els pacients i amb els entorn de treball principalment. Per un costat, l'actitud poc oberta dels equips, l'elevat volum de tasques administratives o els sentiments de por i d'inseguretat de les infermeres; per un altre, les experiències negatives de pacients en ingressos previs, el fet patir una contenció mecànica o la condició d'estar ingressat amb caràcter involuntari; i per últim, les normatives molt estrictes i els espais poc adequats.
5. Les infermers també han detectat elements facilitadors i accions essencials a dur a terme per a establir una bona RT com són generar un entorn propici, realitzar un abordatge

verbal i no verbal adequat, tenir una actitud oberta, oferir ajuda, individualitzar les cures contemplar les condicions d'ingrés del pacient i treballar conjuntament amb ell.

6. Es confirma que s'han pogut consensuar i implementar dues estratègies de millora de la RT infermera-pacient a 18 unitats d'aguts de salut mental de Catalunya malgrat les diferents realitats culturals i estructurals de cadascuna d'elles: una de caràcter individual per a millorar les intervencions directes amb el pacient i que porta per nom "Espai Terapèutic Reservat", i l'altra de caràcter col·lectiu per a generar espais crític-reflexius sobre la pràctica clínica i que porta per nom "Anàlisi Post-Incidència".
7. Les infermeres van poder reflexionar de forma individual i confirmar millores en la seva seguretat i confiança com a professionals, però també la importància que juga el fet de conèixer-se a si mateixes i identificar el rol de les pròpies emocions en la pràctica clínica. No obstant això, tot i que també es van produir canvis a nivell col·lectiu, les infermeres van manifestar els seus dubtes respecte el manteniment d'aquests canvis atès que aquest fet no depenia únicament d'elles, sinó que també hi estaven implicades altres membres de l'equip. A nivell organitzacional també es van produir canvis en les gestions de les unitats.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Abad Corpa, E., Delgado Hito, P., & Cabrero García, J. (2010). La investigación-acción-participativa. Una forma de investigar en la práctica enfermera. *Revista de Investigación y Educación En Enfermería*, 28(3), 464–474.
- Adler, R. H. (2020). Bucking the system: Mitigating psychiatric patient rule breaking for a safer milieu. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(3), 153057. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.03.002>
- Afshar, M., Sadeghi-Gandomani, H., & Masoudi Alavi, N. (2020). A study on improving nursing clinical competencies in a surgical department: A participatory action research. *Nursing Open*, 7(4), 1052–1059. <https://doi.org/10.1002/nop2.485>
- Alexander, J., & Bowers, L. (2004). Acute psychiatric ward rules: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(5), 623–631. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00770.x>
- Alomari, A., Wilson, V., & Lewis, J. (2020). Action research: A mechanism for active engagement of clinical nurses in a program of research. *Nursing & Health Sciences*, 22(3), 539–547. <https://doi.org/10.1111/nhs.12690>
- Aluh, D. O., Ayilara, O., Onu, J. U., Grigaitė, U., Pedrosa, B., Santos-Dias, M., ... Caldas-de-Almeida, J. M. (2022). Experiences and perceptions of coercive practices in mental health care among service users in Nigeria: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 16(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00565-4>
- Baum, A., & Kagan, I. (2015). Job Satisfaction and Intent to Leave Among Psychiatric Nurses: Closed Versus Open Wards. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(4), 213–216. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.03.004>
- Bekkema, N., Niemeijer, A., Frederiks, B., & Schipper, C. (2021). Exploring restrictive measures using action research: A participative observational study by nursing staff in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 77(6), 2785–2795. <https://doi.org/10.1111/jan.14825>
- Berry, K., Haddock, G., Kellett, S., Roberts, C., Drake, R., & Barrowclough, C. (2016). Feasibility of a ward-based psychological intervention to improve staff and patient relationships in psychiatric rehabilitation settings. *The British Journal of Clinical Psychology*, 55(3), 236–252. <https://doi.org/10.1111/bjc.12082>

- Binnema, D. (2004). Interrelations of psychiatric patient experiences of boredom and mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(8), 833–842. <https://doi.org/10.1080/01612840490506400>
- Bolg, J. R., Dwyer, P. A., Doherty, D. P., Pignataro, S. J., & Renaud, A. M. (2020). The Impact of Critical Reflective Inquiry Education on Experienced Nurses' Insights into Practice. *Journal for Nurses in Professional Development*, 36(2), 68–73. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000606>
- Bradbury, H., Waddell, S., O' Brien, K., Apgar, M., Teehankee, B., & Fazey, I. (2019). A call to Action Research for Transformations: The times demand it. *Action Research*, 17(1), 3–10. <https://doi.org/10.1177/1476750319829633>
- Braithwaite, J., Wears, R. L., & Hollnagel, E. (2015). Resilient health care: turning patient safety on its head. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(5), 418–420. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv063>
- Bulman, C., & Schutz, S. (2013). *Reflective Practice in Nursing* (5th ed.). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Cahill, J., Paley, G., & Hardy, G. (2013). What do patients find helpful in psychotherapy? Implications for the therapeutic relationship in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(9), 782–791. <https://doi.org/10.1111/jpm.12015>
- Carey, T. A. (2016). Beyond patient-centered care: Enhancing the patient experience in mental health services through patient-perspective care. *Patient Experience Journal*, 3(2), 46–49. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1139>
- Casey, M., Coghlan, D., Carroll, A., & Stokes, D. (2022). Is Action Research just about telling a good story? *Journal of Advanced Nursing*, 78(3), e46–e48. <https://doi.org/10.1111/jan.15108>
- Casey, M., Cooney, A., O' Connell, R., Hegarty, J.-M., Brady, A.-M., O' Reilly, P., ... O' Connor, L. (2017). Nurses', midwives' and key stakeholders' experiences and perceptions on requirements to demonstrate the maintenance of professional competence. *Journal of Advanced Nursing*, 73(3), 653–664. <https://doi.org/10.1111/jan.13171>

- Chambers, M., Gillard, S., Turner, K., & Borschmann, R. (2013). Evaluation of an educational practice development programme for staff working in mental health inpatient environments. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 362–373. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01964.x>
- Chandley, M., Cromar-Hayes, M., Mercer, D., Clancy, B., Wilkie, I., & Thorpe, G. (2014). The development of recovery based nursing in a high-security hospital: nurturance and safe spaces in a dangerous world? *Mental Health and Social Inclusion*, 18(4), 203–214. <https://doi.org/10.1108/MHSI-08-2014-0024>
- Chen, S., Liu, J., Bai, X., Yue, P., & Luo, S. (2021). Providing targeted psychological support to frontline nurses involved in the management of COVID-19: An action research. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1169–1179. <https://doi.org/10.1111/jonm.13255>
- Choperena, A., Oroviogicoechea, C., Zaragoza Salcedo, A., Olza Moreno, I., & Jones, D. (2019). Nursing narratives and reflective practice: A theoretical review. *Journal of Advanced Nursing*, 75(8), 1637–1647. <https://doi.org/10.1111/jan.13955>
- Cibanal Juan, L., Arce Sánchez, M. del C., & Carballal Balsa, M. del C. (2010). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud* (2nd ed.). Barcelona: Elsevier.
- 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>
- Cleary, M., Hunt, G. E., Horsfall, J., & Deacon, M. (2012). Nurse-patient interaction in acute adult inpatient mental health units: a review and synthesis of qualitative studies. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(2), 66–79. <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.622428>
- Comiskey, C., Galligan, K., Flanagan, J., Deegan, J., Farnann, J., & Hall, A. (2019). Clients’ Views on the Importance of a Nurse-Led Approach and Nurse Prescribing in the Development of the Healthy Addiction Treatment Recovery Model. *Journal of Addictions Nursing*, 30(3), 169–176. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000290>
- Cordeiro, L., & Soares, C. B. (2018). Action research in the healthcare field. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(4), 1003–1047. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003200>

