

DICIEMBRE 2017

Intervención en Crisis: Abordaje del Trauma en Adultos en las Cuatro Primeras Semanas

Tercera Edición



Aviso Legal

Estas Guías no son de obligado cumplimiento para las enfermeras o instituciones que las utilicen. Su uso ha de ser flexible para poder amoldarse a las necesidades de cada individuo y las circunstancias de cada lugar. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque se ha puesto especial énfasis en la precisión de los contenidos en el momento de la publicación, ni los autores de la Guía ni la RNAO pueden garantizar la exactitud de la información recogida en ella, y tampoco asumirán responsabilidad alguna por las pérdidas, perjuicios, lesiones o gastos que deriven de errores u omisiones en su contenido.

Copyright

A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique la prohibición o restricción expresa para su reproducción, el resto puede ser producido, reproducido o publicado en su totalidad, sin modificaciones, independientemente del formato, incluido el electrónico, para fines educativos y no comerciales, sin el permiso o consentimiento previo de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Para cualquier adaptación que se requiera, se debe obtener permiso de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. En todo el material copiado han de aparecer las correspondientes citas o referencias de la siguiente manera:

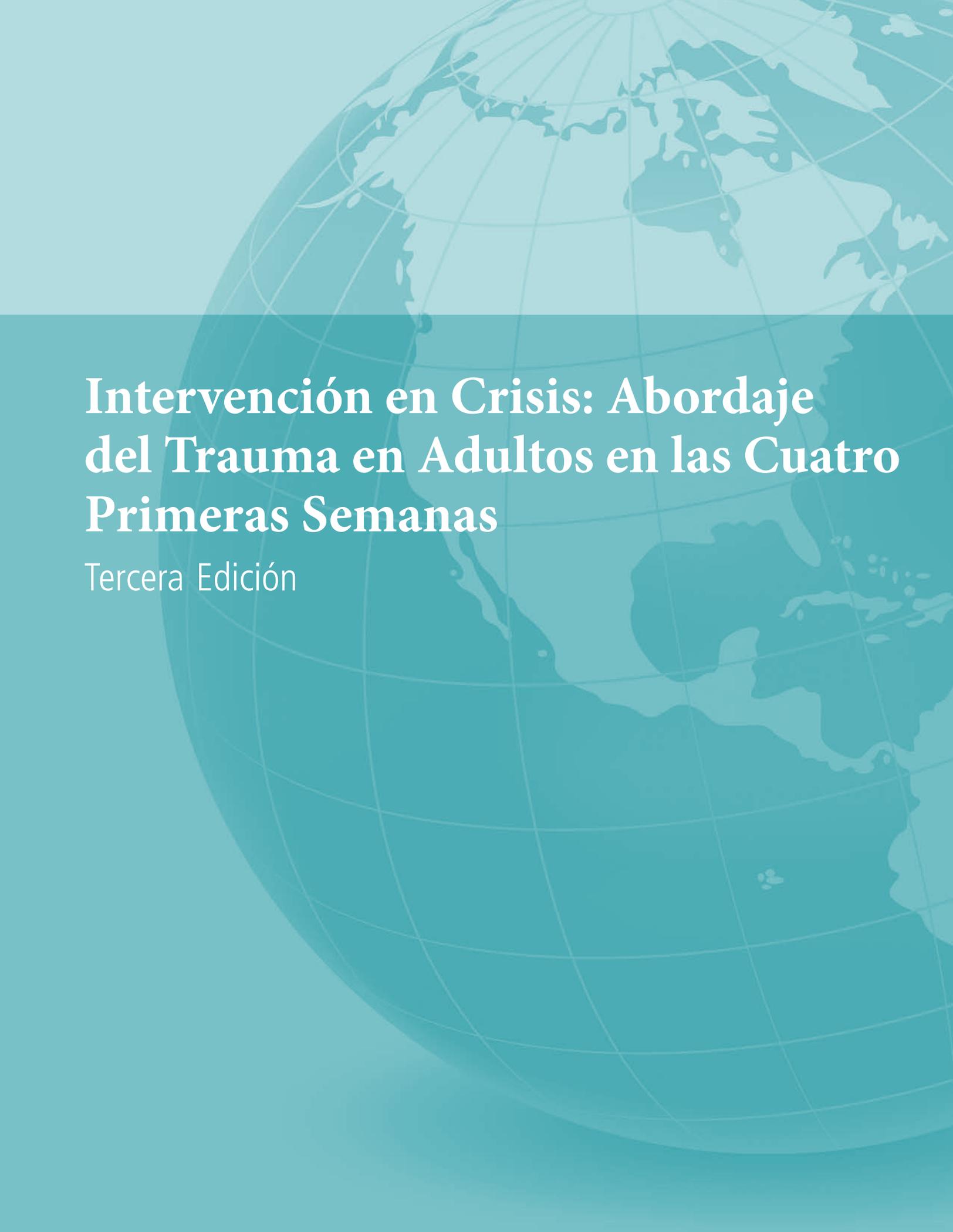
Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). Crisis intervention for adults using a trauma-informed approach: Initial four weeks of management (3rd ed.). Toronto, ON: Author. [Intervención en crisis: abordaje del trauma en adultos en las cuatro primeras semanas (3ª ed.)]

Este programa está financiado por el Ministerio de Sanidad y Cuidados de Larga Duración de Ontario (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care). Todo el trabajo producido por RNAO es editorialmente independiente de su fuente de financiación.

Información de Contacto

Registered Nurses' Association of Ontario
158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

Website: www.RNAO.ca/bestpractices



Intervención en Crisis: Abordaje del Trauma en Adultos en las Cuatro Primeras Semanas

Tercera Edición

Saludo de Doris Grinspun,

Directora Ejecutiva de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario



La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario se complace en ofrecer la Guía de buenas prácticas clínicas en enfermería *Intervención en crisis: abordaje del trauma en adultos en las cuatro primeras semanas*. La práctica basada en la evidencia respalda la excelencia en la atención que los profesionales de la salud ofrecen en su práctica clínica diaria. RNAO, con sumo agrado, pone a su disposición este interesantísimo recurso.

Queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen realidad nuestra visión de las guías de buenas prácticas, como el Gobierno de Ontario, que ha reconocido la capacidad de RNAO para liderar el desarrollo de este programa y que ofrece para ello su financiación plurianual. Quiero dar las gracias a las presidentas del panel de expertos, la Dra. Nancy Poole (Directora,

Centro de Excelencia para la Salud de la Mujer) y Rosanra Yoon (Enfermera de práctica avanzada, The Jean Tweed Centre) por su experiencia y excelente gestión en esta Guía. Asimismo, quiero reconocer la experiencia y liderazgo de la Dra. Valerie Grdisa (Directora de los Programas de Asuntos internacionales y de Guías de buenas prácticas - en adelante, International Affairs and Best Practice Guidelines o IABPG, por su nombre y siglas en inglés), la Dra. Lucia Costantini (Directora Asociada de Desarrollo, Investigación y Evaluación de las Guías - Guideline Development Associate Director, Guideline Development, Research & Evaluation) y la Dra. Michelle Rey (antigua Directora Asociada de Desarrollo de Guías - Associate Director of Guideline Development). Gracias igualmente al personal de RNAO, Sabrina Merali (Colíder de Desarrollo de las Guías), Nafsin Nizum (Colíder de Desarrollo de las Guías), Kyle Dieleman (Coordinador del Proyecto de Desarrollo de las Guías), Laura Ferreira-Legere (Asociada Senior de Investigación en Enfermería), Zainab Lulat (Asociada de Investigación en Enfermería) y al resto del Equipo de investigación y desarrollo de buenas prácticas de RNAO por su intenso trabajo para la producción de la presente Guía. Por último, no podemos dejar de agradecer muy especialmente a los miembros del equipo de expertos por dedicar generosamente su tiempo y experiencia para crear un recurso clínico riguroso y sólido. No podríamos haberlo conseguido sin todos ellos.

El uso exitoso de estas guías requiere el esfuerzo conjunto de educadores, profesionales clínicos, empleadores, legisladores e investigadores. La comunidad enfermera y sanitaria en general, con su inquebrantable compromiso y búsqueda de la excelencia en los cuidados al paciente, ha ofrecido sus conocimientos técnicos así como innumerables horas de trabajo voluntario, esencial para el desarrollo y la revisión de cada Guía de buenas prácticas. Las instituciones y empresas contratantes han respondido con entusiasmo, con el nombramiento de impulsores de buenas prácticas, la implantación de las guías y la evaluación de su impacto en pacientes y organizaciones. Los gobiernos nacionales y extranjeros también se han unido a este esfuerzo. Juntos, estamos construyendo una cultura de práctica basada en la evidencia.

Le invitamos a que compartan esta guía con sus colegas de otras profesiones y con los asesores de los pacientes que trabajan en los distintos centros, porque hay mucho que aprender unos de otros. Juntos debemos asegurarnos de que los usuarios reciban los mejores cuidados posibles cada vez que entren en contacto con nosotros: ¡hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de este importante esfuerzo!

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is stylized and includes a long horizontal flourish at the end.

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (Hon), O. ONT.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario

Saludo de Teresa Moreno,

Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii.
Instituto Carlos III de España



La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (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.

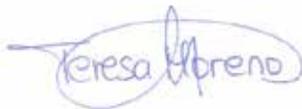
Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales 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 al Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia y la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii).



Teresa Moreno, RN, MSc, PhD.

Directora de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Instituto Carlos III de España.

Madrid, Noviembre 2018

Saludo de Inmaculada Moro Casuso,

Subdirectora de Enfermería de Osakidetza



Desde Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, entendemos que los cuidados deben apoyarse en los resultados de la investigación y en el intercambio del conocimiento para la mejora de los resultados en salud de los pacientes.

Es por ello por lo que nos complace presentar esta guía, en su versión en español, para su utilización en el contexto hispanohablante.

La traducción de esta guía ha sido posible gracias a la colaboración de la Red de Salud Mental de Bizkaia y ha sido financiada por el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

Transformemos la enfermería a través del conocimiento y contribuyamos a utilizar la Práctica Basada en la Evidencia.



Inmaculada Moro Casuso,
Erizaintzako zuzendariorde-aholkularia/ Subdirectora-Asesoría de Enfermería

Índice de Contenidos

Cómo utilizar este documento	9	ANTECEDENTES
Objetivos y ámbito de aplicación	10	
Interpretación de la Evidencia	13	
Calidad de la Evidencia	14	
Resumen de Recomendaciones	15	
Equipo de investigación y desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO	18	
Panel de expertos de RNAO	19	
Agradecimiento a los colaboradores	21	
Antecedentes	27	
Recomendaciones para la práctica	34	RECOMENDACIONES
Recomendaciones para la formación	48	
Recomendaciones para el sistema, la organización y las directrices	51	
Lagunas en la investigación e implicaciones futuras	59	
Estrategias de implantación	61	
Evaluación de la Guía	63	
Proceso de actualización y revisión de las Guías	65	
Referencias	66	REFERENCIAS

ANEXOS	Anexo A: Definiciones	77
	Anexo B: Conceptos alineados con esta Guía	84
	Anexo C: Proceso de desarrollo de la Guía.	85
	Anexo D: Proceso de revisión sistemática y estrategia de búsqueda	86
	Anexo E: Pasos para el análisis del estrés en incidentes críticos	90
	Anexo F: Plantilla para el plan de crisis	91
	Anexo G: Recursos comunitarios para personas en situación de crisis.	93
	Anexo H: Organizaciones que ofrecen apoyo entre pares	95
	Anexo I: Recursos basados en tecnologías de la información y de la comunicación	96
	Anexo J: Intervenciones a largo plazo para mitigar la crisis	98
	Anexo K: Recursos formativos	106
	Anexo L: Componentes del Programa de gestión del estrés en incidentes críticos.	107

