

Revisada en
2006
Incluye
Suplemento

Agosto de 2002

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

Intervención en casos de crisis



investen
ASCHN

RNAO

Registered Nurses
Association of Ontario

Association des infirmières
et infirmiers autorisés de
Ontario



Saludos de Doris Grinspun
Directora ejecutiva
Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

La Asociación Profesional de Enfermeras de 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 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 unas 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 de Ontario, Canadá, por su financiación, pues supone reconocer nuestra capacidad de liderazgo en el desarrollo de este proyecto. 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 el trabajo, aporta sus conocimientos e incontables horas de esfuerzo para la creación, evaluación y revisión 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.

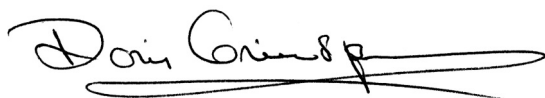
Ahora es el momento de la prueba definitiva: ¿Utilizarán las enfermeras las Guías en su labor cotidiana?

El uso eficaz de estas Guías requiere el esfuerzo conjunto de cuatro grupos profesionales: las propias enfermeras, otros colegas profesionales de la salud, 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 en el desarrollo y la evaluación de futuras Guías. ¡Que la puesta en marcha se desarrolle con éxito!

Doris Grinspun, RN, MScN, PhD (candidate)



Directora ejecutiva

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario



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 Instituto Joanna Briggs 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

Cómo utilizar este documento

Esta Guía de buenas prácticas en enfermería es un documento exhaustivo que ofrece los recursos necesarios para la práctica de la enfermería basada en la evidencia. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de cada organización o centro, así como de las necesidades y preferencias del paciente. Las Guías no deben aplicarse como un recetario, sino como una herramienta útil para ayudar a la toma de decisiones en el cuidado individualizado del paciente, así como para garantizar que se dispone de las estructuras y recursos adecuados para prestar el mejor servicio posible.

1

Las enfermeras, los demás profesionales de la salud y los gestores que se encargan de dirigir y aplicar los cambios en la práctica clínica, hallarán este documento útil de cara al desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos, programas educativos, herramientas de documentación y evaluación, etc. Se recomienda que la Guía se utilice como una herramienta de recursos. Las enfermeras que proporcionan atención directa al paciente podrán revisar las recomendaciones, las evidencias en las que se fundamentan dichas recomendaciones y el proceso utilizado para el desarrollo de las Guías. No obstante, se recomienda encarecidamente que los centros sanitarios adapten el formato de estas Guías, de manera que su uso cotidiano resulte cómodo para el usuario.

Las instituciones que deseen utilizar esta Guía podrán:

- Evaluar las actuales prácticas de enfermería y cuidados en salud mediante las recomendaciones de la Guía.
- Identificar las recomendaciones que abordan las carencias o necesidades del 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. La RNAO está interesada en conocer la aplicación práctica que se da a esta Guía. Póngase en contacto con nosotros y cuéntenos su experiencia.

Miembros del equipo de desarrollo de la Guía

Joanne Walsh, RN, BA

Team Leader

Clinical Leader/Manager

Crisis Services

St. Michael's Hospital

Toronto, Ontario

Jeannette LeGris, BN, MHSc

Vice-Team Leader

Assistant Professor, School of Nursing

Faculty of Health Sciences

McMaster University

Hamilton, Ontario

Lori Adler, RN, MHSc

Operations Director

The Toronto Rehabilitation Institute

Toronto, Ontario

Adele Bromley, RN, MSW, RSW

Program Manager

North Bay & District Adult Community

Mental Health Case Management Program

North Bay, Ontario

Kristine Diaz, RN, MEd

Director

London Mental Health

Crisis Service

London, Ontario

Rosanna DiNunzio, RN, MSc, CPMHN(c)

Advanced Practice Nurse

Schizophrenia and

Continuing Care Program

Centre for Addiction and Mental Health

Queen Street Site

Toronto, Ontario

Paul Howe, RPN

Oak Ridge Division

Penetanguishene Mental Health Centre

Penetanguishene, Ontario

Pamela Khan, RN, MSc(A), CPMHN(c)

Senior Lecturer

Faculty of Nursing

University of Toronto

Toronto, Ontario

Gundel Lee, RN, BA, CPMHN(c)

Patient Care Coordinator

Mental Health Program

York Central Hospital

Richmond Hill, Ontario

Miembros del equipo de traducción de las Guías

Coordinación

María 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 Represa

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-isciii.
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*

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

Intervención en casos de crisis

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

6

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario
Programa de Guías de buenas prácticas en enfermería
111 Richmond Street West, Suite 1208
Toronto, Ontario
M5H 2G4
Página Web: www.rnao.org

Agradecimientos

Colaboradores

Desde la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario deseamos agradecer su apoyo en la revisión y optimización de esta Guía de buenas prácticas a las siguientes personas y organizaciones:

Gary Craigen

President
Mental Health Case Management
Association of Ontario
North York, Ontario

Lee Ann Hoff

Professor
University of Massachusetts Lowell
College of Health Professions
Boston, Massachusetts
Adjunct Professor
University of Ottawa
Faculty of Health Sciences
Ottawa, Ontario

Ulupi Pancholi

Registered Nurse
Continuing Assessment,
Rehabilitation and Education Program
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto, Ontario

Wendy Ross

Director of Crisis Services
Sir William Osler
Etobicoke General Hospital
Etobicoke, Ontario

Mary Rhodes

Registered Nurse
Crisis Intervention Team
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario

Kate van Bradt

Nurse Clinician
Mental Health Program
Humber River Regional Hospital
Church Site
Weston, Ontario

Holly Williams

Registered Nurse
Law and Mental Health Program
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto, Ontario

Members of the Mobile Crisis Response Team

Saint Elizabeth Health Care
North York, Ontario

Members of the Scarborough Mobile Crisis Program

Scarborough, Ontario

People for Equal Partnership in Mental Health

North Bay, Ontario

La Guía de buenas prácticas en enfermería, Intervención en casos de crisis se puede consultar en la página web de la RNAO: www.rnao.org



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 está compuesto por:

Investigadores principales

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

Coinvestigadores

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

Patricia Griffin, RN, PhD
University of Ottawa

Investigadores asociados

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

La RNAO también desea expresar su agradecimiento a las siguientes organizaciones de North Bay, Ontario, su participación en la prueba piloto de esta Guía:

North Bay Psychiatric Hospital

Nipissing Crisis Intervention Program

Nipissing Assertive Community
Treatment Team

Información de contacto

Registered Nurses Association of Ontario

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

Registered Nurses Association of Ontario

Head Office
438 University Avenue, Suite 1600
Toronto, Ontario
M5G 2K8



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 en el momento de la publicación se puso especial énfasis en la precisión de los contenidos, ni los autores ni la RNAO garantizan la exactitud de la información recogida en las guías, y tampoco asumirán responsabilidad alguna respecto a las pérdidas, daños, lesiones o gastos derivados de errores u omisiones en su contenido.

Copyright

A excepción de aquellas partes del presente documento cuya copia o reproducción esté prohibida o restringida expresamente, el resto podrá editarse, reproducirse y publicarse en su totalidad y en cualquier formato (incluido el soporte electrónico), si es para fines educativos y no comerciales. De este modo no habrá necesidad de autorización o consentimiento previo de la RNAO. Asimismo, en la Guía reproducida deberá aparecer la siguiente acreditación:

Versión española traducida de: Registered Nurses Association of Ontario (2002). Crisis Intervention. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.

Acerca de la traducción

Para realizar la versión española de las Guías de la RNAO se ha contado con la coordinación técnica de un equipo de traductores especializados, licenciados en Traducción e Interpretación, con años de experiencia en el campo de la salud, con los conocimientos culturales y lingüísticos necesarios y todos ellos con el español como lengua materna. A su vez, la revisión ha corrido a cargo de profesionales del cuidado experimentados y conocedores de ambas culturas, y dicha revisión ha sido evaluada de forma independiente. Durante el proceso se han utilizado las más modernas herramientas informáticas de asistencia a la traducción a fin de garantizar la coherencia conceptual y terminológica. Asimismo, se ha realizado la adaptación cultural de los contenidos pertinentes para reflejar la realidad de los países hispanohablantes. Así podemos garantizar una traducción precisa y fluida que cumple los objetivos fijados en la cultura de destino.



Índice de contenidos

Introducción	11
Resumen de las recomendaciones	13
Responsabilidad en el desarrollo de la Guía	15
Objetivos y ámbito de aplicación	15
Proceso de desarrollo de la Guía	16
Definiciones	17
Antecedentes	21
Interpretación de la evidencia	22
Recomendaciones para la práctica	23
Recomendaciones para la formación	35
Recomendaciones para la organización y directrices	37
Evaluación y seguimiento de la Guía	39
Proceso de actualización y revisión de la Guía	40
Referencias bibliográficas	41
Bibliografía	43
Anexo A - Aplicación práctica de un modelo de Intervención en casos de crisis	46
Anexo B - Resumen de una valoración del estado mental	53
Anexo C - Evaluación de las habilidades de afrontamiento y de los sistemas de ayuda ..	56
Anexo D - Herramienta: Implantación de las Guías de práctica clínica	57

Introducción

Las crisis son un fenómeno perfectamente normal, que venimos sufriendo desde el principio de los tiempos. Así pues, el cuidado de las personas que las sufren ha sido siempre responsabilidad de la familia o de la comunidad. No obstante, la Intervención en casos de crisis, dentro de los servicios de salud, es algo muy reciente históricamente hablando. En el campo de la salud mental, es el tercero de los factores que más importancia tienen para la atención de los pacientes con malestar emocional y enfermos mentales: (1) Freud descubre el inconsciente; (2) el descubrimiento de los medicamentos psicotrópicos en los años 50; (3) la práctica de la Intervención en casos de crisis en los años 60 y 70, como cuerpo formal de conocimientos, basada en la experiencia de supervivientes de desastres y de soldados heridos en la guerra.

11

En 1969 aún no existían libros de texto sobre Intervención en casos de crisis; solo había una serie de textos editados por Howard Parad y Gerald Caplan en 1965. Debido a la creciente importancia en los servicios de salud, actualmente existen numerosos textos de autores interdisciplinarios, lo que significa un verdadero avance a la hora de tratar las crisis: la Intervención en casos de crisis es trabajo de todos, y no la especialidad de una sola disciplina. En los años 50 se realizaron extensos estudios que establecieron esta premisa. Se trata de un elemento fundamental dentro de los servicios integrales de salud mental, y es tan importante como el atención médica de urgencia en casos de daños físicos graves.

La guía de buenas prácticas en enfermería de la RNAO sobre Intervención en casos de crisis, supone un antes y un después en el desarrollo de este campo. A finales de los años 60, tuve el privilegio de asistir al programa interdisciplinar de estudios sobre crisis y suicidio de la universidad John Hopkins. Una de las principales expectativas de los graduados en este programa era la de implantar en nuestras disciplinas respectivas, los resultados de la experiencia y los estudios de los estudiantes. En mi caso se trataba del ámbito docente y la práctica clínica en enfermería. Si bien en la actualidad disponemos de un gran conjunto de conocimientos sobre la crisis, no deja de existir un sesgo hacia los enfermos mentales. Además, la falta de financiación para la intervención preventiva hace que este tipo de intervención siga ocupando un lugar secundario en el campo de la salud mental.



En ocasiones, estas barreras se agravan por el mal uso que se hace de las intervenciones en casos de crisis, al pretender acortar oportunamente la atención a largo plazo que necesita el paciente, lo cual hace que aumente la delincuencia, algo que a menudo resulta costoso. Gracias a la atención prestada en esta Guía al respaldo administrativo e institucional, se contribuye a evitar una política y una forma de actuar que hacen que "lo barato salga caro". Incluso los profesionales más experimentados en crisis se ven desbordados, entre otras cosas, por el agotamiento, un precio que deben pagar debido a la falta de apoyo institucional. Tanto las enfermeras como los demás profesionales sanitarios que cuenten con la formación adecuada, saben si el modelo de intervención se aplica incorrectamente o bien no se complementa con otros servicios necesarios debido a la falta de financiación.

El hecho de que el Ministerio de Sanidad y Atención a Crónicos de Ontario haya financiado esta Guía, demuestra que los responsables de las políticas consideran que el cuidado de la crisis es fundamental y no es suficiente, teniendo en cuenta los diferentes servicios requeridos en función de las diferentes poblaciones. El hecho de que este documento incluya un proceso de actualización, y avise de la necesidad de realizar revisiones sistemáticas y ensayos controlados aleatorizados representa, en mi opinión, un gran paso para un campo tan importante como el que nos ocupa. Asimismo, debemos destacar que estas Guías no eximen a las enfermeras de su deber de adquirir conocimientos teóricos y estrategias prácticas mediante la enseñanza normalizada y la supervisión clínica. Esta Guía de buenas prácticas sobre Intervención en casos de crisis supone una gran recompensa para mis esfuerzos y para el trabajo que otros muchos profesionales, durante décadas, han desarrollado para incorporar la Intervención en casos de crisis como contenido normalizado en la enfermería y en otros planes de estudios del ámbito de la salud. Recomendando encarecidamente esta Guía a todas las enfermeras y profesionales sanitarios en general.

Julio de 2002 Lee Ann Hoff, Ph.D., RN

Investigadora, profesora y autora de varios libros sobre Intervención en casos de crisis



Resumen de recomendaciones

Recomendaciones para la práctica

Recomendación 1

La Intervención en casos de crisis se fundamenta en una serie de valores y creencias específicos, así como en diferentes principios generales.

Recomendación 2

El conocimiento de los tres componentes fundamentales de la teoría sobre la intervención ante los casos crisis (precipitante situacional, percepción de la situación, y métodos que suele utilizar el paciente para hacer frente a la crisis) resulta fundamental para identificar a los pacientes con crisis.

Recomendación 3

La intervención que se presta ante una crisis se basa en un marco integrador.

Recomendación 4

Para que la intervención con los pacientes que sufren crisis sea efectiva, es preciso contar con numerosas herramientas de comunicación terapéutica.

Recomendación 5

Antes de emprender plan alguno contra la crisis, es preciso realizar una valoración integral y holística.

Recomendación 6

Las enfermeras están directamente implicadas en todos los aspectos de la intervención ante las crisis: evaluación, intervención, derivación y vínculos, y seguimiento a corto plazo.

Recomendación 7

Educar a los pacientes, familiares, colegas y a la comunidad en general en la preven-

ción y la intervención de cara a una crisis, resulta fundamental para promocionar la salud mental.

Recomendaciones para la formación

Recomendación 8

Las enfermeras precisan educación y la oportunidad de contar con una formación continuada, a la hora de implantar las buenas prácticas en la Intervención en casos de crisis.

Recomendación 9

El plan de estudios de enfermería cuenta con los siguientes factores clave:

- Teoría y práctica de la intervención ante las crisis.
- Buen conocimiento de los principios de la relación terapéutica y su aplicación a la hora de intervenir en casos de crisis.
- Llevar a cabo una supervisión clínica regular.

La RNAO, con el objetivo de ayudar a las organizaciones (mediante un equipo de enfermeras, investigadores y gestoras), ha desarrollado la "Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica" basadas en la evidencia existente, las perspectivas teóricas y el consenso. La herramienta se recomienda a la hora de dirigir la implantación de la Guía de buenas prácticas de la RNAO sobre Intervención en casos de crisis. Puede obtenerla visitando la página web de la RNAO: www.rnao.org.