- Cusack, C., Cohen, B., Mignone, J., Chartier, M. J., & Lutfiyya, Z. (2018). Participatory action as a research method with public health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1544–1553. <https://doi.org/10.1111/jan.13555>
- Delaney, K., & Johnson, M. (2014). Metasynthesis of research on the role of psychiatric inpatient nurses: what is important to staff? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20(2), 125–137. <https://doi.org/10.1177/1078390314527551>
- Delaney, K. R. (2017). Psychiatric Mental Health Nursing Advanced Practice Workforce: Capacity to Address Shortages of Mental Health Professionals. *Psychiatric Services*, 68(9), 952–954. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600405>
- Delaney, K. R. (2018). Underestimating or overestimating the power of therapeutic nurse-patient interactions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 31(4), 100–101. <https://doi.org/10.1111/jcap.12221>
- Delgado-Hito, P. (2012). Métodos de la investigación cualitativa. In M. T. Icart Isern & A. M. Pulpón Segura (Eds.), *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis* (pp. 97–105). Barcelona: Publicaciones y Ediciones de la Universidad de Barcelona.
- DiCenso, A., Cullum, N., & Ciliska, D. (1998). Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evidence-Based Nursing*, 1(2), 36–37. <https://doi.org/10.1136/ebn.1.2.38>
- Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L. Lou, Latour, C., & de Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services—A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), 446–459. <https://doi.org/10.1111/jpm.12586>
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), e001570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
- Duxbury, J. a, Wright, K., Bradley, D., & Barnes, P. (2010). Administration of medication in the acute mental health ward: perspective of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(1), 53–61. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00638.x>

- Economou, M., Peppou, L. E., Kontoangelos, K., Palli, A., Tsaliagkou, I., Legaki, E.-M., ... Papageorgiou, C. (2020). Mental Health Professionals' Attitudes to Severe Mental Illness and Its Correlates in Psychiatric Hospitals of Attica: The Role of Workers' Empathy. *Community Mental Health Journal*, 56(4), 614–625. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00521-6>
- Edvardsson, D. (2015). Notes on person-centred care: What it is and what it is not. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(2), 65–66. <https://doi.org/10.1177/0107408315582296>
- Edward, K., Hercelinskyj, G., & Giandinoto, J.-A. (2017). Emotional labour in mental health nursing: An integrative systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(3), 215–225. <https://doi.org/10.1111/inm.12330>
- Effendy, C., Margaretha, S. E. P. M., & Probandari, A. (2022). The Utility of Participatory Action Research in the Nursing Field. *Creative Nursing*, 28(1), 54–60. <https://doi.org/10.1891/CN-2021-0021>
- Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M., Davidson, L., Skjølberg, Å., Gytri, D., & Moltu, C. (2019). Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(2), 88–96. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1524532>
- Forchuk, C. (1991). A comparison of the works of Peplau and Orlando. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(1), 38–45. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(91\)90008-s](https://doi.org/10.1016/0883-9417(91)90008-s)
- Forchuk, Cheryl, 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>
- Foster, K. (2020). Resilience in the face of adversity: A shared responsibility. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(1), 3–4. <https://doi.org/10.1111/inm.12688>
- Frechette, J., Pugnnaire 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>

- Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., & Olsson, M. (2016). Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 434–443. <https://doi.org/10.1111/inm.12230>
- Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., & Zingmark, K. (2015). Person-centred care: clarifying the concept in the context of inpatient psychiatry. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 555–562. <https://doi.org/10.1111/scs.12189>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2017). *Pla director de salut mental i addiccions: estratègies 2017-2020*. Retrieved from <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3986>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56(June), 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. In C. Denman & J. A. Haro (Eds.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113–145). Sonora: Colegio de Sonora.
- Gyamfi, N., Badu, E., Mprah, W. K., & Mensah, I. (2020). Recovery services and expectation of consumers and mental health professionals in community-based residential facilities of Ghana. *BMC Psychiatry*, 20(1), 355. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02768-w>
- 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>
- Hanrahan, N. P., & Aiken, L. H. (2008). Psychiatric nurse reports on the quality of psychiatric care in general hospitals. *Quality Management in Health Care*, 17(3), 210–217. <https://doi.org/10.1097/01.QMH.0000326725.55460.af>

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. (2020). 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>

Hem, M. H., & Heggen, K. (2003). Being professional and being human: one nurse’s relationship with a psychiatric patient. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 101–108. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02677.x>

Hewitt, J., & Coffey, M. (2005). Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 561–570. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03623.x>

Hopkins, J. E., Loeb, S. J., & Fick, D. M. (2009). Beyond satisfaction, what service users expect of inpatient mental health care: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 927–937. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01501.x>

Hurley, J., & Lakeman, R. (2021). Making the case for clinical mental health nurses to break their silence on the healing they create: A critical discussion. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 574–582. <https://doi.org/10.1111/inm.12836>

Institut d’Estudis Catalans. (2023). Retrieved from <https://dlc.iec.cat/>

Izquierdo Machín, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(3).

Jayasekara, R. S. (2012). Focus groups in nursing research: methodological perspectives. *Nursing Outlook*, 60(6), 411–416. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.02.001>

- Jones, E. S., & Wright, K. M. (2017). “they’re Really PD Today”: An Exploration of Mental Health Nursing Students Perceptions of Developing a Therapeutic Relationship with Patients with a Diagnosis of Antisocial Personality Disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(5), 526–543. <https://doi.org/10.1177/0306624X15594838>
- Jones, M., & Coffey, M. (2012). Voice hearing: A secondary analysis of talk by people who hear voices. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(1), 50–59. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00761.x>
- Karam, M., Macq, J., Duchesnes, C., Crismer, A., & Belche, J.-L. (2021). Interprofessional collaboration between general practitioners and primary care nurses in Belgium: a participatory action research. *Journal of Interprofessional Care*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1929878>
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1998). *Cómo planificar la investigación-acción*. Barcelona: Laertes.
- Kemmis, Stephen, & McTaggart, R. (2008). Participatory Action Research. In Y. S. L. Norman K. Denzin (Ed.), *Strategies of Qualitative Inquiry* (3rd ed., pp. 271–330). London: Sage Publications.
- 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>
- Kinner, S. A., Harvey, C., Hamilton, B., Brophy, L., Roper, C., McSherry, B., & Young, J. T. (2017). Attitudes towards seclusion and restraint in mental health settings: Findings from a large, community-based survey of consumers, carers and mental health professionals. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(5), 535–544. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000585>
- Lamont, S., Brunero, S., Perry, L., Duffield, C., Sibbritt, D., Gallagher, R., & Nicholls, R. (2017). ‘Mental health day’ sickness absence amongst nurses and midwives: workplace, workforce, psychosocial and health characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1172–1181. <https://doi.org/10.1111/jan.13212>
- Larkin, M., Boden, Z. V. R., & Newton, E. (2015). On the Brink of Genuinely Collaborative Care. *Qualitative Health Research*, 25(11), 1463–1476. <https://doi.org/10.1177/1049732315576494>

