

Revisada en
2006
Incluye
Suplemento

Julio de 2002

Guías de buenas prácticas en enfermería
Cómo enfocar el futuro de la enfermería

establecimiento de la relación terapéutica



investén
isciii

 **RNO**

Registered Nurses
Association
of Ontario

L'Association des infirmières
et infirmiers autorisés de
l'Ontario



Doris Grinspun
Directora ejecutiva de la
Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO)

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses Association of Ontario, en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) se complace en ofrecer esta Guía de buenas prácticas en enfermería. Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la entrega y el excelente servicio que las enfermeras ofrecemos en nuestra labor cotidiana.

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen posible la iniciativa de la RNAO de desarrollar, evaluar y divulgar estas Guías de buenas prácticas en enfermería basadas en la evidencia (NBPG, por sus siglas en inglés). Asimismo, queremos dar las gracias al Ministerio de Sanidad y Atención a Crónicos de Ontario, Canadá, por reconocer la capacidad de la RNAO para liderar el desarrollo de este proyecto y ofrecer para ello su financiación plurianual. La directora del programa NBPG, Tazim Virani, con su esfuerzo y determinación, está consolidando el programa y proyectándolo más lejos de lo que cabía pensar en un principio. La comunidad de enfermeras, con su compromiso y dedicación a la excelencia en los cuidados, aporta sus conocimientos e incontables horas de esfuerzo para la creación y evaluación de cada una de las Guías. Los responsables de la contratación han respondido con entusiasmo a la implantación de las Guías en sus organizaciones. No obstante, lo primordial es que las enfermeras las utilicen con rigor y coherencia en su labor cotidiana.

Ahora es el momento de la prueba definitiva: ¿utilizarán las enfermeras estas Guías en su labor cotidiana?

El uso eficaz de estas Guías requiere el esfuerzo conjunto de cuatro grupos profesionales: las propias enfermeras, otros colegas del sector sanitario, los responsables de formación en el ámbito académico o laboral y los responsables de la contratación. Tras haber asimilado estas Guías, las enfermeras y estudiantes de enfermería precisan un entorno laboral positivo para poder aplicarlas a la práctica diaria.

Es nuestro deseo que estas y otras Guías se compartan con los miembros del equipo multidisciplinar. Tenemos mucho que aprender los unos de los otros. Juntos podemos asegurarnos de que las personas reciban la mejor atención posible siempre que traten con nosotros. ¡Hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de nuestro esfuerzo!

La RNAO continuará trabajando con ahínco para mantener al día todas las Guías existentes y para desarrollar y evaluar futuras Guías. ¡Que la puesta en marcha se desarrolle con éxito!

Doris Grinspun, RN, MScN, PhD

Directora ejecutiva de la
Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO)



Saludos de Teresa Moreno-Casbas, Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III de España

La Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii) se complace en presentar las guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de Buenas Prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia.

"La traducción de estos documentos ha sido posible gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, coordinada por el Centro Colaborador Español del JBI para los cuidados de salud basados en la evidencia perteneciente a la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)".

Directora de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)
Instituto de Salud Carlos III de España.

Madrid Enero 2011

Miembros del equipo de desarrollo de la Guía

Ruth Gallop, RN, PhD

Team Leader

Professor and Associate Dean, Research,
Faculty of Nursing, University of Toronto
Senior Researcher,
Women's Mental Health Research Program,
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto, Ontario

Jacqueline Choiniere, RN, MA

Director of Policy and Research
Registered Nurses Association of Ontario
Toronto, Ontario

Cheryl Forchuk, RN, PhD

Professor, *University of Western Ontario*
Scientist, *Lawson Health Research*
Institute/London Health Sciences Centre
London, Ontario

Gabriella Golea, RN, MN

Deputy Chief of Nursing Practice
Centre for Addictions and Mental Health
Toronto, Ontario

Nancy Johnston, RN, PhD(cand.)

Assistant Professor,
Atkinson Faculty of Liberal
& Professional Studies
School of Nursing, York University
Toronto, Ontario

Anne Marie Levac, RN, MN

Advanced Practice Nurse
Child Psychiatry Program, Centre for
Addiction and Mental Health, Clarke Site
Toronto, Ontario

Mary-Lou Martin, RN, PhD(cand.)

Clinical Nurse Specialist
St. Joseph's Health Care, Hamilton Centre
for Mountain Health Services
Clinical Associate Professor,
McMaster University
Hamilton, Ontario

Trish Robinson, RN, BScN

Outreach Mental Health Coordinator
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario

Selinah Sogbein, RN, MHA, MEd

Assistant Chief Nursing
Officer/Coordinator Clinical Services
North Bay Psychiatric Hospital
North Bay, Ontario

Heather Sutcliffe, RN, BScN

Public Health Nurse
Wellington Dufferin Guelph Health Unit
Guelph, Ontario

Francine Wynn, RN, PhD

Senior Lecturer, Faculty of Nursing
University of Toronto
Toronto, Ontario

Establecimiento de la relación terapéutica

Equipo del proyecto:

Tazim Virani, RN, MScN
Project Director

Anne Tait, RN, BScN
Project Coordinator

Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed)
Project Coordinator

Carrie Scott
Administrative Assistant

Elaine Gergolas, BA
Administrative Assistant

2

Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)
Nursing Best Practice Guidelines Project
111 Richmond Street West, Suite 1208
Toronto, Ontario
M5H 2G4
Página web: www.rnao.org

Agradecimientos

Desde la RNAO queremos agradecer a los siguientes colaboradores e instituciones su trabajo en la revisión y optimización de esta guía de buenas prácticas en enfermería.

Barbara Cadotte

Psychiatric Patient Advocate Office
Ontario Ministry of Health and
Long-Term Care
Toronto, Ontario

David Simpson

Psychiatric Patient Advocate
Regional Mental Health Centre
Ontario Ministry of Health and
Long-Term Care
St. Thomas, Ontario

Deborah Sherman

Executive Director
Mental Health Rights Coalition of
Hamilton/Wentworth
Hamilton, Ontario

Elizabeth Peter

Assistant Professor
Faculty of Nursing
University of Toronto
Toronto, Ontario

Jay Hammond

Psychiatric Patient Advocate
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto, Ontario

Karen Sherry

Coordinator Nursing Resource Centre and
GRASP Work Load Measurement
Coordinator
North Bay Psychiatric Hospital
North Bay, Ontario

Kelly Kay

Deputy Executive Director
Registered Practical Nurses Association of
Ontario
Mississauga, Ontario

Laurie Albertini

Psychiatric Patient Advocate
People Advocating for Change through
Empowerment
Thunder Bay, Ontario

Linda Carey

Psychiatric Patient Advocate
Hamilton Psychiatric Hospital
Hamilton, Ontario



La RNAO quiere agradecer su participación en la prueba piloto de esta Guía a las siguientes instituciones de Toronto, Ontario:

Saint Elizabeth Health Care
North York General Hospital
St. Joseph's Health Centre

La RNAO desea expresar su más sincero agradecimiento por la capacidad de liderazgo y dedicación de los investigadores que han dirigido la fase de evaluación del Proyecto de guías de buenas prácticas en enfermería. El equipo de evaluación lo componen las siguientes personas:

Nancy Edwards, RN, PhD
Barbara Davies, RN, PhD
University of Ottawa

Co-investigadores del equipo de evaluación:

Maureen Dobbins, RN, PhD
Jenny Ploeg, RN, PhD
Jennifer Skelly, RN, PhD
McMaster University

Patricia Griffin, RN, PhD
University of Ottawa

Investigadoras asociadas
Marilynn Kuhn, MHA
Cindy Hunt, RN, PhD
Mandy Fisher, BN, MSc(cand.)

Contacto

Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)

Nursing Best Practice Guidelines Project
111 Richmond Street West, Suite 1208
Toronto, Ontario
M5H 2G4

Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)

Domicilio social
438 University Avenue, Suite 1600
Toronto, Ontario
M5G 2K8

Miembros del equipo de traducción de las Guías

Coordinación

Maria Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD

Coordinadora científica

Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España.

Esther González María, RN, MSc, PhD candidate

Coordinadora científica

Centro colaborador del Instituto Joanna Briggs, Australia.

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Coordinadora técnica

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España.

Equipo de traducción

Marta López González

Coordinadora de traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II.

María Nebreda Repesa

Coordinadora de traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación Universidad de Valladolid.

Paula García Manchón

Traductora responsable de proyectos

Licenciada en Traducción e Interpretación. Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II.

Juan Diego López García

Traductor responsable de proyectos

Ldo. en Traducción e Interpretación Université Jean Moulin Lyon III (Francia) y Universidad de Granada.

Colaboración externa de traducción

Elena Morán López

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid.*

Clara Isabel Ruiz Ábalo

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid.*

Jaime Bonet

*Ldo. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid.*

Carmen Martínez Pérez-Herrera

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid).*

Francisco Paredes Maldonado

*Ldo. en Lenguas extranjeras aplicadas y
traducción
Universidad de Orléans (Francia).*

Aimón Sánchez

*Enfermera Especialista en Obstetricia y
Ginecología (Matrona)
Hospital Universitario de Canarias.*

Tamara Suquet, DUE

Gerens Hill International.

Inés Castilla

*Enfermera Especialista en Obstetricia y
Ginecología (Matrona).*

Pilar Mesa, DUE

*Facultad de Enfermería,
Universidad de Córdoba.*

Juan Carlos Fernández

*Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears.*

Grupo de revisión

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate
Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-iscii Instituto Carlos III, España.

Pablo Uriel Latorre, DUE
*Enfermero de Investigación Clínica
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña,
A Coruña, España.*

Montserrat Gea Sánchez, DUE, PhD candidate
Hospital de Santa Maria. Gestió de Serveis Sanitaris. Lleida, España.

Ana Craviotto Vallejo, DUE
Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España.

Raquel Sánchez, DUE
Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.

Iosune Salinas
*Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears, España.*

Cómo utilizar este documento

Esta Guía de buenas prácticas en enfermería es un documento exhaustivo que proporciona los recursos necesarios para el respaldo de las prácticas de enfermería basadas en la evidencia. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de la institución o centro sanitario, así como de las necesidades y preferencias del paciente. Las guías no deben emplearse de forma literal sino como un marco para la toma de decisiones sobre los cuidados personalizados del paciente, así como para garantizar la disposición de las estructuras y respaldos adecuados para prestar la mejor atención posible.

Las enfermeras y demás profesionales sanitarios, así como los gestores que se encargan de dirigir y facilitar los cambios en la práctica, encontrarán en este documento un útil recurso y herramienta de cara al desarrollo de directrices, procedimientos, protocolos, programas de formación, herramientas de documentación y valoración, etcétera. Es aconsejable que las enfermeras asistenciales revisen las recomendaciones, la evidencia en las que se fundamentan dichas recomendaciones y el proceso utilizado para el desarrollo de las guías. No obstante, se recomienda encarecidamente que las instituciones adapten el formato de estas guías de manera que su uso cotidiano resulte cómodo para el usuario.

8

Las instituciones que deseen utilizar esta Guía podrán:

- Evaluar las prácticas actuales de enfermería y los cuidados sanitarios mediante las recomendaciones de la Guía.
- Determinar las recomendaciones que abordan las carencias o necesidades de cada servicio.
- Desarrollar de manera sistemática un plan para la implantación de las recomendaciones mediante el uso de herramientas y recursos asociados.

Mediante la página web de la RNAO, tanto instituciones como particulares podrán acceder a los recursos necesarios para la implantación de la guía de buenas prácticas en enfermería. La RNAO está interesada en conocer cómo se ha puesto en práctica esta Guía. Póngase en contacto con nosotros y cuéntenos su experiencia.

Esta Guía incluye testimonios de enfermeras y otros miembros del equipo profesional que han implantado las recomendaciones que contiene. Estos testimonios se tomaron del informe piloto de implantación y evaluación (Edwards et al, 2001).



Establecimiento de la relación terapéutica

9

Aviso de responsabilidad

Estas Guías se ocupan únicamente de la práctica de la enfermería y no de su dimensión económica. El uso de las guías no es obligatorio para las enfermeras, y debe ser flexible para poder amoldarse a las preferencias del paciente y la familia, así como a las circunstancias particulares. Las guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque se ha puesto especial énfasis en la precisión de los contenidos en el momento de la publicación, ni los autores de la Guía ni la RNAO garantizan la exactitud de la información recogida en ella, y tampoco asumirán responsabilidad alguna por las pérdidas, daños, lesiones o gastos que deriven de errores u omisiones en su contenido.

Copyright

A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique la prohibición o restricción expresa para su copia/reproducción, el resto del documento puede ser producido, reproducido y publicado en su totalidad (en cualquier formato, incluido el electrónico), únicamente con fines educativos y no comerciales, sin el permiso o consentimiento previo de la Asociación de Enfermeras de Ontario, siempre que en la Guía reproducida aparezca la siguiente acreditación:

Versión española traducida de: Registered Nurses Association of Ontario (2002). Establishing therapeutic relationships. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.

Índice de contenidos

Resumen de recomendaciones	11
Responsabilidad en el desarrollo de la Guía	14
Objetivos y ámbito de aplicación	14
Proceso de desarrollo de la Guía	15
Definiciones	15
Antecedentes	17
Interpretación de la evidencia	19
Recomendaciones para la práctica	20
Recomendaciones para la formación	29
Recomendaciones para la organización y directrices	31
Evaluación y seguimiento	39
Proceso de actualización y revisión de la Guía	41
Referencias bibliográficas	42
Bibliografía	45
Anexo A: Hoja de evaluación de la preparación institucional	48
Anexo B: Herramienta de implantación de las guías de práctica clínica	55
Anexo C: Ejemplos de situaciones para evaluar los conocimientos de las enfermeras sobre la relación terapéutica	56

Resumen de recomendaciones

El equipo de desarrollo de la Guía de buenas prácticas para el *Establecimiento de la relación terapéutica* ruega encarecidamente a las instituciones y centros sanitarios que presten especial atención a las recomendaciones de la sección *Recomendaciones para la organización y directrices* (de la recomendación 5 a la 14). La implantación de estrategias para fomentar el establecimiento de la relación terapéutica entre enfermeras y pacientes requiere un considerable respaldo institucional. Sin dicho apoyo, resultará difícil llegar a alcanzar los objetivos planteados. Por ello, el equipo recomienda que las instituciones y centros sanitarios evalúen su preparación institucional y planifiquen iniciativas para establecer los apoyos deseados. Esta Guía incluye una herramienta de evaluación de la preparación institucional desarrollada a partir de las recomendaciones que contiene. Consulte el Anexo A para obtener más información.

11

Recomendación 1

Las enfermeras deben adquirir los conocimientos necesarios para participar de forma efectiva en la relación terapéutica.

Recomendación 2

Para establecer una relación terapéutica se requiere una práctica clínica reflexiva. Este concepto incluye las siguientes capacidades: autoconciencia, autoconocimiento y la comprensión del alcance y los límites de la labor profesional.

Recomendación 3

Las enfermeras deben comprender el funcionamiento de la relación terapéutica y ser capaces de reconocer la fase en la que se encuentra su relación con el paciente.

Recomendación 4

Todos los programas de formación inicial en enfermería deben incluir contenidos especializados sobre el proceso terapéutico. Estos programas deben incorporar tanto el estudio de los aspectos teóricos del mismo como la realización de prácticas supervisadas.

Recomendación 5

Las instituciones deben considerar la relación terapéutica como un pilar fundamental de la práctica de la enfermería y aumentar progresivamente la oferta de oportunidades de desarrollo profesional a las enfermeras para ayudarlas a desarrollar esta relación de forma eficaz. Esta oferta debe incluir consultas a expertos en enfermería, supervisión clínica y tutelaje.