Recomendaciones para la organización y directrices

Recomendación	10	Recomendación	13
	La organización debe comprometerse a prestar unos servicios de calidad para la intervención ante los casos de crisis, y reflejar ese compromiso en su visión y misión. Asimismo, debe disponer los recursos para desarrollar, implantar y mantener dichos servicios.		Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito cuando se cuenta con respaldo en materia de planificación, recursos, organización y administración, y cuando se cuenta con los medios adecuados. En un plan organizativo para el desarrollo y la implantación de servicios de intervención para casos de crisis, deben incluirse los siguientes aspectos: ■ una evaluación de la preparación a nivel institucional y de los obstáculos para la formación; ■ el compromiso de todos los miembros (ya desempeñen una función de apoyo directa o indirecta) que vayan a contribuir al proceso de implantación; ■ la dedicación de individuos cualificados para proporcionar el respaldo necesario en los procesos de formación e implantación. ■ oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas. ■ la oportunidad de reflexionar acerca de la propia experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista personal e institucional
Recomendación	11		
	Para promover el seguimiento de la enfermedad, la organización tratará de conseguir un modelo práctico, integrador y colaborativo de intervención para casos de crisis, y en el marco de un equipo multidisciplinar.		
Recomendación	12		
	La organización defenderá activamente la calidad de la Intervención en casos de crisis a todos los niveles (individual, familiar y en entorno de la comunidad).		



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 Crónicos de Ontario, se ha embarcado en un proyecto plurianual de desarrollo, implantación piloto, difusión y evaluación de Guías de buenas prácticas en enfermería. La "Intervención en casos de crisis" es una de las siete (7) Guías de buenas prácticas en enfermería que se desarrollaron en el segundo ciclo del proyecto. Esta Guía la desarrolló un equipo de enfermeras universitarias y de enfermeras con formación profesional bajo los auspicios de la RNAO. El equipo llevó a cabo su trabajo de forma independiente de cualquier sesgo o influencia por parte del Ministerio de Sanidad y Atención de Larga Duración de Ontario.

15

Objetivos y ámbito de aplicación

Esta Guía describe las buenas prácticas a la hora de intervenir ante una crisis. Se centra principalmente en las crisis provocadas por el estado de salud mental, pero su aplicación es relevante para todos los centros y poblaciones que sufran crisis asociadas al desarrollo, la situación, la comunidad o el entorno.

Las recomendaciones de la Guía de buenas prácticas se centran en:

Recomendaciones para la práctica	Dirigidas a las enfermeras y a la práctica de la enfermería.
Recomendaciones para la formación	Dirigidas a las competencias que se requieren para ejercer la práctica.
Recomendaciones para la organización y directrices	Dirigidas a los lugares de práctica clínica y el entorno para facilitar la práctica de la enfermería.

Esta Guía pretende mejorar la comprensión de lo que supone la intervención ante los casos de crisis y normalizar su práctica, además de promover la práctica profesional de la enfermería.

Proceso de desarrollo de la Guía

La RNAO ha reunido a un equipo de enfermeras con experiencia en el ámbito profesional, docente y de la investigación. A la hora de desarrollar la Guía, el equipo siguió una serie de pasos:

- Definir el objetivo de la Guía.
- Realizar una extensa búsqueda bibliográfica y revisar las investigaciones más importantes, los marcos teóricos y los documentos de trabajo.
- Organizar los valores básicos de la Intervención en casos de crisis.
- Identificar un marco integrador fruto del trabajo de diferentes teóricos del tema en que el presentar las recomendaciones para unas buenas prácticas.
- Solicitar su aportación formal a los colaboradores más destacados de los centros hospitalarios y del ámbito sanitario en general.
- Consultar a Lee Ann Hoff, Ph.D., RN, autora de "People in Crisis: Understanding and Helping, 4th edition", "Creating Excellence in Crisis Care", "People in Crisis: Clinical and Public Health Perspectives, 5th edition", y otras cuantas publicaciones de importancia. Hoff, investigadora y profesora en este campo durante los últimos 20 años, es directora fundadora del Life Crisis Institute, con sedes en Boston y Ottawa, profesora en University of Massachusetts Lowell, College of Health Professions, my profesora adjunta en University of Ottawa, Faculty of Health Sciences.

Los colaboradores más destacados revisaron el borrador de la Guía, y su aportación al respecto fue incorporada al documento definitivo. El borrador de la Guía de buenas prácticas en enfermería también fue objeto de una implantación piloto durante ocho meses en diferentes organizaciones de Ontario, que fueron identificadas mediante un proceso de "solicitud de propuestas" llevado a cabo por la RNAO. A la hora de realizar el documento definitivo se tuvieron en cuenta, además de las aportaciones del centro piloto y los resultados de la evaluación, la literatura actual.



Definiciones

Atención orientada al paciente: Un enfoque que permite proporcionar al paciente un trato más cercano. No se trata únicamente de prestar un servicio allí donde esté el paciente. La atención orientada al paciente incluye defensa, empoderamiento y respeto a su autonomía, opinión, capacidad de acción y participación en la toma de decisiones (Registered Nurses Association of Ontario, 2002a).

Clave cognitiva: La percepción que tiene el paciente de los precipitantes situacionales que conducen al malestar subjetivo (Caplan, 1964).

Colaboración: Compartir los unos con los otros y trabajar juntos para lograr objetivos comunes de manera que cualquier persona o grupo sea reconocido y se potencie el crecimiento (Stanhope & Lancaster, 2000).

Colaborador: Un individuo, grupo u organización con un interés particular en las decisiones y acciones llevadas a cabo por 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 la resolución del problema. Puede haber colaboradores de varias clases, y pueden dividirse entre oponentes, partidarios y neutrales (Ontario Public Health Association, 1996).

Crisis: Es una alteración emocional provocada por factores situacionales, del desarrollo, biológicos, psicológicos, socioculturales o espirituales. Este estado de malestar emocional conlleva incapacidad temporal, lo cual impide al individuo desenvolverse con sus recursos y soluciones habituales. Si no se alivian los factores de estrés que provocan la crisis y se refuerza la capacidad resolutive, puede aumentar la desorganización. Se reconoce que el estado de crisis es subjetivo, y como tal puede definirlo el paciente, la familia u otros miembros de la comunidad (Hoff, 1995; Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 1999ab).

Empatía: Es la habilidad de una persona para percibir y entender las emociones de otra con destreza, y comunicar a otra persona el significado de los sentimientos de viva voz y por otros medios (Arnold & Boggs, 1999).

Empoderamiento: Se trata de un proceso interpersonal que ayuda a que los pacientes tomen el máximo control posible de sus vidas, y se basa en el esfuerzo y el talento de los pacientes que se comprometen de una forma activa para resolver sus problemas (Arnold & Boggs, 1999).

Evidencia: "Una observación, hecho o conjunto organizado de información que da respaldo o justifica deducciones o creencias de cara a la demostración de algún tema o materia en cuestión" (Madjar & Walton, 2001, p.28).

Funciones del ego: Capacidades cognitivas/perceptivas intactas (p. ej.: pensar, resolver problemas, tomar decisiones). (J. LeGris, personal communication, Aug., 2000).

Guías de práctica clínica o Guías de buenas prácticas: "Declaraciones desarrolladas de manera sistemática (basadas en la mejor evidencia existente) para ayudar a profesionales de la salud y pacientes en la toma de decisiones acerca de los cuidados de salud más adecuados en circunstancias clínicas específicas" (Field & Lohr, 1990, p.8).

Interdisciplinariedad: Proceso en el que los profesionales sanitarios que representan la experiencia en diferentes disciplinas sanitarias, participan en el proceso de ayuda a los pacientes y a sus familias durante la prestación de cuidados.

Intervención en casos de crisis: Es un proceso que se centra en la resolución del problema inmediato mediante uso de recursos humanos, sociales y medioambientales (Hoff, 1995). Los objetivos de la Intervención en casos de crisis son la resolución rápida de la crisis para evitar un empeoramiento, alcanzar como mínimo un estado físico como el previo a la crisis, promover el crecimiento y la resolución efectiva de problemas, y reconocer las señales de peligro para evitar posibles efectos negativos (Hoff, 1995).

Malestar subjetivo: Sentimientos de malestar y dolor que experimenta un individuo cuando sufre una crisis (Caplan, 1964).

Métodos de defensa: Actitudes, pensamientos y procesos emocionales que un individuo utiliza para tratar el malestar y mantenerse entero (Caplan, 1964).

Nivel de funcionamiento: La manera que tiene un individuo de estar en sociedad, en el ámbito profesional, en lo académico, en su manera de comportarse y en lo emocional. El nivel de funcionamiento se deteriora cuando el individuo sufre una crisis (Caplan, 1964).

Paciente: Individuos, familias, poblaciones y comunidades que recurren a los servicios de Intervención en casos de crisis.

Peligro y oportunidad: Una dicotomía asociada a la crisis. Una crisis puede representar una oportunidad cuando el individuo, tras esta experiencia, crece mediante el desarrollo de nuevos mecanismos de resolución y modifica las percepciones. Asimismo, puede suponer un peligro cuando el individuo, en vez de buscar ayuda, sale de las crisis mediante mecanismos de defensa que merman su nivel de funcionamiento y pueden desembocar en psicosis o incluso provocar la muerte (Caplan, 1964).

Precipitante situacional: Un hecho real en la vida de una persona que desencadena un estado de crisis. Puede estar motivado por factores situacionales, del desarrollo, socioculturales, biológicos, psicológicos o espirituales (Caplan, 1964).

Principios generales: Indicadores externos de los valores y creencias de una persona en cuanto a los conocimientos y hechos por los que se guían sus acciones. Principios que a menudo suponen la base de las acciones importantes (J. LeGris, personal communication, Aug., 2000).

Psiquiatría de urgencia: Una rama de la medicina que trata las alteraciones graves del comportamiento asociadas a una grave disfunción o inestabilidad de naturaleza mental o emocional. Incluye la Intervención en casos de crisis, pero también implica la necesidad de una atención médica específica, como la medicación o el ingreso del paciente en un centro de salud mental. La práctica la desarrollan varios profesionales sanitarios del ámbito de la salud mental: psiquiatra, trabajador social psiquiátrico, enfermera psiquiátrica, psicología clínica (Hoff & Adamowski, 1998).

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

Recomendaciones para la organización y directrices: Informe de los requisitos para garantizar que los centros sanitarios permitan el correcto desarrollo de la Guía de buenas prácticas. El hecho de que se den las condiciones para el éxito depende en gran medida de la institución, a pesar de que también puede haber implicaciones en cuanto a las políticas a nivel gubernamental o social.

Recomendaciones para la práctica: Informes de buenas prácticas orientados a la práctica clínica y que, en condiciones ideales, están basados en la evidencia.

Revisión sistemática: Aplicación de un riguroso enfoque científico a la hora de preparar un artículo de revisión (National Health and Medical Research Centre, 1998). Las revisiones sistemáticas indican si los efectos de los cuidados sanitarios son congruentes, si los resultados de las investigaciones pueden aplicarse a distintos grupos de población, entornos y variaciones de tratamiento (p.e., las dosis), y si los efectos pueden variar de forma significativa. El uso de una metodología explícita y sistemática en las revisiones limita el sesgo (errores sistemáticos) y reduce los efectos del azar, lo que proporciona unos resultados más fiables sobre los que sacar conclusiones y tomar decisiones (Clarke & Oxman, 1999).

Supervisión clínica: Asignación de una persona experimentada en la Intervención en casos de crisis para ayudar al profesional sin experiencia, mediante el uso de la casuística y de una interacción programada de forma regular, a desarrollar y mejorar su efectividad terapéutica en el campo de la práctica.

Valores y creencias: Pensamientos íntimos y filosóficos, convicciones, principios o creencias (cogniciones) que guían nuestras acciones y comportamientos o subyacen en ellos.



Antecedentes

Al desinstitucionalizar a los enfermos mentales, disminuyó la financiación sanitaria para pacientes hospitalizados, y se produjo un cambio de filosofía hacia una salud mental basada en la comunidad. Este hecho ha influido decisivamente en el aumento de los de servicios de intervención para casos de crisis en Ontario durante los últimos años. Originariamente, este asunto adquirió relevancia cuando en 1993 el Ministerio de Sanidad publicó el documento "Putting People First: The Reform of Mental Health Services in Ontario" (Ontario Ministry of Health, 1993), en el que los servicios de atención en casos de crisis se consideran un factor fundamental para la reforma de la salud mental en Ontario. Más tarde, en 1997, el documento "Best Practices in Mental Health Reform" recomendaba la intervención como un enfoque efectivo de los servicios sanitarios para las personas que sufren crisis (Health Canada, 1997). Más recientemente, en los dos documentos "Making It Happen", el gobierno provincial reafirmó su compromiso con los servicios de atención en casos de crisis, y asumió un papel más activo para responder ante la creciente demanda de este tipo de servicios en los centros hospitalarios y comunitarios (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 1999ab). A raíz de estas iniciativas, la Guía se desarrolló para aumentar el nivel de concienciación de las enfermeras acerca de su papel efectivo en la intervención, y cumplir así con las necesidades de los pacientes que sufren crisis.



Interpretación de la evidencia:

La práctica basada en la evidencia se define como "el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes" (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996, p.71). Con el objetivo de garantizar que se utilizan las mejores evidencias disponibles en el desarrollo de las Guías clínicas, los métodos de identificación e interpretación de las evidencias importantes deben evaluarse con sentido crítico (Cluzeau, Littlejohns, Grimshaw, Feder & Moran, 1999). En general, se asume que el procedimiento de referencia que se aplica a la evidencia procede del ensayo clínico aleatorizado controlado (RCT, por sus siglas en inglés y ECA, por sus siglas en español), ya sea aisladamente o, como es preferible, en el contexto de una revisión sistemática o metaanálisis (Sweeney, 1998). No obstante, al considerar la evidencia, Berg (1997) advierte a las enfermeras que no desprecien los aspectos menos cuantificables de su labor.

22

El equipo de desarrollo obtuvo sus evidencias, durante el desarrollo de esta Guía, de diversas fuentes que incluían estudios cuantitativos y cualitativos, informes anecdóticos, y la experiencia y los conocimientos de los profesionales. En esta Guía también se ha recurrido al consenso de los expertos cuando no se disponía de otros conocimientos validados científicamente. En este sentido, los patrones de conocimiento como la empírica, la estética, la ética y el conocimiento personal, han sido tenidos en cuenta (Carper, 1978).

La aplicación de la evidencia debe mejorar la Intervención en casos de crisis, ya que proporciona bases teóricas fundamentales a las enfermeras que tratan a este tipo de pacientes. Desafortunadamente, la práctica actual en materia de salud mental, incluida la Intervención en casos de crisis, no satisface las necesidades de atención basada en la evidencia, a pesar de que existe una extensa literatura científica al respecto (Baldwin, 1977; Sullivan, 1997). Mientras aumenta lentamente el conjunto de evidencia empírica acerca de la efectividad de las intervenciones, la literatura existente considera que las intervenciones son un enfoque efectivo para tratar a los pacientes con crisis, y que pueden ayudar a reducir los ingresos hospitalarios.