APOYOS	Apoyos	108
--------	------------------	-----

NOTAS	Notas	110
-------	-----------------	-----

Cómo utilizar este documento

Esta Guía de buenas prácticas (GBP)^G es un documento integral que ofrece los recursos necesarios para la práctica basada en la evidencia. No pretende ser un manual o una guía de instrucciones, sino una herramienta para guiar las buenas prácticas y mejorar la toma de decisiones de las enfermeras^G, otros profesionales sanitarios^G, proveedores de servicios sociales^G y policías que trabajen en contacto con adultos (personas a partir de 18 años) que atraviesen o hayan atravesado una crisis^G. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de la institución o del entorno, así como de las necesidades y preferencias de las personas que experimentan crisis y sus familias^G y que acceden al sistema de salud para recibir cuidados y servicios. Además, esta Guía proporciona una visión general de las estructuras y medidas de apoyo adecuadas para ofrecer los mejores cuidados posibles basados en la evidencia.

Las enfermeras, los demás profesionales de la salud, los profesionales de servicios sociales, los gestores y los administradores que se encargan de dirigir y aplicar los cambios en la práctica clínica hallarán útil este documento de cara al desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos, programas de formación, valoraciones, intervenciones y herramientas de documentación. Las enfermeras, otros profesionales de la salud, los profesionales de servicios sociales y los gestores que proporcionan atención directa al paciente podrán aprovechar la revisión de las recomendaciones y las evidencias en las que se fundamentan dichas recomendaciones. No obstante, se recomienda encarecidamente que los centros sanitarios adapten el formato de estas guías, de manera que su uso cotidiano resulte cómodo.

Si su institución adopta esta Guía, recomendamos que sigan los siguientes pasos:

1. Evaluar sus políticas, procedimientos, protocolos y programas formativos sobre crisis en relación con las recomendaciones de esta Guía.
2. Identificar las necesidades o lagunas que presentan tales políticas, procedimientos, protocolos y programas formativos.
3. Anotar las recomendaciones que sean aplicables al entorno concreto y que puedan aplicarse para abordar las lagunas o necesidades de la institución.
4. Desarrollar un plan para implantar las recomendaciones, fomentar las buenas prácticas y evaluar los resultados.

Los recursos de implantación, incluida la *Herramienta de la RNAO: Implantación de guías de buenas prácticas* (2012), están disponibles en: www.RNAO.ca.

Para más información, véase **Estrategias de implantación**.

Todas las Guías de buenas prácticas de RNAO se pueden descargar en su sitio web www.RNAO.ca/bpg. Para localizar guías concretas se puede buscar por palabra clave o por tema.

Nos gustaría saber cómo ha implantado esta Guía. Comparta su experiencia con nosotros en www.RNAO.ca/contact.

* A lo largo de este documento, los términos marcados con un superíndice con el símbolo ^G pueden encontrarse en las Definiciones(**Anexo A**).

Objetivo y ámbito de aplicación

Las Guías de buenas prácticas son documentos basados en la evidencia y desarrollados de forma sistemática que incluyen recomendaciones para las enfermeras y el equipo interprofesional^G, así como para educadores, líderes, gestores y legisladores, y para las personas y sus familias, sobre temas específicos de tipo clínico y sobre entornos laborales saludables. Los miembros del equipo interprofesional que atienden a quienes sufren un episodio de crisis son, entre otros, enfermeras y otros profesionales sanitarios (p. ej., médicos, trabajadores sociales, asesores), equipos de emergencias (p. ej., policías, paramédicos, bomberos) y personal de apoyo entre pares^G. Las Guías de buenas prácticas fomentan la coherencia y la excelencia en la atención clínica, las políticas sanitarias y la formación en salud, lo que en última instancia conduce a resultados en salud óptimos para las personas, las comunidades y el sistema sanitario (RNAO, 2017).

La presente Guía de buenas prácticas es una nueva edición que sustituye a la Guía de RNAO de 2002 de Intervención en casos de crisis y su suplemento de 2006. Esta edición se centra en cómo las enfermeras y el equipo interprofesional pueden articular intervenciones en casos de crisis ofreciendo una atención específica al trauma^G (de forma inmediata y hasta cuatro semanas tras la crisis) dirigida a adultos (mayores de 18 años) para optimizar las prácticas basadas en la evidencia y los resultados clínicos.

En junio de 2016, RNAO convocó a un panel de expertos constituido por una persona que había vivido la experiencia de crisis y un grupo multidisciplinar de individuos expertos en enfoques basados en la atención al trauma e intervención en casos de crisis procedentes de distintos entornos de atención sanitaria (p. ej., salud pública, atención primaria, cuidados agudos, salud mental^G y centros de atención a las adicciones^G), servicios sociales, instituciones académicas y del ámbito de la justicia (como centro de internamiento de menores, centros de detención y servicios policiales).

Para determinar los objetivos y el ámbito de aplicación de la Guía, el equipo de investigación y desarrollo de las Guías de buenas prácticas de RNAO siguió estos pasos:

- Revisar la Guía de RNAO de 2002 *Intervención en casos de crisis* y su suplemento de 2006.
- Realizar una revisión de la literatura (scoping review)^G para comprender la relación entre atención específica al trauma e intervención en casos de crisis, y para entender mejor, a partir de la literatura existente, lo que se sabe sobre el papel de las enfermeras y del equipo interprofesional en la gestión y la intervención en caso de crisis.
- Efectuar 15 entrevistas informativas clave con expertos en la materia, incluidos aquellos que implantaron activamente las guías de 2002 y 2006.

Los resultados del análisis demostraron que es preciso ampliar el ámbito de aplicación. Así, esta Guía ofrece recomendaciones de buenas prácticas basadas en la evidencia^G sobre la intervención efectiva en casos crisis mediante enfoques basados en la atención específica al trauma para adultos (mayores de 18 años) que sufren un episodio de crisis (de desarrollo, situacional, comunitaria, ambiental o de salud mental) y para prevenir futuras crisis. La Guía se puede aplicar en todos los entornos asistenciales y promueve respuestas y cuidados consistentes, basados en la evidencia.