- Laukkanen, E., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., & Kuosmanen, L. (2019). Psychiatric nursing staffs' attitudes towards the use of containment methods in psychiatric inpatient care: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 390–406. <https://doi.org/10.1111/inm.12574>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1990). *Naturalistic inquiry* (7th ed). Newbury Park (Calif.) [etc: Sage.
- McAllister, S., Robert, G., Tsianakas, V., & McCrae, N. (2019). Conceptualising nurse-patient therapeutic engagement on acute mental health wards: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 106–118. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.013>
- McAllister, S., Simpson, A., Tsianakas, V., & Robert, G. (2021). “What matters to me”: A multi-method qualitative study exploring service users', carers' and clinicians' needs and experiences of therapeutic engagement on acute mental health wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 703–714. <https://doi.org/10.1111/inm.12835>
- McAndrew, S., Chambers, M., Nolan, F., Thomas, B., & Watts, P. (2014). Measuring the evidence: reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 212–220. <https://doi.org/10.1111/inm.12044>
- McCormack, B., & McCance, T. (2016). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice* (Second). Wiley.
- Merriam, S. B. (2016). *Qualitative research : a guide to design and implementation* (Fourth edition; E. J. Tisdell, Ed.) [Book]. Fourth edition. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Minaya-Freire, A., Ramon-Aribau, A., Pou-Pujol, G., Fajula-Bonet, M., & Subirana-Casacuberta, M. (2020). Facilitators, Barriers, and Solutions in Pain Management for Older Adults with Dementia. *Pain Management Nursing*, 21(6), 495–501. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.003>
- Ministerio de Sanidad de España. (2022). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. (Ministerio de Sanidad. Gobierno de España., Ed.). Ministerio de Salud. Gobierno español.

Missouridou, E., Resoulai, A., Sakavara, I., Fradelos, E. C., Kritsiotakis, E., Mangoulia, P., ... Evagelou, E. (2021). Psychiatric Care in Acute Care Units with Locked Doors: Nursing Care Providers' Perceptions and Experiences. In *Advances in Experimental Medicine and Biology* (Vol. 1337, pp. 99–106). https://doi.org/10.1007/978-3-030-78771-4_12

Missouridou, Evdokia, Fradelos, E. C., Kritsiotakis, E., Mangoulia, P., Segredou, E., & Papathanasiou, I. V. (2022). Containment and therapeutic relationships in acute psychiatric care spaces: the symbolic dimensions of doors. *BMC Psychiatry*, 22(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03607-2>

Modini, M., Burton, A., & Abbott, M. J. (2021). Factors influencing inpatients' perception of psychiatric hospitals: A meta-review of the literature. *Journal of Psychiatric Research*, 136, 492–500. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.10.020>

Molin, J., Graneheim, U. H., Ringnér, A., & Lindgren, B.-M. (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>

Molin, J., Vestberg, M., Lövgren, A., Ringnér, A., Graneheim, U. H., & Lindgren, B.-M. (2021). Rather a Competent Practitioner than a Compassionate Healer: Patients' Satisfaction with Interactions in Psychiatric Inpatient Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(6), 549–554. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1820645>

Molineux, J. (2018). Using action research for change in organizations: processes, reflections and outcomes. *Journal of Work-Applied Management*, 10(1), 19–34. <https://doi.org/10.1108/JWAM-03-2017-0007>

Moon, G., & Kearns, R. (2016). *The Afterlives of the Psychiatric Asylum* (1st ed.). <https://doi.org/10.4324/9781315612317>

Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., ... 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. (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. (2019). La relación terapéutica en la enfermería de salud mental del siglo XXI: integrando reflexión teórica y evidencia empírica. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, (13), 24–28. <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2019.13.24>

Moreno-Poyato, A. R., Roviralta-Vilella, M., Abidi, K. El, Bordera-Antequera, S., Triviño-Briones, S. R., Olives, C. U., ... 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>

Moreno-Poyato, A. R., Casanova-Garrigos, G., Roldán-Merino, J. F., & Rodríguez-Nogueira, Ó. (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., 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., & Rodríguez-Nogueira, Ó. (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., Rodríguez-Nogueira, Ó., Casanova-Garrigos, G., El Abidi, K., & Roldán-Merino, J. F. (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., Subias-Miquel, M., Tolosa-Merlos, D., Ventosa-Ruiz, A., Pérez-Toribio, A., EL Abidi, K., ... Puig-Llobet, M. (2023). A systematic review on the use of action research methods in mental health nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 372–384. <https://doi.org/10.1111/jan.15463>
- 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.
- 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>
- Moyo, N., Jones, M., Kushemererwa, D., Arefadib, N., Jones, A., Pantha, S., & Gray, R. (2022). Service User and Carer Views and Expectations of Mental Health Nurses: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 11001. <https://doi.org/10.3390/ijerph191711001>
- Munten, G., van den Bogaard, J., Cox, K., Garretsen, H., & Bongers, I. (2010). Implementation of evidence-based practice in nursing using action research: a review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(3), 135–157. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2009.00168.x>
- Newman, D., O'Reilly, P., Lee, S. H., & Kennedy, C. (2015). Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(3), 171–182. <https://doi.org/10.1111/jpm.12202>
- O'Connor, S., & Glover, L. (2017). Hospital staff experiences of their relationships with adults who self-harm: A meta-synthesis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 480–501. <https://doi.org/10.1111/papt.12113>

- Onnela, A. M., Vuokila-Oikkonen, P., Hurtig, T., & Ebeling, H. (2014). Mental health promotion in comprehensive schools. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21*(7), 618–627. <https://doi.org/10.1111/jpm.12135>
- Ould Brahim, L., Hanganu, C., & Gros, C. P. (2020). Understanding Helpful Nursing Care From the Perspective of Mental Health Inpatients With a Dual Diagnosis: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 26*(3), 250–261. <https://doi.org/10.1177/1078390319878773>
- Peplau, H. E. (1988). *Interpersonal relations in nursing : a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Houndmills: Macmillan.
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat.
- Peplau, H. E. (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., Lluch-Canut, T., Molina-Martínez, L., Bastidas-Salvadó, A., Puig-Llobet, M., & Roldán-Merino, J. F. (2022). Relationship between nurses' use of verbal de-escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: a retrospective study. *International Journal of Mental Health Nursing, 31*(2), 339–347. <https://doi.org/10.1111/inm.12961>
- Price, B. (2017). Improving nurses' level of reflection. *Nursing Standard, 32*(1), 52–63. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10900>
- Raphael, J., Price, O., Hartley, S., Haddock, G., Bucci, S., & Berry, K. (2021). Overcoming barriers to implementing ward-based psychosocial interventions in acute inpatient mental health settings: A meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies, 115*, 103870. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103870>
- Registered Nurses Association of Ontario. (2002). *Versión española traducida de: Establishing therapeutic relationships*. Toronto, Canadá.
- 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>