Recomendación 6

Las instituciones deben aplicar un modelo de cuidados que promueva la coherencia de la asignación enfermera-paciente, como ocurre en la enfermería primaria.

Recomendación 7

Las instituciones deben asegurarse de que al menos un 70% de sus enfermeras trabaje a tiempo completo y con contrato permanente.

Recomendación 8

Las instituciones deben asegurarse de que la carga de trabajo de las enfermeras se mantenga en niveles que permitan el establecimiento de la relación terapéuticas.

Recomendación 9

Las decisiones de personal deben tener en cuenta el estado del paciente y el nivel de complejidad de sus síntomas, así como las dificultades del entorno de trabajo y la disponibilidad de expertos.

Recomendación 10

Las instituciones deben proporcionar a las enfermeras el apoyo que necesiten y considerar su bienestar como un elemento vital para el desarrollo de la relación terapéutica con los pacientes.

Recomendación 11

Las instituciones deben contribuir a expandir los conocimientos sobre la relación terapéutica difundiendo los resultados de sus investigaciones, respaldando a las enfermeras en el uso de dichos resultados y fomentando su participación en el proceso de investigación.

Recomendación 12

Las instituciones deben nombrar enfermeras líderes que ejerzan un liderazgo claro para establecer y mantener el diálogo entre las enfermeras y los distintos niveles de la administración, lo que incluye la cúpula directiva.


Recomendación 13

Deben destinarse los recursos necesarios al tutelaje y a la supervisión clínica para asegurarse de que todas las enfermeras puedan beneficiarse de estos mecanismos de formación de forma regular.

Recomendación 14

Se aconseja a las instituciones que incluyan el desarrollo de guías de buenas prácticas en enfermería en sus evaluaciones anuales de indicadores de rendimiento y de mejora de la calidad; asimismo, se recomienda a los organismos de acreditación que incorporen las recomendaciones de las Guías a sus normas. Las instituciones sanitarias deben poner en práctica un modelo de cuidados que promueva una relación estable entre enfermera y paciente, como en el caso de la enfermera primaria.





Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente pueden implantarse con éxito si existen unos recursos, una planificación y un respaldo administrativo e institucional adecuados, además de contar con los medios precisos. Es posible que las instituciones quieran desarrollar un plan de implantación que incluya:

- La evaluación de la preparación institucional y los obstáculos para la implantación.
- El compromiso de todos los participantes que vayan a contribuir al proceso de implantación, ya sea en funciones de apoyo directo o indirecto.
- El nombramiento de un individuo cualificado para proporcionar el apoyo necesario a los procesos de formación e implantación.
- El establecimiento de foros de debate y formación continua para reforzar la importancia de las buenas prácticas.
- La oportunidad de reflexionar acerca de la experiencia personal e institucional en la implantación de las guías.

Para este propósito, la RNAO, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestores, ha desarrollado la “Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica” sobre la base de la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso (Véase Anexo B).

“Supongo que últimamente tengo la impresión de escuchar con más atención a los pacientes. Tengo la impresión de hacerles preguntas más abiertas. Tengo la impresión de que me gano su confianza mucho más rápido, de que me comprenden y entienden mi forma de actuar... Para mí, desde luego, ha sido una experiencia muy positiva y gratificante.”

(Centro piloto)

Responsabilidad en el desarrollo de la Guía

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), con la financiación del Ministerio de Sanidad y Atención a Pacientes Crónicos de Ontario, se ha embarcado en un proyecto plurianual de desarrollo, evaluación y difusión de guías de buenas prácticas en enfermería. "Establecimiento de la relación terapéutica" es una de las siete guías desarrolladas durante el segundo ciclo del proyecto. La Guía fue desarrollada por un equipo convocado por la RNAO y compuesto por representantes de los sectores asistencial, administrativo, académico y de investigación.

14

Objetivos y ámbito de aplicación

Esta guía de buenas prácticas en enfermería se centra en la relación terapéutica y en su gran importancia para la práctica de la enfermería. La práctica de la enfermería depende del establecimiento de una relación terapéutica efectiva entre enfermera y paciente. A lo largo de esta Guía se tratarán las cualidades y capacidades necesarias para establecer dicha relación de forma eficaz, así como los conocimientos existentes sobre el tema. Para que esta relación funcione, la institución debe tener características y valores favorables a la implantación y firmemente establecidos (ver las recomendaciones de la 5 a la 14). Por ello, las recomendaciones de esta Guía se centran en la práctica, la formación, la organización y las directrices.

La relación terapéutica es un elemento fundamental de la práctica enfermera: de hecho, en servicios de salud mental y centros sociosanitarios, la relación terapéutica puede ser la intervención primaria a la hora de fomentar la sensibilización y el crecimiento, así como para superar las dificultades que puedan surgir. Por otro lado, en otras áreas de la práctica de la enfermería (por ejemplo, en unidades de cuidados intensivos), la relación terapéutica puede desempeñar un papel más secundario, proporcionando consuelo y apoyo al paciente y facilitando la prestación de cuidados. En cualquier caso, sean cuales sean las características del centro y la situación clínica, siempre debe establecerse una relación terapéutica.

Proceso de desarrollo de la Guía

El equipo de desarrollo de la Guía elegido por la RNAO por su experiencia en los sectores asistencial, académico y de investigación, llevó a cabo los siguientes pasos:

- Definir los objetivos y alcance de la Guía para el Establecimiento de la relación terapéutica;
- Definir la terminología;
- Llevar a cabo una búsqueda exhaustiva de literatura;
- Redactar los antecedentes de la Guía;
- Desarrollar recomendaciones;
- Recopilar las opiniones y sugerencias de varios colaboradores.

15

El borrador de esta guía de buenas prácticas en enfermería se implantó a lo largo de un período de ocho meses en varios centros piloto de Ontario que se seleccionaron mediante un proceso de "solicitud de propuestas" llevado a cabo por la RNAO. Para el desarrollo del documento definitivo se tuvieron en cuenta las aportaciones del centro piloto, los resultados de la evaluación y la literatura existente en la actualidad.



Definiciones

Guías de práctica clínica o guías de buenas prácticas: "Recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los clínicos y a los pacientes a tomar decisiones apropiadas sobre una o varias circunstancias clínicas" (Field & Lohr, 1990, p. 8). Las guías de práctica clínica o guías de buenas prácticas se desarrollan sobre la base de la mejor evidencia disponible.

Supervisión clínica: "Un proceso reflexivo que permite a los supervisados explorar y examinar el papel que desempeñan en la compleja cadena de interacciones que forman la relación terapéutica, así como la calidad de su trabajo" (Kelly, Long & McKenna, 2001, p.12). Se trata de una oportunidad para desarrollarse personal y profesionalmente sin sentirse castigado ni juzgado.

Recomendaciones para la formación: Declaraciones de las necesidades de formación y planteamientos o estrategias de formación para la introducción, implantación y sostenibilidad de la guía de buenas prácticas.

Evidencia: "Una observación, hecho o un conjunto ordenado de información que respalda o justifica las inferencias o creencias en la demostración de ciertas proposiciones o materias en cuestión" (Madjar & Walton, 2001, p. 28).

Recomendaciones para la organización y directrices: Afirmaciones sobre los requisitos para garantizar que los centros sanitarios implanten adecuadamente la guía de buenas prácticas. Estas condiciones para el buen funcionamiento son en gran medida responsabilidad de la institución, aunque puede haber implicaciones en cuanto a las directrices a nivel gubernamental o social.

Recomendaciones para la práctica: Declaraciones de buenas prácticas orientadas a la práctica clínica y, en la medida de lo posible, basadas en la evidencia.

Práctica reflexiva / autoconciencia: Capacidad de un individuo para reflexionar sobre sus pensamientos, sentimientos, necesidades, miedos, fortalezas y debilidades, así como la influencia de estos en su trabajo, en sus acciones y en la relación entre enfermera y paciente.

Colaborador: Individuo, grupo o institución con un interés particular en las decisiones y acciones de las instituciones y que puede tratar de ejercer su influencia sobre las mismas (Baker et al, 1999). Entre los colaboradores se encuentran todos los individuos o grupos afectados directa o indirectamente por la modificación o solución de un problema. Puede haber colaboradores de varias clases, y pueden dividirse entre oponentes, partidarios y neutrales (Ontario Public Health Association, 1996).

Relación terapéutica: La relación terapéutica se fundamenta en un proceso interpersonal que tiene lugar entre la enfermera y el paciente. La relación terapéutica es una relación de propósito específico y orientada a la consecución de un objetivo: favorecer en la medida de lo posible los intereses y el pronóstico del paciente.

Antecedentes

Para la preparación de esta Guía, el equipo revisó un corpus considerable de literatura (ver secciones de Referencias bibliográficas y Bibliografía). Esta sección recoge algunos de los contenidos más destacados. Existe una gran cantidad de literatura sobre la relación terapéutica y la interacción entre paciente y enfermera. En enfermería, esta relación se conoce de varias formas: relación de ayuda, relación de propósito específico o relación enfermera-paciente. Todas ellas se basan en la noción de que es preciso que la enfermera llegue a conocer a su paciente y a establecer un vínculo con él o ella para poder prestar cuidados de enfermería de forma eficaz.

17

El concepto de relación terapéutica inicialmente se puso de relieve en la literatura sobre enfermería psiquiátrica, pero ha sido reconocido como un pilar fundamental de la práctica de todo tipo de enfermería (Orlando, 1961; Peplau, 1952; Sundeen, Stuart, Rankin, & Cohen, 1989). Las asociaciones profesionales de enfermería también han reconocido la relación terapéutica o relación de ayuda como un elemento central de los cuidados de enfermería y han incorporado elementos de la relación paciente-enfermera en muchos de los principios de la práctica (Canadian Nurses Association, 1980; College of Nurses of Ontario, 1999).

Las cualidades esenciales de la relación terapéutica son el respeto, la empatía y el reconocimiento. La importancia capital de la empatía en el ejercicio de la enfermería se ha explorado en varios artículos (Gagin, 1983; Olsen, 1991). Asimismo, se han investigado las cualidades que caracterizan a la empatía y su aplicación a la práctica (Gallop, Lancee, & Garfinkel, 1990; Reynolds, 2000).

Autores como Forchuk et ál. han analizado de forma más detallada las fases y cualidades de la relación terapéutica tal y como la define Peplau, teniendo en consideración las perspectivas del paciente y de la enfermera en el desarrollo de la relación (Forchuk et al., 1998abcd; Forchuk, Westwell, Martin, Azzopardi, Kosterewa-Tolman & Hux, 2000).

La relación terapéutica ha sido identificada como un componente esencial de la enfermería desde la aparición de las obras fundamentales de Peplau (1952), Tudor (1952) y Orlando (1961). Sin embargo, buena parte de la literatura se centra en los elementos del proceso: las cualidades de la relación, la secuencia del proceso, los impedimentos que pueden obstaculizarlo y los resultados del mismo. Dada la complejidad de este proceso, hasta la fecha se han llevado pocos ensayos y estudios clínicos con muestras aleatorizadas (Olsen, 1991).

Cualidades de la relación. Las cualidades de la relación terapéutica incluyen la escucha activa, la confianza, el respeto, la honestidad, la empatía y la respuesta a las preocupaciones del paciente. No obstante, la mayor parte de las investigaciones se han concentrado en la empatía (Gallop, Taerk, Lancee, Coates, Fanning, & Keatings, 1991; Olsen, 1995; Watt-Watson, Garfinkel, Gallop, & Stevens, 2002). Los estudios sobre la empatía en la práctica médica indican que esta cualidad es altamente valorada por pacientes y enfermeras (Gallop et al., 1990; Reynolds, 2000).

Secuencia del proceso Recientemente, una serie de investigaciones han analizado el proceso de la relación terapéutica. Forchuk (2000) y otros autores han validado las fases de la relación terapéutica descritas por Peplau (1952/1988), a saber: orientación, trabajo y resolución. Durante esta labor, descubrieron que algunas relaciones atraviesan una serie de fases de carácter no terapéutico (orientación, forcejeo y resistencia, alejamiento mutuo). Gallop, Lancee y Garfinkel (1990) también demostraron que las características interpersonales del paciente pueden afectar a la calidad de la relación.

Resultados del proceso. Las investigaciones que han evaluado el enfoque de la relación terapéutica han constatado una reducción de los costes y una mejor calidad de vida en pacientes dados de alta en hospitales psiquiátricos (Forchuk et al., 1998abc). Los resultados preliminares de un ensayo controlado aleatorizado (Forchuk, Hartford, Blomquist, Martin, Chan & Donner, in progress) indican que los reingresos psiquiátricos durante el primer mes tras el alta pueden reducirse la mitad si se presta atención al desarrollo y mantenimiento de una red de relaciones terapéuticas. Aunque dichas conclusiones proceden de literatura sobre salud mental, se cree que pueden aplicarse al campo de la enfermería en general.

La reciente reestructuración organizativa que ha experimentado la asistencia sanitaria ha tenido como resultado la desaparición de importantes elementos contextuales u organizativos que favorecen la manifestación de relaciones terapéuticas. Esta reestructuración ha tenido numerosos efectos: la reducción del número de enfermeras profesionales en proporción al de pacientes, la sustitución de profesionales de la salud por cuidadores informales, el aumento de los contratos eventuales o a tiempo parcial y la retirada de mecanismos de apoyo, como los formadores y enfermeras gestoras. Estos efectos se han traducido en una reducción de la satisfacción de pacientes y enfermeras, unos mayores índices de agotamiento emocional y un aumento en la duración de las estancias (Aiken et al., 2001), así como una disminución de la calidad de los cuidados cuyos efectos se manifiestan en los índices de independencia funcional, dolor, funcionamiento social y satisfacción de los pacientes (McGillis Hall et al., 2001).



Interpretación de la evidencia:

A la hora de recopilar y evaluar la literatura, el equipo de revisión concluyó que no existían diseños de estudios ni revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados sobre la relación terapéutica, debido principalmente a la limitada revisión de los estudios de evaluación de procesos y resultados de la misma. Sin embargo, existe un corpus de literatura cada vez mayor sobre el impacto del proceso terapéutico en el pronóstico de los pacientes (Forchuk et al., 1998abc; Frank & Gunderson, 1990; Watt-Watson et al., 2002). Se espera que estas investigaciones permitan analizar de forma específica la contribución de la relación terapéutica a los resultados sistemáticos, clínicos y prácticos. Sin embargo, por el momento, la evidencia disponible se basa en conceptos teóricos, estudios cualitativos, estudios de casos, informes, opiniones de expertos y sugerencias de los pacientes. Consulte la sección "Antecedentes" para obtener más información sobre el tratamiento de la evidencia.

19

“Además, [tenemos que reconocer que] no siempre podemos solucionar inmediatamente cualquier problema que surja. Es muy importante que, nosotras, las enfermeras, aprendamos eso. Siempre queremos solucionarlo todo lo antes posible, y nos sentimos culpables si no podemos arreglar algo instantáneamente.”