El equipo de desarrollo de la Guía cree que se trata de un documento largamente esperado, y que supone un primer paso fundamental para que las enfermeras normalicen y fomenten la Intervención en casos de crisis, así como los demás profesionales sanitarios. El equipo, asimismo, reconoce la enorme necesidad de que se siga investigando para valorar y evaluar la eficacia de la política de intervención.



Recomendaciones para la práctica

Las buenas prácticas en la Intervención en casos de crisis las pueden llevar a cabo las enfermeras, otros profesionales sanitarios, unidades enteras, grupos de trabajo, instituciones sanitarias y, en su conjunto, el sistema de salud mental. Se cree que las enfermeras, gracias a su labor, pueden influir de manera positiva en la práctica de sus colegas, de las instituciones sanitarias y del sistema sanitario.

Recomendación 1

La intervención ante una crisis se basa en un conjunto de valores, creencias y principios generales.

23

Los valores y creencias recomendados, así como los principios fundamentales identificados en este documento, aunque no de una manera exhaustiva, son los siguientes:

Valores y pacientes

- Cada paciente percibe los hechos de una manera especial y en función de sus necesidades particulares y experiencias.
- Todos los pacientes participan de los cuidados cuando se hace de manera respetuosa y no juiciosa.
- La intervención se hace desde una perspectiva orientada al paciente, para así tomar en consideración los derechos, sentimientos, valores, percepciones y deseos personales del paciente (Registered Nurses Association of Ontario, 2002a).
- La atención orientada al paciente, que implica la empatía y la capacidad reflexiva de las enfermeras, resulta más efectiva a la hora de afrontar una crisis (Registered Nurses Association of Ontario, 2002a).
- La energía psíquica o la fuerza del yo (ego) pueden variar en función de cada persona, y están influenciadas por las experiencias vividas y por el apoyo social.
- Todos los pacientes y familias se implican de manera activa para colaborar en la toma de decisiones que tienen que ver con los cuidados.
- El estrés no es sino un aspecto más de nuestra existencia y puede impulsar el crecimiento y el desarrollo autónomos.
- Cualquier paciente es capaz de asumir la responsabilidad de su salud, independientemente de sus capacidades y retos personales.
- Todos los pacientes crecen y evolucionan en un entorno de aceptación, confianza y comprensión empática.
- El cambio sustancial en el paciente se produce cuando este se siente preparado y apoyado para ello, y no necesariamente cuando el sistema espera que lo haga.

- Todas las personas necesitan tener dominio y control propios sobre sus vidas.
- Las enfermeras deben creer en la capacidad progresiva del individuo para la autodeterminación y el crecimiento, y en sus propias capacidades para impulsar semejante proceso con los pacientes.

Principios generales

- La prevención es siempre la mejor forma de intervención y puede practicarse en cualquier fase para impedir un posible empeoramiento de la crisis.
- Las crisis pueden interpretarse como un peligro o como una oportunidad de crecimiento (Aguilera, 1994): un peligro cuando el individuo o la familia se ven influenciados negativamente por sus efectos sobre la salud mental, o una oportunidad porque en el momento de las crisis las personas son más susceptibles, están más abiertas a una intervención terapéutica (Wooley, 1990).
- La Intervención en casos de crisis es un proceso activo que se centra en el problema inmediato tal como lo percibe e identifica el paciente o la persona que lo represente.
- La intervención tiene un tiempo limitado, y todas las intervenciones incluyendo la evaluación, el tratamiento y el seguimiento, suelen realizarse en ocho encuentros (presenciales o por teléfono) (Baldwin, 1977).
- La intervención debe realizarse en un entorno lo menos restrictivo posible.
- La intervención debe ser oportuna, flexible y accesible 24 horas al día, siete días a la semana.
- Las enfermeras deben trabajar en un equipo multidisciplinar y en colaboración con el paciente, la familia, el médico, el responsable del caso u otros recursos comunitarios que sirvan de apoyo para estabilizar a la persona que sufre la crisis.
- La defensa del paciente resulta un aspecto fundamental de la intervención en casos de crisis.
- La calidad de las relaciones terapéuticas afecta al resultado de la intervención (Registered Nurses Association of Ontario, 2002b).

Recomendación 2

El conocimiento de los tres componentes principales de la teoría de la Intervención en casos de crisis (precipitante situacional, percepción de la situación y métodos que suele utilizar el paciente para hacer frente a la crisis), es fundamental para identificar a los pacientes con crisis.



Los teóricos del tema citados en esta Guía confirman que las crisis se componen de tres (3) aspectos fundamentales:

1. **Se produce un precipitante situacional.** Experimentar situaciones de estrés no supone en sí sufrir una crisis, y no siempre resulta para el paciente algo evidente. La primera fase puede o no puede convertirse en una crisis verdadera, depende de las circunstancias personales y sociales de cada persona.
2. **El precipitante situacional** conduce a un malestar subjetivo. El malestar subjetivo puede adoptar la forma de numerosos sentimientos o emociones que a menudo resultan incontenibles o confusas para la persona que sufre la crisis. Si el malestar subjetivo no impide que el paciente haga frente al problema, se trata de un estrés manejable, y no de una crisis.
3. Los métodos que suele utilizar **el paciente para hacer frente a la crisis fallan.** Si el paciente tiene la capacidad de desenvolverse emocional, profesional e interpersonalmente, no sufre una crisis.

Las enfermeras deben reconocer e identificar estos tres factores, pues su trabajo consiste en ayudar a los pacientes a salir de la crisis.

Recomendación 3

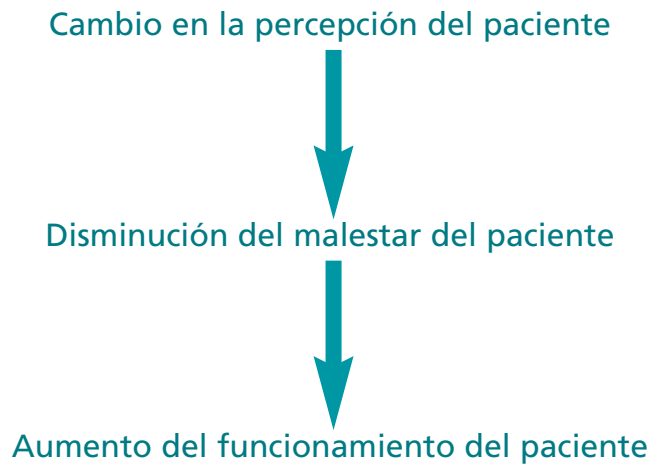
La intervención que se presta ante una crisis se basa en un marco integrador.

Existen numerosos modelos de intervención, y las enfermeras deben decantarse por el que mejor se adapte a su centro. En esta guía se ha concebido un marco integrador a fin de simplificar, sintetizar y comunicar los conceptos clave que propugnan los teóricos del tema. El modelo descrito en la Guía se basa en los trabajos anteriores de Aguilera (1994), Caplan (1964), Hoff (1995, 2001), y Kanel (1999), y puede aplicarse fácilmente en numerosos centros disciplinados.

En la intervención en casos de **objetivo principal** siempre consiste en **aumentar** el nivel de funcionamiento social, profesional, cognitivo y comportamental del paciente.



Kanel (1999) propone una fórmula sencilla para aumentar el funcionamiento del paciente:



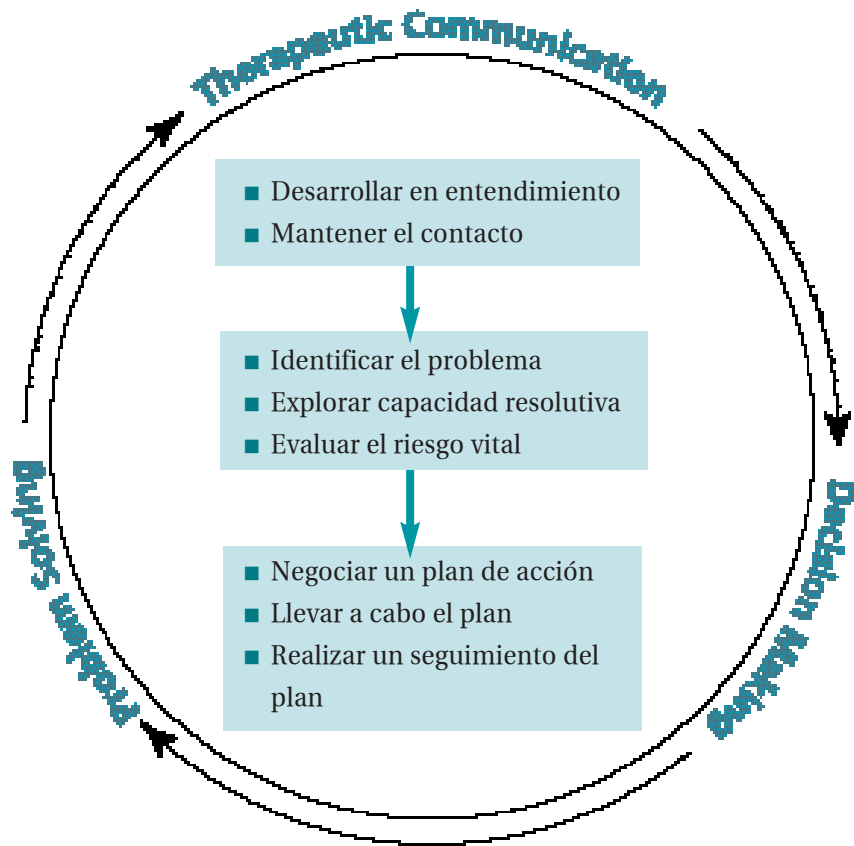
26

Es preciso destacar que el método de cambio está relacionado con cómo se percibe el factor precipitante, más que con cambiar en sí el precipitante situacional. La percepción que tiene el paciente de los hechos es el factor más fácil de cambiar y el rasgo distintivo del modo de intervención. El hecho de que un paciente salga con más o menos fuerzas de una crisis, suele deberse al acceso que haya tenido a la ayuda y al tipo de ayuda recibida durante la crisis (Kanel, 1999).



UN MODELO INTEGRADOR DE Intervención en casos de crisis

El objetivo del modelo que se muestra más abajo, consiste en identificar el precipitante situacional, la cognición o las percepciones que tiene el paciente de la situación, su grado de malestar subjetivo, su falta de capacidad resolutive, y el deterioro en su funcionamiento. Se trata de devolver al paciente al nivel que tenía antes de la crisis para desenvolverse emocional, profesional e interpersonalmente.



Adaptado de: Guide to Crisis Intervention, 1 edition, by K. Kanel. ©1999. Reprinted with permission of Brooks/Cole, an imprint of the Wadsworth Group, a division of Thompson Learning; Hoff, L. (1995), People in Crisis: Understanding & Helping, Addison & Wesley Publishing; Hoff, L. (2001), People in Crisis: Clinical and Public Health Perspectives, (5th ed.), Jossey-Bass Publishing.

Fases del modelo integrador de la Intervención en casos de crisis

Las tres fases secuenciales siguientes han incorporado el trabajo de Kanel (1999), Hoff (1995, 2001), y de otros teóricos del tema.

Desarrollar en entendimiento y mantener el contacto

- El entendimiento, la confianza y la capacidad de escucha activa, son fundamentales para el desarrollo de la relación terapéutica. El contacto con una enfermera empática, que se implique, que no sea juiciosa, y que sea respetuosa y leal, permitirá al paciente avanzar hacia otras fases del modelo de Intervención en casos de crisis. (Consultar Registered Nurses Association of Ontario (2002b) best practice guideline “Establishing Therapeutic Relationships”, para obtener más información sobre el desarrollo de las capacidades terapéuticas).
- Es importante mantener el contacto en todo momento con quien sufre la crisis.
- Las capacidades de comunicación terapéutica son necesarias para que se desarrolle con éxito esta fase del modelo. Asegurarse de que el paciente se siente comprendido, aceptado y apoyado. Reconocer y validar la percepción, sentimientos y significado que tiene el paciente a nivel personal de los hechos: ese es el objetivo deseado. Es preciso esforzarse con denuesto para que el paciente se sienta comprendido (Registered Nurses Association of Ontario, 2002b).
- Evitar convicciones peligrosas basadas en información no factual o estereotipada.
- Evitar formular preguntas con “¿por qué...?”, porque inspiran culpa o acusación, algo contraproducente para la relación terapéutica.
- La comunicación verbal y la comprensión empática deben ser siempre el primer paso para disminuir la gravedad del malestar, independientemente del grado de alteración del paciente.



Identificar el problema

Resulta esencial a la hora de identificar el motivo por el que el paciente busca ayuda. Si nos centramos en el problema inmediato, podremos evitar que la distracción debilite la escasa capacidad de resolución del paciente.

- Recopilar información relevante que ayude a entender la naturaleza de la crisis, que suele estar asociada a una pérdida (pérdida de control, pérdida del apoyo, ajuste forzado del rol, etc.). Debe evitarse un enfoque mecánico o que recuerde a una lista de verificación, puesto que no es terapéutico. Más bien, la información debe obtenerse de una manera coherente y cuidadosa, siguiendo las preferencias del paciente siempre que sea posible. Es preciso abordar al paciente desde la perspectiva de la atención personalizada. (Consultar Registered Nurses Association of Ontario (2002a) best practice guideline on “Client Centred Care”).
- La experiencia y el juicio clínicos deben utilizarse para obtener información relevante que permita evaluar con precisión el problema y la situación de crisis. Hoff (2001) sugiere que la evaluación debería centrarse en el funcionamiento del paciente (emocional, cognitivo y comportamental), e incluir una relación de ocasiones en las que haya hecho frente a momentos traumáticos y situaciones estresantes. No debe cuestionar la percepción del paciente, ya que esto solo aumentaría su frustración.
- Es preciso ayudarle a que entienda mejor la crisis y disminuir su sentimiento de culpa mediante una reflexión serena sobre el suceso o el problema. Esto ayudará a que su percepción de la crisis sea más realista.
- Ser directo pero no autoritario.
- Negociar y colaborar con el paciente para encontrar nuevas formas de pensar en ello, de percibir y de volver a valorar la situación mediante técnicas de redefinición positiva, empoderamiento, comentarios constructivos, expresiones de apoyo, de validación y de reflexión (consultar Anexo A para ver ejemplos sobre el modo de formular preguntas).
- Identificar la perspectiva, el malestar subjetivo y el funcionamiento presente y anterior, representan la mayor parte de esta fase del modelo. Las alteraciones comportamentales, cognitivas, sociales, académicas y profesionales, deben evaluarse en función del nivel de funcionamiento anterior a la crisis. Examinar de manera formal e informal el estado mental de los pacientes con antecedentes de enfermedad mental puede ser especialmente importante. Identificar los problemas legales y éticos que impliquen riesgos de suicidio, homicidio, maltrato de cualquier tipo, abuso de sustancias y factores precipitantes de naturaleza orgánica o fisiológica.