- Roche, M., Duffield, C., & White, E. (2011). Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), 1475–1486. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.001>
- Rogers, C. R. (1972). *El proceso de convertirse en persona (On becoming a person)* (17th ed.). Barcelona: Paidós.
- Rössler, W. (2012). Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(S2), 65–69. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0353-4>
- Roviralta-Vilella, M., Moreno-Poyato, A. R., Rodríguez-Nogueira, Ó., Duran-Jordà, X., & Roldán-Merino, J. F. (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>
- Rowell, L. L., Bruce, C. D., Shosh, J. M., & Riel, M. M. (2017). *The Palgrave International Handbook of Action Research* (L. L. Rowell, C. D. Bruce, J. M. Shosh, & M. M. Riel, Eds.). <https://doi.org/10.1057/978-1-137-40523-4>
- Salzmann-Erikson, M. (2017). Using Participatory Action Research to Develop a Working Model That Enhances Psychiatric Nurses' Professionalism: The Architecture of Stability. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(6), 888–903. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0806-1>
- Santangelo, P., Procter, N., & Fassett, D. (2018). Mental health nursing: Daring to be different, special and leading recovery-focused care? *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 258–266. <https://doi.org/10.1111/inm.12316>
- Sanz-Osorio, M. T., Sastre-Rus, M., Monistrol, O., Pérez Criado, M., Vallès, V., & Escobar-Bravo, M. A. (2023). Humanization of care in acute psychiatric hospitalization units: A scoping review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(2), 162–181. <https://doi.org/10.1111/jpm.12858>
- 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>

- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner: toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schroeder, R. (2013). The seriously mentally ill older adult: perceptions of the patient-provider relationship. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(1), 30–40.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00338.x>
- Sharac, J., McCrone, P., Sabes-Figuera, R., Csipke, E., Wood, A., & Wykes, T. (2010). Nurse and patient activities and interaction on psychiatric inpatients wards: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 909–917.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.03.012>
- Spandler, H., & McKeown, M. (2017). Exploring the case for truth and reconciliation in mental health services. *Mental Health Review Journal*, 22(2), 83–94.
<https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2017-0011>
- Stanhope, V., & Solomon, P. (2006). Getting to the Heart of Recovery: Methods for Studying Recovery and their Implications for Evidence-Based Practice. *British Journal of Social Work*, 38(5), 885–899. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl377>
- Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S. J., Bhui, K., Larkin, M., ... Weich, S. (2019). Experiences of in-patient mental health services: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 214(6), 329–338.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2019.22>
- Stevens, K. R. (2013). The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2), 4.
<https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol18No02Man04>
- Stevenson, C., & Taylor, J. (2020). Nurses' Perspectives of Factors That Influence Therapeutic Relationships in Secure Inpatient Forensic Hospitals. *Journal of Forensic Nursing*, 16(3), 169–178.
<https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000274>
- Thibeault, C. (2016). An Interpretation of Nurse-Patient Relationships in Inpatient Psychiatry: Understanding the Mindful Approach. *Global Qualitative Nursing Research*, 3(September), 1–10. <https://doi.org/10.1177/2333393616630465>
- 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*, 25(59), 132–143. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.59.14>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: Davis Company.

Turkel, M. C., Watson, J., & Giovannoni, J. (2018). Caring Science or Science of Caring. *Nursing Science Quarterly*, 31(1), 66–71. <https://doi.org/10.1177/0894318417741116>

Unhjem, J. V., Vatne, S., & Hem, M. H. (2018). Transforming nurse-patient relationships-A qualitative study of nurse self-disclosure in mental health care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), e798–e807. <https://doi.org/10.1111/jocn.14191>

Van Sant, J. E., & Patterson, B. J. (2013). Getting in and getting out whole: nurse-patient connections in the psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(1), 36–45. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.715321>

Vantil, F. C. S., Lima, E. de F. A., Figueiredo, K. C., Massaroni, L., Sousa, A. I., & Primo, C. C. (2020). Safety of patients with mental disorders: a collective construction of strategies. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20170905. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0905>

Vaughan, P. (2017). Reflective practice will give nursing its voice back. *Nursing Standard*, 31(27), 36–37. <https://doi.org/10.7748/ns.31.27.36.s43>

Ward, L., & Gwinner, K. (2015). Have you got what it takes? Nursing in a Psychiatric Intensive Care Unit. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 10(2), 101–116. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-08-2014-0021>

Warren, J. I., Mclaughlin, M., Bardsley, J., Eich, J., Esche, C. A., Kropkowski, L., & Risch, S. (2016). The Strengths and Challenges of Implementing EBP in Healthcare Systems. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(1), 15–24. <https://doi.org/10.1111/wvn.12149>

Wiles, L. K., Kay, D., Luker, J. A., Worley, A., Austin, J., Ball, A., ... Hillier, S. L. (2022). Consumer engagement in health care policy, research and services: A systematic review and meta-analysis of methods and effects. *PLOS ONE*, 17(1), e0261808. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261808>

- Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Boutillier, C., ... Slade, M. (2012). Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(11), 1827–1835. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0484-y>
- Wong-Anuchit, C., Mills, A. C., Schneider, J. K., Rujkorakarn, D., Kerdpong bunchote, C., & Panyayong, B. (2016). Internalized Stigma of Mental Illness Scale - Thai Version: Translation and Assessment of Psychometric Properties Among Psychiatric Outpatients in Central Thailand. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(4), 450–456. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.01.012>
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89966>
- World Health Organization. (2023). World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/nursing#tab=tab_1
- Wright, K., & Jones, F. (2012). Therapeutic alliances in people with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 16(2), 31–35. <https://doi.org/10.7748/mhp2012.10.16.2.31.c9343>
- Wright, K. M. (2021). Exploring the therapeutic relationship in nursing theory and practice. *Mental Health Practice*, 24(5), 34–41. <https://doi.org/10.7748/mhp.2021.e1561>
- Yang, Y., & Hayes, J. A. (2020). Causes and consequences of burnout among mental health professionals: A practice-oriented review of recent empirical literature. *Psychotherapy*, 57(3), 426–436. <https://doi.org/10.1037/pst0000317>

**FINANÇAMENT,
DIFUSIÓ DELS RESULTATS I
PRODUCCIÓ CIENTÍFICA**

FINANÇAMENT

Aquesta investigació s'emmarca en un projecte multicèntric de tres fases i mètodes mixtes, que porta per títol "Mejorando la Relación Terapéutica en los Cuidados Enfermeros a través de la Evidencia. Estudio multicéntrico en unidades de psiquiatría de Cataluña", i que compta amb finançament per part de la Fundació Infermeria i Societat amb la referència PR-218/17 del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona.

Benvolgut Sr. Antonio Moreno,

Pel que fa al vostre projecte de recerca : PR-218/17 sota el títol de *"Mejorando la Relación terapéutica en los cuidados enfermeros a través de la evidencia. Estudio multicéntrico en unidades de agudos de psiquiatría de Catalunya"*, i per donar resposta a la vostra petició de sol·licitud de incorporació de nous membres a l'equip investigador, i després de valorar el motiu, us comuniquem que **ACCEPTEM** els canvis plantejats.