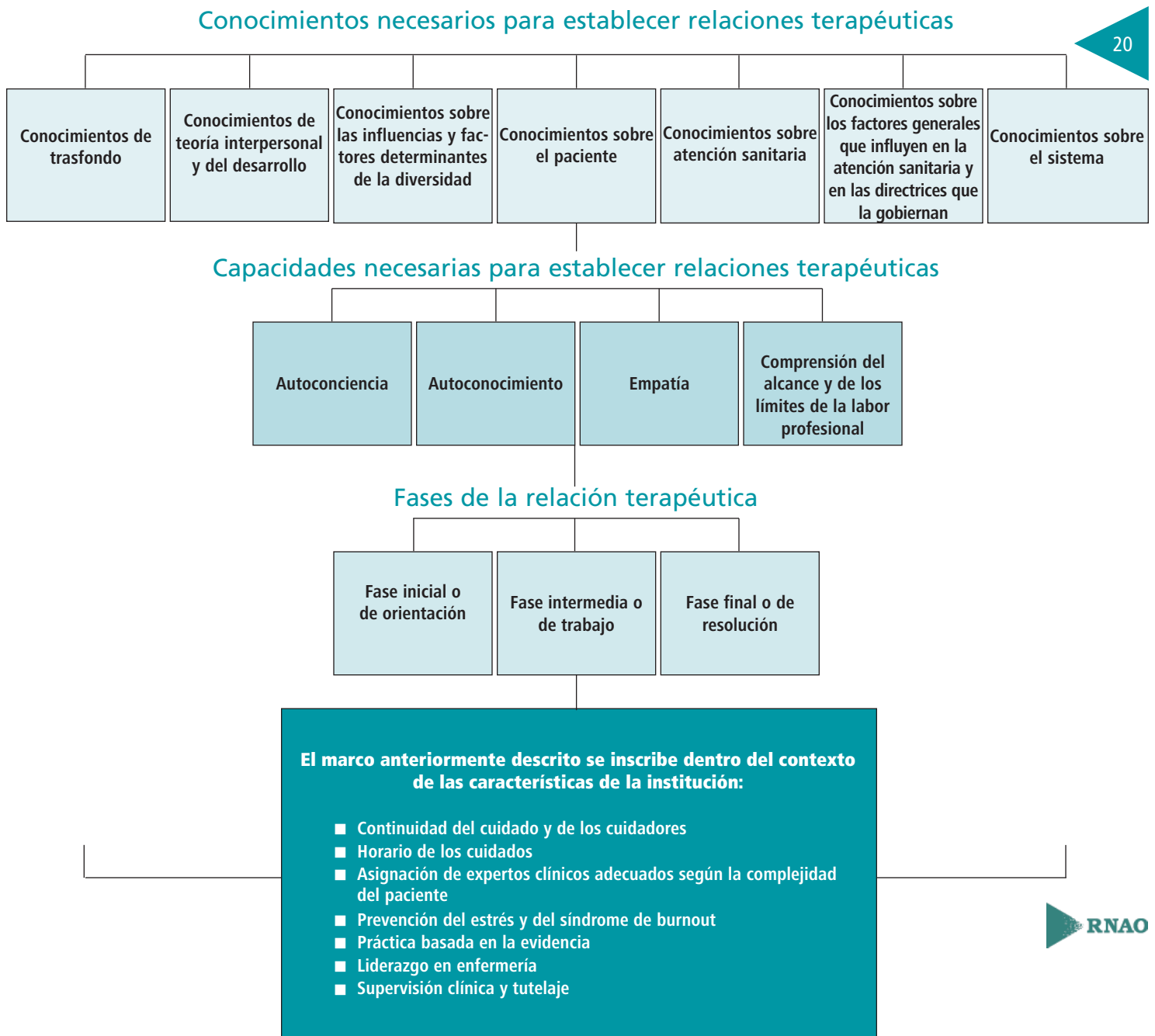
(Centro piloto)



Recomendaciones para la práctica

A la hora de elaborar las recomendaciones, el equipo desarrolló un Marco de aplicación de la relación terapéutica (véase figura 1). Este marco permite organizar y dirigir el debate sobre las recomendaciones que se ofrecen en la siguiente sección, al tiempo que proporciona un modelo para comprender la relación terapéutica a las enfermeras e instituciones sanitarias.

Figura 1: Marco de aplicación de la relación terapéutica



Conocimientos requeridos Recomendación • 1

Las enfermeras deben adquirir los conocimientos necesarios para participar de forma efectiva en la relación terapéutica.

Para que las enfermeras resulten efectivas en la relación terapéutica deben contar con una serie de conocimientos de distintos tipos y en distintos ámbitos. Algunos de estos conocimientos constituyen la base de la práctica relacional, mientras que otros pueden resultar necesarios según las particularidades del paciente.

21

1. Conocimientos previos.

Se trata de conocimientos que la enfermera posee antes de conocer al paciente. Aquí se incluye la educación que haya recibido, las lecturas que haya llevado a cabo y su propio bagaje vital.

2. Conocimientos de teoría interpersonal y del desarrollo.

Este epígrafe incluye los conocimientos teóricos que permiten comprender el desarrollo del sentido del yo (¿quiénes somos?) y cómo éste influye en nuestro modo de ser y en nuestras relaciones con los demás. Esta influencia se puede analizar desde distintos enfoques teóricos:

- Enfoque interpersonal (Orlando, 1961; Peplau, 1952)
- Teoría de las relaciones de objeto (Lego, 1980; Winnicott, 1965)
- Teoría del desarrollo (Erickson, 1963; Freud, 1912; Stern, 1985)
- Teoría del género y desarrollo (Gilligan, 1987; Miller, 1985; Stiver, 1985)

3. Conocimientos sobre las influencias y factores determinantes de la diversidad.

Es esencial que la enfermera conozca la relación entre la justicia social y la diversidad social, cultural y étnica. La enfermera debe ser consciente de los efectos de estas "diferencias" y la influencia que pueden ejercer en la relación terapéutica.



4. *Conocimiento sobre el paciente.*

El conocimiento sobre el paciente es un elemento fundamental al que no se suele prestar la atención necesaria debido a las presiones del entorno laboral. Por ello, es importante prestar a las enfermeras los apoyos necesarios para que puedan dedicar tiempo a conocer y comprender al paciente con el fin de establecer la relación terapéutica. Este conocimiento se refiere a las circunstancias particulares del paciente, lo que incluye:

- comprender el universo personal del paciente;
- determinar y confirmar qué resulta significativo o preocupante para el paciente, y
- escuchar la historia personal del paciente.

5. *Conocimientos sobre la atención sanitaria.*

La enfermera debe tener conocimientos específicos sobre el problema de salud que presenta el paciente para poder establecer una relación terapéutica efectiva. Por ejemplo, a la hora de tratar a un joven diagnosticado con esquizofrenia, la enfermera debe conocer:

- los modelos explicativos de la enfermedad (lo que incluye los múltiples determinantes biológicos, psicológicos o socio-contextuales);
- los síntomas de la misma;
- las intervenciones estándar y los problemas de rehabilitación;
- los fármacos empleados (para poder administrar y supervisar su uso o educar acerca del mismo), y
- las buenas prácticas en enfermería aplicables a la situación.

6. *Conocimientos sobre los factores generales que influyen en la atención sanitaria y en las directrices que la gobiernan.*

La enfermera debe conocer los elementos que pueden influir en el contexto de la atención al paciente, como pueden ser:

- fuerzas sociales y políticas;
- las expectativas del paciente sobre el sistema sanitario;
- el comportamiento de los profesionales de la atención sanitaria, y
- los cambios en el sistema de atención sanitaria (accesibilidad, los recursos disponibles, etcétera.).

7. *Conocimientos sobre el sistema.*

La enfermera debe conocer a fondo el sistema sanitario y comprender su funcionamiento para poder prestar ayuda instrumental al paciente. De este modo, a través de la relación terapéutica, la enfermera puede ayudar al paciente a servirse del sistema sanitario y obtener los servicios que necesita.



Práctica reflexiva / Autoconciencia Recomendación • 2

Para establecer una relación terapéutica se requiere una práctica clínica reflexiva. Este concepto incluye las siguientes capacidades: autoconciencia, autoconocimiento y comprensión del alcance y los límites de la labor profesional.

Supuestos

- La enfermera puede llegar a conocerse a sí misma por medio de la reflexión, aunque dicho conocimiento resulta incompleto.
- El autoconocimiento permite a la enfermera actuar con un propósito definido en vez de hacerlo de manera automática. Así pues, una enfermera con autoconocimiento es capaz de interactuar con el paciente de varias formas distintas.
- Conocer las distintas respuestas posibles ofrece a la enfermera la posibilidad de expresar pensamientos y sentimientos coherentes con las necesidades, metas y valores del paciente.
- La capacidad de la enfermera para entablar una relación profesional y honesta con el paciente contribuye a crear un entorno en el que las necesidades de éste están debidamente atendidas, las medidas que se toman son las adecuadas, se establece un vínculo con sentido y se produce la mejoría.
- The client is a partner in the development of the therapeutic relationship.

Cualidades necesarias

1. Autoconciencia. La capacidad de un individuo para reflexionar sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones. Esta cualidad permite a la enfermera percibir si está proyectando una actitud que obstaculiza el proceso terapéutico y, en ese caso, contrarrestar los efectos negativos en el paciente.

Situación: Una enfermera está esperando, ansiosa, una llamada telefónica de su novio, con quien ha tenido una fuerte discusión. Al reflexionar, se percató de que está nerviosa, preocupada e irritable; también se da cuenta de que su capacidad para concentrarse en lo que dicen los demás ha disminuido considerablemente. Así pues, decide concentrarse en la medida de lo posible en la conversación con el paciente y trata de no pensar en sus propios problemas hasta que ésta haya terminado.

2. Autoconocimiento. El desarrollo del autoconocimiento permite a la enfermera averiguar cómo influyen en su comportamiento factores como su nacionalidad, etnia, cultura, salud, condiciones socioeconómicas, género, formación, infancia y experiencias vitales, así como sus relaciones, logros, creencias, problemas y preocupaciones. Al mejorar su autoconocimiento, la enfermera cobra conciencia de las

diferencias entre las experiencias y valores del paciente y los suyos propios, lo que le permite apreciar la perspectiva del paciente y evitar cargarlo con sus problemas o proyectar sus creencias y soluciones preferidas sobre él o ella.

Situación: La enfermera reflexiona sobre la tensión que ha experimentado en su relación con una paciente. La paciente en cuestión es una joven con el pelo teñido de verde y varios piercings. Procede de una familia acomodada, es la más joven de tres hermanos y a veces utiliza un lenguaje algo soez. La enfermera, por su parte procede de una familia humilde y muy religiosa; además, al ser la mayor de siete hermanos, tiende a comportarse de forma "responsable" y a tratar de ser "un buen ejemplo moral". En el fondo de su ser, sospecha que tal vez envidie el inconformismo y la libertad de la paciente, y se sienta contrariada por el hecho de que esta no tenga que hacer frente a las preocupaciones y responsabilidades económicas y familiares que sufre la enfermera.

24

3. Empatía. La empatía es la capacidad de la enfermera para sumergirse en el universo relacional del paciente, para ver y experimentar el mundo tal y como lo ve éste y explorar el significado que tiene para él o ella. La enfermera debe prestar atención a la experiencia subjetiva del paciente y asegurarse de que su entendimiento refleje de forma precisa el del paciente.

La enfermera desarrolla la empatía suscitando o visualizando en su fuero interno ciertos sentimientos que, de forma intuitiva, sabe que se corresponden con los que experimenta el paciente. *Nota:* La enfermera no necesita experimentar la misma situación que el paciente para intuir sus emociones y pensamientos, ni tiene por qué estar de acuerdo con la actitud de éste; simplemente tiene que comprender las emociones y anhelos que subyacen bajo el comportamiento de este. La enfermera expresa al paciente las cualidades y naturaleza de estas emociones con el objetivo de desarrollar y transmitir una comprensión profunda y sin juicios de valor de la experiencia vital de éste. De este modo, la enfermera utiliza la empatía para acceder al mundo interior del paciente y percibir con claridad su experiencia vital. Además, la empatía refuerza el vínculo humano entre enfermera y paciente, al tiempo que proporciona a éste el consuelo de saberse comprendido.

Situación: Una enfermera ha estado proporcionando cuidados domiciliarios a un ambicioso ejecutivo de gran éxito profesional que ha sufrido un grave infarto de miocardio. Sin embargo, todos sus intentos por hablar con el paciente sobre la importancia de la dieta, el ejercicio y el estilo de vida han fracasado. La esposa del paciente está angustiada y le ha comentado a la enfermera que su marido le ha expresado su temor de no poder volver a trabajar. La enfermera reflexiona sobre lo mal que lo pasaría ella misma si no pudiera ejercer su labor profesional ni disfrutar de sus actividades favoritas. Al hacerlo, se

da cuenta de que ser un buen hombre de negocios es sumamente importante para el concepto que tiene el paciente de sí mismo, y se percata de que sus esfuerzos por comunicarse con él solamente han servido para causarle desconsuelo y sensación de vacío. Por ello, la próxima vez que habla con el paciente, la enfermera dice lo siguiente: "Últimamente no he hecho más que hablarle de su estilo de vida, y supongo que ahora mismo no le apetece demasiado pensar en ello. ¿No es así?". El paciente asiente con la cabeza. "Supongo que más bien se estará preguntando si podrá volver a trabajar, ¿verdad?". El ejecutivo asiente de nuevo y empieza a sollozar.

4. Comprensión del alcance y los límites de la labor profesional. Los límites definen el alcance de la labor profesional: una enfermera está obligada a anteponer las necesidades del paciente a las suyas propias y tomar conciencia de sí misma para evaluar si sus acciones contribuyen a los intereses del paciente. A veces, nuestros deseos (conscientes o inconscientes) pueden hacer que nos resulte difícil reconocer cuándo hemos cruzado el límite, pero ciertos comportamientos (p.ej. tener pacientes especiales, pasar más tiempo de lo normal con ellos y compartir secretos o llevar a cabo actividades con ellos sin que lo sepan los compañeros) son buenos indicadores. Las enfermeras deben tratar de comprender sus propias fortalezas y limitaciones para abordar de forma correcta la interacción con los pacientes. También deben pedir ayuda profesional si resulta necesario u oportuno.

Situación: Un enfermero de una unidad de ortopedia está atendiendo a una joven que ha sufrido varias lesiones en un accidente de tráfico. El enfermero se percata de que le resulta agradable atender a la joven paciente y de que se siente especialmente valorado cuando ésta le dice que se siente más cómoda con él que con los demás enfermeros. Asimismo, se da cuenta de que ha empezado a "insistir" para que le asignen a la joven como paciente y se siente decepcionado cuando se la asignan a otros enfermeros. También ha empezado a fantasear sobre la paciente, imaginándose situaciones en las que ella rechaza a su novio para quedarse con él. Cuando está atendiendo a la paciente, el enfermero suele tener la sensación de que el novio está "en medio" y prefiere mandarlo a la sala de espera, algo que casi nunca le ha parecido necesario al atender a otros pacientes gravemente heridos.

Al reflexionar sobre su comportamiento y sus sentimientos hacia la joven, el enfermero llega a la conclusión de que la paciente le hace sentirse fuerte, competente y comprensivo. También tiene la sensación de estar compitiendo con su novio. Ante esta situación, el enfermero constata que corre el riesgo de anteponer sus deseos y necesidades a los estándares de su profesión y a los intereses de la paciente, aprovechándose de la vulnerabilidad de ésta. Así pues, haciendo gala de coraje e integridad, solicita que lo reasignen a otro paciente y se ofrece para mostrarle a otra enfermera cómo cuidar de la joven.

Proceso de desarrollo de la relación terapéutica

Recomendación • 3

Las enfermeras deben comprender el funcionamiento de la relación terapéutica y ser capaces de reconocer la fase en la que se encuentra su relación con el paciente.

Fases de la relación terapéutica

Aunque la relación terapéutica no es lineal, debe tener un principio, un punto intermedio y un final. Las tres fases pueden sucederse en el transcurso de un solo encuentro entre enfermera y paciente o extenderse a lo largo de varios. Peplau (1973abcd) enfermera teórica, denomina a estas tres fases orientación, trabajo y resolución.