La Guía es de interés para todos el entornos de práctica enfermera (p. ej., práctica clínica, investigación, formación, y políticas y administración) y de servicios sociales, así como para otros miembros del equipo interprofesional en todos los ámbitos de práctica, tanto en las unidades clínicas como en la organización y en el sistema sanitario general.

Audiencia objetivo

Las recomendaciones son de tres tipos:

1. Recomendaciones para la práctica^G, dirigidas principalmente a las enfermeras y el equipo interprofesional que prestan atención clínica a adultos (mayores de 18 años) en todo el espectro de sectores asistenciales, lo que incluye (pero no se limita a): atención primaria, cuidados agudos, comunitarios y domiciliarios, niveles de cuidados alternativos/cuidados continuados complejos y atención de larga duración. Todas las recomendaciones son aplicables al ámbito de práctica de enfermeras y auxiliares. El segundo grupo al que se dirigen dichas recomendaciones para la práctica son otros miembros del equipo interprofesional que colaboran con las enfermeras para dar respuesta y cuidado integral a las personas.
2. Recomendaciones para la formación^G, dirigidas a los responsables de la educación y formación de enfermeras y equipos interprofesionales, como docentes, equipos de mejora de la calidad, gestores, administradores e instituciones académicas y profesionales. Estas recomendaciones esbozan el contenido básico y las estrategias de formación necesarias para los planes de estudios de grado en el ámbito sanitario, la formación continua y el desarrollo profesional para todos los miembros del equipo interprofesional.
3. Recomendaciones para el sistema, la organización y las directrices^G, de aplicación para todos los gestores, administradores y legisladores responsables de desarrollar políticas y directrices o de garantizar que existen los apoyos necesarios en las organizaciones sanitarias y otras organizaciones interprofesionales para la implantación de las buenas prácticas.

Discusión de la Evidencia

La discusión de la evidencia que sigue a cada recomendación contiene tres partes:

1. El “Resumen de evidencia” señala la investigación en que se apoya a partir de las revisiones sistemáticas^G que se relacionan directamente con la recomendación.
2. Los “Beneficios y daños” informan sobre cualquier aspecto del cuidado que favorezca o perjudique la salud y el bienestar de la persona.
3. “Valores y preferencias” indica la priorización de los enfoques o planteamientos que facilitan la salud y la importancia de tener en cuenta la forma de atención deseada.

El contenido de “Beneficios y daños” y de “Valores y preferencias” puede incluir o no incluir investigación de la revisión sistemática. Cuando fue pertinente, el panel de expertos contribuyó a estas áreas.

Para una efectividad óptima, las recomendaciones de las 3 áreas deben implantarse conjuntamente.

Conceptos alineados con esta Guía

Los siguientes conceptos también pueden servir de base a las enfermeras y al equipo interprofesional cuando implanten esta Guía. Véase el **Anexo B** para consultar más recursos sobre estos temas:

- sensibilidad cultural^G,
- poblaciones indígenas y trauma,
- consumo de estupefacientes^G,
- colaboración interprofesional,
- cuidados centrados en la persona y la familia^G, y
- determinantes sociales de la salud^G.

Temas fuera del ámbito de esta Guía

Los siguientes temas no se cubren en la presente Guía:

- recomendaciones en profundidad más allá de la cuarta semana de las intervenciones de crisis,
- crisis en niños y adolescentes (menores de 18 años de edad),
- criterios de cribado y valoración para la intervención en casos de crisis, y
- opciones de tratamiento farmacológico en casos de crisis.

Para obtener más información sobre temas fuera del ámbito de esta Guía, véase el [Anexo D](#).

Para más información sobre el proceso de desarrollo de la Guía, véase el [Anexo C](#). Para obtener más información sobre la revisión sistemática y la estrategia de búsqueda, véase el [Anexo D](#).

Uso del término “Crisis” en esta Guía

El panel de expertos ha elegido usar el término “crisis” como una respuesta limitada en el tiempo a un suceso vital que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento habituales de la persona como reacción a factores situacionales, de desarrollo, biológicos, psicológicos, socioculturales y/o espirituales (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 1999). Para los propósitos de esta Guía, el término “gestión de crisis” comprende los pasos de estabilización, intervención y resolución de una crisis. Los principales objetivos de la gestión de crisis son la rápida resolución de la crisis para alcanzar como mínimo el nivel funcional previo, el uso y la mejora de las capacidades de afrontamiento, el fomento de un sentido de control y autoeficacia, y el apoyo para la resolución de problemas y para acceder a los servicios y soportes necesarios (Hoff, 1995). Esta definición se inspira en las definiciones anteriores de Caplan (1964), Hoff (1995) y del Ministerio de Sanidad y Cuidados de Larga Duración de Ontario (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 1999), y en elementos de las entrevistas motivacionales^G y en la literatura sobre enfoques basados en la atención específica al trauma.

Interpretación de la Evidencia

Los niveles de evidencia se asignan a cada estudio para indicar el tipo de diseño de investigación. Cuanto mayor es el nivel de evidencia, menor es la probabilidad de que potenciales sesgos hayan influido en las conclusiones de la investigación. Sin embargo, los niveles de evidencia no reflejan el mérito o la calidad^G de los estudios individuales.

En algunos casos, las recomendaciones tienen asignado más de un nivel de evidencia. Esto refleja la inclusión de múltiples estudios para respaldar la recomendación. Para ofrecer la mayor transparencia, en la discusión de la evidencia se señalan los niveles de evidencia para cada componente de la recomendación.