L'actual equip és :

- Alejandra Domenech Morillo
- Alonso Pérez Toribio
- Begoña Domínguez Benítez
- Carlos Márquez Comino
- Diana Tolosa Merlos
- Eladio Holgado Alegre
- Federico Caballero Serrano
- Ferran Gil Guiñón
- Francesca González Palau
- Georgina Casanova Garrigós
- Inés Omella Lolo
- Juan Manuel Leya Moral
- Maria del Rosario Valera Fernández
- Maria Dolores Martínez Faura
- Maria Pilar González Gálvez
- Maria Roviralta Vilella
- Marta Rubio Tejedor
- Meritxell Villa Varela
- Oscar Fernández Campano
- Queralt Cebrà Morales
- Raquel Suárez Pérez
- Regina Carreras Salvador
- Xavier Vidal Pascual
- Yessica Marqueño Prada

Causa baixa de l'equip la investigadora Sra. **Elena Martínez Caballero**.

Restem a la vostra disposició per a qualsevol consulta o aclariment.

Responsables Àrea de Recerca

Barcelona, 18 de maig de 2018

DIFUSIÓ A CONGRESSOS CIENTÍFICS

Autors: Diana Tolosa Merlos i Antonio Rafael Moreno Poyato.

Títol: La Relación Terapéutica en las unidades de agudos de Cataluña: análisis del contexto.

Tipus de contribució: Comunicació Oral.

Congrés: XXXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, celebrat a Àvila els dies 10, 11 i 12 d'abril de 2019.

Institució organitzadora: Asociación Española de Enfermería de Salud Mental.

Autors: Diana Tolosa Merlos, Antonio Rafael Moreno Poyato i Pilar Delgado Hito.

Títol: Identificando mejoras para la relación terapéutica mediante métodos participativos en unidades de salud mental.

Tipus de contribució: Comunicació Oral.

Congrés: XXIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, celebrat a Barcelona els dies 20, 21 i 22 de novembre de 2019.

Institució organitzadora: Instituto de Salud Carlos III.

Autors: Diana Tolosa Merlos, Antonio Rafael Moreno Poyato i Pilar Delgado Hito.

Títol: Explorando el significado de la relación terapéutica para las enfermeras de las unidades de agudos de salud mental de Cataluña.

Tipus de contribució: Comunicació Oral.

Congrés: XXXVII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, que s'havia de celebrar a Pamplona els dies 1, 2 i 3 d'abril de 2020 i que es va ajornar al mes d'octubre de 2020 en format virtual.

Institució organitzadora: Asociación Española de Enfermería de Salud Mental.

Autora: Diana Tolosa Merlos

Títol: Generant millores en la pràctica clínica a les unitats d'aguts de salut mental de Catalunya: darrera etapa d'un procés participatiu.

Tipus de contribució: Comunicació Oral.

Jornada: Jornada de Doctorands del Programa de Doctorat en Infermeria i Salut de la UB, celebrada el 3 de desembre de 2021 al Campus Bellvitge.

Institució organitzadora: Escola de Doctorat en Infermeria i Salut. Universitat de Barcelona.

Autors: Diana Tolosa Merlos, Pilar Delgado Hito, Francesca González Palau, Alonso Pérez Toribio, Georgina Casanova Garrigós i Antonio Rafael Moreno Poyato.

Títol: Cercant millores en la relació terapèutica a les unitats d'aguts de salut mental de Catalunya: la reflexió com a motor de canvi.

Tipus de contribució: Comunicació Oral.

Congrés: VI Congrés Català d'Infermeria de Salut Mental, celebrat a Tortosa els dies 6 i 7 d'octubre de 2022.

Institució organitzadora: Associació Catalana d'Infermeria de Salut Mental.

PRODUCCIÓ CIENTÍFICA

Autors: Moreno-Poyato, A.R., El Abidi, K., González-Palau, F., Tolosa-Merlos, D., Rodríguez-Nogueira, O., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., Roviralta-Vilella, M. & Roldán-Merino, J. Grup de treball MIRCIME.CAT.

Títol: The Effects of a Participatory Intervention in Mental Health Units on Nurses' Perceptions of the Practice Environment: A Mixed Methods Study.

Any: 2022

Revista: Journal of the American Psychiatric Nurses Association.

ISSN: 1078-3903

DOI: 10.1177/10783903211066127

Early view

Autors: Moreno-Poyato, A.R., Subias-Miquel, M., Tolosa-Merlos, D., Ventosa-Ruiz, A., Pérez-Toribio, A., El Abidi, K., Navarro-Maldonado, R., Suárez-Pérez, R., Valera-Fernández, R., Romeu-Labayen, M., Lluch-Canut, T., Roldán-Merino, J. & Puig-Llobet, M.

Títol: A systematic review of the use of action research methods in mental health nursing care

Any: 2023

Revista: Journal of Advanced Nursing.

ISSN: 0309-2402

DOI: 10.1111/jan.15463

Volum: 79 **Número:** 1 **Pàgines:** 372-384

Autors: Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., & Delgado-Hito, P.

Títol: La relación terapéutica como eje de los cuidados enfermeros en las unidades de agudos de salud mental: análisis del contexto en Cataluña.

Any: 2021

Revista: Cultura de los Cuidados

ISSN: 1138-1728

DOI: 10.14198/cuid.2021.59.14

Volum: 25 **Número:** 59 **Pàgines:** 132-145

Autors: Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., & Delgado-Hito, P.

Títol: Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study.

Any: 2023

Revista: Journal of Clinical Nursing.

ISSN: 0962-1067

DOI: 10.1111/jocn.16223

Volum: 32 **Número:** 1-2 **Pàgines:** 253-263

Autors: Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., & Delgado-Hito, P.

Títol: The therapeutic relationship at the heart of nursing care: A participatory action research in acute mental health units

Any: 2022

Revista: Journal of Clinical Nursing.

ISSN: 0962-1067

DOI: 10.1111/jocn.16606

Early view

ANNEXES

Annex I

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENFERMERAS PARTICIPANTES

Investigador responsable: Dr. Antonio R. Moreno Poyato

Cargo: Profesor Escuela Superior Enfermería del Mar.

Institución: Parc de Salut Mar de Barcelona.

Contacto: armorenop@parcdesalutmar.cat

Título proyecto: Mejorando la Relación Terapéutica en los Cuidados Enfermeros a Través de la Evidencia. Estudio multicéntrico en unidades de agudos de psiquiatría de Catalunya (MIRTCIME.CAT)

La finalidad de la investigación MIRTCIME.CAT es promover la mejora en el establecimiento de la relación terapéutica entre profesionales de enfermería y pacientes en unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría través de la implementación de prácticas basadas en la evidencia. Contribuyendo así a la mejora en la calidad de cuidados enfermeros en pacientes con problemas de salud mental.

De acuerdo con el diseño de la investigación, las enfermeras participantes formaran parte de un grupo de Investigación-Acción Participativa (IAP). Las participantes llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Cumplimentarán en cuatro ocasiones un formulario de evaluación con 4 escalas de medida. Una vez antes de iniciar el proceso de IAP y en tres momentos distintos al terminar el mismo,
- Durante la IAP elaborarán Diarios Reflexivos (DR) en base a su auto-observación clínica (2 DR),
- Asistirán durante el proceso de IAP a los Grupos de Apoyo (GA) en su propia unidad, donde se debatirán temas relacionados con los objetivos del estudio (3 GA).