Orientación: Al comienzo de la relación terapéutica, la enfermera y el paciente no se conocen entre sí. Sin embargo, ambos tienen ideas preconcebidas sobre el otro en función de sus anteriores relaciones, experiencias, actitudes y creencias (Peplau, 1952). Durante esta fase se establecen los parámetros de la relación (p.ej. escenario de la interacción, longitud, frecuencia, función o servicio prestado, confidencialidad o duración). El paciente y la enfermera se conocen y aprenden a confiar el uno en el otro como elementos constituyentes de la relación. Los principios clave en los que se sustenta la relación son la confianza, el respeto, la honestidad y la efectividad de la comunicación.

Aceptar al paciente es importante para el desarrollo de la relación entre éste y la enfermera (McKlindon & Barnsteiner, 1999; Thomas, 1970). Las expectativas que tienen paciente y enfermera sobre el otro y sobre su relación deben hablarse y establecerse claramente (Peplau, 1952). La enfermera recopila información sobre el paciente y se asegura de que los problemas prioritarios estén debidamente atendidos.

Para los pacientes, la coherencia y la capacidad para escuchar de la enfermera son elementos vitales al principio de la relación (Forchuk et al., 1998abcd; Sundeen et al., 1989). La enfermera, por su parte, debe ayudar al paciente a sentirse cómodo, aliviando su ansiedad y tensión.

Situación: Una paciente de 13 años se presenta en el despacho de la enfermera en un centro de enseñanza pública. La enfermera y la joven no se conocen entre sí. La alumna se muestra callada y retraída. Mientras reprime las lágrimas, le dice a la enfermera que quiere información para no quedarse embarazada. La enfermera responde:

- transmitiéndole una actitud abierta, sin enjuiciarla;
- presentándose por su nombre y cargo;
- explicándole su trabajo y los servicios que puede prestarle;

- *abordando el tema de la confidencialidad;*
- *animando a la alumna a hablar y a hacer preguntas;*
- *escuchando a la paciente de forma activa para proporcionar apoyo y consuelo, al tiempo que alivia la ansiedad y tensión que sufre;*
- *ayudando a la paciente a reconocer sus preocupaciones y necesidades, y*
- *siendo consciente de sus propios sentimientos, valores y experiencias en relación con la sexualidad y la experimentación sexual en la juventud, y teniendo presente cómo pueden afectar a la relación terapéutica.*

Fase de trabajo: La fase intermedia o de trabajo es donde tienen lugar la mayoría de las intervenciones de enfermería. Durante esta fase también se identifican los problemas y asuntos pendientes y se ponen en marcha planes para atajarlos. Es preciso tener en cuenta que los cambios positivos pueden alternarse con períodos de resistencia o ausencia de cambios (Sundeen et al., 1989).

Es importante que la enfermera reconozca los pensamientos, emociones y comportamientos del paciente (Orlando, 1961). La enfermera debe ayudar al paciente a explorar sus pensamientos (p.ej. su percepción de sí mismo, de los demás, de su entorno y de los problemas que trata de resolver), sus emociones (p.ej. duelo, rabia, desconfianza, tristeza) y sus comportamientos (p.ej. promiscuidad, agresividad, retraimiento, hiperactividad). El contenido de estas exploraciones debe elegirlo el propio paciente (Parse, 1981; Peplau, 1989) aunque la enfermera contribuye a facilitar el proceso. La enfermera debe continuar esta labor de valoración a lo largo de todas las fases de la relación, sin olvidar que pueden surgir nuevos problemas y necesidades a medida que la relación evoluciona y se atajan los problemas identificados con anterioridad. La enfermera debe velar por los intereses del paciente para asegurarse de que los valores y prioridades de éste queden reflejados en el plan de cuidados.

Situación: La supervisora de enfermería de cuidados psiquiátricos lleva dos años atendiendo a un paciente varón de 32 años con un diagnóstico de esquizofrenia. A lo largo de los últimos doce meses, los síntomas del paciente han ido remitiendo. La enfermera y el paciente están trabajando para que éste goce de una mayor independencia. La prioridad del paciente, por su parte, es abandonar el alojamiento comunitario y mudarse a un apartamento. La enfermera responde:

- *apoyando la decisión del paciente de solucionar el problema ayudándolo a analizar las alternativas y los criterios que debe cumplir su nueva residencia;*
- *hablando sobre las habilidades necesarias para vivir de forma independiente y sobre las formas de mejorar y desarrollar dichas habilidades;*
- *animando al paciente a "hacer sus deberes" buscando información para discutirla con la enfermera, y;*
- *siendo consciente de que su deseo de prestar ayuda puede entrar en conflicto con la necesidad del*

paciente de tomar las riendas de su vida.

Fase de resolución: La fase de resolución es la última etapa de la relación entre enfermera y paciente. Una vez que los problemas del paciente han sido resueltos, la relación debe llevarse a su fin antes de darla por terminada. La finalización de la relación entre enfermera y paciente debe basarse en el entendimiento mutuo y en la celebración de los logros alcanzados (Hall, 1993; Hall, 1997). Como resultado de este proceso, tanto la enfermera como el paciente crecen como personas (Peplau, 1989; Sundeen et al., 1989). La resolución de la relación puede causar sentimientos encontrados, por lo que es preciso que tanto la enfermera como el paciente sean conscientes de que pueden experimentar sensación de pérdida (Sundeen et al., 1989). Ambos deben compartir las emociones que experimenten como resultado del final de la relación terapéutica; una buena estrategia puede ser reconocer los planes de futuro (Hall, 1997; Sundeen et al., 1989). Durante esta fase se observa un aumento de la autonomía tanto de la enfermera como del paciente (Sundeen et al., 1989).

28

Situación: *Un paciente de 72 años, víctima de un accidente cerebrovascular, recibe el alta tras haber estado ingresado en un programa de rehabilitación. La enfermera lleva dos meses trabajando con el paciente y con su familia para poner en marcha un plan de apoyo domiciliario e informarlos sobre los distintos recursos comunitarios a los que tienen acceso. Finalmente se celebra una última reunión entre la enfermera y el paciente para analizar los progresos realizados y discutir los planes de futuro. Ambos aprovechan la ocasión para despedirse. En el momento de decirse adiós, ambos experimentan sentimientos encontrados: por un lado, felicidad por los logros alcanzados y por regresar a casa; por otro, cierta tristeza por la pérdida de una relación cómoda y cercana.*

Cómo reaccionar ante las dificultades en la relación

La enfermera y el paciente deben ser capaces de reaccionar ante las dificultades que puedan surgir cualquier fase de la relación. Los límites se mantienen gracias al entendimiento mutuo de que el propósito de la relación es cubrir las necesidades terapéuticas del paciente. Si la relación no evoluciona de forma terapéutica, la enfermera deberá obtener más información dialogando con el paciente y consultando a sus compañeros. También puede ser preciso reasignar al paciente a otra enfermera.

Interacciones

La enfermera debe conocer y emplear patrones de interacción y de relación que favorezcan el desarrollo y la salud del paciente. Las técnicas de comunicación empleadas pueden incluir: la escucha, el silencio, formular preguntas y afirmaciones abiertas, la repetición, la reflexión, solicitar aclaraciones, el reconocimiento, resumir, centrar el tema de discusión, ser consciente de la comunicación verbal y no verbal, y conocer las diferencias culturales relevantes.



Recomendaciones para la formación

Formación inicial de enfermería Recomendación • 4

Todos los programas de formación inicial en enfermería deben incluir contenidos especializados sobre el proceso terapéutico que incluyan tanto el estudio de los aspectos teóricos del mismo como la realización de prácticas supervisadas.

29

La formación en enfermería proporciona los conocimientos básicos necesarios para el establecimiento de una relación terapéutica de nivel inicial entre enfermera y paciente. Por ello, independientemente de cuál sea su especialización y del tipo de centro donde trabajen, las enfermeras deben continuar desarrollando sus conocimientos sobre la relación terapéutica para contar con más información, con más experiencia a la hora de obtener conocimientos sobre el paciente y con un mayor conocimiento sobre sí mismas. Los estudiantes de enfermería deben observar el trabajo del personal experimentado, así como contar con su supervisión en el ejercicio de la práctica clínica y, posteriormente, con su ayuda a la hora de desarrollar sus habilidades interpersonales.

“...aquí había una verdadera disposición a ver las cosas desde la perspectiva del otro, a hacer balance de uno mismo y de los propios actos, a analizar las acciones de uno y a reconocer que, por mucho que... uno puede tener las intenciones que sean, pero... las intenciones no siempre quedan claras, y tener buenas intenciones no implica que uno no pueda hacer más mal que bien. Simplemente, había una predisposición a contemplar las situaciones desde todas las perspectivas posibles.” (Centro piloto)

Desarrollo profesional

Recomendación • 5

Las instituciones deben considerar la relación terapéutica como un pilar fundamental de la práctica de la enfermería y aumentar progresivamente la oferta de oportunidades de desarrollo profesional a las enfermeras para ayudarlas a desarrollar esta relación de forma eficaz. Esta oferta debe incluir consultas a expertos en enfermería, supervisión clínica y tutelaje.

Por su parte, la enfermera debe asumir la responsabilidad de buscar nuevas oportunidades profesionales. En concreto, las instituciones deben proporcionar a las enfermeras oportunidades de desarrollo profesional adaptadas tanto al aprendizaje individual como al aprendizaje en grupo. Las estrategias interpersonales de aprendizaje más importantes incluyen: supervisión clínica, tutelaje, los ejercicios en grupo, entrevistas demostrativas, modelos de comportamiento y consultas de casos. Algunas estrategias adicionales que pueden complementar el desarrollo profesional son: presentaciones didácticas, escritura de diarios, conferencias, talleres y seminarios, aprendizaje por ordenador y desarrollo de planes de aprendizaje individuales, entre otros. Los contenidos deben incluir:

- autorreflexión;
- repaso de teorías y modelos relacionados con la comunicación terapéutica y la relación entre enfermera y paciente;
- principios para el inicio, mantenimiento y terminación de relaciones;
- conceptos fundamentales de la relación terapéutica, como la reciprocidad, la autoconciencia, los límites, la confianza, la empatía y la confidencialidad, y;
- las áreas designadas en el marco de aplicación de la relación terapéutica, tal y como indica la figura 1.

La formación continuada en el campo de la relación terapéutica debe comenzar con una orientación organizada a nivel del centro o institución e incorporarse progresivamente a la práctica regular de la enfermería. Las instituciones deben crear la expectativa de que las enfermeras participen en las oportunidades de aprendizaje.

Estrategias clave de aprendizaje:

- Supervisión clínica
- Tutelaje
- Ejercicios en grupo
- Entrevistas demostrativas
- Modelos de comportamiento
- Consultas de casos



Recomendaciones de la organización y directrices

Las características de las instituciones y centros que proporcionan atención sanitaria también influyen en el desarrollo de la relación terapéutica entre enfermera y paciente. Los pacientes tienen derecho a una relación terapéutica con sus enfermeras y las instituciones tienen la responsabilidad de hacer posible el establecimiento y mantenimiento de dicha relación. Estas características institucionales podrían considerarse como condiciones *sine qua non* para el desarrollo de la relación terapéutica: es muy difícil que se pueda establecer una relación sin que estén presentes, pero no pueden garantizar el establecimiento de una relación terapéutica por sí solas.

31

En esta sección se describen una serie de características importantes y pautas de actuación que permitirán a las instituciones fomentar el desarrollo de la relación terapéutica.



“Las cosas han cambiado, sobre todo porque ahora intento escuchar más y, cuando encuentro diferencias culturales, trato de ser más respetuosa con las necesidades del paciente. Y eso no siempre resulta fácil, porque muchas veces una entra y sale de la habitación como una exhalación.”

(Centro piloto)

Institución y características institucionales

Continuidad del cuidado y de los cuidadores Recomendación • 6

Las instituciones deben aplicar un modelo de cuidados que promueva la coherencia de la asignación enfermera-paciente, como ocurre en la enfermería primaria.

La enfermera y el paciente deben tener la oportunidad de desarrollar un conocimiento y una familiaridad mutua. Los modelos de cuidados que facilitan la continuidad del cuidado y de los cuidadores proporcionan la oportunidad para establecer dicha relación de confianza.

En el sector hospitalario, los cuidados integrales y de enfermería primaria han sido reconocidos como modelos que favorecen la autonomía de los profesionales sanitarios, así como la flexibilidad y la cohesión de la plantilla (Massaro et al., 1996). En particular, la enfermería primaria está considerada como la opción preferente para mejorar la calidad de los cuidados, aumentar el bienestar de los pacientes, incrementar la satisfacción laboral de enfermeras y médicos y reducir el absentismo (Blenkham, D'Aico, & Virtue, 1988; Buchan, 1999; Mason, 2000; Sovie, 1983).

Recomendación • 7

Las instituciones deben asegurarse de que al menos un 70% de sus enfermeras trabaje a tiempo completo y con contrato permanente.


Uno de los factores que más contribuyen a la insatisfacción de las enfermeras son los contratos de carácter eventual. A lo largo de los últimos años, muchas instituciones han tratado de "aumentar su flexibilidad" por medio de la "eventualidad" de la enfermería, reduciendo el número de puestos fijos y aumentando el de puestos temporales y a tiempo parcial (Baumann et al., 2001; RNAO, 2000; RNAO, 2001). Como resultado, el cuidado de los pacientes se ha fragmentado y las enfermeras han perdido la satisfacción que les reportaba ayudar a los pacientes a lo largo de todo el proceso de convalecencia, dejando a los pacientes insatisfechos y a las enfermeras frustradas. El desarrollo y mantenimiento de la relación terapéutica se ven obstaculizados si la enfermera trabaja de forma eventual. Por ello, el equipo recomienda que las instituciones aspiren a que un 70% de su plantilla de enfermeras trabaje a tiempo completo, lo que supondría regresar a los niveles que se daban en Ontario antes de la reestructuración. Esta recomendación cuenta con el respaldo del Grupo de trabajo de enfermería "Nursing Task Force" y del Comité provincial mixto de enfermería (Joint Provincial Nursing Committee; JPNC, por sus siglas en inglés), dos destacados grupos de Ontario (J. Choiniere, personal communication, April 16, 2002).

Tiempo disponible para los cuidados Recomendación • 8

Las instituciones deben asegurarse de que la carga de trabajo de las enfermeras se mantenga en niveles que permitan el establecimiento de la relación terapéutica.

Con el aumento del nivel de agudeza en todos los sectores, la carga de trabajo ha aumentado considerablemente. Una carga de trabajo elevada resulta insostenible a largo plazo para las enfermeras y es incompatible con la relación terapéutica, lo que a su vez resulta insatisfactorio para los pacientes. Así pues, es preciso contar con apoyo a nivel administrativo y de gestión para asegurar que las enfermeras dispongan del tiempo que necesitan para participar en el proceso terapéutico. Numerosos estudios han demostrado que una proporción de enfermeras y pacientes inadecuada tiene como resultado un aumento de resultados adversos, como pueden ser las complicaciones, un mayor uso de recursos (Dimick, Swoboda, Pronovost & Lipsett, 2001; Pronovost et al., 2001) y el descenso de los niveles de satisfacción entre los pacientes (McGillis Hall et al., 2001). Asimismo, un gran estudio retrospectivo realizado por Tourangeau, Giovannetti, Tu y Wood (2002) encontró que la mezcla de habilidades enfermeras (la proporción entre el número de enfermeras y el de personal de enfermería menos cualificado) y sus años de experiencia estaban asociados con la mortalidad de los pacientes hospitalizados a lo largo de un periodo de 30 días. El estudio descubrió que los mejores resultados de mortalidad se daban en entornos que incluían una mayor proporción de enfermeras profesionales y experimentadas.

33



“Un aspecto sobre el que suelen hablar los facilitadores es el de animar a las enfermeras a reflexionar sobre sí mismas y a tomar conciencia de los cuidados que están proporcionando, por ejemplo, analizando si están involucrando de verdad a los pacientes.” (Centro piloto)

Asignación de expertos clínicos adecuados según la complejidad del paciente

Recomendación • 9

Las decisiones de personal deben tener en cuenta el estado del paciente y el nivel de complejidad de sus síntomas, así como las dificultades del entorno de trabajo y la disponibilidad de expertos.