Estudiar la capacidad de resolución del paciente y negociar un plan de acción

- Una vez que se logra satisfactoriamente establecer el contacto terapéutico con el paciente e identificar la crisis, la enfermera y el paciente deben explorar nuevas vías para la resolución de problemas, lo cual podría implicar otro modo de **resolver problemas y tomar decisiones**. Estos procesos pueden impulsar un mayor crecimiento y dominio personales.
- Animar a los pacientes a considerar estrategias alternativas para la resolución de problemas. Confiar en los pacientes y en su capacidad para encontrar soluciones es fundamental, porque actuar sin contar con su participación activa puede hacer que fracasemos (Hoff, 1995) y que perdamos el compromiso del paciente con el proceso de resolución de la crisis.
- El plan debe estar centrado en el problema, en los problemas inmediatos que contribuyen directamente a la crisis, y que reflejan el nivel de funcionamiento del paciente y su perspectiva, así como el compromiso personal con su resolución (Hoff, 1995).
- Evitar la exploración en profundidad de los patrones de personalidad o los problemas psicológicos subyacentes. Si el paciente, por su estado de ansiedad, es incapaz de pensar con claridad o de tomar una decisión, la enfermera deberá asumir temporalmente un papel más activo. Según Hoff (1995), el paciente, al llegar a este punto, puede utilizar algunas de las funciones del ego del asesor hasta que recupere su capacidad emocional y cognitiva para resolver problemas.
- Si el paciente es muy sensible, deje que pase el tiempo que sea necesario para expresar sus sentimientos. Dele indicaciones simples si su comportamiento y su capacidad de pensar están muy alteradas. Este enfoque se basa en la creencia intrínseca en la capacidad de una persona para ayudarse a sí misma una vez que ha pasado la crisis grave (Hoff, 1995). Las enfermeras necesitan saber cuándo devolver al paciente el control para que pueda volver a hacerse cargo de sí mismo. Si las enfermeras cuentan con experiencia, seguridad y son conscientes de las circunstancias, les será más fácil hacer todo esto mediante un proceso de supervisión clínica constante, como describe Rolfe (1990).
- Movilizar las redes de apoyo al paciente para aumentar las estrategias de resolución mediante la derivación hacia los recursos sanitarios adecuados. Incluir a los seres queridos en la planificación, en especial si en el futuro pueden ser un recurso para el paciente. Según Hoff (1995), el plan debe valorar si la familia u otros seres queridos son parte del problema o parte de la solución. La enfermera, en colaboración con el paciente (a nivel individual o familiar), también puede proponer opciones alternativas para ayudar en la resolución de la crisis.



- El plan debe ser realista, de duración limitada, conciso y flexible. El paciente necesita saber que las acciones específicas tendrán lugar en los tiempos y lugares acordados. Esta estructura permitirá realizar cambios continuos en la vida del paciente y potenciará su esperanza y su capacidad de resolución de problemas.
- **El seguimiento** es un factor fundamental de las buenas prácticas en la Intervención en casos de crisis. Implica valorar si las estrategias de resolución de los pacientes son efectivas, promover los apoyos que sean necesarios, y evaluar los resultados de la resolución de la crisis. Quienes mejor gestionan y planifican este seguimiento son los profesionales que ayudan al paciente a salir de la crisis.
- Las áreas que deben considerarse durante la fase de seguimiento son las siguientes:
 - ¿El paciente puso en práctica el plan para la crisis? ¿Cuál fue el resultado?
 - ¿El paciente cuenta con algún plan para conseguir, con acciones alternativas, sus objetivos?
 - ¿Necesita algún vínculo adicional o alternativo con los recursos y apoyos de la comunidad?



Recomendación 4

Para que la intervención con los pacientes que sufren crisis sea efectiva, es preciso contar con numerosas herramientas de comunicación terapéutica.

Está ampliamente documentado el hecho de que la calidad de la relación enfermera-paciente determina el éxito de la resolución de la crisis (Hoff, 1995). Asimismo, se puede consultar la *Guía de buenas prácticas de la Asociación de Profesional de enfermeras de Ontario titulada Establecimiento de la relación terapéutica* (Establishing Therapeutic Relationships).

A pesar de que existe acuerdo en que la comunicación terapéutica es importante y valiosa en la enfermería, existe un conjunto de conocimientos documentados que sugiere que las enfermeras y demás profesionales sanitarios no se comunican muy bien con los pacientes y con los demás colegas (Ashworth, 1980; Brereton, 1995; Dickson, Hargie & Morrow, 1989; MacLeod, 1981; Macleod & Faulkner, 1987; Thies & Williams-Burgess, 1992). Se ha argumentado que las enfermeras y demás profesionales de la salud no utilizan estas herramientas

porque, tal vez, no las entienden, no creen en ellas, no las valoran, no las consideran necesarias, o bien no reciben incentivos para su uso. Asimismo, hay otros expertos (Graham, 1981; Greenwood 1984; Hunt 1991) que afirman que la comunicación terapéutica puede suponer una fuente de ansiedad para la plantilla.

Dickson et al. (1989) identificaron cuatro componentes imprescindibles para el desarrollo de competencias en la comunicación terapéutica e interpersonal:

1. Una base de conocimientos adecuada.
2. Una serie de comportamientos fundamentales para que el resultado sea efectivo.
3. Una actitud positiva y saber valorar la comunicación.
4. Contar con oportunidades para comunicarse.

32

Los objetivos de la comunicación terapéutica consisten en aliviar el malestar del paciente y favorecer su autoestima. La comunicación terapéutica es fundamental para sentar las bases de una relación positiva entre el paciente y la enfermera.

La comunicación terapéutica requiere que se integren, sin fisuras, numerosas estrategias y habilidades comunicativas, mezcladas de un modo natural, cómodo y siempre pensando en el paciente. Así pues, la comunicación terapéutica se ha descrito como un concepto que combina tanto aspectos artísticos como científicos (Registered Nurses Association of Ontario, 2002b).

En algunas de las formas de intervención que implican cambios en las condiciones, el desarrollo rápido de una relación terapéutica requiere un elevado nivel de competencias y de confianza.



Recomendación 5

Antes de emprender plan alguno contra la crisis, es preciso realizar una valoración integral y holística.

Juzgar mal a quien sufre una crisis y considerar que se trata de algún malestar emocional, por falta de observación o de una inapropiada, puede acarrear efectos crónicos nefastos. La literatura científica que trata la Intervención en casos de crisis, indica que la valoración integral y la resolución rápida aumenta las probabilidades de obtener resultados positivos, como evitar la hospitalización, y los posibles efectos negativos de la institucionalización, en que el paciente es clasificado y debe asumir su papel de enfermo (Hoff, 1995).

Valoración de los riesgos

El equipo de desarrollo de la Guía reconoce que, si bien existe abundante literatura científica sobre el suicidio y la valoración de riesgos, no entra en los objetivos de esta Guía ofrecer una revisión exhaustiva de los estudios y estrategias concretos de la evaluación de riesgos. No obstante, el equipo considera que las valoraciones del riesgo de suicidio y homicidio, son parte fundamental de las buenas prácticas en la Intervención en casos de crisis.

A pesar de que el modelo integrador ofrece un marco general para los procesos de evaluación y de intervención, se requiere una valoración más específica e integral para fomentar la práctica de las enfermeras no especializadas que trabajan en la intervención. Esto incluye una evaluación a dos niveles:

- 1) valorar los riesgos para la salud, una función para todos los profesionales de la salud;
- 2) identificar los puntos fuertes del paciente, sus mecanismos para la resolución de problemas y los apoyos con que cuenta en la actualidad (Hoff, 2001). Cuando un paciente padece una alteración psiquiátrica nueva o tiene un historial psiquiátrico anterior, es preciso evaluar su estado mental. Si bien no figura entre los objetivos de esta Guía desarrollar habilidades para valorar el estado mental, el Anexo B sugiere una serie de elementos que pueden tenerse en cuenta durante dicha evaluación.

En el Anexo C se pueden consultar propuestas sobre cómo evaluar las habilidades de resolución y los sistemas de apoyo.

A pesar de que las herramientas (guías de entrevistas, estado mental, valoración de riesgos, etc.) pueden ayudar con la evaluación al ofrecer un enfoque estructurado del proceso, no pueden sustituir la empatía, el conocimiento, el juicio clínico y la experiencia.

Recomendación 6

Las enfermeras están directamente implicadas en todos los aspectos de la intervención ante las crisis: evaluación, intervención, derivación y vínculos, y seguimiento a corto plazo.

Las enfermeras universitarias y las enfermeras con formación profesional son el grupo de profesionales sanitarios más numeroso capaz de satisfacer las necesidades holísticas de los pacientes a lo largo de sus vidas.



Las enfermeras, al trabajar de cara al público y ser un servicio rentable, gozan de una posición privilegiada para poder responder con inmediatez ante las crisis. Las enfermeras que se dedican a este campo, deben centrar su labor en los terapeutas de atención primaria, los gestores de casos, los docentes y los investigadores (Haber, Krainovich-Miller & Price-Hoskins, 1996). Al fomentar la práctica de las enfermeras que se dedican a las crisis, se favorece que intervengan más autónoma y directamente en la resolución con los pacientes en el momento de la crisis, evitando así su empeoramiento.

Las enfermeras cualificadas y experimentadas suelen aplicar todas las fases del marco de trabajo para las crisis, y van más allá de la evaluación y la derivación al incluir estrategias creativas para la resolución de problemas, incluso cuando se trata de alteraciones graves. A menudo, las enfermeras creen que los pacientes con alteraciones son incapaces de resolver problemas y nunca van más allá de la valoración de los riesgos y la derivación. El asesoramiento para las crisis y la resolución de problemas en pacientes con alteraciones graves, resulta cada vez más esperanzador (Hoff, 1995; Sensky, Turkington, Kingdon, Scott & Siddle, 2000).

Renunciar al acomodamiento y emprender cambios en la práctica clínica, implica formarse, asumir riesgos y estar abierto al cambio. Las enfermeras necesitan asumir la iniciativa y la responsabilidad para estar formándose constantemente, y mantener el nivel de profesionalidad y competencia dentro de su rol multifacético en la intervención ante la crisis.

Recomendación 7

Educar a los pacientes, familiares, colegas y a la comunidad en general en la prevención y la intervención, es fundamental para fomentar la salud mental

La escasez de camas en salud mental, los recortes presupuestarios, los factores económicos, los problemas sociales, el aumento de los sin techo y el incremento en el consumo y el abuso de las drogas, han propiciado que crezca de manera alarmante el número de personas que sufren crisis (Gilliland & James, 1996). Al trabajar de cara al público, las enfermeras de los hospitales y demás centros gozan de una posición privilegiada para enseñar y educar a los colegas, la familias, los médicos de familia, la policía, las personas más destacadas de la comunidad, y el público en general, en lo referente a la intervención y la prevención en casos de crisis.



Recomendaciones para la formación

Recomendación 8

Para implantar las buenas prácticas de intervención ante las crisis, las enfermeras deben contar con educación y constantes oportunidades de formación.

La complejidad del trabajo con los pacientes que sufren crisis y las habilidades que precisan las enfermeras, no son posibles sin la educación y la formación siguientes:

A corto plazo

Evaluar los tipos de aprendizaje de la plantilla y ofrecer oportunidades de formación en función de las necesidades, entre las que se incluyan:

- Programas de supervisión, tutoría y prácticas.
- Modelos de roles a imitar.
- Libros.
- Proyecciones.
- Formación presencial / talleres de trabajo.
- Oportunidades de supervisión clínica o de prácticas guiadas.
- Oradores expertos en teoría de las crisis.
- Programas de "formación para formadores" (desarrollar la experiencia con algunos trabajadores para que estos formen a su vez al resto).
- Reflexión y concienciación constantes acerca de las prácticas actuales en materia de intervención.
- Otros materiales educativos identificados por los trabajadores.

A largo plazo

- Preparación educativa básica en centros universitarios, incluidos los cursos obligatorios sobre técnicas de entrevista e Intervención en casos de crisis.
- Pruebas en las materias obligatorias para establecer un modelo de técnicas de intervención.
- Educación sobre la legislación y las normativas que rigen y guían la práctica.
- Una cultura que apoye a los trabajadores a la hora de formarse teóricamente en este tipo de trastornos, y ofrecer a los equipos la oportunidad de que trabajen juntos y evalúen y revisen su práctica profesional.
- Comunicación regular, sesiones informativas y servicios en el lugar de trabajo relacionados con la Intervención en casos de crisis.
- Acceso a una información e investigación adecuadas y actualizadas para que las enfermeras puedan colaborar en el aprendizaje sobre Intervención en casos de crisis.

Las organizaciones pueden apoyar la educación y la formación de las enfermeras de las siguientes maneras:

1. Proporcionar financiación para el desarrollo profesional (conferencias, talleres).
2. Crear y apoyar una cultura de trabajo basada en equipos interprofesionales y sesiones informativas sobre el seguimiento y la evaluación en la intervención.
3. Incluir y mantener una formación exhaustiva en materia de intervención en los programas de orientación de enfermería.
4. Tutelaje de la plantilla nueva por parte de los trabajadores con experiencia para mantener una cultura organizativa que permita apoyar las buenas prácticas en la intervención.
5. Prácticas y políticas para apoyar a los cuidadores.

Recomendación 9

El plan de estudios de enfermería cuenta con los siguientes factores clave:

- Teoría y práctica de la intervención ante las crisis.
- Buen conocimiento de los principios de la relación terapéutica y su aplicación a la hora de intervenir en casos de crisis.
- Llevar a cabo una supervisión clínica regular.

Según Baldwin (1977), la experiencia formando y educando asesores especializados en crisis, se aprende con mayor grado de efectividad cuando se cuenta con una formación profesional avanzada. A la hora de intervenir en casos de crisis, hay menos tiempo para que los estudiantes evalúen y consideren los procesos terapéuticos, y la situación de crisis en sí nos exige resolver la situación de una forma rápida y efectiva. Sin los conceptos fundamentales relacionados con la terapia y la formación en los procesos terapéuticos, esto sería más difícil. Gracias a la formación en el campo de las crisis, las enfermeras pueden asumir más responsabilidad con los pacientes, ganar confianza como asesoras, y lograr mayor profundidad y perspectiva en la evaluación de las crisis.

La supervisión clínica implica asignar a una persona experimentada para que intervenga en casos de crisis y ayude al profesional sin experiencia, para lo que se serviría de la casuística y de la interacción programada con regularidad, a fin de desarrollar o mejorar su efectividad terapéutica en el campo de la práctica. Es preciso crear entornos de aprendizaje formales e informales que permitan el crecimiento y la práctica profesionales de manera continuada en alumnos adultos.



Recomendaciones para la organización y directrices

Las siguientes recomendaciones reflejan las condiciones en las organizaciones que favorecen que los cuidados en materia de intervención sean integrales y efectivos.

Recomendación 10

La organización debe comprometerse a prestar unos servicios de calidad para la intervención ante los casos de crisis, y reflejar ese compromiso en su visión y misión. Asimismo, debe disponer los recursos para desarrollar, implantar y mantener dichos servicios.

37

Históricamente, no se ha contado con los recursos necesarios en todos los ámbitos de la sanidad para responder a las complejas necesidades de los individuos en lo relacionado con las crisis y el malestar emocional, además de la enfermedad mental. Esto se debe, en parte, a lo estigmatizados que están los enfermos mentales. Deben establecerse entornos organizativos para desarrollar recursos mediante la educación, los servicios preventivos y el apoyo, y también mediante entornos de trabajo seguros para pacientes y trabajadores. A pesar del aumento en la financiación, los pacientes que sufren crisis tienen que aguantar retrasos en las unidades de urgencias para que los atiendan, lo cual puede resultar peligroso tanto para ellos como para los demás. Puede ofrecerse un enfoque holístico coordinado con numerosas facetas, gracias a los extensos vínculos con todos los proveedores de servicios en casos de crisis y a las organizaciones de la comunidad que prestan numerosos cuidados especializados en crisis.