Tabla 1: Niveles de Evidencia

NIVEL	FUENTE DE EVIDENCIA
Ia	Evidencia obtenida de metaanálisis ^G o revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados ^G y/o síntesis de múltiples estudios principalmente de investigación cuantitativa.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado ^G no aleatorizado.
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio de otro tipo cuasi-experimental ^G no aleatorizado, bien diseñado.
III	Evidencia obtenida de la síntesis de múltiples estudios, principalmente de investigación cualitativa ^G .
IV	Evidencia obtenida de estudios observacionales no experimentales, bien diseñados, como estudios analíticos ^G , o estudios descriptivos ^G y/o estudios cualitativos.
V	Evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o de la opinión o las experiencias clínicas de autoridades respetadas.

Adaptado de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2011) and Pati (2011).

Para consultar más información sobre el proceso de revisión sistemática y sobre cómo se evalúa la calidad de los estudios, véase el **Anexo D**.

Calidad de la Evidencia

La calidad de cada estudio citado en la discusión de la evidencia que sigue a cada recomendación se ha evaluado y categorizado como de nivel alto, moderado o bajo de acuerdo con la herramienta de evaluación utilizada.

Las herramientas de evaluación crítica utilizadas se basaron en el tipo de estudio. Se utilizó la herramienta AMSTAR (A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews) para valorar todas las revisiones y metaanálisis. Se utilizó la herramienta CASP (Critical Appraisal Skills Program) para valorar los ensayos clínicos aleatorios, los estudios de casos y controles, los estudios de cohortes, los estudios transversales y los estudios cualitativos. Se usó la herramienta MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool) para valorar estudios con métodos mixtos.

La calificación de la calidad se calcula convirtiendo en un porcentaje la puntuación de la herramienta. Cuando se han empleado otras guías para fundamentar la recomendación y la discusión de la evidencia, se ha utilizado el instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II) para evaluar la calidad. Las **Tablas 2 y 3** señalan las puntuaciones de calidad necesarias para alcanzar una calificación de calidad alta, moderada o baja.

Tabla 2: Calificación de la calidad de los estudios con las herramientas de evaluación de calidad (AMSTAR, CASP y MMAT)

PUNTUACIÓN EN AMSTAR	CALIFICACIÓN DE CALIDAD GENERAL
Mayor o igual a una puntuación convertida de 82,4%	Alta
Puntuación convertida de 62,5 – 82,4%	Moderada
Menor o igual a una puntuación convertida de 62,4%	Baja

Tabla 3: Calificación de la calidad de las Guías según AGREE II

CALIFICACIÓN DE CALIDAD SEGÚN AGREE II	CALIFICACIÓN DE CALIDAD GENERAL
Puntuación de 6 o 7 en la calidad general de la guía	Alta
Puntuación de 5 en la calidad general de la guía	Moderada
Puntuación de 4 o inferior en la calidad general de la guía	Baja (No utilizada para respaldar las recomendaciones)

Para una explicación detallada del proceso de revisión sistemática y la evaluación de la calidad, véase el **Anexo D**.

Resumen de recomendaciones

Esta Guía de buenas prácticas sustituye a la Guía de RNAO de 2002 *Intervención en casos de crisis* y a su suplemento de 2006.

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA	NIVEL DE EVIDENCIA
<p>1.0 Pregunta de investigación n° 1: ¿Qué intervenciones efectivas y basadas en la atención específica al trauma pueden utilizar las enfermeras y el equipo interprofesional con adultos en situación de crisis?</p>	
<p>Recomendación 1.1: Utilizar enfoques de intervención breve con personas en crisis para reducir los síntomas de la crisis y aumentar la motivación para el cambio y promover otras mejoras de salud.</p>	<p>Ib</p>
<p>Recomendación 1.2: Dar apoyo a las personas que atraviesan una crisis para que participen de forma constructiva y segura en un proceso de análisis del estrés provocado por incidentes críticos dentro de las primeras 24-72 posteriores a la crisis con objeto de reducir la angustia y mejorar la salud mental.</p>	<p>Ib y V</p>
<p>Recomendación 1.3: Crear planes de crisis en colaboración con las personas que atraviesan una crisis, empleando enfoques basados en las fortalezas personales.</p>	<p>Ib y IV</p>
<p>Recomendación 1.4: Facilitar el acceso a las personas que atraviesan una crisis a los recursos de apoyo comunitario (como visitas externas y equipos móviles de crisis), así como a los profesionales sanitarios, trabajadores de ayuda mutua, y servicios de salud mental y consumo de sustancias más adecuados.</p>	<p>Ia, IV y V</p>
<p>Recomendación 1.5: Involucrar a pares con formación en enfoques basados en la evidencia, como la primera ayuda psicológica, para reconfortar y dar apoyo a quienes atraviesan una crisis.</p>	<p>Ia, Ib y V</p>
<p>Recomendación 1.6: Fomentar el uso de soluciones basadas en las tecnologías de la información y la comunicación para las personas en riesgo o que sufren una crisis, como forma de acceso a:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) valoración de urgencia, triaje y apoyo; b) psicoeducación y/o habilidades y herramientas de uso en línea para apoyar el afrontamiento y el automanejo. 	<p>Ia, Ib y V</p>

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA	NIVEL DE EVIDENCIA
<p>2.0 Pregunta de investigación n° 2: ¿Qué intervenciones efectivas basadas en la atención específica al trauma pueden utilizar las enfermeras y los equipos interprofesionales para mitigar o prevenir futuras crisis en personas adultas?</p>	
<p>Recomendación 2.1: En colaboración con la persona, y siempre que sea necesario, ofrecer o derivar a servicios o recursos de apoyo adicional o continuado.</p>	<p>la</p>
RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA
<p>3.0 Pregunta de investigación n° 3: ¿Qué contenido y estrategias educativas son necesarios para formar a las enfermeras y al equipo interprofesional de forma efectiva en relación con los enfoques de atención específica al trauma y la crisis?</p>	
<p>Recomendación 3.1: Integrar formas de aprendizaje interactivo sobre enfoques de atención específica al trauma y de apoyo a las personas que atraviesan una crisis dentro de los planes de estudio de grado en enfermería y de los programas de atención sanitaria.</p>	<p>la y IIb</p>
<p>Recomendación 3.2: Participar en la formación continuada para mejorar los conocimientos y habilidades de apoyo a las personas en crisis a través de enfoques basados en la atención específica al trauma.</p>	<p>la, IIb y IV</p>