A lo largo de los últimos años, con la sustitución de enfermeras y auxiliares de enfermería por cuidadores informales, se ha producido una progresiva discapacitación y un descenso de la cualificación del cuidado de los pacientes. Paralelamente, se ha producido un aumento del nivel de agudeza en todos los sectores, algo que resulta particularmente marcado en el caso de los centros sociosanitarios (Price Waterhouse Coopers, 2000). Tanto es así que algunos centros sociosanitarios (Community Care Access Centre; CCAC, por sus siglas en inglés) han experimentado un aumento del nivel de agudeza de entre un 20% y un 30% (RNAO, 2000). En los hospitales de cuidados agudos, la reducción del número de camas y de la duración de las estancias implica que los pacientes que permanecen ingresados están más graves y requieren cuidados más complejos (Ontario Hospital Association, 1999; RNAO, 2000).

Los pacientes ingresados en hospitales de cuidados crónicos son más ancianos y más frágiles, y tienen necesidades más complejas que nunca (Price Waterhouse Coopers, 2001). Es importante que el nivel de conocimientos y competencia de quienes prestan los cuidados sean adecuados a la complejidad de las necesidades del paciente; no obstante, el nivel de conocimientos y habilidades de los cuidadores es cada vez más bajo. Según un estudio del sector de los cuidados crónicos realizado 1995 por el Ministerio de salud y de Cuidados crónicos de Ontario, un 75% de la plantilla aseguraba no disponer del tiempo suficiente para atender las necesidades de los pacientes (O'Brien-Pallas et al., 1995). Ante esta realidad, la tarea de proporcionar cuidados integrales y de calidad resulta mucho más difícil, por no decir imposible.

Es esencial que los conocimientos y la experiencia de la enfermera se correspondan con la agudeza del estado del paciente. De lo contrario, el personal sanitario será incapaz de prestar el nivel de cuidados necesario para un tratamiento óptimo. La falta de correspondencia entre los conocimientos y experiencia de las enfermeras y las necesidades de cuidado puede constituir una barrera a la hora de establecer relaciones terapéuticas.



Prevención del estrés y del agotamiento

Recomendación • 10

Las instituciones deben proporcionar a las enfermeras el apoyo que necesiten y considerar su bienestar como un elemento vital para el desarrollo de la relación terapéutica con los pacientes.

Para las enfermeras, mantener relaciones efectivas con los pacientes en entornos cada vez más exigentes, complejos (y, en ocasiones, violentos) puede resultar física y psicológicamente agotador. Por ello, promover y controlar el bienestar emocional de las enfermeras es crucial para establecer y mantener relaciones terapéuticas óptimas.

La literatura sobre los "hospitales imán" en EE.UU. resalta que cuidar de las enfermeras conlleva índices significativamente menores de burnout en dicho colectivo (Scott, Sochalski, & Aiken, 1999). Estos hospitales hacen hincapié en el bienestar de las enfermeras y, por lo tanto, gozan de mejores niveles de permanencia y satisfacción del personal, así como mejores resultados para los pacientes. Las instituciones que deseen cuidar la satisfacción de las enfermeras deben poner en marcha distintas estrategias para atajar el estrés laboral.



“Estas enfermeras están muy cualificadas, pero a veces tienden a olvidarlo porque se sienten infravaloradas, y eso es una fuente de sufrimiento para ellas. En ese sentido, esto ha supuesto una diferencia enorme. Para ellas ha supuesto un gran espaldarazo.” (Centro piloto)

Práctica basada en la evidencia

Recomendación • 11

Las instituciones deben contribuir a expandir los conocimientos sobre la relación terapéutica difundiendo los resultados de sus investigaciones, respaldando a las enfermeras en el uso de dichos resultados y fomentando su participación en el proceso de investigación.

Para desarrollar y mantener la relación terapéutica de manera eficaz, la enfermera debe estar al corriente de los nuevos conocimientos que surjan en este campo. Es importante que los conocimientos sobre la relación terapéutica se amplíen y se difundan de forma continua. La investigación debe tener en cuenta las medidas de procesos y resultados, así como las perspectivas del paciente y de la enfermera. Puede ser de carácter cuantitativo o cualitativo. Las instituciones deben promover y difundir sin demora las prácticas basadas en la evidencia.

36

Liderazgo en enfermería

Recomendación • 12

Las instituciones deben nombrar enfermeras líderes que ejerzan un liderazgo claro para establecer y mantener el diálogo entre las enfermeras y los distintos niveles de la administración, lo que incluye la cúpula directiva.

Un liderazgo estable, visible, accesible y que fomenta una comunicación frecuente y abierta entre la enfermera y la cúpula directiva contribuye a crear un entorno que fomenta la creatividad, la innovación, la confianza y la toma de riesgos que permite el establecimiento y mantenimiento de la relación terapéutica.



Supervisión clínica y tutelaje

Recomendación • 13

Deben destinarse los recursos necesarios al tutelaje y a la supervisión clínica para asegurarse de que todas las enfermeras puedan beneficiarse de estos mecanismos de formación de forma regular.

37

Las habilidades interpersonales sólo se pueden adquirir y desarrollar plenamente a través de procesos interpersonales como la supervisión clínica, el tutelaje, la supervisión entre iguales y la presentación de modelos a seguir. Para alcanzar este objetivo, a la hora de elaborar los presupuestos, los directivos de enfermería deben destinar los recursos financieros necesarios para cubrir los costes de tutelaje y supervisión clínica. Las políticas de personal que incorporan supervisión clínica continua y tutelaje por parte del personal clínico más experimentado permiten a las enfermeras determinar las fortalezas y debilidades de su comportamiento profesional. El tutelaje debe correr a cargo de empleados que cuenten con la experiencia, la formación y las habilidades necesarias para facilitar una autoevaluación objetiva. Es aconsejable que el responsable de llevar a cabo la supervisión clínica no tenga autoridad administrativa sobre la enfermera.

“En estos tiempos que corren, y con la crisis que sufre actualmente la enfermería, tenemos que seguir unidos y esforzarnos en mantener la moral... No sólo debemos hacer nuestro trabajo, sino que tenemos que escucharnos, darnos ánimos y apoyarnos las unas a las otras. En mi opinión, ésta ha sido una magnífica oportunidad para hacerlo.” (Centro piloto)

Acreditación

Recomendación 14

Se aconseja a las instituciones que incluyan el desarrollo de Guías de buenas prácticas en enfermería en sus evaluaciones anuales de indicadores de rendimiento y de mejora de la calidad; asimismo, se recomienda a los organismos de acreditación que incorporen las recomendaciones de las Guías a sus normas.

Con el tiempo, se espera que todas las agencias de cuidados sanitarios, asociaciones profesionales y organismos de acreditación aúnen sus esfuerzos para incorporar la relación terapéutica y las demás Guías de práctica clínica a sus estándares de acreditación.

38

Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos. Es posible que las instituciones quieran desarrollar un plan de implantación que incluya:

- la evaluación de la preparación institucional y los obstáculos para la formación.
- el compromiso de todos los miembros (ya desempeñen funciones de apoyo directas o indirectas) que vayan a contribuir al proceso de implantación.
- la dedicación de un individuo cualificado a proporcionar el respaldo necesario para los procesos de formación e implantación.
- oportunidades continuas de debate y formación para recalcar la importancia de las buenas prácticas, y.
- oportunidades para reflexionar acerca de la propia experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista tanto personal como institucional.

Para este propósito, la RNAO (a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestores) ha desarrollado la *“Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica”* sobre la base de la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso (Véase Anexo B).

Evaluación y supervisión

Se recomienda a las instituciones que están implantando las recomendaciones de esta Guía de buenas prácticas en enfermería que consideren cómo se va a realizar el seguimiento y la evaluación de la implantación y de su impacto. La siguiente tabla, basada en el marco definido en la Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica (2002) de la RNAO, muestra algunos de los indicadores de seguimiento y evaluación:

	Estructura	Proceso	Resultado
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de los apoyos existentes en la institución para que las enfermeras establezcan una relación terapéutica con sus pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de los cambios en la práctica que permitirían una mayor relación terapéutica entre enfermeras y pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación del impacto de la implantación de las recomendaciones.
Institución/Unidad	<ul style="list-style-type: none"> Modelo de prestación de cuidados e influencia de éste en la continuidad de cuidados y cuidadores. Disponibilidad de expertos clínicos. Disponibilidad de expertos en supervisión clínica y tutelaje. 	<ul style="list-style-type: none"> Opinión de las enfermeras sobre el valor de la supervisión clínica y el tutelaje. Modificación de directrices y procedimientos de acuerdo con las guías. 	
Proveedores	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de enfermeras respecto a cuidadores informales. Porcentaje de enfermeras a tiempo completo. Ratio enfermera-paciente. Posibilidades de formación. Porcentaje de las enfermeras que asisten a las sesiones de formación. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de las sesiones de formación por parte de las enfermeras Opinión de las enfermeras sobre los cambios en la práctica y el efecto en la calidad de los cuidados. Costes de formación y de las demás intervenciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Medidas de adquisición de conocimientos relativos a la teoría y práctica de la relación terapéutica: <ul style="list-style-type: none"> Evaluación del conocimiento de partida. Nivel de conocimiento tras la sesión de formación. Retención de conocimientos. Opinión de las enfermeras sobre su disposición a establecer una relación terapéutica. Satisfacción de las enfermeras.
Paciente	<ul style="list-style-type: none"> Niveles de agudeza. 		<ul style="list-style-type: none"> Medidas destinadas a la satisfacción del paciente. Número de quejas/alabanzas. Duración de las estancias. Tasas de reingreso.
Costes económicos	<ul style="list-style-type: none"> Costes generados por la renovación de la plantilla. 		<ul style="list-style-type: none"> Mejora en el uso general de los

Metodología de evaluación de la implantación piloto:

Durante la implantación piloto de la Guía de buenas prácticas para el establecimiento de la relación terapéutica, se empleó una nueva y prometedora metodología con el fin de evaluar el proceso de cambio en las prácticas (Edwards, Davies & Hunt, 2002; Gallop, Lancee & Garfunkel, 1989). Esta sección describe dicha metodología a modo de ejemplo para la evaluación de los cambios en la relación terapéutica entre enfermera y paciente.

Las medidas adoptadas incluyeron la medición antes y después de la medición de los índices de escucha activa, iniciación y asertividad. La metodología adoptada consistió en presentar a las enfermeras una serie de situaciones contextualmente relevantes y validadas previamente por un equipo de expertos. Cabe destacar la importancia de emplear situaciones lo más parecidas posible a las que experimentan las enfermeras en su labor diaria. Un entrevistador planteó estas situaciones a las enfermeras y les pidió que respondieran a una serie de preguntas (en el Anexo C podrá encontrar un ejemplo de las situaciones planteadas). Las respuestas se analizaron mediante la herramienta de evaluación de Gerrard, Boniface y Love (1980) para determinar las puntuaciones en las tres variables medidas (escucha activa, iniciación y asertividad). Esta metodología demuestra que es posible evaluar los cambios en la actitud de las enfermeras con respecto a las cualidades de la relación terapéutica.

“... [las sesiones de formación] permitieron a las enfermeras llevar a cabo un autoanálisis, tomar conciencia de sus sesgos y descubrir cómo superarlos para mejorar la relación terapéutica con el paciente, contribuyendo así a proporcionar cuidados adecuados y competentes. En nuestra sociedad conviven muchas culturas; si uno no sabe algo sobre la cultura de los demás, es imposible interactuar con ellos y proporcionarles cuidados.” (Centro piloto)

Proceso de actualización y revisión de la Guía

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario propone actualizar las Guías de la siguiente manera:

1. Una vez publicadas, un equipo de especialistas (el equipo de revisión) revisará las Guías cada tres años a partir de la fecha de la última serie de revisiones.
2. Durante el periodo de tres años transcurrido entre el desarrollo y la revisión, el personal involucrado en el proyecto de las Guías de buenas prácticas en enfermería de la RNAO hará un seguimiento regular en busca de nuevos avances, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados y controlados (ECAs) en la materia.
3. El personal del proyecto puede recomendar que se adelante la revisión basándose en los resultados del seguimiento y en el criterio de un equipo compuesto por miembros del equipo original de desarrollo y otros especialistas en la materia.
4. Tres meses antes de que se lleve a cabo la revisión de los tres años, el personal del proyecto empezará a planificar el proceso de revisión de la siguiente manera:
 - a. Invitar a especialistas en la materia a que participen en el equipo de revisión. Éste estará compuesto por miembros del equipo de desarrollo original y por otros especialistas recomendados.
 - b. Recopilar las opiniones recibidas, las dudas planteadas durante la fase de divulgación y otros comentarios o experiencias de los centros donde se haya implantado la Guía.
 - c. Recopilar nuevas Guías de práctica clínica del mismo campo, revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones técnicas, ensayos clínicos controlados y aleatorizados y cualquier otra literatura relevante.
 - d. Elaborar un plan de trabajo detallado con fechas y plazos de entrega.

La publicación de la Guía revisada se llevará a cabo de acuerdo con las estructuras y procedimientos establecidos.



Referencias bibliográficas

- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., et al. (2001). Nurses' report on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C.K., Beattie, L.C., Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S. et al. (2001). Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. A policy synthesis prepared for the Canadian Health Services Research Foundation and the Change Foundation. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation and the Change Foundation.
- Blenkham, H., D'Aico, M., & Virtue, E. (1988). Primary nursing and job satisfaction. *Nursing Management*, 19, 41-42.
- Buchan J. (1999). Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 100-108.
- Canadian Nurses Association. (June, 1980). A definition of nursing practice and standards of nursing practice, Ottawa: Canadian Nurses Association.
- College of Nurses of Ontario. (1999). Standard for the therapeutic nurse-client relationship and registered nurses and registered practical nurses in Ontario. Ontario: College of Nurses of Ontario.
- Dimick, J.B., Swoboda, S.M., Pronovost, P.J., & Lipsitt, P.A. (2001). Effect of nurse-to-patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. *American Journal of Critical Care*, 10(6), 376-82.
- Edwards, N., Davies, B., Dobbins, M., Griffin, P., Ploug, J., Skelly, J., & Kuhn, M. (2001). Evaluation of pilot sites implementation. Evaluation summary: Therapeutic relationships. Ottawa, Canada: University of Ottawa.
- Edwards, N., Hunt, C., & Davies, B. (2002). Evaluating nursing skills with therapeutic relationships. Unpublished Manuscript.
- Erickson, E. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.
- Field, M.J. & Lohr, K.N. (eds). (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC.
- Forchuk, C., Chan, L., Schofield, R., Martin, M.L., Sircelj, M., Woodcox, V. et al. (1998a). Bridging the discharge process. *The Canadian Nurse*, 94(3), 22-26.
- Forchuk, C., Hartford, K., Blomqvist, A., Martin, M.L., Chan, Y.L., & Donner, A. (2002). Therapeutic relationships from hospital to community. (in progress)
- Forchuk, C., Jewell, J., Schofield, R., Sircelj, M., & Valledor, T. (1998b). From hospital to community: Bridging therapeutic relationships. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(3), 197-202.
- Forchuk, C., Schofield, R., Martin, M., Sircelj, M., Woodcox, V., Jewell, J. et al. (1998c). Bridging the discharge process: Staff and consumer experiences over time. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 4(4), 128-133.
- Forchuk, C., Westwell, J., Martin, M., Azzopardi, W.B, Kosterewa-Tolman, D., & Hux, M. (1998d). 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.