Los programas para el tratamiento de las crisis deben demostrar que sus servicios están perfectamente articulados en materia de filosofía, principios, objetivos y procesos, para poder garantizar unos cuidados de mucha calidad y hacer más fácil el acceso a los vínculos adecuados y necesarios para apoyar a los pacientes que sufren crisis. La cooperación y la colaboración debe sobreponerse a la competición entre los diferentes servicios por conseguir fondos, y que sea siempre el paciente el centro de interés. Se necesita una infraestructura de apoyo, que cuente con información, coordinación y organización, para así poder garantizar que la prestación de cuidados en casos de crisis es integral y de calidad.

Recomendación 11

La organización, para promover el seguimiento de la enfermedad, tratará de conseguir un modelo práctico de intervención para casos de crisis que sea integral y colaborativo, y en el marco de un equipo multidisciplinar.

Recomendación 12

La organización defenderá activamente la calidad de la Intervención en casos de crisis a todos los niveles (individual, familiar y comunitario).

Las enfermeras, al trabajar de cara al público, gozan de una posición privilegiada para poder identificar posibles lagunas y duplicidades en los servicios y en el sistema de cuidados especializados en crisis. Las enfermeras están acostumbradas a defender al paciente a nivel individual, pero también deben hacerlo a nivel del sistema.

Recomendación 13

Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existen los recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados. En un plan organizativo para el desarrollo y la implantación de servicios de intervención para casos de crisis, deben incluirse:

- Una evaluación de la preparación a nivel institucional y de los obstáculos para la formación.
- El compromiso de todos los miembros (ya sea de apoyo directo o indirecto) que vayan a contribuir al proceso de implantación.
- La dedicación de individuos cualificados para proporcionar el respaldo necesario en los procesos de formación e implantación.
- Oportunidades constantes de debate y formación para recalcar la importancia de las buenas prácticas.
- La oportunidad de reflexionar acerca de la propia experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista personal e institucional.

Para este propósito, la RNAO, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestores, ha desarrollado la "*Herramienta de Implantación de las Guías de práctica clínica*", basada en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Se recomienda esta herramienta para dirigir la implantación de la guía de buenas prácticas de la RNAO sobre Intervención en casos de crisis.



Evaluación y seguimiento de la Guía

A las organizaciones que implantan las recomendaciones en esta Guía de buenas prácticas, se les recomienda que consideren cómo se evaluará y supervisará la implantación y el impacto que esta tenga. La siguiente tabla, basada en el marco que establece la RNAO en su Herramienta: Implantación de las Guías de práctica clínica (2002), expone algunos indicadores para la supervisión y la evaluación:

	Estructura	Proceso	Resultado
Objetivos	<i>Evaluar los apoyos disponibles en la organización, que permiten a las enfermeras llevar a cabo la práctica de la Intervención en casos de crisis.</i>	<i>Evaluar los cambios en la práctica que conducen a una mejora de las oportunidades de intervención en los casos de crisis.</i>	<i>Evaluar el impacto de la implantación de las recomendaciones</i>
Institución/ unidad	Revisión de las recomendaciones de la Guía a cargo de un comité/s organizativo responsable de intervención las políticas y procedimientos en casos de crisis. Misión organizativa que apoye la intervención y la atención orientada al paciente.	Modificación de las políticas y procedimientos en consonancia con los valores de la Intervención en casos de crisis.	Evidencia del enfoque de orientación al paciente en la práctica de la intervención desde el punto de vista organizativo. Satisfacción de los trabajadores.
Proveedor	Porcentaje de enfermeras que asisten a formaciones (orientación, oportunidades de desarrollo profesional) sobre teoría, evaluación y práctica en materia de crisis. Porcentaje de trabajadores ajenos a la enfermería que asisten a formaciones (orientación, oportunidades de desarrollo profesional) sobre el valor de la Intervención en casos de crisis.	Porcentaje de enfermeras que realizan informes propios sobre: ■ Evaluación adecuada de la percepción del paciente de los hechos que conducen a una crisis. Desarrollo y documentación adecuada sobre el plan de Intervención en casos de crisis. ■ Compartir las inquietudes de los pacientes con miembros del equipo sanitario. ■ Mayor confianza en el papel del asesor.	Enfermeras y otros profesionales que declaran implicarse de manera activa en el proceso de implantación. Porcentaje de pacientes con una evaluación integral registrada en su historia clínica.
Paciente		Percepción autoevaluada por los pacientes sobre lo apropiado de las intervenciones en casos de crisis.	Mejora de la satisfacción y la implicación del paciente y la familia. Los pacientes declaran que están incluidos como colaboradores de pleno derecho en el programa, y también que se les escucha.
Costes económicos	Provisión de los recursos financieros oportunos en función del nivel de la plantilla que se necesita para un modelo de servicio basado en la práctica de la Intervención en casos de crisis.	Costes de la formación y otras intervenciones.	Asignación general de recursos.

Proceso de actualización/revisión de la Guía

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario propone actualizar las guías de buenas prácticas de la siguiente manera:

1. Una vez publicada, un equipo de especialistas (el equipo de revisión) revisará todas 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 del proyecto de guías de buenas prácticas de la RNAO buscará regularmente nuevas investigaciones, revisiones sistemáticas, y ensayos controlados aleatorizados.
3. Basándose en los resultados del seguimiento, el personal del proyecto puede recomendar que se adelante la revisión. Es preciso consultar a un equipo compuesto por miembros originales del equipo de desarrollo y otros especialistas en la materia, para facilitar la decisión sobre la necesidad de adelantar la revisión.
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. El equipo de revisión estará compuesto por miembros del equipo de desarrollo original y de otros especialistas recomendados.
 - b) Compilar la información recibida, las preguntas surgidas durante la fase de difusión, así como otros comentarios y experiencias de los lugares de implantación.
 - c) Recopilar nuevas guías de práctica clínica en la materia, revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones técnicas, investigación mediante ensayos controlados aleatorios, y otros documentos que resulten interesantes.
 - d) Elaborar un plan de trabajo detallado con plazos para las entregas.

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



Referencias bibliográficas

Aguilera, D. C. (1994). *Crisis intervention: Theory and methodology*. (7th ed.) St. Louis: Mosby - Year Book.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic & statistical manual of mental disorders*. (4th ed.) Washington: American Psychiatric Association.

Arnold, E. & Boggs, K. (1999). *Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses*. Toronto: W.B. Saunders Company.

Ashworth, P. (1980). *Care to communicate: An investigation into problems of communication between patients and nurses in intensive care units*. London: Royal College of Nursing.

Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., & Nickelson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.

Baldwin, B. A. (1977). Crisis intervention in professional practice: Implications for clinical training. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47(4), 659-670.

Berg, M. (1997). Problems and promises of the protocol. *Social Science and Medicine*, 44(8), 1081-1088.

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 & Policy*, 4(4), 236-248.

Brereton, M. L. (1995). Communications in nursing: The theory-practice relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 21(2), 314-324.

Caplan, G. K. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

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

Clarke, M. & Oxman, A. D. (1999). *Cochrane Reviewers' Handbook 4.0* (updated July 1999) (Version 4.0) [Computer software]. Oxford: Review Manager (RevMan).

Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., Feder, G., & Moran, S. (1999). Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(1), 21-28.

Dickson, D. A., Hargie, O., & Morrow, N. C. (1989). *Communication skills training for health personnel*. London: Chapman & Hall.

Field, M. J. & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.

Gilliland, B. E. & James, R. K. (1996). *Crisis intervention strategies*. (3rd ed.) San Francisco: Brooks/Cole.

Graham, R. J. (1981). Understanding the benefits of poor communication. *Interface*, 11, 80-82.

Greenwood, B. (1984). When a neighbour collapses-Do you know what to do? *Nursing Life*, 4(4), 34-35.

Haber, J., Krainovich-Miller, B., & Price-Hoskins, P. (1996). *Comprehensive psychiatric nursing*. Toronto, Ontario: Mosby Year Book.

Health Canada (1997). *Best practices in mental health reform: Discussion paper*. Ottawa: Publications Health Canada.

Hoff, L.A. (1995). *People in crisis: Understanding & helping*. (4th ed.) San Francisco: Wiley Trade Publishing.

Hoff, L.A. & Adamowski, K. (1998). *Creating excellence in crisis care: A guide to effective training and program designs*. San Francisco: Jossey-Bass Publishing.

Hoff, L.A. (2001). *People in crisis: Clinical and Public Health Perspectives*. (5th ed.) San Francisco: Jossey-Bass Publishing.

Hunt, M. (1991). Being friendly and informal: Reflected in nurses', terminally ill patients', and relatives' conversations at home. *Journal of Advanced Nursing*, 16(8), 929-938.

Kanel, K. (1999). *Guide to crisis intervention*. (1st ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Macleod, C. J. (1981). Communication in nursing. *Nursing Times*, 77(1), 12-18.

Macleod, C. J. & Faulkner, A. (1987). Communication skills teaching in nurse education. In B. Davis (Ed.), *Nursing education: Research and developments*. London: Croom Helm.

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

National Health and Medical Research Centre (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Info Access Network [On-line]. Available: www.dcita.gov.au/infoaccess

Ontario Ministry of Health (1993). *Putting people first: The reform of mental health services in Ontario*. Toronto, Ontario: Ontario Ministry of Health.

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (1999a). *Making it happen: Implementation plan for mental health reform*. Toronto, Ontario: Queen's Printer for Ontario.

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (1999b). *Making it happen: Operational framework for the delivery of mental health services and supports*. Toronto, Ontario: Queen's Printer for Ontario.

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

Registered Nurses Association of Ontario (2002a). *Client centred care*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario. [On-line]. Available: <http://www.rnao.org/bestpractices>

Registered Nurses Association of Ontario (2002b). *Establishing therapeutic relationships*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario. [On-line]. Available: <http://www.rnao.org/bestpractices>

Robinson, D. J. (2000). *The mental status exam explained*. Port Huron, MI: Rapid Psychler Press.

Rolfe, G. (1990). The role of clinical supervision in the education of student psychiatric nurses: A theoretical approach. *Nurse Education Today*, 10(3), 193-197.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't: It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.

Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. L., & Siddie, R. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57(2), 165-172.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2000). *Community and public health nursing*. St. Louis: Mosby.

Suvillian, P. (1997). Developing evidence-based care in mental health nursing. *Nursing Standard* [On-line]. Retrieved 5-29-2000. Available: <http://www.nursing-standard.co.uk/vol12-31/research.htm>

Sweeney, K. G. (1998). The information paradox. In M. Evans & K. Sweeney (Eds.), *The human side of medicine* (pp. 17-25). London: The Royal College of General Practitioners.

Thies, K. M. & Williams-Burgess, C. (1992). Communication as a progressive curriculum concept. *Nurse Educator*, 17(2), 39-41.

Trzepacz, P. T. & Baker, R. W. (1993). *The psychiatric mental status examination*. Oxford: University Press.

Voineskos, G. (1974). Psychiatric emergencies: The crisis intervention approach. *The University of Toronto Medical Journal*, 60, 43-50, 83-89.

Wooley, N. (1990). Crisis theory: A paradigm of effective intervention with families of critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 15(12), 1402-1408.

Bibliografía

Austin, W., Douglas, P., Gallop, R., Harris, D., & Spencer, E. (1996). A 'domains of practice' approach to the standards of psychiatric and mental health nursing standards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3(2), 111-115.

Bengelsdorf, H. & Alden, C. D. (1987). A mobile crisis unit in the psychiatric emergency room. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(6), 662-666.

Bengelsdorf, H., Church, J. O., Kaye, R. A., Orlowski, B., & Alden, C. D. (1993). The cost effectiveness of crisis intervention. Admission diversion savings can offset the high cost of service. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(12), 757-762.

Boomsma, J., Dingemans, C. A., & Dassen, T. W. (1997). The nursing process in crisis-oriented psychiatric home care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4(1), 295-301.

Bressi, C., Amadei, G., Caparelli, S., Cattaneo, C., Cova, F., & Crespi, S. (2000). A clinical and psychodynamic follow-up study of crisis intervention and brief psychotherapy in psychiatric emergency. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, 16(1-4), 31-37.

Bressi, C., Colombo, E., Coppola, M. T., Cattaneo, C., Cova, F., & Guggeri, G. (1999). Crisis intervention in psychiatric emergencies: Effectiveness and limitations. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, 15(2-3), 163-167.

Burnard, P. (1989). *Counseling skills for health professionals*. London: Chapman & Hall.

Canadian Nurses Association (1992). *Family violence - Clinical guidelines for nurses*. National Clearinghouse on Family Violence [On-line]. Retrieved 8-21-2000. Available: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/html/nurses/1nurses.htm>

Canadian Nurses Association (1996). *Policy statement - Interpersonal violence*. Canadian Nurses Association [On-line]. Retrieved 8-16-2000. Available: http://206.191.29.104/pages/policies/interpersonal_violence.html

Carson, V. & Arnold, E. (1996). *Mental health nursing: The nurse patient journey*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Clarke Institute of Psychiatry: Health Systems Research Unit (1997). *Best practices in mental health reform*. Toronto, Ontario: Clarke Institute of Psychiatry.

Corey, M. & Grey, G. (1998). *Becoming a helper*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Co.

Crawford, M. J., Turnball, G., & Wessely, S. (1998). Deliberate self-harm assessment by accident and emergency staff - An intervention study. *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 15(1), 18-22.

Eastwood, C. M. (1985). Role of communication in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 10(3), 245-250.

Engleman, N. B., Jobes, D. A., Berman, A. L., & Langbein, L. I. (1998). Clinicians' decision making about involuntary commitment. *Psychiatric Services*, 49(7), 941-945.

Eppard, J. & Anderson, J. (1995). Emergency psychiatric assessment: The nurse, psychiatrist, and counselor roles during the process. *Journal of Psychosocial Nursing*, 33(10), 17-23.

Fielding, R. & Llewellyn, S. P. (1987). Communication training in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 12(3), 281-290.