RECOMENDACIONES PARA EL SISTEMA, LA ORGANIZACIÓN Y LAS DIRECTRICES	NIVEL DE EVIDENCIA
<p>4.0 Pregunta de investigación n° 4: ¿Qué apoyos a nivel de sistema y de organización precisan las enfermeras y el equipo interprofesional para implantar buenas prácticas de forma efectiva utilizando enfoques de atención específica al trauma para la gestión de crisis?</p>	
<p>Recomendación 4.1:</p> <p>Las organizaciones identifican e incorporan los enfoques de atención específica al trauma directamente en sus políticas y procedimientos para favorecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) un marco de trabajo para los enfoques de intervención en casos de crisis y para la prestación de servicios b) un entorno de trabajo seguro y de apoyo para aquellos profesionales que han pasado por incidentes críticos. 	<p>IV y V</p>
<p>Recomendación 4.2:</p> <p>Mejorar la colaboración entre sectores mediante la integración a nivel de sistema entre los sistemas de salud, los servicios sociales (p. ej., vivienda y empleo), los sistemas educativos, el sistema de justicia, los mediadores, las personas que han vivido experiencias análogas y las familias, a fin de mejorar la capacidad del sistema para responder de manera informada y específica al trauma a las personas que atraviesan una crisis.</p>	<p>V</p>
<p>Recomendación 4.3:</p> <p>Las organizaciones sanitarias, los servicios sociales y las fuerzas del orden deben colaborar para garantizar que los servicios de intervención en crisis sean accesibles para aquellas personas que atraviesan una crisis mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) equipos móviles de crisis, a) visitas externas, y b) triaje telefónico y líneas telefónicas de ayuda. 	<p>Ia, IIb, Ib, y IV</p>
<p>Recomendación 4.4:</p> <p>Las fuerzas de seguridad adquieren una formación integral para casos de crisis:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) para mejorar la interacción de los agentes de policía con las personas en crisis b) para alentar a los agentes de policía a tomar decisiones informadas sobre cómo ayudar a las personas a acceder a los servicios apropiados. 	<p>Ia, IIb, y IV</p>

Equipo de investigación y desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO

Sabrina Merali, RN, MN

Guideline Development Co-Lead
International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Nafsin Nizum, RN, MN

Guideline Development Co-Lead
International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Kyle Dieleman, BA

Guideline Development Project Coordinator
International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Laura Ferreira-Legere, RN, MScN

Senior Nursing Research Associate
International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Zainab Lulat, RN, MN

Nursing Research Associate
International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Lucia Costantini RN, PhD, CNeph(C)

Associate Director, Guideline Development,
Research & Evaluation
International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Valerie Grdisa, RN, MS, PhD

Director, International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Michelle Rey, MSc, PhD

Former Associate Director, Guideline Development
International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Gurjit K. Toor, RN, MPH

Evaluation Manager
International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Panel de expertos de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)

Nancy Poole, PhD, MA, Dip.C.S., BA

Panel Co-Chair

Director

Centre of Excellence for Women's Health
Victoria, BC

Rosanra Yoon, NP, MN, PhD (cand.)

Panel Co-Chair

Nurse Practitioner

The Jean Tweed Centre
Toronto, ON

Oluremi Roseline Adewale, RN, MScN

Mental Health Nurse Consultant

Toronto Public Health
Toronto, ON

Jennifer Chambers, BSc (Hon)

Executive Director, Empowerment Council

Centre for Addiction and Mental Health
Toronto, ON

Aaron Clark, RN, BScN, CPMHN(C)

Registered Nurse, Parkwood Institute

St. Joseph's Health Care

Chair, Mental Health Nursing Interest Group
London, ON

Rosanna DiNunzio, RN, MSc, CPMHN(C)

Patient Care Manager

Sunnybrook Health Sciences Centre
Toronto, ON

Tanya Dion, RN, MA, CCHP

Health Care Manager

Quinte Detention Centre
Napane, ON

Susan Engels, RN, BScN, MSc

Vice President, Quality and Professional Practice

Chief Nursing Executive

The Royal Health Care Group
Ottawa, ON

Elizabeth Harrison

BScN Year 4 Student

Ryerson University

Toronto, ON

Ron Hoffman, BA, MA, PhD

Assistant Professor

School of Criminology and Criminal Justice

interRAI Fellow

Nipissing University

North Bay, ON

Michelle Jubin, RN, MN

Mental Health Nurse Consultant

Toronto Public Health

Toronto, ON

Betty-Lou Kristy

Peer Support Substance Use System Lead

Consumer Survivor (CSI) Lead

Mississauga Halton LHIN Enhancing and Sustaining

Peer Initiative

TEACH: Teach Empower Advocate Community Health

Support and Housing Halton

Oakville, ON

Elaine Mordoch, RN, PhD

Associate Professor

College of Nursing, Faculty of Health Sciences

University of Manitoba

Winnipeg, Manitoba

Kim Nash, RN, MN

Clinical Nurse Educator
Waypoint Centre for Mental Health Care
Penetanguishene, ON

Kathryn Ryan, RN, MSc(N), CPMHN(C)

Advanced Practice Clinical Leader (Nursing)
Complex Care and Recovery Program
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto, ON

Mike Serr, BA

Deputy Chief Constable, Abbotsford Police Department
Abbotsford, BC

Vicky Stergiopoulos, MD, MHSc

Physician-in-Chief, Centre for Addiction and
Mental Health
Professor, Faculty of Medicine, University of Toronto
Vice Chair, Clinical and Innovation, Department of
Psychiatry, University of Toronto
Toronto, ON

Todos los miembros del panel de expertos de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) realizaron declaraciones de conflicto de interés que pudieran interpretarse como indicativas de un conflicto real, potencial o aparente, y se pidió a todos los miembros que actualizaran dicha información con regularidad durante todo el proceso de desarrollo de la guía. Asimismo, se solicitó información acerca de los intereses económicos, intelectuales, personales y de otro tipo, y todo ello se documentó para futuras consultas. No se identificaron conflictos que supusieran una limitación. Se puede consultar información detallada al respecto en <http://RNAO.ca/bpg/guidelines/crisis-intervention>



Agradecimiento a los colaboradores

Como parte del desarrollo de las guías de buenas prácticas, RNAO se compromete a recabar la respuesta de las enfermeras de distintos entornos y especialidades, así como de administradores bien informados, fuentes de financiación y asociaciones representantes de las partes interesadas^G. Se solicitó su aportación a distintas partes interesadas* que representan diversas perspectivas, y por ello RNAO desea agradecer a las siguientes personas su contribución a la revisión de la Guía.