Forchuk, C., Westwell, J., Martin, M., Azzopardi, W.B., Kosterewa-Tolman, D. & Hux, M. (2000). The developing nurse-client relationship: Nurses' perspectives. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 6(1), 3-10.

Frank, A. F., & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-236.

Freud, S. (1912). Remembering, repeating and working through. *Standard Edition*, volume 12.

Gagan, J. (1983). Methodological notes on empathy. *Advances in Nursing Science*, 5(2), 65-72.

Gallop, R., Lancee, W. & Garfinkel, P. (1989). How nurses respond to the label borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 815-819.

Gallop, R., Lancee, W. & Garfinkel, P. (1990). The empathic process and its mediators: A heuristic model. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(10), 649-654.

Gallop, R., Taerk, G., Lancee, W., Coates, R., Fanning, M., & Keatings, M. (1991). Nurses attitudes towards persons with AIDS. *Canadian Nurse*, 87(1),29-31.

Gerrard, B.A., Boniface, W.J., & Love, B.H. (1980). *Interpersonal skills for health professionals*. Reston, Virginia: Reston Publishing Company.

Gilligan, C. (1987). Adolescent development reconsidered. In C. E. Irwin (Ed.), *Adolescent social behavior and health* (pp. 63-92). San Francisco: Jossey-Brass.

Hall, E. (1993). The hidden dimension. In R. P. Rawlins, K.C. Williams (Eds), *Mental health nursing – psychiatric nursing: A holistic approach* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.

Hall, J. (1997). Packing for the journey: Safe closure of therapeutic relationships with abuse survivors. *Journal of Psychosocial Nursing*, 35(11), 7-13.

Kelly, B., Long, A., & McKenna, H. (2001). Clinical supervision: Personal and professional development or nursing novelty of the 1990s? In J. Cutcliffe, T. Butterworth, & B. Proctor (Eds), *Clinical Supervision*.

London: Routledge Publishing. 9-24.

Lego, S. (1980). The one-to-one nurse-patient relationship. *Perspectives in Psychiatric Care*, 18(2), 67-89.

Madjar, I. & Walton, J.A. (2001). What is problematic about evidence? In J.M. Morse, J.M. Swanson, & A.J. Kuzel. *The nature of qualitative evidence*. (pp. 28-45). Thousand Oaks: Sage.

Mason, D.J. (2000). Nursing's best kept secret. Magnet hospitals can save health care. *American Journal of Nursing*, 100(3), 7.

Massaro, T. D., Muro, L., Shisler, R., White, A., Stone, A., Gambill, N. et al. (1996). A professional practice model. *Nursing Management*, 27(9) 43-47.

McGillis Hall, L., Irvine, D., Baker, G.R., Pink, G., Sidani, S., O'Brien Pallas, L. et al. (2001). A study of the impact of nursing staff mix models & organizational change strategies on patient, system & nurse outcomes. Toronto, Ontario: Faculty of Nursing, University of Toronto and Canadian Health Services Research Foundation/Ontario Council of Teaching Hospitals.

McKlindon, D., & Barnsteiner, J. (1999). Therapeutic relationships: Evolution of the Children's Hospital of Philadelphia model. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 24(5), 237-243.

Miller, J. B. (1985). The development of women's sense of self. In A.G. Kaplan, J.B. Miller, I. P. Stiver, & J. L. Surrey (Eds.), *Women's growth in connection: Writings from the Stone Center* (pp. 11-26). New York: The Guilford Press.

O'Brien-Pallas, L., Charles, C., Blake, J., Luba, M., McGilton, K., Peereboom, E. et al. (1995). *The Nursing and Personal Care Provider Study*. Report prepared for Ontario Ministry of Health, Long-Term Care Division. (On-line). Available: www.fhs.mcmaster.ca/nru/publications/working_papers/95-9.htm

Olsen, D. (1991) Empathy as an ethical and philosophical basis for nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(1), 62-75.

Olsen, J. (1995) Relationships between nurse-expressed empathy, patient-perceived empathy, and patient distress. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 317-322.

Ontario Hospital Association (1999). *Key Facts and Figures*. October

Ontario Public Health Association (OPHA) (1996). *Making a difference! A workshop on the basics of policy change*. Toronto, ON: Government of Ontario.

Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles*. New York: Putnam.

Parse, R. R. (1981). *Man-living-health: Theory of nursing*. New York: John Wiley and Sons.

Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam & Sons.

Peplau, H. E. (Speaker). (1973a). *The concept of psychotherapy*. San Antonio, Texas: P. S. F. Productions.

Peplau, H. E. (Speaker). (1973b). *The orientation phase*. San Antonio, Texas: P. S. F. Productions.

Peplau, H. E. (Speaker). (1973c). *The working phase*. San Antonio, Texas: P. S. F. Productions.

Peplau, H. E. (Speaker). (1973d). *The resolution phase*. San Antonio, Texas: P. S. F. Productions.

Peplau, H. E. (Speaker). (1988). *Interpersonal relations in nursing*. London: MacMillan.

Peplau, H. E. (1989). Therapeutic nurse-patient interaction. In A. W. O'Toole & S. R. Welt (Eds.), *Interpersonal theory in nursing practice: Selected works of Hildegard E. Peplau*. (pp. 192-204). New York: Springer Publishing Co.

Price Waterhouse Coopers. (2000). *A review of community care access centres in Ontario*. Report Prepared for the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

Price Waterhouse Coopers. (2001). *Report of a study to review levels of service and responses to need in a sample of Ontario long-term care facilities and selected comparators*. Prepared for the Ontario Long-Term Care Association & The Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors.

Pronovost, P.J., Dang, D., Dorman, T., Lipsett, P.A., Garrett, E., Jenckes, M. et al. (2001). Intensive care unit nurse staffing and the risk for complications after abdominal aortic surgery. *Effective Clinical Practice*, 4, 199-206.

Registered Nurses Association of Ontario & Registered Practical Nurses Association of Ontario. (2000). *Ensuring the care will be there: Report on nursing recruitment and retention in Ontario*. Prepared for the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. (On-line). Available: www.rnao.org

Registered Nurses Association of Ontario. (2001). *Earning their return: When & why Ontario RNs left Canada and what will bring them back*. (On-line). Available: www.rnao.org.

Reynolds, W. (2000). *The measurement and development of empathy in nursing*. Aldershot, England: Ashgate Publishing.

Scott, J.G., Sochalski, J. & Aiken, L. (1999). Review of Magnet Hospital research findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29(1) 9-19.

Sovie, M.D. (1983). The primary nursing system. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 4(1). 43-48.

Stern, D. (1985). The sense of a subjective self: Affective attunement. In *The interpersonal world of the infant*. New York: NY Basic Books p. 138-161.

Stiver, I.P. (1985). The meaning of care: Reframing treatment models. In J. Jordan, A. G. Kaplan, I. P. Stiver & J. L. Surrey (Eds.), *Women's growth in connection: Writings from the Stone Center* (pp. 250-267). New York: The Guilford Press.

Sundeen, S.J., Stuart, G.W., Rankin, E.A., & Cohen, S.A. (1989). *Nurse-client interaction* (4th ed). Toronto, Ontario: C. V. Mosby.

Thomas, M. (1970). Trust in the nurse-patient relationship. In C. Carlson (Ed.), *Behavioural concepts and nursing intervention*. Philadelphia: J. B. Lippincott.

Tourangeau, A.E., Giovannetti, P., Tu, J.V. & Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.

Tudor, G. E. (1952). A sociopsychiatric nursing approach to intervention in a problem of mutual withdrawal on a mental hospital ward. *Perspectives in Psychiatric Care*, 8(1), 11-35.

Watt-Watson, J., Garfinkel, P., Gallop, R., & Stevens, B. (2002) The impact of nurses' empathic responses on patients' pain management in acute care. *Nursing Research*. (in press)

Winnicott, D. (1965). The capacity to be alone. In *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.

Bibliografía

Aiken, L.H. (2001a). Evidence-based management: Key to hospital workforce stability. *The Journal of Health Administration Education*, (Special Issue), 116-124.

Aiken, L.H. (2001b). More nurses, better patient outcomes: Why isn't it obvious? *Effective Clinical Practice*, 4(5), 223-225.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., & Sloane, D.M. (2000). Hospital restructuring: Does it adversely affect care and outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 30(10), 457-465.

Aiken, L.H., Havens, D.A., & Sloane, D.M. (2000a). Magnet nursing services recognition programme. *Nursing Standard*, 14(25), 41-46.

Aiken, L.H., Havens, D.A., & Sloane, D.M. (2000b). The magnet nursing services recognition program. *American Journal of Nursing*, 100(3), 26-35.

Aiken, L.H. & Patrician, P.A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The revised nursing work index. *Nursing Research*, 49(3), 146-153.

Alexander, J. (2001). How much do we know about the giving and receiving of information? *International Journal of Nursing Studies*, 38(5), 495-496.

Baldini, M., Williams, L., Bawlf, B., Kellet, A., Olsen-Mercer, I., Toews, B. et al. (1998). *Consumer involvement and initiatives*. British Columbia: Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.

Basch, M.F. (1983). Empathic understanding: A review of the concept and some theoretical considerations. *Journal of the American Psychoanalytical Association* 31(1), 101-126.

Beeber, L.S. (1995). In Anderson, C. A. *The one-to-one relationship in psychiatric nursing: The next generation*. *Psychiatric Nursing 1964 to 1994: A Report on the State of the Art*. St. Louis, Mo., Mosby Year Book Inc.

Benjamin, J. (1990). An outline of inter-subjectivity: The development of recognition. *Psychoanalytical Psychology*, 7(Suppl.), 33-46.

Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et al (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(4), 236-248.

Blatt, S.J. (2001). Commentary: The therapeutic process and professional boundary guidelines. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29(3), 290-293.

Campbell, J. (1980). The relationship of nursing and self-awareness. *Advances in Nursing Science*, 2(4), 15-25.

Chan, P. (1998a). Paternalistic intervention in mental health care. *Nursing Times*, 94(36), 52-53.

Chinn, L.P. (1995). Responding to threats to integrity of self. *Advances in Nursing Science*, 19(4), 21-36.

- Chinn, L.P. (1997). Response to "The comforting interaction: Developing a model of nurse-patient relationship." *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 11(4), 345-347.
- Chinn, L.P. & Jabobs, M.J. (1987). *Theory and nursing: A systematic approach* (2nd ed.). St. Louis: C. V. Mosby.
- Colliton, M.A. (1971). Symposium on the use of self in clinical practice. *Nursing Clinics of North America*, 6(4), 691-694.
- Committee on Psychiatric Nursing, Group for Advancement of Psychiatry. (1982). Therapeutic use of the self: A concept for teaching patient care. In S. A. Smoyak and S. Rosuelin (Eds.), *A collection of classics in psychiatric nursing literature*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack, Inc., pp. 68-81. (Reprinted from the Committee on Psychiatric Nursing of the Group for Advancement of Psychiatry, Report No. 33, 1955).
- Cooper, R.A. & Aiken, L.H. (2001). Human inputs: The health care workforce and medical markets. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26(5), 925-938.
- Crowe, M. (2000). The nurse-patient relationship: A consideration of its discursive context. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 962-967.
- Davies, B. & Oberle, K. (1990). Dimensions of the supportive role of the nurse in palliative care. *Oncology Nursing Forum*, 17(1), 87-93.
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Edzard, E., Georgiou, A., & Kleijen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *The Lancet*, 357(9258), 757-762.
- Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P., & Grol, R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: The competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice*, 50(460), 892-897.
- Fairhurst, K. & May, C. (2001). Knowing patients and knowledge about patients: evidence of modes of reasoning in the consultation? *Family Practice*, 18(5), 501-505.
- Forchuk, C. (1994). Preconceptions in the nurse-client relationship. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 1(3), 145-149.
- Forchuk, C. (1994). The orientation phase of the nurse-client relationship: Testing Paplau's theory. *Journal of Advanced Nursing*, 20(3), 532-537.
- Forchuk, C. (1995). Uniqueness within the nurse client relationship. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(1), 34-39.
- Forchuk, C. & Brown, B. (1989). Establishing a nurse-client relationship. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27(2), 30-34.
- Gallop, R. (1997). Caring about the client: The role of gender, empathy and power in the therapeutic process. In C.J Titus (Ed.), *The mental health nurse: Views of practice and education* (pp. 28-42). Oxford: Blackwell Science.
- Geach, B., & White, J. (1974). Empathic resonance: A counter-transference phenomenon. *American Journal of Nursing*, 74(7), 1282-1285.
- Gendlin, E. (1996). *Experiencing and the creation of meaning: A philosophical and psychological approach to the subjective*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Gurman, A. (1977). The patient's perception of the therapeutic relationship. In A. Gurman, & A. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 503-543). Oxford: Pergamon Press.
- Jenny, J. & Logan, J. (1992). Knowing the patient: One aspect of clinical knowledge. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 254-258.
- King, I.M. (1971). *Toward a theory for nursing: General concepts of human behaviour*. New York: John Wiley & Sons.
- King, I.M. (1981). *A theory for nursing: System, concepts, process*. New York: John Wiley and Sons.
- Lancee, W., Gallop, R., McCay, E., & Toner, B. (1995). The relationship between nurses limit setting styles and anger in psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 46(6), 609-613.

Liaschenko, J. (1994). Making a bridge: the moral work with patients we do not like. *Journal of Palliative Care*, 10(3), 83-89.

Levinson, W. & Cassel, C. (2000). Improving communication with patients. *Hospital Practice*, 35(4), 113-114, 117-120.

Maltzman, S. (2001). The specific ingredients are in the match: Comments on Ahn and Wampold (2001). *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 259-261.

Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.

Mead, N. & Bower, P. (2000). Patient-centeredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51(7), 1087-1110.

Montgomery, A.A., James, H., & Fahey, T. (2001). Shared decision making in hypertension: The impact of patient preferences in treatment choice. *Family Practice*, 18(3), 309-313.

Morse, J. (1997). Responding to threats of integrity and self. *Advances in Nursing Science*, 19(4), 21-36.

Patterson, G. (1984). Empathy, warmth and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy*, 21(5), 431-438.

Patterson, J., Jernell, J., Leonard, B., & Titus, C.J. (1994). Caring for medically fragile children at home: The parent-professional relationship. *Journal of Pediatric Nursing*, 9(2), 98-106.

Pearson, A., Borbasi, S., & Walsh, K. (1997). Practicing nursing therapeutically through acting as a skilled companion on the illness journey. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(1), 46-52.

Peplau, H. E. (1987). Interpersonal constructs for nursing practice. *Nurse Education Today*, 7(5), 201-208.

Platt-Koch, L.M. (1986). Clinical supervision for psychiatric nurses: Are misconceptions keeping you from a great learning opportunity? *Journal of Psychosocial Nursing*, 26(1), 7-15.

Rafferty, A.M., Ball, J., & Aiken, L.H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care*, 10(Suppl 2), ii32-37.

Schwartz, S.M. & Shockley, E. (1956). *The nurse and the mental patient: A study in interpersonal relations*. New York: Russell Sage Foundation.

Snowball, J. (1996). Asking nurses about advocating for patients: Reactive and proactive accounts. *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 67-75.

Thorne, S. & Paterson, B. (1998). Shifting images of chronic illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(2), 173-178.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: FA Davis Company.

Truax, C. & Carkhuff, R. (1967). *Toward effective counselling and psychotherapy*. Chicago: Aldine.

Watson, J. (1985). *Nursing: human science and human care*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Webster, C.D., Vaughn, K., Webb, M., & Playter, A. (1995). Modeling the client's world through brief solution-focused therapy. *Issues in Mental Health Nursing*, 16(6), 505-518.

Williams, L.C. & Tappen, M.R. (1999). Can we create a therapeutic relationship with nursing home residents in the later stages of Alzheimer's disease? *Journal of Psychosocial Nursing*, 37(3), 28-35.