- Geller, J. L., Fisher, W. H., & McDermeit, M. (1995). A national survey of mobile crisis services and their evaluation. *Psychiatric Services*, 46(9), 893-897.
- Goosen, R., Berry, P., Marshall, C., McAdams, J., Renaud, R., Hodge, S. et al. (2000). Program of assertive community treatment (PACT). Elgin Pact Team [On-line]. Retrieved 5-15-2000a Available: <http://www.psychiatry.med.uwo.ca/pact/elgin/>
- Hansburg, F. L., Nelson, L., Connors, C., Gill, K., Grande, P., & Paley, N. L. (1996). Two sides of a crisis: Consumer and professional views of screening services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(1), 19-23.
- Heath, H. & Freshwater, D. (2000). Clinical supervision as an emancipatory process: Avoiding inappropriate intent. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1298-1306.
- Hoff, L. A. & Ross, M. M. (1993). Curriculum guide for nursing: Violence against women and children. Ottawa: University of Ottawa.
- Joy, C. B., Adams, C. E., & Rice, K. (1999). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *The Cochrane Library*, (2), 1-23.
- Karshmer, J. F. & Hales, A. (1997). Role of the psychiatric clinical nurse specialist in the emergency department. *Clinical Nurse Specialist*, 11(6), 264-268.
- Larsen, J. H. & Rissor, O. (1997). Telephone consultations at the emergency service, Copenhagen County: Analysis of doctor-patient communication patterns. *Family Practice*, 14(5), 387-393.
- LeGris, J., Weir, R., Browne, G., Gafni, A., Steward, L., & Easton, S. (2000). Developing a model of collaborative research: The complexities and challenges of implementation. *International Journal of Nursing Studies*, 37(1), 65-79.
- McClarey, M. & Duff, L. (1997). Clinical effectiveness and evidence-based practice. *Nursing Standard* [On-line]. Retrieved 5-25-2000. Available: <http://www.nursing-standard.co.uk/vol11-52/research.thm>
- McIndoe, K., Harwood, G., & Olmstead, C. (1994). Psychiatric crisis in emergency. *The Canadian Nurse*, 90(5), 26-29.
- Murdach, A. D. (1995). Decision-making situations in health care. *Health & Social Work*, 20(3), 187-191.
- Nelson, Z. & Mowry, D. (1976). Contracting in crisis intervention. *Community Mental Health Journal*, 12(1), 37-44.
- National Health Service Centre for Review and Dissemination - University of York (1997a). Bulletin on the effectiveness of health service interventions of decision makers. *Effective Health Care* [On-line]. Retrieved 3-29-2000a Available: <http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc33.htm>
- National Health Service Centre for Review and Dissemination - University of York (1997b). Mental health promotion in high risk groups. *Effective Health Care*, 3(3), 2-11.
- Ploeg, J., Ciliska, D., Brunton, G., MacDonnell, J., & O'Brien, M. A. (1999a). Crisis intervention. Ottawa: Ontario Ministry of Health.
- Ploeg, J., Ciliska, D., Brunton, G., MacDonnell, J., & O'Brien, M. A. (1999b). The effectiveness of school-based curriculum suicide prevention programs of adolescents. Ottawa: Ontario Ministry of Health.
- Puryear, D. A. (1992). Proposed standards in emergency psychiatry. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(1), 14-15.
- Reding, G. R. & Raphelson, M. (1995). Around-the-clock mobile psychiatric crisis intervention: Another effective alternative to psychiatric hospitalization. *Community Mental Health Journal*, 31(2), 179-187.
- Reynolds, I., Jones, J. E., Berry, D. W., & Hoult, J. E. (1990). A crisis team for the mentally ill: The effect on patients, relatives and admissions. *The Medical Journal of Australia*, 152, 646-652.

Rice, M. E., Harris, G. T., & Varney, G. W. (1989). *Violence in institutions - Understanding, prevention and control*. Toronto, Ontario: Hogrefe & Huber Publications.

Schnyder, U., Klaghofer, R., Leuthold, A., & Buddeberg, C. (1999). Characteristics of psychiatric emergencies and the choice of intervention strategies. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 99, 179-187.

Segal, S. P., Egley, L., Watson, M. A., Miller, L., & Goldfinger, S. M. (1995). Factors in the quality of patient evaluations in general hospital psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*, 46(11), 1144-1148.

Simington, A. J., Cargill, L., & Hill, W. (1996). Crisis intervention: Program evaluation. *Clinical Nursing Research*, 5(4), 376.

Slaby, A. E. (1981). Emergency psychiatry: An update. *Hospital and Community Psychiatry*, 32(10), 687-698.

Smith, M. (1994). Nurses' response to patient anger: From disconnecting to connecting. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4), 643-653.

Theinhaus, O. J., Ford, J., & Hillard, J. R. (1995). Factors related to patients' decisions to visit the psychiatric emergency service. *Psychiatric Services*, 46(12), 1227-1228.

van der Sande, R., Buskens, E., Allart, E., van der Graaf, Y., & van Engeland, H. (1997). Psychosocial intervention following suicide attempt: A systematic review of treatment interventions. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 96(1), 43-50.

Velamoor, V. R. & Mendonca, J. D. (1997). Psychiatric crisis: a community response. *The Canadian Journal of Diagnosis*, 14(9), 95-101.

Wessely, S., Rose, S., & Bisson, J. (2000). Brief psychological interventions ("debriefing") for trauma-related symptoms and the prevention of posttraumatic stress disorder. *The Cochrane Library*, (2), 1-18.

York Central Hospital. (2000). *Mental health program multidisciplinary assessment form*. Richmond Hill, Ontario: York Central Hospital.

Zametkin, A., Alter, M., & Yemini, T. (2001). Suicide in teenagers. *The Journal of the American Medical Association*, 286(24), 3120-3127.

Zun, L. S., Leikin, J. B., Stotland, N. L., Blade, L., & Marks, R. C. (1996). A tool for the emergency medicine evaluation of psychiatric patients. *American Journal of Emergency Medicine*, 14(3), 329-331.



Anexo A

APLICACIÓN PRÁCTICA DE UN MODELO DE Intervención en casos de crisis

De Guide to Crisis Intervention, 1st edition, by K. Kanel. © 1999. Adaptado con la autorización de Brooks/Cole, una editorial del Wadsworth Group, división de Thomson Learning (págs. 81-84).

El modelo ABC de la Intervención en casos de crisis

Nota: Se han citado numerosos ejemplos (*en cursiva*) para ofrecer oportunidades a los clínicos, en la formulación de preguntas. No se pretende que se planteen todas las preguntas a todos los pacientes.

46

A: HABILIDADES BÁSICAS DE ATENCIÓN

Preséntese y diga cuál es su labor de una manera amistosa y **TRANQUILA**. Busque la manera de romper el hielo siempre que sea necesario para aliviar la tensión. Si es posible, acerque su mano y estreche la del paciente.

*Veo que está muy alterado/molesto. Estoy preocupada por usted.
¿Puede decirme qué es lo que le molesta/altera? Me gustaría entender su situación desde su punto de vista. ¿Ha tenido oportunidad de hablar con alguien de esto? Por favor, dígame qué es lo que le está pasando. ¿Puedo empezar haciéndole algunas preguntas...??? (Escuchar de manera activa y parafrasear con las propias palabras del paciente en lo relativo a su descripción de la situación actual).*

¿Puedo hacer algo hoy por usted, Sr./Sra. ____? Parece que está empezando a tener un pequeño problema. ¿Puedo ayudarle ____? (Ofrecer un poco de agua, o cualquier otra cosa que sea necesaria). Estoy encantada de que haya podido darse cita hoy conmigo, porque veo que ha debido de ser muy difícil para usted venir hoy.



B: LA IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA Y LA INTERACCIÓN TERAPÉUTICA

Identificar el precipitante situacional.

*¿Qué es lo que le trae hoy por aquí? ¿Lo que le está ocurriendo ahora es poco habitual o diferente de lo que suele ser su pensamiento (o comportamiento, o sentimiento)?
¿En qué medida es esto diferente con respecto a su estado habitual? Sé que ha tenido problemas con esto en el pasado, por lo que algo debe ser diferente con respecto a lo que ahora ocurre. ¿Le gustaría intentar indagar en eso que ahora es para usted diferente? ¿Ha ocurrido algo recientemente, algo diferente? Trate de recordar lo mejor que pueda. Resultará más fácil para ambos a la hora de abordar el problema juntos.*

Explorar los significados, las cogniciones y las percepciones.

¿Qué opina en general de todo esto? (Puede que el paciente ya haya explicado esto, por tanto es posible que esté de más preguntarlo). ¿Qué significado tiene para usted? ¿Qué pensamientos le vienen a la mente cuando vuelve a pensar en los hechos/la experiencia? ¿Qué sentido le da a todo esto? ¿Qué quiere decir exactamente? ¿Podría contarme algo más al respecto, para que pueda entenderlo mejor? Le agradezco su capacidad para ayudarme a entender esto mejor. Respire hondo un par de veces, puede ayudarle a ordenar sus pensamientos.

Identifique el malestar subjetivo (malestar emocional).

¿Estoy en lo cierto al pensar que se siente usted verdaderamente (triste, angustiado, asustado, enfadado, culpable, impotente, deprimido, etc.). ¿Alguna vez se había sentido así de mal? ¿En circunstancias parecidas o diferentes? ¿Qué otros sentimientos está experimentando? Parece triste, enfadado, con sentimientos encontrados, dolido. ¿Cómo se ha sentido desde que esto ocurrió (el precipitante situacional)? ¿Han empeorado estos sentimientos desde el día de los hechos?

Identificar alteraciones en el funcionamiento en las siguientes áreas:

1. Comportamental

¿Cómo ha afectado esto a su vida? Por ejemplo, ¿qué tal está durmiendo? ¿Qué tal su apetito? ¿Ha estado desempeñando sus labores cotidianas con normalidad? Piénselo con toda tranquilidad. ¿En qué medida ha cambiado la situación si la comparamos con antes de los hechos?

2. Social

¿Las relaciones con sus amigos y familia son diferentes desde que ocurrió esto? ¿Cómo describirían sus amigos o familia el cambio en las relaciones? ¿Es aún capaz de mantener los contactos sociales habituales con la gente que es importante para usted? Explíquelo, por favor. ¿Cómo suele sentirse o actuar cuando está con gente? ¿Se describiría como una persona sociable? ¿Este aspecto es ahora diferente para usted?

3. Académica

¿Vas a clase? ¿Qué tal tus notas últimamente? ¿Este cambio es normal? ¿Puedes estudiar y concentrarte en las clases? ¿Qué tal te llevas con los compañeros de clase? ¿Estás más retraído, irritable o ausente en las clases?



4. Profesional

¿Qué tal se desenvuelve o funciona en el trabajo? ¿Se ha modificado su rendimiento profesional desde el precipitante situacional? ¿Ha sido capaz de funcionar adecuadamente en el trabajo? ¿Sus compañeros de trabajo han observado en usted algún cambio? Si así fuera, ¿en qué sentido?

Identificar el nivel de funcionamiento anterior a la crisis en los puntos 1-4 anteriores. Si el resultado aún no es el mostrado anteriormente, asegurarse de que la evaluación actual se compara con el funcionamiento normal de una persona.

¿Cómo ha cambiado su capacidad social, escolar y profesional desde (el precipitante situacional)? ¿Cómo eran las cosas para usted antes (del precipitante situacional)? ¿Cómo eran sus relaciones antes y cómo son después (del precipitante situacional)?

48

Identificar cualquier inquietud ética:

1. Valoración del suicidio/homicidio

¿Piensa alguna vez que no merece la pena seguir viviendo? ¿Este sentimiento se ha intensificado últimamente? ¿Piensa en reunirse con los seres queridos que han pasado a mejor vida? ¿Está más preocupado últimamente con pensamientos relacionados con la muerte? ¿Alguna vez piensa llevarse a sus seres queridos con usted? ¿Ha pensado en hacerse daño o hacer daño a los demás? ¿Tiene algún plan específico? ¿Puede contármelo? ¿Cuenta con los medios para llevar a cabo su plan? ¿Hay alguien o algo que le impida matarse o matar a otros? ¿Están en peligro inminente sus hijos/mujer/marido u otras personas? ¿Se encuentra usted en peligro inminente? Sé que es doloroso hablar de todo esto, pero le agradezco que sea capaz de compartir conmigo estos pensamientos. Ha supuesto un gran esfuerzo y coraje para usted pedir hoy ayuda, y estamos aquí para ayudarle. Ahora entiendo mejor por qué se siente de este modo (validar y establecer la emoción concreta que le comunica el paciente). Se está enfrentando a un gran problema en estos momentos. Podemos trabajar juntos para trazar un camino diferente. ¿Le gustaría trabajar conmigo en esto? A pesar de la intensidad de sus sentimientos en estos momentos, he ayudado antes a otras personas como usted Y SÉ BIEN que existen otras soluciones/opciones/elecciones para que usted pueda reducir su malestar. Me gustaría trabajar en esto con usted. ¿Interfieren estos sentimientos con su funcionamiento cotidiano? ¿Podría contarme algo más al respecto?



2. Problemas médicos, orgánicos y otros

¿Qué tal se encuentra de salud? ¿Sigue algún tratamiento o sufre algún tipo de síntoma? ¿Cómo afectan estas condiciones a su funcionamiento cotidiano (dormir, comer, prestar atención en clase o en el trabajo, la relación con los demás)? ¿Conoce los medicamentos que está tomando actualmente?

¿Es capaz de levantarse por la mañana y alimentarse? ¿Es usted independiente a la hora de realizar las actividades cotidianas? Por favor, cuénteme en detalle. (¿Cuántas horas duerme? ¿Es capaz de vestirse por sí mismo cada día?).

¿Oye alguna vez voces o sonidos que los demás no oyen? ¿Siente como si los cables de la electricidad le hablaran? ¿Alguna vez piensa que tiene poderes especiales? ¿Puede la gente leer su mente o introducir un pensamiento en su cabeza? ¿Cree que la gente está ahí para hacerle algún tipo de daño? ¿Alguna vez huele, saborea, siente o ve cosas que no son normales o que los demás no entienden? ¿Durante cuánto tiempo ha estado experimentando estas sensaciones? A menudo, las personas que sufren altos niveles de estrés, dicen que tienen estas sensaciones extrañas.

Identificar cualquier uso/abuso de sustancias.

¿Está tomando actualmente algún medicamento no prescrito? ¿Ha probado alguno anteriormente? ¿Durante cuánto tiempo? ¿El consumo de alcohol ha representado algún problema para usted últimamente? ¿Qué cantidad de alcohol suele tomar a la semana/mes/día? ¿Ha cambiado esto desde el precipitante situacional (utilizar las palabras del paciente para describir la crisis)? ¿Utiliza algún fármaco con sentido lúdico? ¿Cree que su consumo de alcohol/fármacos representa un problema?

Utilizar las interacciones terapéuticas:

1. Comentarios educativos

Aunque pienses que eres la única mujer que es maltratada en su relación, las estimaciones apuntan a que un 30% de las mujeres en EE.UU y Canadá son maltratadas por sus parejas por diferentes motivos.

Pasar una época de intensa ira es bastante normal y esperable después de haber perdido a un ser querido.



En realidad no es raro sufrir una violación por parte de un conocido. La violación en una cita es algo muy común en las mujeres de entre 15 y 24 años.

Hasta la fecha, los estudios no muestran que uno pueda contagiarse del VIH al estrecharle la mano a un enfermo.

Para la pareja de un alcoholístico, no es raro encontrarse muy angustiado por el consumo de alcohol de su cónyuge.

2. Empoderamiento

Bien es cierto que no tuvo usted opción cuando la violaron, pero ahora sí que tiene donde elegir: presentar cargos, realizarse un examen médico, o bien dejarlo estar.

Desafortunadamente, no puede controlar el consumo de fármacos de su mujer, pero sí que puede controlar su propio comportamiento o las respuestas que le da.

Es cierto, está contagiado por el VIH y es algo que no puede cambiar. No obstante, puede elegir vivir el resto de su vida de manera más positiva para usted.

3. Apoyo

Estamos ante una situación extremadamente compleja, y no lo estoy tomando a la ligera. Únicamente puedo limitarme a imaginar el dolor que está sufriendo. Siento muchísimo que le haya pasado algo así. Por favor, déjeme que le eche una mano: me importa de verdad. Debe ser terrible querer quitarse la vida. Este tipo de traumas hacen que la gente piense que lo está dejando todo.

