

*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 Merlos<sup>1</sup>, Antonio R. Moreno Poyato<sup>2</sup>, Pilar Delgado Hito<sup>3</sup> (Grupo de trabajo MiRTCIME.CAT)**

<sup>1</sup>Máster 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

<sup>2</sup>Doctor 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

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

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	%
<b>Normativa: llamadas</b>		
De forma limitada	18	100.0
De forma ilimitada	0	0.0
<b>Normativa: horario visitas</b>		
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
<b>Normativa: permisos</b>		
Solo/a	1	5.6
Acompañado/a de familiar	16	88.9
Sin posibilidad	1	5.6
<b>Normativa: ropa</b>		
Si	11	61.1
No	7	38.9
<b>Normativa: tabaco</b>		
Sin límite pero en horarios establecidos	1	5.6
Con límite en horarios establecidos	2	11.1
Prohibido	15	83.3
<b>Normativa: habitaciones</b>		
Abiertas todo el día	9	50.0
Cerradas salvo horas de descanso	9	50.0
<b>Normativa: pertenencias</b>		
De forma libre	5	27.8
Solicitándolo al equipo	4	22.2
Solicitándolo al equipo y bajo supervisión	9	50.0
<b>Normativa: dietas</b>		
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
<b>Nivel de rigidez normativa (DE)</b>	19.11	(2.3)
<b>Tipo de asignación de pacientes</b>		

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