Lori Adler, RN, MHSc, BScN

Consultant
LA Consulting
Toronto, ON

Najwa Alshammasi, RN, MN, CPMHN(C)

Mental Health Nurse
Health and Counselling Centre, University of Toronto
Mississauga
Mississauga, ON

Brendan Bailey, RN, CPMHN(C)

Public Health Nurse
Toronto Public Health
Toronto, ON

Satinder Brar, RN, MScN

Clinical Nurse Specialist
Mississauga, ON

Emma Bingham, RN, BScN

Staff Nurse
Toronto Western Hospital
Toronto, ON

Marta Canesi, RN, MScN

Staff Nurse
Fondazione MBBM (Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma)
Monza, Italy

Heather Dunlop-Witt, RN, MN, CPMHN(C)

Nurse Educator
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, ON

Tara Endeman, RN, BN, CPMHN(C)

Clinical Nurse Supervisor
Homewood Health
Guelph, ON

Beverly Faubert, RN, BScN, GNC(C), CHPCN(C)

Long-Term Care Best Practice Coordinator
RNAO
Tilbury, ON

Lisebeth Gatkowski, RN, BScN, CPMHN(C)

Educator
Mohawk College and Lisebeth Gatkowski & Associates
Hamilton, ON

Bettyann Goertz, RN, BScN, CPMHN(C)

Staff Nurse, Adult Acute Mental Health Inpatient Program
London Health Sciences Centre
London, ON

Kelly Holt, RN, BScN, MScN, CBSDip, CPMHN(C)

Clinical Nurse Specialist
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, ON

Roberto Iasci, Hon BA, RN, ACWD, CARN, CPMHN(C)

Mobile Crisis Intervention Team Nurse and Mental Health First Aid Instructor
North York, ON

Suman Iqbal, RN, MSN/MHA, GNC(C)

Senior Manager, Long-Term Care Best Practices Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Elsabeth Jensen, RN, BA, PhD

Associate Professor
York University
Toronto, ON

Nicole Kambou, RN

Toronto, ON

Kelly Kokus, NP-PHC, FNP-BC, MScN, BScN (Hon)

Unilever
Simcoe, ON

Anthony Le Fuentes, BScN Student

Nipissing University
North Bay, ON

Amelia MacKinnon, RN

Staff Nurse
Casey House
Toronto, ON

Jane Mathews, RN, BScN, MSN, CPMHN(C)

Manager, Professional Practice
Bluewater Health
Sarnia, ON

Susan McDaid-Earl, RN

Counselor
The Wellness Collaborative
Guelph, ON

Joan McCollum, RN

Staff Nurse
William Osler Health System
Brampton, ON

Shirley McMillan, RN, MN

Clinical Nurse Specialist
Surrey Place Centre
Toronto, ON

Angelina Medjed, RN

Emergency Department Staff Nurse
Toronto Western Hospital
Toronto, ON

Joanne Menchions, RN, BScN, CPMHN(C)

Professor
Mohawk College
Hamilton, ON

Pat Nashef, RN, MHSc(N), CPMHN(C)

Guelph, ON

Noelle Ozog, RN, BHSc, BScN

Staff Nurse, Emergency Department
Halifax, NS

Darren Pace, BScN, MN, RN, CPMHN(C)

Mental Health Nurse
Calian/Department of National Defence
North Bay, ON

Barb Pizzingrilli, RN, BN, MN, CPMHN(C), MBA

Director, Patient Care Mental Health
and Addictions Program
Niagara Health
St. Catharines, ON

Stacey Roles, RN, MScN

Lecturer and Clinical Nurse Specialist
North ON School of Medicine and
Health Sciences North
Sudbury, ON

Cheryl Rolin-Gilman, RN, MN, CPMHN(C)

Advance Practice Clinical Leader (Nurse)
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto, ON

Matthew Rico, RN

Staff Nurse
Assessment and Stabilization Unit, ON Shores Centre
for Mental Health Sciences
Whitby, ON

Susanne Sferrazza-Swayze, RPN, CMLC

Staff Nurse
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, ON

Shelley Sinyard, MSW, BEd, BA

Social Worker, Medicine Programs
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, ON

Mary Smith, NP-PHC, PhD (cand.)

Nurse Practitioner
Queen's University
Kingston, ON

Liza Supang, RN, BScN

Staff Nurse
Kipling Acres Long-Term Care
Etobicoke, ON

Zohra Surani, RN, BScN, CPMHN(C)

Staff Nurse
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto, ON

Sayanisa Suthanthirakaran, RN, BScN

Humber River Hospital
Toronto, ON

Raniya Syed, BSc (Hon), MACP

Graduate Practicum Counsellor
Health and Wellness Centre, University of Toronto
Toronto, ON

Grace Terry, RPN, BScN

Staff Nurse
Hamilton Health Sciences
Hamilton, ON

Tara Turloukis, BScN, RN

Staff Nurse
Alexandra Marine and General Hospital
Goderich, ON

Dania Versailles, RN, MScN, MSc, PMHN, CPMHN(C)

Clinical Nurse Specialist
Hôpital Montfort
Ottawa, ON

Rebecca Welch, RN, CPMHN(C)