4. Redefinir en positivo

Creo que llorar cuesta mucho trabajo, y no creo que sea un signo de debilidad.

Esta crisis, a pesar de ser dolorosa desde el punto de vista emocional, le ayudará a ser una persona más fuerte, más intuitiva.

¿Se ha parado a pensar alguna vez que quizás sus hijos/mujer estaban tratando de ayudarle en vez de hacerle daño cuando? No sé cómo podría haber evitado la muerte de su amigo. Según me ha contado, usted siempre acompañó a su amigo en cada paso.



C: RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Identificar los actuales intentos de resolución del paciente.

¿Qué ha hecho en el pasado para tener que enfrentarse ahora a semejantes sentimientos y comportamientos? ¿Funcionó con usted? ¿Por qué? ¿Por qué no? ¿Por qué últimamente ha tratado de sentirse mejor? ¿Qué mas ha hecho? ¿Algo más? ¿Por qué cree que no está funcionando en su caso? ¿Tiene alguna idea sobre lo que sería de más ayuda para usted en el futuro? Quizá juntos podamos investigar algunas alternativas que merezca la pena probar, y sentir así un mayor dominio de la situación. Parece que está haciendo un buen trabajo en esta situación, pero tal vez hay otros aspectos que no ha tenido en cuenta y que podrían serle de gran ayuda. Me gustaría trabajar en esto con usted. ¿Qué le parece? ¿Estaría dispuesto a intentarlo en las dos próximas visitas? (Especificar cuántas). A menudo, la gente que atraviesa una crisis aprende más de sí misma y piensa en la manera de superar su malestar. Es lo que deseo para usted. En el proceso de búsqueda de soluciones propias para esta crisis, ganará en fuerza y en salud. A menudo, las crisis son una parte normal de la vida. Todos las sufrimos en algún momento de nuestras vidas. Usted, más que nadie, se conoce a sí mismo y sabe qué es lo que le funciona y lo que no. Respetaré sus preferencias para animarle en el camino.

Animar al paciente a que piense en otras estrategias creativas de resolución.

¿En qué más puede pensar para tratar de superar esto? ¿Qué ha hecho en el pasado para estar ahora atravesando estos momentos difíciles? ¿Qué le diría a un amigo que hiciera en este caso?

1. Presentar propuestas de resolución alternativas / Desarrollar un plan.

Acuerde que venga para tener otras sesiones con usted. Negocie el número de sesiones. Fije la siguiente cita - hora, fecha, lugar. Proponga trabajo en casa para la sesión siguiente.

Nos centraremos en... Me gustaría conocer sus ideas acerca de qué tipo de soluciones podríamos considerar para ayudarle a resolver el problema. ¿Le parece que esto podría ayudarle? Estoy deseando que llegue nuestra próxima sesión. Gracias por ayudarme a comprender la situación. Sé que ha sido muy difícil para usted, y sé que ese esfuerzo le hará salir de este bache.



2. Derivar a un médico o psiquiatra

Me quedaría más tranquila si visita a un médico. Sus síntomas se pueden tratar y puede que necesite medicación o realizar algún cambio en la medicación, aparte de un estudio diagnóstico físico completo. Si no conoce a ningún doctor, puedo recomendarle a uno por el que siento un gran respecto y con el que suelo trabajar.

3. Derivar a un abogado

Le recomiendo que busque el asesoramiento jurídico de un abogado. Este asunto está fuera del alcance de mis competencias clínicas. Un abogado de oficio, un juez de paz o un abogado, le ayudará a considerar sus posibilidades ante la justicia. Me encargaré de dejar esto cerrado antes de que se vaya hoy, porque veo que en este momento ya tiene mucho a lo que enfrentarse. ¿Está al tanto de las órdenes de alejamiento? Esta cita legal le ofrecerá la información adicional y las opciones que creo que necesita para mantener su seguridad y la seguridad de su familia. ¿Estaría de acuerdo en esto? Me gustaría que nos encontrásemos de nuevo después de la visita al abogado, si está de acuerdo. ¿Podemos fijarlo ahora?

4. Derivar a una casa de acogida, a otra comunidad o a otra asociación

¿Qué le parece si se hospeda en una casa de acogida para mujeres maltratadas o para sin techo mientras tanto? Especialmente desde que no se siente segura al volver a casa de noche. Estará segura allí y eso le dará tiempo para estudiar sus opciones. Mantendré el contacto con usted hasta que se resuelva la crisis, independientemente de que haya otras organizaciones o personas trabajando en su caso.

5. Recomendar lecturas

¿Le gusta leer? Conozco algunos libros muy buenos que sirven de ayuda para explicar mejor lo que le está pasando. Aquí tiene algunas sugerencias le pueden facilitar hablar del tema y entender su situación.

6. Conseguir que el paciente se comprometa. Hacer un verdadero seguimiento

¿Cuándo podríamos vernos de nuevo? Avíseme cuando haya fijado su cita con el Dr. Jones. Le llamaré mañana a las 9 de la mañana. ¿Me promete no actuar de manera impulsiva y no hacerse daño hasta entonces? ¿Me da su palabra? Trato hecho. ¿Tiene algún amigo que se pueda quedar con usted esta noche para que no esté solo? Permítame encargarme de llamar a esta persona. Le voy a dejar también mi tarjeta. Si necesita llamar en cualquier momento del día o de la noche, en este teléfono siempre encontrará a una persona, 24 horas al día. Le devolveré la llamada en cuanto me sea posible. Estoy deseando verle y hablar con usted en nuestra próxima visita (o llamada telefónica). ¿Hablar sobre el tema le ha ayudado de alguna manera? ¿Puede describirlo?

Anexo B

RESUMEN DE UNA VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD MENTAL

En una valoración del estado de la salud mental pueden incluirse los siguientes aspectos:

APARIENCIA

Edad (*edad cronológica y si la persona aparenta la edad que tiene*)

Sexo, raza

Constitución física (*delgado, obeso, atlético, normal*)

Posición (*tumbado, sentado, de pie, arrodillado*)

Postura (*rígido, desplomado, encorvado, cómodo, amenazante*)

Contacto visual (*ojos cerrados, buen contacto, evita el contacto, mira fijamente*)

Vestimenta (*la ropa que lleva puesta, limpieza, estado de la ropa, pulcritud, si la ropa que lleva es apropiada*)

Aseo (*maloliente, descuidado, sucio, sin afeitar, extremadamente meticuloso, peinado, despeinado, maquillado*)

Maneras (*colaborador, reservado, agradable, desconfiado, elocuente, enfadado, seductor, halagador, evasivo, amistoso, hostil*)

Atención a la persona que examina (*desinteresado, aburrido, preocupado a nivel interno, distraído, atento*)

Características distintivas (*cicatrices, tatuajes, vendajes, manchas de sangre, falta de algún diente, dedos manchados por el tabaco*)

Irregularidades físicas destacadas (*falta de alguna extremidad, ictericia, abundante sudor, bocio, respiración dificultosa, tos*)

Expresión facial emotiva (*llanto, calma, perplejo, estresado, tenso, profiere gritos, tembloroso, frunce el ceño*)

Estado de alerta (*alerta, adormilado, estupor, confundido*)



MOTOR

Retardo (*movimientos ralentizados*)

Agitación (*incapaz de permanecer quieto, se retuerce las manos, balanceo, se toca la piel o la ropa, marca el ritmo, movimientos excesivos, compulsivo*)

Movimientos poco habituales (*temblor, se relame, saca la lengua, gestos, muecas, tics*)

Modo de andar (*arrastra los pies, a grandes pasos, cojeando, a tropezones, con titubeo*)

Catatonía (*estupor, excitación*)

CAPACIDAD DE HABLA

Ritmo (*lento, pausas largas antes de responder a las preguntas, dubitativo, rápido, habla apresurada*)

Ritmo (*monótono, tartamudeo*)

Volumen (*alto, bajo, susurro*)

Cantidad (*monosílabos, extremadamente locuaz, mudo*)

Vocalización (*clara, masculla entre dientes, arrastra las palabras*)

Espontaneidad

NIVEL DE AFECTACIÓN

Estabilidad (*estable, rígido, frágil*)

Alcance (*constreñido, completamente afectado*)

Idoneidad (*con respecto al contenido del discurso y las circunstancias*)

Intensidad (*plano, embotado, exagerado*)

Afectación (*deprimido, triste, alegre, eufórico, irritable, angustiado, neutro, temeroso, enfadado, agradable*)

Humor (*que expresa el paciente/usuario*)

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

Coherencia (*coherente, incoherente*)



Lógica (*lógico, ilógico*)

Pensamiento (*consecuencial, circunstancial, tangencial* Sse aparta de manera repentina del flujo del pensamientoT, pérdida de asociaciones, fuga de ideas, divagación, jargonafasia).

Perseveración (*repetición patológica de una frase o palabra*)

Neologismo (*uso de palabras, frases o expresiones nuevas*)

Bloqueo (*cese repentino del flujo del pensamiento y del discurso asociado a emociones fuertes*)

Atención (*distracción, concentración*)

PERCEPCIÓN

Alucinaciones (*auditivas, visuales, olfativas, gustativas, táctiles*)

Ilusiones (*interpretación errónea de los estímulos externos reales*)

Despersonalización

Déjà vu, Jamais vu

INTELECTO

Evaluación general (*media, por encima o por debajo de la media*)

CONOCIMIENTO PROFUNDO

Grado de concienciación sobre la enfermedad

Adaptado de: American Psychiatric Association (1994). Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. American Psychiatric Association, Washington D.C.; Trzepacz, P.T. & Baker. R.W. (1993). The Psychiatric Mental Status Examination. Oxford University Press; Robinson, D.J. (2000). The Mental Status Exam Explained. Rapid Psychler Press.



Anexo C

Evaluación de la capacidad resolutoria y de los sistemas de ayuda

Resolución de problemas

Las personas utilizan numerosos mecanismos de resolución. Entre ellos se incluyen las conductas impulsivas, tratar de pensar con detenimiento, llorar, exteriorizar físicamente el malestar, utilizar mecanismos de defensa, la acción directa, es decir, tomar partido para resolver el problema de manera directa, o la acción indirecta, dejar los asuntos para más tarde o abordar el problema disminuyendo la tensión.

Los signos de incapacidad en la resolución de problemas son: dificultad para manejar los sentimientos propios, tendencias homicidas o suicidas, abuso/mal uso del alcohol y otras drogas, problemas con la ley e incapacidad para recurrir con eficacia a la ayuda disponible (Hoff, 1995).

Estas son algunas de las preguntas que sirven para evaluar los mecanismos de resolución:

- ¿Cómo suele enfrentarse el paciente al estrés?
- ¿Qué ha sido lo que le ha ayudado (o no) en el pasado?
- ¿Cuál es el actual grado de resolución del paciente?

Sistemas de apoyo

Casi dos tercios partes de las crisis de salud mental están provocadas por factores sociales: conflictos familiares, problemas conyugales, divorcio inminente, abandono y conflictos con los padres. Estos factores provocan aproximadamente el 50% de las crisis (Voineskos, 1974). Los sistemas de apoyo deben evaluarse y utilizarse en cada caso de crisis. Esto incluye el apoyo y la accesibilidad de la familia, los recursos financieros, y las redes de apoyo profesionales y de la comunidad. El esfuerzo de los sistemas de apoyo del paciente, influyen mucho en que la crisis se resuelva con éxito. No debe darse por sentado que la familia es siempre un apoyo para el paciente.

Estas son algunas preguntas para evaluar los sistemas de apoyo del paciente:

- ¿El paciente vive solo o con otras personas?
- ¿Cuáles son las personas más cercanas al paciente?
- ¿Quién es importante para el paciente?
- ¿Qué apoyos han sido de ayuda en el pasado? ¿Están disponibles en este momento?

Dado que numerosos estudios han demostrado que lo que parecen ser síntomas psiquiátricos están a menudo causados por problemas físicos, la buena práctica recomienda una historia psiquiátrica y médica en la que se incluya un examen del estado mental que puedan realizar las enfermeras. (Véase en el Anexo B un ejemplo de evaluación del estado mental).

Anexo D

Herramienta de Implantación de las Guías de práctica clínica

Las Guías de buenas prácticas implantarse satisfactoriamente cuando se dan las siguientes condiciones: recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos. Para este propósito, la RNAO, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y administradores, ha desarrollado la "*Herramienta: Implantación de las Guías de práctica clínica*" basadas en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Se recomienda la Herramienta para conducir la implantación de cualquier Guía de práctica clínica en una organización del ámbito sanitario.

57

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" aborda los siguientes pasos fundamentales para la implantación de la Guía:

1. Identificar una Guía de práctica clínica bien desarrollada y basada en la evidencia.
2. Identificar, valorar y lograr 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. Identificar y garantizar los recursos necesarios para la implantación.

Implantar las Guías en la práctica, de tal manera que se consiga cambiar con éxito la práctica clínica, 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. El documento está disponible en formato limitado por una tarifa reducida, y también gratuito en la página web de la RNAO. Para solicitar más información, una hoja de pedido o descargar la "*Herramienta*", no deje de visitar la página web de la RNAO: www.rnao.org.

Notas:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



Marzo de 2006

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



Intervención en casos de crisis
Suplemento

Miembros del equipo de revisión

Joanne Walsh, RN, BA, MHS
Team Leader
Clinical Leader/Manager
Psychiatric Emergency Services
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario

Jeannette LeGris, RN, BN, MHSc, PhD (cand.)
Co-Team Leader
Assistant Professor
McMaster University
Faculty of Health Sciences
School of Nursing
Toronto, Ontario

Lori Adler, RN, BScN, MHSc
Operations Director
Toronto Rehabilitation Institute
Toronto, Ontario

Kristine Diaz, RN, BA, MED
Director
Regional Mental Health Care
London, Ontario

Rosanna DiNunzio, RN, BScN, MSc, CPMHN (C)
Advanced Practice Nurse
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto, Ontario

Beth Hamer RN, BA, MS, CPMHN (C)
Nurse Educator/Practice Leader
Best Practice Consultant Group
Mental Health Centre
Penetanguishene, Ontario

Pamela Khan, RN, BN, MSc(A), CPMHN (C)
Senior Lecturer
University of Toronto
Toronto, Ontario

Nicole Kirwan RN, BScN, MN, CPMHN (C)
Clinical Nurse Specialist
Mental Health Services
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario

Gundel Lee, RN, BA, CPMHN (C)
Administrative Coordinator
Mental Health Program
York Central Hospital
Richmond Hill, Ontario

Jim Natis, BA, BSW, MSW, RSW
Social Worker
University Health Network
Toronto General Hospital
Toronto, Ontario

Lee Ann Hoff PhD, RN
Research Consultant
University of Massachusetts Lowell
College of Health & Environment
Boston, Massachusetts
Adjunct Professor
University of Ottawa
Faculty of Health Sciences
Ottawa, Ontario

Tracey Skov, RN, BScN, MSN (cand.)
Program Coordinator
Nursing Best Practice Guideline Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Aplicación del suplemento

Este suplemento de la Guía de buenas prácticas en enfermería sobre la intervención en casos de crisis, es el resultado de una 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 ocurría con la publicación de la Guía original, este documento debe ser revisado y aplicado en función de las necesidades específicas de la organización o centro, así como de las necesidades y preferencias del paciente. Este suplemento debe emplearse junto con la Guía como una herramienta útil a la hora de tomar decisiones sobre la atención que se presta a cada paciente, así como para garantizar que se dispone de las estructuras y recursos adecuados para prestar el mejor servicio posible.