Anexo A

Hoja de evaluación de la preparación institucional

Objetivo:

Se recomienda evaluar la capacidad del entorno de trabajo para respaldar la implantación de la Guía de buenas prácticas para el establecimiento de la relación terapéutica, ya que, sin un sólido apoyo institucional, cualquier esfuerzo para aplicar las recomendaciones de esta Guía se verá seriamente obstaculizado. Esta hoja de evaluación se ha desarrollado con el objetivo de ayudar a evaluar los puntos fuertes del entorno de trabajo y a elaborar estrategias preliminares antes de comenzar a invertir tiempo y recursos en implantar estas recomendaciones. La labor previa de identificación y resolución de problemas antes de la implantación de la Guía puede resultar muy beneficiosa. Asimismo, se puede trabajar en una serie de estrategias de forma paralela al proceso de implantación.

48

Instrucciones:

- Responda a las preguntas sobre los distintos elementos de las recomendaciones que se indican en la tabla de la página 51. Se aconseja evaluar el entorno de trabajo en grupo para así obtener distintas perspectivas.
- Identifique las acciones y estrategias necesarias para afrontar los elementos incumplidos o parcialmente cumplidos.
- Identifique a los colaboradores que deben prestar su ayuda para cumplir los requisitos de cada elemento.
- Establezca plazos para cumplir los requisitos.



Hoja de evaluación de la preparación institucional

Elemento de las recomendaciones	Cumplido (Respuestas afirmativas)
<p>¿Diría que los objetivos, los valores y la filosofía de la institución favorecen los cuidados centrados en el paciente?</p> <p>(Consulte la Guía de buenas prácticas en enfermería de la RNAO para los Cuidados centrados en el paciente para obtener más información.)</p>	
<p>¿Diría que el entorno de trabajo tiene un modelo de prestación de cuidados que fomenta la continuidad en la asignación de las mismas enfermeras a los mismos pacientes durante todo el paso de éstos por la institución? Algunos ejemplos pueden ser: enfermera primaria, cuidado integral del paciente, gestión de casos, etcétera.</p>	
<p>Del personal de enfermería que trabaja en el centro, ¿al menos el 70% trabaja tiempo completo?</p>	
<p>¿Diría que la carga de trabajo de las enfermeras se halla a un nivel que permite el establecimiento de la relación terapéutica?</p> <p>(Para evaluar estos niveles, puede recurrir a los siguientes indicadores: observación, conversaciones frecuentes con la plantilla, índices de satisfacción, análisis de la carga de trabajo realizados con sistemas fiables y válidos de medición, tiempo del que dispone el personal para hacer consultas a sus compañeros, tiempo disponible para la comunicación durante los cambios de turno, tiempo disponible para la documentación y tiempo disponible para la reflexión sobre la relación enfermera-paciente, así como cualquier otro indicador que pueda resultar relevante para evaluar si la carga de trabajo de su centro se halla a un nivel adecuado.)</p>	

No cumplido (Respuestas negativas o parciales)	Acciones (¿Cómo y quién debe realizarlas?)	Plazo (¿Para cuándo deben realizarse?)

Hoja de evaluación de la preparación institucional

Elemento de las recomendaciones	Cumplido (Respuestas afirmativas)
<p>¿Diría que las decisiones de los responsables de personal tienen en cuenta la agudeza del estado del paciente, el nivel de complejidad, las dificultades del entorno de trabajo y la disponibilidad de expertos?</p> <p>(¿Dispone de una herramienta para medir la agudeza del paciente? ¿Y de una herramienta para calcular la carga de trabajo? ¿A la hora de calcularla, se emplea la categoría de proveedor correcta? Consulte la Guía para determinar la categoría de proveedor de cuidados correcta (Guide to Determining the Appropriate Category) del Colegio Profesional de Enfermeras de Ontario.)</p>	
<p>¿Diría que el centro tiene en cuenta los programas e iniciativas destinados a tratar los problemas de estrés y burnout de sus empleados y, en concreto, de las enfermeras?</p> <p>(¿De qué clase de apoyos disponen? Por ejemplo: gestión de los casos graves de estrés, asesoramiento/psicoterapia, atención y formación sobre el burnout, etcétera.)</p>	
<p>¿Diría que su lugar de trabajo respalda la práctica basada en la evidencia?</p> <p>(¿Existen apoyos que fomenten el uso de la investigación, las actividades de investigación y la participación de las enfermeras en este proceso? ¿El personal tiene acceso a publicaciones, expertos clínicos y enfermeras investigadoras?)</p>	

No cumplido (Respuestas negativas o parciales)	Acciones (¿Cómo y quién debe realizarlas?)	Plazo (¿Para cuándo deben realizarse?)

Hoja de evaluación de la preparación institucional

Elemento de las recomendaciones	Cumplido (Respuestas afirmativas)
<p>¿Diría que las enfermeras de su institución cuentan con un liderazgo en enfermería claro?</p> <p>(¿Las enfermeras tienen representación en la cúpula directiva? ¿Los gestores practican una política de puertas abiertas? ¿Se han establecido canales de comunicación con los gestores? ¿Las enfermeras participan en los equipos clave?)</p>	
<p>¿Opina que su institución ofrece de forma regular programas de supervisión clínica y tutelaje a las enfermeras?</p> <p>(¿Hay suficiente disponibilidad de personal experimentado dotado de la experiencia, formación y habilidad necesaria para facilitar una autoevaluación objetiva de las enfermeras? ¿Supervisión clínica y tutelaje individualizado? ¿Conferencias y presentación de casos? ¿Modelos de comportamiento? ¿Sesiones informativas? En concreto, ¿se puede aplicar lo anterior a la relación terapéutica entre enfermeras y pacientes?)</p>	
<p>¿Considera que su institución establece indicadores de calidad, como pueden ser los indicadores de buenas prácticas en enfermería?</p> <p>(¿Se han implantado con anterioridad Guías de buenas prácticas clínicas en su centro? ¿De qué experiencia dispone la institución respecto al uso de la investigación? Etcétera.)</p>	

No cumplido (Respuestas negativas o parciales)	Acciones (¿Cómo y quién debe realizarlas?)	Plazo (¿Para cuándo deben realizarse?)

Anexo B

Herramienta de implantación de las Guías de práctica clínica

Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente pueden implantarse con éxito si existen unos recursos, una planificación y unos respaldos administrativos e institucionales adecuados, además de contar con los medios precisos. Para este propósito, la RNAO (a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestores) ha desarrollado la *Herramienta* de implantación de Guías de práctica clínica sobre la base de la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos el uso de esta herramienta de cara a la implantación, en una institución sanitaria, de cualquier Guía de buenas prácticas clínicas.

55

La *Herramienta* orienta paso a paso a los grupos e individuos que trabajan para planificar, coordinar y facilitar la implantación de la Guía. En particular, la herramienta recomienda que se sigan los siguientes pasos principales:

1. Reconocer una Guía de práctica clínica bien desarrollada y basada en la evidencia.
2. Identificar, valorar y alcanzar el compromiso de los colaboradores.
3. Valorar si el entorno está preparado para la implantación de la Guía.
4. Identificar y planificar estrategias de implantación basadas en la evidencia.
5. Evaluar la planificación y la implantación.
6. Reconocer y garantizar los recursos necesarios para la implantación.

Implantar las Guías en la práctica, de tal manera que se consiga cambiar la práctica clínica con éxito, resulta una tarea extremadamente compleja. La *Herramienta* supone un recurso fundamental para gestionar este proceso.

La *Herramienta* está disponible a través de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Este documento está disponible en formato impreso por una cantidad simbólica. Asimismo, se puede descargar de forma gratuita en la página web de la RNAO. Para solicitar más información, obtener una hoja de pedido o descargar la *Herramienta*, visite la página web de la RNAO: www.rnao.org.

Anexo C

Ejemplos de situaciones para evaluar los conocimientos de las enfermeras sobre la relación terapéutica (Edwards et al., 2002)

A la hora de evaluar el proceso de cambio de las prácticas, se ha empleado una prometedora metodología consistente en plantear una serie de situaciones a la enfermera a través de un "narrador". Estas situaciones eran similares, en la medida de lo posible, a las que encuentran las enfermeras en la práctica diaria.

Instrucciones para el narrador y respuestas de los pacientes

Lea detenidamente las instrucciones a la enfermera que participe en el estudio. Cada situación comienza describiendo una situación hipotética, seguida de varias declaraciones. Su trabajo consiste en leer la situación y las declaraciones del hipotético paciente, dejando tiempo para que la enfermera objeto del estudio responda. Tras cada una de las declaraciones del hipotético paciente, espere un momento para que la enfermera pueda grabar su respuesta en la grabadora. No pase a la siguiente situación hasta que la enfermera no haya finalizado su respuesta. Avise a la enfermera antes de pasar a una nueva situación. Este ejercicio consta de un total de "x" situaciones.

Instrucciones para los participantes

Imagine que está trabajando en una unidad de maternidad o en un centro de salud. Voy a describirle una serie de situaciones hipotéticas. Todos los pacientes son madres que acaban de dar a luz. Tras describir cada situación, leeré una serie de afirmaciones que diría nuestro hipotético paciente en distintas ocasiones. Se trata de frases típicas que podría decir cualquier paciente, y no están conectadas entre sí. Después de cada afirmación, quiero que usted responda como lo haría normalmente, de manera inmediata y con naturalidad. Diríjase a la grabadora cuando responda, y hágalo en voz alta como si estuviera hablando con el paciente. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Ejemplo de situación

Tracy es una madre primeriza de 16 años. Hace cuatro días, se le practicó una cesárea y dio a luz a gemelos. Su novio no ha acudido a visitarla al hospital.

Mientras está bajo su cuidado, la paciente dice:

- "No sé cómo me las voy a arreglar yo sola con los niños".
- "Seguro que mi novio viene a verme mañana. Todavía no ha venido porque el pobre está muy liado".
- "Mis amigas dicen que tener gemelos es una maravilla, pero a mí me parece una faena."
- "Hoy no me siento capaz de cuidar de los niños. Todavía estoy dolorida por la operación".
- "No hace falta que me manden a una enfermera a visitarme en casa".

Marzo de 2006

Guía de buenas prácticas en enfermería Cómo enfocar el futuro de la enfermería

Establecimiento de la relación terapéutica Suplemento

Miembros del equipo de revisión

Cheryl Forchuk, RN, PhD

Team Leader

Professor, University of Western Ontario
Scientist, Lawson Health Research
Institute/London Health Sciences Centre
London, Ontario

Kathleen Carmichael, BScN, MScN

Professor of Nursing
Fanshawe College
London, Ontario,

Gabriella Golea, RN, MN, CPMHN (C)

Administrative Director
Centre for Addictions and Mental Health
Toronto, Ontario

Nancy Johnston, RN, PhD

Associate Professor
Atkinson Faculty of Liberal &
Professional Studies
School of Nursing, York University
Toronto, Ontario

Mary-Lou Martin, RN, MEd MScN

Clinical Nurse Specialist
St. Joseph's Healthcare
Associate Clinical Professor
McMaster University
Hamilton, Ontario

Patricia Patterson, RN, BScN, MA, CPMHN (C)

Professor, Nursing Division
Fanshawe College
London, Ontario

Karen Ray, RN, MSc

Research Manager
Saint Elizabeth Health Care
Markham, Ontario

Selinah Adejoke Sogbein, RN, BScN, MHA, MEd,
CHE, CPMHN (C)

Chief Nursing Officer
North East Mental Health Centre
North Bay, Ontario

Rani Srivastava, RN, MScN, PhD (cand.)

Deputy Chief of Nursing Practice
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto, Ontario

Tracey Skov, RN, BScN, MSN (cand.)

Program Coordinator
Nursing Best Practice Guideline Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Contributor

Pat Bethune - Davies, RN, BScN, MScN

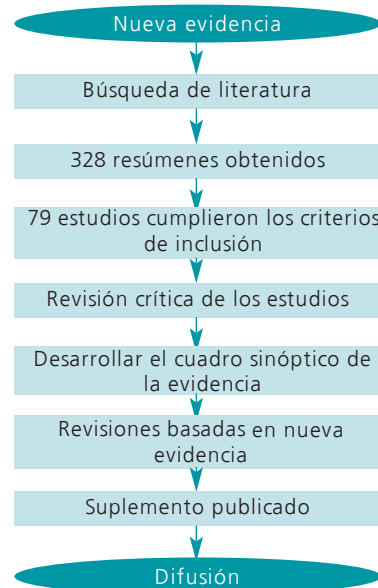
Professor of Nursing
Western-Fanshawe Collaborative BScN Program
London, Ontario

Propósito del suplemento

Este suplemento de la guía de buenas prácticas clínicas para el *Establecimiento de la relación terapéutica* es el fruto de una labor de revisión de carácter trienal prevista para la Guía. Con el objetivo de proporcionar al lector la evidencia más actualizada y respaldar la práctica, se ha incorporado material adicional. Al igual que la Guía original, este documento debe ser revisado y puesto en práctica en función de las necesidades específicas de la institución, el entorno y las instalaciones, así como de las necesidades y preferencias del paciente. Este suplemento debe utilizarse junto con la Guía como una herramienta útil para la toma de decisiones sobre la atención personalizada del paciente, así como para garantizar que se dispone de las estructuras y apoyos adecuados para prestar el mejor servicio posible.

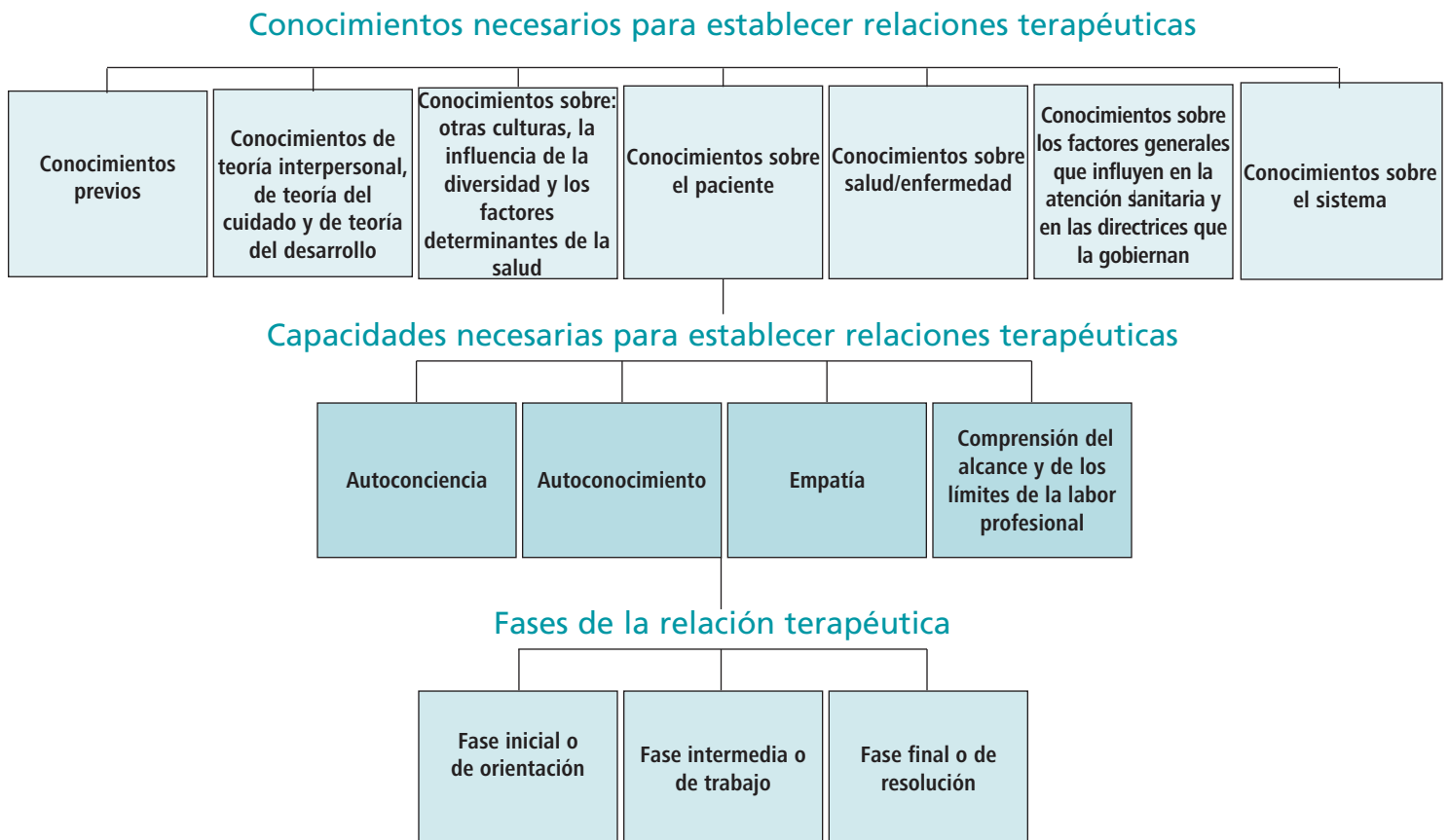
Proceso de revisión

La Asociación Profesional de enfermeras de Ontario (RNAO) se compromete a garantizar que esta Guía de buenas prácticas está basada en la mejor evidencia disponible. Para cumplir con este compromiso, se ha establecido un proceso de seguimiento y revisión para cada Guía de carácter trienal. Los miembros del equipo de revisión (expertos procedentes de diversos centros sanitarios) reciben el mandato de revisar la Guía, con especial hincapié en las recomendaciones y en su objetivo inicial.