En cumplimiento con lo dispuesto en la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter personal, se informa de que los datos aportados se incorporarán a un fichero denominado Datos_MIRTCIME.CAT, y que la información aportada, tanto en los formularios como en los archivos de audio o escritos, será tratada de forma totalmente confidencial. Se eliminará cualquier dato o nombre que pueda permitir el reconocimiento de la identidad de los informantes. Los datos quedarán reservados para los fines de este proyecto de investigación. Los datos se utilizarán para redactar un informe final en el que se podrán utilizar expresiones textuales de los participantes, respetando su anonimato.

En cualquier momento, previo a la redacción del informe, las participantes tienen el derecho de solicitar que los datos cedidos no sean tenidos en cuenta a la hora de redactar dicho informe. Igualmente, antes o después de la redacción del informe, los participantes tienen derecho a solicitar la destrucción de cualquier documento o soporte informático en el que se conserven los datos cedidos. Y de la misma manera, los participantes tienen derecho a renunciar a la participación en el estudio en cualquier momento del mismo.

Esperamos que esta investigación contribuya a un mayor conocimiento del establecimiento de la relación terapéutica y a sus dificultades. Y, por tanto, promueva la mejora en la calidad de los cuidados que prestamos diariamente a pacientes en unidades de agudos de psiquiatría.

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

Barcelona, enero de 2017.



Antonio R. Moreno Poyato
Investigador principal
Armorenop@parcdesalutmar.cat

Título proyecto: Mejorando la Relación Terapéutica en los Cuidados Enfermeros a Través de la Evidencia. Estudio multicéntrico en unidades de agudos de psiquiatría de Catalunya (MIRTCIME.CAT)

Investigador responsable: Antonio R. Moreno Poyato

Centro: Parc de Salut Mar de Barcelona

Datos del participante

Nombre:

- Declaro que he leído y entendido la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado.
- 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.
- 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.
- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo.

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

Firmo por duplicado, quedándome con una copia

Fecha:

Firma del participante

Firma del investigador

Annex II

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENFERMERAS REPRESENTANTES

Investigador responsable: Antonio R. Moreno Poyato

Cargo: Profesor Escuela Superior Enfermería del Mar.

Institución: Parc de Salut Mar de Barcelona.

Contacto: armorenop@parcdesalutmar.cat

Título proyecto: Mejorando la Relación Terapéutica en los Cuidados Enfermeros a Través de la Evidencia. Estudio multicéntrico en unidades de agudos de psiquiatría de Catalunya (MIRTCIME.CAT)

La finalidad de la investigación MIRTCIME.CAT es promover la mejora en el establecimiento de la relación terapéutica entre profesionales de enfermería y pacientes en unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría través de la implementación de prácticas basadas en la evidencia. Contribuyendo así a la mejora en la calidad de cuidados enfermeros en pacientes con problemas de salud mental.

De acuerdo con el diseño de la investigación, las enfermeras representantes de cada centro participante serán seleccionadas por parte de la dirección de cada centro junto al equipo investigador y se incorporarán al mismo. De la misma manera, formarán parte de la Investigación-Acción Participativa (IAP) de las unidades. Por tanto, las enfermeras representantes llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Acudirán a una sesión formativa previa al trabajo de campo de 4 horas de duración,
- Realizarán un informe de análisis y diagnóstico de su unidad en relación el establecimiento de la RT,
- Asistirán a los Grupos de Discusión (GD) dónde se debatan los principales objetivos de la investigación (4-6 GD),
- Complimentarán en cuatro ocasiones un formulario de evaluación con 4 escalas de medida. Una vez antes de iniciar el proceso de IAP y en tres momentos distintos al terminar el mismo,
- Durante la IAP elaborarán Diarios Reflexivos (DR) en base a su auto-observación clínica (2 DR),
- Asistirán y guiarán durante el proceso a los Grupos de Apoyo (GA) en su propia unidad, donde se debatirán temas relacionados con los objetivos del estudio (3 GA).

En cumplimiento con lo dispuesto en la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter personal, se informa de que los datos aportados se incorporarán a un fichero denominado Datos_MIRTCIME.CAT, y que la información aportada, tanto en los formularios como en los archivos de audio o escritos, será tratada de forma totalmente confidencial. Se eliminará cualquier dato o nombre que pueda permitir el reconocimiento de la identidad de los informantes. Los datos quedarán reservados para los fines de este proyecto de investigación. Los datos se utilizarán para redactar un informe final en el que se podrán utilizar expresiones textuales de los participantes, respetando su anonimato.

En cualquier momento, previo a la redacción del informe, las participantes tienen el derecho de solicitar que los datos cedidos no sean tenidos en cuenta a la hora de redactar dicho informe. Igualmente, antes o después de la redacción del informe, los participantes tienen derecho a solicitar la destrucción de cualquier documento o soporte informático en el que se conserven los datos cedidos. Y de la misma manera, los participantes tienen derecho a renunciar a la participación en el estudio en cualquier momento del mismo.

Esperamos que esta investigación contribuya a un mayor conocimiento del establecimiento de la relación terapéutica y a sus dificultades. Y, por tanto, promueva la mejora en la calidad de los cuidados que prestamos diariamente a pacientes en unidades de agudos de psiquiatría.

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

Barcelona, enero de 2017.



Antonio R. Moreno Poyato
Investigador principal
Armorenop@parcdesalutmar.cat

Título proyecto: Mejorando la Relación Terapéutica en los Cuidados Enfermeros a Través de la Evidencia. Estudio multicéntrico en unidades de agudos de psiquiatría de Catalunya (MIRTCIME.CAT)

Investigador responsable: Antonio R. Moreno Poyato

Centro: Parc de Salut Mar de Barcelona

Datos del participante

Nombre:

- Declaro que he leído y entendido la Hoja de Información a la Enfermera Representante sobre el estudio citado.
- 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.
- 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.
- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo.

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

Firmo por duplicado, quedándome con una copia

Fecha:

Firma del participante

Firma del investigador

Annex III

GUIA D'OBSERVACIÓ DE LES UNITATS

Et demanem que facis una descripció de la unitat que tu representes. Per a facilitar-te la teva tasca, et donem una guia amb els punts que has de descriure.

És molt important que durant tota la descripció que facis de la unitat, no hi exposis cap anàlisi personal, ni cap opinió ni teva, ni de ningú. Es tracta de fer una descripció el més fidel possible a la realitat que puguis, amb l'objectiu que, qui ho llegeixi, es pugui fer una idea clara de tal i com és estructuralment i, de com funciona i s'organitza la feina a la infermeria de la unitat que representes.

En el cas que la teva unitat disposi d'altres dispositius o utilitzi altres formes relacionals als descrits a l'exemple que us oferim i, que d'alguna forma afectin a la relació amb els usuaris que ateneu, és important que els descriguis.

Aquesta descripció es pot redactar amb l'idioma que més còmodes us senti, català o castellà.