La intervención en casos de crisis debe ser consecuente con los pacientes y sus familias en los centros sanitarios y hospitales públicos. Lo ideal es que los pacientes tengan acceso a los servicios sanitarios cerca de su entorno. No obstante, esto no significa necesariamente que en todos los centros se actúe a tiempo y de manera adecuada.

Nos gustaría hacer hincapié en que la intervención en casos de crisis solo representa una de las facetas de los cuidados en salud, y no debe tomarse como el comodín

perfecto para vaciar de pacientes la unidad de urgencias, ni para sustituir la atención sanitaria ambulatoria que se presta con carácter periódico (Hoff 2001), especialmente cuando se trata de pacientes que sufren enfermedades crónicas. Ocurre con todas las enfermedades, por eso es importante reconocer que cualquier enfermo crónico puede sufrir crisis, estén o no directamente relacionados con su diagnóstico. Las intervenciones en casos de crisis pueden realizarse de manera informal, con el paciente y la familia, o de forma más sistemática mediante equipos organizados de respuesta ante las crisis y otros sistemas de atención sanitaria, en cuyo caso se basarían en los estándares y necesidades particulares de cada comunidad y provincia.

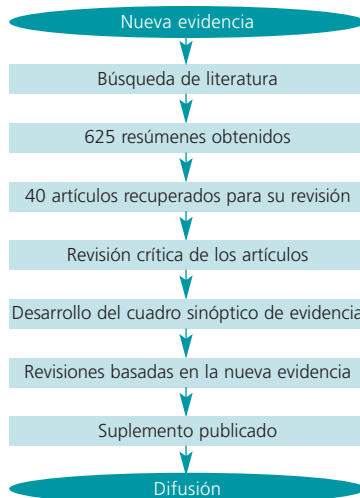
(Ontario Ministry of Health and Long Term Care, 2005).

Las enfermeras, dentro del sistema sanitario, gozan del debido tiempo para dar una respuesta y reconocimiento rápidos a los pacientes, familias y grupos que son víctimas de las crisis. La revisión de esta Guía se ha enfocado para que las enfermeras perfeccionen, desarrollen y supervisen sus habilidades a la hora de tratar a los pacientes con crisis y para mitigar futuros episodios. Recientemente se ha llevado a cabo una revisión de la evidencia actual para ofrecer un apoyo constante a las recomendaciones de esta Guía, de manera que la atención prestada en las crisis sea acorde con las buenas prácticas.



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 ámbitos de la práctica clínica) reciben el mandato de revisar la Guía, con especial hincapié en las recomendaciones y en su objetivo inicial.



Resumen de la evidencia

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

 modificado
 no modificado
 información adicional

Recomendación 1 La intervención ante una crisis se basa en un conjunto de valores, creencias y principios generales.	
Bibliografía adicional Clark & Hughes, 2002; De Leo, 2002; Ferris, De Siato, Sandercock, Williams & Shulman, 2003; Hoff, 2001; Liken, 2001; Mead & Hilton, 2003; Mitchell, 2003; Sturis, 2002	
Recomendación 2 Para identificar a los pacientes que sufren una crisis, es fundamental conocer los tres factores principales de la teoría de intervención en una crisis: precipitante situacional, percepción que tiene el paciente de la situación, y métodos que suele utilizar el paciente para hacer frente a la crisis.	
La redacción de estas recomendaciones se ha revisado con el objetivo de que sea clara y concisa. La siguiente información debe incluirse de manera inmediata en la recomendación de la página 24. La atención para casos de crisis debe incorporarse a todas las áreas y unidades del sistema sanitario, aquellos en que las enfermeras y demás grupos profesionales de la salud tratan con los pacientes. Para las enfermeras, es importante reconocer que la intervención ante una crisis es fundamental en todos los contextos, ya sea en hospitales u otro tipo de centros.	
Bibliografía adicional Antai-Otong, 2003; Mead & Hilton, 2003	
Recomendación 3 La intervención que se presta ante una crisis se basa en un marco integrador.	
Bibliografía adicional Barker, 2001; Hendin, Maltsberger, Lipschitz, Pollinger Haas & Kyle, 2001; Mead & Hilton, 2003; Sturis, 2002	
Recomendación 4 Para que la intervención con los pacientes que sufren crisis sea efectiva, es preciso contar con numerosas herramientas de comunicación terapéutica.	
Bibliografía adicional Barker, 2001; Hendin, Maltsberger, Lipschitz, Pollinger Haas & Kyle, 2001; Mead & Hilton, 2003; Sturis, 2002	

Recomendación 5 Antes de emprender plan alguno contra la crisis, es preciso realizar una valoración integral y holística.	
La frase que sigue a continuación debe incorporarse tras el primer párrafo de la página 32 de Valoración de los riesgos. Cuando pensamos en las posibilidades de que un paciente se suicide, las enfermeras debemos valorar tanto los factores de riesgo como los de protección.	
Bibliografía adicional Antai-Otong, 2003; De Leo, 2002; Hendin et al., 2001; Hoff & Brown, 2005; Sturis, 2002; Neeleman, 2002	
Recomendación 6 Las enfermeras están directamente implicadas en todos los aspectos de la intervención ante las crisis: evaluación, intervención, derivación y trayectorias, y seguimiento a corto plazo. La frase que sigue a continuación debe incorporarse al final del segundo párrafo de la página 33.	
Las enfermeras deben garantizar que el seguimiento es el adecuado y que se deriva al paciente a los servicios y recursos sanitarios cuando es necesario.	
Bibliografía adicional Antai-Otong, 2003; Clarke & Hughes, 2002; Mariano, 2002	
Recomendación 7 Educar a los pacientes, familiares, colegas y a la comunidad en general en la prevención y la intervención de cara a una crisis, resulta fundamental para promocionar la salud mental.	
Bibliografía adicional Campbell, Cataldie, McIntosh & Millet, 2004; Evans et al., 2003; Mitchell, 2003; Sturis, 2002	
Recomendación 8 Para implantar las buenas prácticas de intervención ante las crisis, es imprescindible la educación y que las enfermeras tengan la oportunidad de realizar formación continuada.	
Bibliografía adicional Boscarino et al., 2005; Cowin et al., 2003. Mitchell, 2003	
Recomendación 9 El plan de estudios de enfermería cuenta con los siguientes factores clave: ■ Teoría y práctica de la intervención ante las crisis. ■ Buen conocimiento de los principios de la relación terapéutica y su aplicación a la hora de intervenir en casos de crisis. ■ Llevar a cabo una supervisión clínica regular	
La frase que sigue a continuación debe incorporarse al final del primer párrafo de la página 36. Las enfermeras que cuentan con formación teórica y práctica en este campo, pueden mejorar los resultados de los pacientes que sufren crisis.	
Bibliografía adicional Boscarino, Adams & Figley, 2005; Cowin et al., 2003. Mitchell, 2003; Hoff & Adamowski, 1998; Mariano, 2002	
Recomendación 10 La organización debe comprometerse a prestar unos servicios de calidad para la intervención ante los casos de crisis, y reflejar ese compromiso en su concepto de visión y misión. Asimismo, debe disponer los recursos para desarrollar, implantar y mantener dichos servicios.	
Bibliografía adicional Hoff, 2001; Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2005	

Recomendación 11 La organización, para promover el seguimiento de la enfermedad, tratará de conseguir un modelo práctico de intervención para casos de crisis que sea integral y colaborativo, y en el marco de un equipo multidisciplinar.	
Bibliografía adicional Clarke & Hughes, 2002; Campbell et al., 2004; Hoff, 2001	
Recomendación 12 La organización defenderá activamente la calidad de la intervención ante casos de crisis a todos los niveles (individual, familiar y comunitario).	
Bibliografía adicional Campbell et al., 2004	
Recomendación 13 Las Guías de buenas prácticas en enfermería pueden implantarse con todas las garantías cuando se cuenta con una adecuada planificación, recursos, apoyo administrativo y organizativo, y cuando se cuenta con los medios adecuados. Un plan organizativo para desarrollar e implantar servicios de intervención para casos de crisis, debe incluir: ■ Una evaluación de la preparación a nivel organizativo y de los obstáculos para la formación. ■ El compromiso de todos los miembros (ya desempeñen una función de apoyo directa o indirecta) que vayan a contribuir al proceso de implantación. ■ La dedicación de individuos cualificados para proporcionar el respaldo necesario en los procesos de formación e implantación. ■ Oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas. ■ La oportunidad de reflexionar acerca de la propia experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista personal e institucional.	
La redacción de estas recomendaciones se ha revisado con el objetivo de que sea clara y concisa.	
Bibliografía adicional Boscarino et al., 2005; Campbell et al., 2004; Hoff & Adamowski, 1998	

Estrategias de implantación

Las organizaciones pueden usar una serie de estrategias clave a la hora de implantar la guía de intervención para casos de crisis. Estas estrategias se componen de los siguientes aspectos:

- Designar a una persona que se haga cargo de la implantación de la Guía de intervención para casos de crisis. Esta enfermera proporcionará su apoyo, experiencia clínica y liderazgo a todas las enfermeras involucradas en la implantación.
- Usar un enfoque sistemático a la hora de planificar, implantar y evaluar la iniciativa de la Guía. Resulta muy útil contar con un plan de trabajo para llevar un seguimiento de las actividades y de los plazos.
- Ofrecer a los trabajadores la oportunidad de asistir a programas interactivos de educación para adultos que reflejen la recomendación clave de la Guía.
- La colaboración y el trabajo en equipo desde un punto de vista interdisciplinar resultan fundamentales.
- Considerar la posibilidad de crear un equipo de implantación que incluya, además de la parte de la organización encargada de implantar la Guía, a otros profesionales de la sanidad (fuentes de derivación) y grupos de apoyo.

Aparte de los consejos mencionados anteriormente, la RNAO ha publicado recursos de implantación que se encuentran disponibles en su página web. Si se utiliza adecuadamente, una Herramienta para la implantación de las Guías puede resultar de gran utilidad. Puede descargarse gratuitamente en www.rnao.org/bestpractices.

Problemas de la falta de evidencia

Al volver sobre la evidencia con motivo de la revisión de esta Guía, queda claro que el futuro de la investigación incluye el proceso y los resultados relacionados con la intervención ante la crisis, con especial atención en las herramientas de evaluación.

A continuación sigue una corrección de la pág. 53 de la valoración del estado de salud mental. El resto del contenido del anexo no ha cambiado.

Anexo B (Revisado)

Resumen de una evaluación del estado de salud mental.

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

- Ideas suicidas u homicidas.
- Cognición depresiva (culpa, sentimiento de inutilidad, desesperanza).
- Obsesiones (pensamiento recurrente, no deseado y persistente).
- Cavilaciones.
- Fobias (miedo persistente e irracional hacia un objeto o situación).
- Ideas de referencia.
- Ideación paranoide.
- Ideación mágica.
- Ideas delirantes (falsa creencia mantenida a pesar de la falta de base científica).
- Ideas sobrevaloradas.
- Otros temas destacados abordados por el paciente.

PROCESO DE PENSAMIENTO:

- Coherencia (coherente, incoherente).
- Lógica (lógico, ilógico).
- Pensamiento (consecuencial, circunstancial, tangencial [apartarse de manera repentina del flujo del pensamiento], pérdida de asociaciones, fuga de ideas, divagación, jargonafasia).
- Perseveración (repetición patológica de una frase o palabra).
- Neologismo (uso de palabras, frases o expresiones nuevas).
- Bloqueo (cese repentino del flujo del pensamiento y del discurso asociado a emociones fuertes).
- Atención (distracción, concentración).

Bibliografía adicional

Hoff & Brown, 2005

Bibliografía

Antai-Otong, D. (2003). Psychiatric mental health nursing. *Nursing Clinics of North America*, 38(1), 111-122.

Barker, P. (2001). The Tidal Model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 233-240.

Boscarino, J., Adams, R., & Figley, C. (2005). A prospective cohort study of the effectiveness of employer-sponsored crisis interventions after a major disaster. *International Journal of Emergency Mental Health*, 7(1), 9-22.

Campbell, F., Cataldie, L., McIntosh, J., & Millet, K. (2004). An active postvention program. *Crisis*, 25(1), 30-32.

Clarke, D. & Hughes, L. (2002). Psychiatric nurses in hospital emergency departments. *Canadian Nurse*, 98(10), 23-26.

Cowin, L., Davies, R., Estall, G., Berlin, T., Fitzgerald, M., & Hoot, S. (2003). De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 64-73.

De Leo, D. (2002). Struggling against suicide: The need for an integrative approach. *Crisis*, 23(1), 23-31.

Evans, M., Boothroyd, R., Armstrong, M., Greenbaum, P., Brown, E., & Kuppinger, A. (2003). An experimental study of the effectiveness of intensive in-home crisis services for children and their families: Program outcomes. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 11(2), 92-121.

Ferris, L., De Siatto, C., Sandercock, J., Williams, J., & Shulman, K. (2003). A descriptive analysis of two mobile crisis programs for clients with severe mental illness. *Canadian Journal of Public Health*, 94(3), 233-237.

Hendin, H., Maltsberger, J., Lipschitz, A., Pollinger Haas, A., & Kyle, J. (2001). Recognizing and responding to a suicide crisis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(2), 115-128.

Hoff, L. & Adamowski, K. (1998). *Comprehensive mental health assessment: An integrated approach*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

Hoff, L., & Brown, L. (2005). *Comprehensive mental health assessment: An integrated approach*. In K. Devereaux Melillo & S. Crocker Houde, *Geropsychiatric and mental health nursing* (pp. 45-66). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

Hoff, L. (2001). *People in crisis: Clinical and public health perspective*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.

Liken, M. (2001). Caregivers in crisis. *Clinical Nursing Research*, 10(1), 52-68.

Mariano, C. (2002). Crisis theory and intervention: A critical component of nursing education. *Journal of the New York State Nurses Association*, 33(1) 19-24.

Mead, S. & Hilton, D. (2003). Speaking out. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(1), 87-94.

Mitchell, J. (2003). Major misconceptions in crisis intervention. *International Journal of Emergency Mental Health*, 5(4), 185-197.

Neeleman, J. (2002). Beyond risk theory: Suicidal behavior in its social and epidemiological context. *Crisis*, 23(3), 114-120.

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (2005). *Crisis Response Service Standards for Mental Health Services and Supports*. [On-line]. Available: http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/psychosis/cris_resp.pdf

Roberts, A. R. (2002). *Crisis Intervention Handbook: Assessment, treatment and research*, 3rd Edition. New York, New York: Oxford Press.

Stone, D. & Conley, J. (2004). A partnership between Roberts' crisis intervention model and multicultural competencies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(4), 367-375.

Sturis, I. (2002). Nursing intervention and treatment of the acutely psychotic patient in the emergency department. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(6), S36-S39.

Citation:

Registered Nurses' Association of Ontario (2006). *Crisis Intervention*. (rev. suppl.) Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

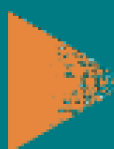
Agosto de 2002

Guía de buenas prácticas en enfermería

Intervención en casos de crisis



*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