A continuación se indican los cambios realizados en el Marco de aplicación de la relación terapéutica (figura 1).

Figura 1: Marco de aplicación de la relación terapéutica



La siguiente definición se añade a la sección "Definiciones" que comienza en la página 12 de la Guía.




Definición








Intencionalidad: Nuestras intenciones nos recuerdan qué es lo importante y determinan nuestras decisiones y acciones. El pensamiento relativo a la intencionalidad está vinculado a los conceptos de consciencia y energía. Por ejemplo, si nuestra intención consciente es tener pensamientos humanitarios, en lugar de pensamientos de control y dominación, las consecuencias serán diferentes según los niveles de consciencia y energía asociados a los distintos pensamientos (Watson, 2005).



Resumen de evidencias

La siguiente información refleja los cambios realizados a la publicación original (2002), consensuados por el equipo de revisión.

-  modificado
-  no modificado
-  información adicional

Recomendación 1 <i>Las enfermeras deben adquirir los conocimientos necesarios para participar de forma efectiva en la relación terapéutica.</i>	
<p><i>El subapartado nº 2 de la pág.18 se ha cambiado a "Conocimientos de teoría interpersonal, del cuidado y del desarrollo.</i></p> <p><i>En el subapartado nº 2 se ha insertado un quinto epígrafe con el siguiente contenido:</i></p> <ul style="list-style-type: none">■ <i>Teorías del cuidado</i> (Benner, 1989; Leininger, 1988; Watson, 1999; Watson 2005.) <p><i>En el subapartado "Conocimientos sobre el paciente" de la pág. 19 se ha insertado un 4º epígrafe con el siguiente contenido:</i></p> <ul style="list-style-type: none">■ <i>Comprender los diferentes sistemas y patrones de aprendizaje: empírico, personal, ético, estético y político.</i> <p><i>En el subapartado nº 4 de la pág. 19, bajo "Conocimientos sobre el paciente", se ha insertado un epígrafe adicional con el siguiente contenido: Concienciación de los diferentes sistemas y patrones de conocimiento: empírico (basado en la evidencia), personal, ético, estético y político.</i></p> <p>Bibliografía adicional Agency for Healthcare Research and Quality, 2004; Coffman, 2004; Cole & McLean, 2003; McCabe & Priebe, 2004; Myers, 2003; Schillinger, Machtinger, Wang, Chen, Win, Palacios, 2004; Shirk, & Karver, 2003</p>	
Recomendación 2 <i>Para establecer una relación terapéutica se requiere una práctica clínica reflexiva. Este concepto incluye las siguientes capacidades: autoconciencia, autoconocimiento, empatía y comprensión de los valores éticos, del alcance y de los límites de la labor profesional:</i>	
<p><i>La recomendación 2 se ha modificado para incluir la conciencia de los valores éticos, de acuerdo con los cambios realizados en el "Marco de aplicación de la relación terapéutica". Se han modificado el contenido del apartado "Supuestos" de la página 20. La segunda frase del segundo epígrafe pasa a ser: "Así pues, una enfermera con autoconocimiento es decidida, intencional y capaz de plantearse distintas formas de relacionarse con el paciente".</i></p> <p><i>Se ha añadido un nuevo epígrafe al final de la lista ubicada bajo el apartado "Supuestos" de la página 20.</i></p> <ul style="list-style-type: none">■ <i>El concepto de "diferentes sistemas y patrones de conocimiento" reconoce que hay distintas formas de comprender el mundo (p.ej. empírico, personal, ético y estético). El principio más importante es que el conocimiento puede proceder de distintas fuentes y que la gente lo adquiere de maneras distintas.</i> (Belenky, Clinchy, Goldberger & Tarule, 1986; Carper, 1978). <p>Bibliografía adicional Barrett & Berman, 2001; Browne, 1997; Cole & McLean, 2003; Forchuk & Reynolds, 2001; Johansson & Eklund, 2003; Lambert & Barley, 2001; Moyle, 2003; Myers, 2003; Okamoto, 2003</p>	 
Recomendación 3 <i>Las enfermeras deben comprender el funcionamiento de la relación terapéutica y ser capaces de reconocer la fase en la que se encuentra su relación con el paciente.</i>	
<p>Bibliografía adicional Forchuk, Martin, Chan, & Jensen, 2005; Forchuk & Reynolds, 2001; Planavsky, Mion, Litaker, Kippes, & Mehta, 2001</p>	
Recomendación 4 <i>Todos los programas de formación inicial en enfermería deben incluir contenidos especializados sobre el proceso terapéutico que incluyan tanto el estudio de los aspectos teóricos del mismo como la realización de prácticas supervisadas.</i>	
<p>Bibliografía adicional Cole & McLean, 2003ta, 2001</p>	

<p>Recomendación 5</p> <p><i>Las instituciones deben considerar la relación terapéutica como un pilar fundamental de la práctica de la enfermería y aumentar progresivamente la oferta de oportunidades de desarrollo profesional a las enfermeras para ayudarlas a desarrollar esta relación de forma eficaz. Esta oferta debe incluir consultas a expertos en enfermería, supervisión clínica y tutelaje.</i></p>	✓
<p>Bibliografía adicional</p> <p>Johansson & Eklund, 2003; Lambert & Barley, 2001; McCabe & Priebe, 2004; Ramjan, 2004</p>	
<p>Recomendación 6</p> <p><i>Las instituciones deben aplicar un modelo de cuidados que promueva la coherencia de la asignación enfermera-paciente, como ocurre en la enfermería primaria.</i></p>	✓
<p>Bibliografía adicional</p> <p>Forchuk & Reynolds, 2001; Moyle, 2003; Planavsky, Mion, Litaker, Kippes, & Mehta, 2001; Ramjan, 2004; Shirk, & Karver, 2003</p>	
<p>Recomendación 7</p> <p><i>Las instituciones deben asegurarse de que al menos un 70% de sus enfermeras trabaje a tiempo completo y con contrato permanente.</i></p>	✓
<p>Bibliografía adicional</p> <p>Aiken, Clarke, & Sloane, 2002; Blythe, Baumann, Zeytinoglu, Denton, & Higgins, 2005; Stone, et al., 2003;</p>	
<p>Recomendación 8</p> <p><i>Las instituciones deben asegurarse de que la carga de trabajo de las enfermeras se mantenga en niveles que permitan el establecimiento de la relación terapéutica.</i></p>	✓
<p>Recomendación 9</p> <p><i>Las decisiones de personal deben tener en cuenta el estado del paciente y el nivel de complejidad de sus síntomas, así como las dificultades del entorno de trabajo y la disponibilidad de expertos.</i></p>	✓
<p>Recomendación 10</p> <p><i>Las instituciones deben proporcionar a las enfermeras el apoyo que necesiten y considerar su bienestar como un elemento vital para el desarrollo de la relación terapéutica con los pacientes.</i></p>	✓
<p>Recomendación 11</p> <p><i>Las instituciones deben contribuir a expandir los conocimientos sobre la relación terapéutica difundiendo los resultados de sus investigaciones, respaldando a las enfermeras en el uso de dichos resultados y fomentando su participación en el proceso de investigación.</i></p>	✓
<p>Recomendación 12</p> <p><i>Las instituciones deben nombrar enfermeras líderes que ejerzan un liderazgo claro para establecer y mantener el diálogo entre las enfermeras y los distintos niveles de la administración, lo que incluye la cúpula directiva.</i></p>	✓
<p>Bibliografía adicional</p> <p>College of Nurses of Ontario, 2004</p>	
<p>Recomendación 13</p> <p><i>Deben destinarse los recursos necesarios al tutelaje y a la supervisión clínica para asegurarse de que todas las enfermeras puedan beneficiarse de estos mecanismos de formación de forma regular.</i></p>	✓
<p>Recomendación 14</p> <p><i>Se aconseja a las instituciones que incluyan el desarrollo de guías de buenas prácticas en enfermería en sus evaluaciones anuales de indicadores de rendimiento y de mejora de la calidad; asimismo, se recomienda a los organismos de acreditación que incorporen las recomendaciones de las guías a sus normas.</i></p>	✓

Estrategias de implantación

Actualmente se está llevando a cabo un estudio sobre las estrategias de implantación de una intervención basada en la relación terapéutica (Forchuk, Reynolds, Jensen, Martin, Sharkey, Ouseley et ál., trabajo no publicado). Dicho estudio revela que los siguientes aspectos son particularmente importantes:

- La participación continua de los líderes para proporcionar apoyo a nivel personal
- La formación específica sobre los programas relacionados con la relación terapéutica, con discusión de ejemplos concretos
- Los sistemas de documentación que apoyen la intervención

El proyecto de Respuesta cultural de la relación terapéutica (Culturally Responsive Therapeutic Relationship; CRTR, por sus siglas en inglés), patrocinado por Change Foundation, es un proyecto dirigido a la integración de la Guía de la RNAO *Establecimiento de la relación terapéutica* y de los estándares publicados por el Colegio Profesional de Enfermeras de Ontario en materia de cuidados con sensibilidad cultural. Entre las lecciones que se han aprendido del proyecto CRTR, destacan las siguientes:

- Es preciso encontrar formas de fomentar la práctica reflexiva entre el personal de enfermería
- Es preciso practicar la autoconciencia con respecto a los aspectos positivos de cada uno. No basta con conocer los propios sesgos, sino que también es preciso saber cómo los demás perciben a uno
- Es preciso debatir la divulgación de información, los límites y la reciprocidad en el contexto de la relación terapéutica

Lagunas en la investigación e implicaciones

Los aspectos en los que el equipo ha encontrado lagunas en la investigación incluyen los siguientes

- Implantación y evaluación de la misma
- Sostenibilidad de las recomendaciones de la Guía
- Investigación sobre grupos culturales concretos, e
- Investigación sobre los distintos modelos de relación con niños y adolescentes a través de las distintas etapas de su desarrollo

Referencias bibliográficas

Agency for Healthcare Research and Quality (2004). Strategies for improving minority healthcare quality. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Aiken, L., Clarke, S., & Sloane, D. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50(5), 187-194.

Barrett, M. & Berman, J. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 597-603.

Belenky, M., Clinchy, B., Goldberger, N., & Tarule, J. (1986). *Women's ways of knowing: The development of self, voice, and mind*. New York: Basic Books. Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison Wesley.

Blythe, J., Baumann, A., Zeytinoglu, I., Denton, M., & Higgins, A. (2005). Full-time or part-time work in nursing: Preferences, tradeoffs and choices. *Healthcare Quarterly*, 8(3), 69-77. Browne, A. (1997). A concept analysis of respect applying the hybrid model in cross-cultural settings. *Western Journal of Nursing Research*, 19(6), 762-780.

Carper, B. (1978). Fundamental ways of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1) 13-23.

Coffman, M. (2004). Cultural caring in nursing practice: A meta-synthesis of qualitative research. *Journal of Cultural Diversity*, 11(3), 100-109. Cole, M. B. & McLean, V. (2003). Therapeutic relationships re-defined. *Occupational Therapy in Mental Health*, 19(2), 33-56.

College of Nurses of Ontario. (2004). *Utilization of RNs and RPNs: Practice guideline*. Toronto, ON: College of Nurses of Ontario.

Forchuk, C. & Reynolds, W. (2001). Client's reflections on relationships with nurses: Comparisons from Canada and Scotland. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 8, 45-51. Forchuk, C., Martin, M. L., Chan, Y. L., & Jensen, E. (2005). Therapeutic relationships: From psychiatric hospital to community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 564. Forchuk, C., Reynolds, W., Jensen, E., Martin, M., Sharkey, S., Ouseley, S. et al. (Unpublished work). Integrating an evidence-based intervention in clinical practice funded through CIHR. Johansson, H. & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 339-346.

Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. Leininger, M. (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152-160.

McCabe, R. & Priebe, S. (2004). The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: A review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 115-128. Moyle, W. (2003). Nurse-patient relationship: A dichotomy of expectations. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 103-109.

Myers, S. (2003). Relational healing: To be understood and to understand. *Journal of Humanistic Psychology*, 43(1), 86-104.

Okamoto, S. (2003). The function of professional boundaries in the therapeutic relationship between male practitioners and female youth clients. *Child and Adolescent Social Work*

Journal, 20(4), 303-313.

Planavsky, L. A., Mion, L. C., Litaker, D. G., Kippes, C. M., & Mehta, N. (2001). Ending a nurse practitioner-patient relationship: Uncovering patients' perceptions. *Journal of the*

American Academy of Nurse Practitioners, 13(9), 428-432.

Ramjan, L. M. (2004). Nurses and the 'therapeutic relationship': Caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 495-503.

Schillinger, D., Machtiger, E. L., Wang, F., Chen, L. L., Win, K., & Palacios, J. (2004). Language, literacy, and communication regarding medication in an anticoagulation clinic: Are pictures better than words? *Advances in Patient Safety*, (2), 199- 211.

Shirk, S. R. & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and*

Clinical Psychology, 71(3), 452-464.

Stone, P., Tourangeau, A., Duffield, C., Hughes, F., Jones, C., O'Brien-Pallas, L. et al. (2003). Evidence of nurse working conditions: A global perspective. *Policy, Politics & Nursing*

Practice, 4(2), 120-130.

Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia, USA: F.A. Davis Company.

Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. London, UK: Churchill Livingstone, an imprint of Harcourt Brace and Co. Ltd.

Referencia:

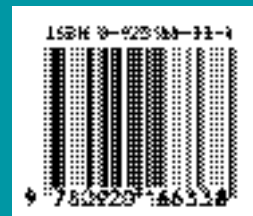
Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (2006). *Establecimiento de la relación terapéutica (Revisión con suplemento)* Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.

Julio de 2002

Guías de buenas prácticas en enfermería establecimiento de la relación terapéutica



*Este proyecto está financiado por el
Ontario Ministry of Health and Long-Term Care*



RNAO

Registered Nurses
Association
of Ontario

L'Association des infirmières
et infirmiers autorisés de
l'Ontario