1. Descripció del centre

- 1.1. Descripció breu del centre
- 1.2. Canvis estructurals soferts
- 1.3. Població atesa al centre

2. Estructura física de la unitat

- 2.1. La unitat
- 2.2. Els accessos
- 2.3. Altres peculiaritats estructurals característiques de la unitat
- 2.4. Espais infermers
 - a) Descripció del control d'infermeria
 - b) L'office
 - c) Altres departaments adjacents al control
- 2.5. Implicacions dels problemes estructurals per a infermeria i usuaris
 - a) Pels usuaris
 - b) Per a Infermeria

3. Equips d'Infermeria

- 3.1. Els ratis de personal
- 3.2. La normativa de la unitat
- 3.3. Descripció del torn amb la seva dinàmica
- 3.4. Mobilitat interna i contractació del nou personal.
- 3.5. Moment actual de la unitat d'infermeria
- 3.6. La figura de Supervisió

3. La relació infermera-pacient

- 4.1. La dinàmica del pacient a la unitat
- 4.2. Les interaccions de les infermeres amb els seus usuaris
- 4.3. Activitats terapèutiques que es donen a la unitat

Annex IV

COMO ELABORAR EL DIARIO REFLEXIVO

El diario es un escrito personal constituido, en este proyecto, por la descripción, la interpretación, reflexión y evaluación de las interacciones efectuadas en la práctica clínica por parte de las enfermeras participantes. Se trata de describir cada interacción de tal manera que cualquier persona que no haya presenciado la escena sea capaz de visualizarla.

En este caso, el diario reflexivo constituye una de las principales herramientas de investigación del proyecto. Hay que tener en cuenta que su uso implica pasión, disciplina, observación, memoria de los eventos e interés, entre otros.

Por tanto, se trata de:

- 1. Documentar y sistematizar la experiencia llevada a cabo.**
- 2. Reflexionar y pensar por escrito sobre las experiencias vividas.**
- 3. Reflexionar sobre el proceso de IAP.**

Algunas recomendaciones para su elaboración:

1. No tener miedo de escribir la experiencia personal y las actividades profesionales. Anotar todo antes de que se pueda olvidar.
2. Registrar observaciones y notas de campo que puedan servir de ayuda para recordar lo sucedido. El registro debe iniciarse desde los primeros contactos con la experiencia que se quiere documentar.
3. Tener orden y regularidad en el registro de las notas. Ayuda el realizar la identificación completa, fecha, tiempo de observación, lugar, circunstancias especiales.

Annex V

Informes dels Comitès d'Ètica d'Investigació Clínica de les organitzacions participants.

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

La Dra. Esther Jovell Fernández, Vicepresidenta del Comité de Ética de Investigación Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa

CERTIFICA

Que este Comité ha aprobado, con fecha 30 de octubre de 2017, el estudio titulado **Estudio multicéntrico en unidades de agudos de psiquiatría de Catalunya. Mejorando la relación terapéutica en los cuidados enfermeros a través de la evidencia** que será realizado por la Sra. M^a Dolores Martínez Faura como investigadora principal 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 investigadora y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Son adecuados el procedimiento para obtener el consentimiento informado, y el modo de reclutamiento previsto.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el Consorci Sanitari de Terrassa por la Sra. M^a Dolores Martínez Faura como investigadora principal.

Se acuerda emitir **INFORME FAVORABLE**

Lo que firmo en Terrassa a 02 de noviembre de 2017



Dra. Esther Jovell Fernández

El Comitè Ètic de Investigació Clínica en la reunió de 7 de setembre de 2017, acta 8/2017, informo favorablement la sol·licitud del projecte de investigació **MIRTClME.CAT** titulat: "**Mejorando la Relación Terapéutica en los Cuidados Enfermeros a Través de la Evidencia. Estudio multicéntrico en unidades de agudos de psiquiatría de Cataluña**", de código CEIC-1813, con la Sra. Francesca González Paláu como investigadora principal en el Hospital Universitari Santa Maria, y considero que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación a los objetivos del estudio y que están justificados los riesgos y molestias previsibles para los sujetos participantes.
- La capacidad del investigador y los medios de que dispone son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado de los sujetos que participan en el estudio.

Lleida, 26 de setembre de 2017



Joan Antoni Schoonenberger
Presidente



Hospital Universitari de Girona
Doctor Josep Trueta

Av. de França, 611
17007 Girona
Tel. 972 34 20 00
Fax 972 34 20 42

Marta Riera Juncà, Secretària del Comitè d'Ètica d'Investigació CEI GIRONA, amb domicili a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta Avinguda de França s/n 17007 Girona

CERTIFICA

Que el Comitè d'Ètica d'Investigació CEI GIRONA, segons consta en l'acta de la reunió celebrada el dia 24/10/2017 ha avaluat el projecte: **Mejorando la relación terapéutica en los cuidados enfermeros a través de la evidencia. Estudio multicéntrico en unidades de agudos de psiquiatría de Cataluña.** Cod MIRTOME:CAT. protocol v2:09/11/147, amb el Sr. JORDI FONT PUJOL com a investigador principal.

Que els documents s'ajusten a les normes ètiques essencials i per tant, ha decidit la seva aprovació.

I, perquè consti, expedeixo aquest certificat.



Girona, a 17/11/2017



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

MATEU SERRA PRAT, Secretari del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme

CERTIFICA

Que aquest Comitè ha avaluat la proposta presentada pel **Dr. Antonio R. Moreno Poyato** – **Escola Superior d'Infermeria del Mar** per tal que sigui realitzat a l'Hospital de Mataró el projecte de recerca titulat: **Mejorando la relación terapéutica en los cuidados enfermeros a través de la evidencia. Estudio multicéntrico en unidades de agudos de Psiquiatría de Cataluña** (*Protocol i Full d'Informació al pacient i consentiment informal versió de 28/04/17*)

amb els medicaments: ---

i considera que:

Es compleixen els requisits necessaris d'idoneïtat del protocol en relació amb els objectius de l'estudi i estan justificats els riscos i molèsties previsibles per al subjecte.

La capacitat de l'investigador i els mitjans disponibles són apropiats per a dur a terme l'estudi.

El procediment per a obtenir el consentiment informat és adequat.

I que aquest Comitè emet **informe favorable*** que aquest projecte de recerca sigui realitzat a **Hospital de Mataró** per la **Sra. B. Domínguez**, com a Investigadora Principal.

Ho firmo a Mataró a 20 de desembre de 2017

Firmat:

Mateu Serra Prat
Secretari CEIC del CSdM

*veure comentari Comitè full annex



INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

Dr. Jordi Nicolás Picó.
Presidente del Comité Ético de Investigación con Medicamentos de:
FUNDACIÓ ASSISTENCIAL MÚTUA TERRASSA

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado en la reunión del día 5 de septiembre de 2017 (Acta 07/2017) el estudio titulado "Mejorando la Relación Terapéutica en los Cuidados Enfermeros a Través de la Evidencia. Estudio multicéntrico en unidades de agudos de psiquiatría de Cataluña".

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 tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado.

Y este Comité acepta que dicha enmienda sea realizado en el Hospital Universitari Mútua Terrassa por el Sr. Eladio Holgado Alegre como investigador principal.

Lo que firmo en Terrassa a 5 de septiembre de 2017.

Firmado:
Dr. Jordi Nicolás
Presidente del CEIm



CERTIFICADO DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Dofia Silvia Sanz Pamplona, como secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado en su reunión del día 20 de julio de 2017 el

Proyecto de investigación titulado:

Mejorando la Relación Terapéutica en los Cuidados Enfermeros a Través de la Evidencia Estudio multicéntrico en unidades de agudos de psiquiatría de Cataluña

ID Promotor:

Referencia:

por el/la investigador/a **Isabel Feria**

Y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos de estudio y están justificadas las riesgos y molestias previsibles para el sujeto
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para realizar el estudio
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado, como la compensación prevista para los sujetos con 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 emite un dictamen **FAVORABLE** para su realización en el/los centro/s:
Benito Menni CASM

Lo que firmo en Barcelona, el 20 de julio de 2017

Silvia Sanz Pamplona
Secretaria CEIC
Germanes Hospitalàries del Sagrado Corazón de Jesús





Informe del Comité Ético de Investigación Clínica

Doña M^a Teresa Navarra Alcrudo Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica Parc de Salut MAR

CERTIFICA

Que éste Comité ha evaluado el proyecto de investigación clínica nº 2017/7381/I titulado *"Mejorando la Relación Terapéutica en los Cuidados Enfermeros a Través de la Evidencia. Estudio multicéntrico en unidades de agudos de psiquiatría de Cataluña"* propuesto por el Dr. Antonio R. Moreno Poyato de la Escola Superior d'Infermeria del Mar

Que adjunta documento de consentimiento informado.

Y que 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.

El alcance de las compensaciones económicas que se solicitan está plenamente justificado.

Y que éste Comité acepta que dicho proyecto de investigación sea realizado en la Escola Superior d'Infermeria del Mar por el Dr. Antonio R. Moreno Poyato como investigador principal tal como recoge el ACTA de la reunión del día 13 de Junio de 2017.

Lo que firmo en Barcelona, 22 de Junio de 2017

COMITÉ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA
CEIC - PARC DE SALUT MAR

Firmado: 
Doña M^a Teresa Navarra Alcrudo

CEIC – Parc de Salut MAR
Dr. Alguader, 88 | 08003 Barcelona | Telèfon 93 316 06 77 | Fax 93 316 06 36
ceic-psmar@lmlm.es | www.parcdesalutmar.cat

DE: DRA. MARIA TERESA AUGUET QUINTILLA -
A: SRA. INÉS OMIELLA LOLO
A: DR. ANTONIO R. MORENO POYATO

PRESIDENTA DEL CEIM
INSTITUT PERE MATA
ESCOLA SUPERIOR D'INFERMERIA DEL
MAR

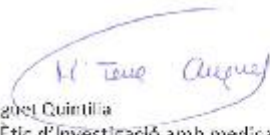
Assumpte: MIRTICIME.CAT
Ref. CEIm : 167/2017

Benvolguts,

Comunico que amb data 02 de novembre, el CEIm ha avaluat l'estudi titulat: "Mejorando la Relación Terapéutica en los Cuidados Enfermeros a Través de la Evidencia Estudio multicéntrico en unidades de agudos de psiquiatría de Cataluña", del qual sou investigadora principal.

El dictamen del CEIm respecte a l'anomenat projecte en el format actual és **favorable**.

Cordialment,



Dra. Maria Teresa Auguet Quintilla
Presidenta Comitè Ètic d'Investigació amb medicaments
Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili

Tarragona, 02 de novembre de 2017

COMITÉ ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

Neus Iliba Garcia, Secretaria del Comitè Ètic de Investigació Clínica del Hospital Clínic de Barcelona

CERTIFICA

Que este Comité ha recibido el proyecto:

Título: Mejorando la Relación Terapéutica en los Cuidados Enfermeros a través de la Evidencia. estudio multicéntrico en unidades de agudos de psiquiatría de Cataluña.
Investigador principal: ALONSO PÉREZ TORIBIO

Y acepta el Dictamen favorable del CHIm Parc de Salut Mar

016 - 6.6671171



Barcelona, a 15 de noviembre de 2017

Reg. HCB/2017/0942

Mod_7K (v1 de 9/9/2017)

Aceptación CHIm

INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ

Dr. Miquel Nolla, com a President del Comitè d'Ètica d'Investigació de la FUNDACIÓ UNIO CATALANA HOSPITALS

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la seva reunió del dimarts, 19 de desembre, ha avaluat la proposta per que es realitzi l'estudi que porta per títol "*Mejorando la Relación Terapéutica en los Cuidados Enfermeros a Través de la Evidencia. Estudio multicéntrico en unidades de agudos de psiquiatría de Cataluña.*", amb codi CEI 17/94 i considera que:

Es compleixen els requisits necessaris d'idoneïtat del protocol en relació amb els objectius de l'estudi i que estan justificats els riscos i les molèsties previsibles per al subjecte. La capacitat de l'investigador i els mitjans disponibles són apropiats per portar a terme l'estudi. Són adequats tant el procediment per obtenir el consentiment informat com la compensació prevista per als subjectes per danys que es puguin derivar de la seva participació a l'estudi.

Que aquest comitè accepta que aquest estudi es digui a terme a Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa amb Àrea Autet com a investigador principal. I que l'investigador principal no ha estat present en les deliberacions i aprovació d'aquest estudi.

En aquesta reunió s'han complert els requisits establerts en la legislació vigent – Orden SAS/347/2009, RD 1090/2015. El CEI tant en la seva composició, com en els PNT compleix amb les normes de BPC (CPMP/ICH/135/95).

MEMBRES DEL CEI DE LA FUNDACIÓ UNIO CATALANA D'HOSPITALS

Dr. Miquel Nolla	President	Metge
Dra. Anna Altés	Secretari	Metge
Dra. Encarna Martínez	Vocal	Metge
Dr. Ernesto Mònaco	Vocal	Metge
Dr. Jesús Montesinos	Vocal	Metge
Dr. Josep M Tormos	Vocal	Metge
Dra. Rosa Morros	Vocal	Farmacòloga Clínica
Dra. Concha Antolin	Vocal	Farmacèutica primària
Dra. Virginia Martínez	Vocal	Farmacèutica
Dr. Jaume Trapé	Vocal	Farmacèutic
Sra. Conxita Malo	Vocal	Infermera
Sra. Ana Barajas	Vocal	Psicòloga
Sra. Itziar Aliri	Vocal	Advocat
Sra. Anna Guijarro	Vocal	Filosofia
Sra. Vanessa Massó	Vocal	C. Empresarials

Barcelona, 10 de gener de 2018



Dr. Miquel Nolla
President del CEI

INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

COLOMA MORENO QUIROGA, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de la CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ DE SABADELL (Barcelona)

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor Dr. A. Moreno (H. del Mar) código MiRTCIME.CAT para que se realice el estudio titulado: "Mejorando la Relación Terapéutica en los cuidados a Través de la Evidencia. Estudio multicéntrico en unidades de agudos de psiquiatría de Cataluña (MiRTCIME.CAT)" , Protocolo versión 1.1 de agosto 2017, y considera que:

1. Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsible para el sujeto.
2. La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
3. Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudiera derivarse de su participación en el estudio.
4. El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
5. Y que el Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell por Marqueño Prada Yessica, como investigador principal.

Lo que firma en Sabadell a martes, 12 septiembre 2017

Firmado:

Dra. Coloma Moreno Quiroga

Ref.: 2017621