Staff Nurse, Child and Mental Health Program,
Emergency Mental Health Assessment Unit
McMaster Children's Hospital
Hamilton, ON

Patricia Woods, RN

Staff Nurse
Women's College Hospital
Toronto, ON

Shannon Wright, NP-PHC, MScN, CPMHN(C)

Nurse Practitioner, Psychiatric Emergency Service
Joseph Brant Hospital
Burlington, ON

*Los revisores pertenecientes a partes interesadas son personas a título individual con experiencia en la materia de interés de la Guía o que pueden verse afectadas por la implantación de la misma. Dichos revisores pueden ser enfermeras y otros profesionales de la salud, jefes de enfermería, gestores, investigadores, miembros del equipo interprofesional, formadores, estudiantes de enfermería o pacientes y familiares. RNAO pretende recabar la experiencia y los puntos de vista de dichas partes interesadas que representan diversos sectores sanitarios y funciones dentro de la enfermería y otras especialidades sanitarias (p. ej., práctica clínica, investigación, educación, definición de políticas y directrices), y distintos entornos geográficos.

Los revisores de las partes interesadas para las Guías de RNAO se identificaron de dos formas. En primer lugar, se hizo un llamamiento mediante un anuncio público incluido en el sitio web de RNAO (www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder). Después, el equipo de investigación y desarrollo de RNAO y el panel de expertos identificaron a instituciones e individuos clave con experiencia en el área de esta guía, a los que se invitó a contribuir en la revisión.

Se solicitó a dichos participantes que leyeran el proyecto de texto completo de la guía y que contribuyeran a su revisión antes de la publicación. La información aportada por todos ellos se remitió a través de un cuestionario en línea. Se les plantearon las siguientes preguntas sobre cada recomendación:

1. ¿Resulta clara esta recomendación?
2. ¿Está usted de acuerdo con esta recomendación?
3. ¿La discusión de la evidencia en el área es exhaustiva y respalda esta recomendación?

La encuesta también incluía un espacio para que los participantes pudieran incluir comentarios e información relativa a cada apartado de la guía. El equipo de investigación y desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO recopiló las respuestas y resumió la información aportada. Junto con el panel de expertos, el equipo de investigación y desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO revisó y consideró toda la información y, en caso necesario, modificó el contenido de la Guía y sus recomendaciones antes de su publicación para reflejar la información.

Las partes interesadas participantes en este proceso han dado su consentimiento para que sus nombres y datos de contacto se incluyan en esta Guía.



Miembros del Equipo de Traducción de la Guía

Coordinación

María Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica
Responsable de la Unidad de Investigación en
Cuidados de Salud, Investén-isciii.
Instituto de Salud Carlos III, España.

Esther González María, RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica
Unidad de Investigación en Cuidados de Salud,
Investén-isciii.
Instituto de Salud Carlos III, España.

Laura Albornos Muñoz, BS, MSc

Coordinadora Técnica
Unidad de Investigación en Cuidados de Salud,
Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III, España.

M^a Angeles Cidoncha Moreno, RN, PhD

Erizain Aholkularitza / Asesoría de Enfermería,
Osasun Sorospenerako Zuzendaria / Dirección
Asistencia Sanitaria.
Vitoria-Gasteiz. España.

Lucía Gárate Echenique, RN, MSc

Erizaintza Zuzendariortza / Subdirección de Enfermería,
Zuzendaritza/Orokorra/ Dirección General
(Osakidetza).
Vitoria-Gasteiz. España.

Traducción

Marta López González

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

Revisores de la Guía Actualizada

M. Milagros Amundarain Lejarza, RN, BSN, MHN, MSc, APN.

Enfermera Especialista en Salud Mental
Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario de Comarca Interior.
Red de Salud Mental de Bizkaia.
Osakidetza.
Bizkaia. España.

Leire Fentanes Hernández, RN, BSN, MHN, PGCert.

Enfermera Especialista en Salud Mental
Comarca Ezkerraldea.
Red de Salud Mental de Bizkaia.
Osakidetza.
Bizkaia. España.

Esther González María, RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica
Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii.
Instituto de Salud Carlos III, España.

Antecedentes

Crisis

Una crisis es una respuesta limitada en el tiempo a un suceso vital que supera los mecanismos habituales de una persona para sobrellevar una situación. Se produce como respuesta a factores situacionales, de desarrollo, biológicos, psicológicos, socioculturales y/o espirituales (Caplan, 1964; Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 1999). Cuando un individuo se enfrenta a una crisis, puede experimentar sentimientos intensos de angustia personal (p. ej., ansiedad, depresión, ira, pánico y desesperación), mostrar cambios de comportamiento (p. ej., descuido de la higiene personal o conducta inusual) y/o experimentar otros cambios vitales negativos que tengan efectos perjudiciales (p. ej., trastornos en las relaciones personales o en el modo de vida, pérdida de autonomía y victimización) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2009). La crisis puede implicar pérdidas o cambios que amenacen e influyan en la sensación de seguridad, el autoconcepto, la autoeficacia y la autoestima de la persona (Jakubec, 2014). Las personas que han vivido una o varias crisis a lo largo de su vida pueden tener dificultades para regular sus emociones y manejar las relaciones con los demás, y es posible que experimenten sentimientos de vergüenza, desesperanza e impotencia (Canadian Centre on Substance Abuse, 2014).

Quienes se ven inmersos en una situación de crisis se muestran más abiertos y dispuestos a las intervenciones que durante los periodos de funcionamiento estable (Caplan, 1964). Una situación de crisis puede ofrecer al individuo la oportunidad de evolucionar y crecer en el plano personal, y de llegar a ser más resiliente y positivo y fomentar un sentimiento de esperanza en el futuro (da Silva, Siegmund, & Bredemeier, 2015). No obstante, es necesaria una oportuna estabilización de la crisis para mitigar cualquier posible consecuencia negativa para la persona en el futuro.

Tipos de Crisis

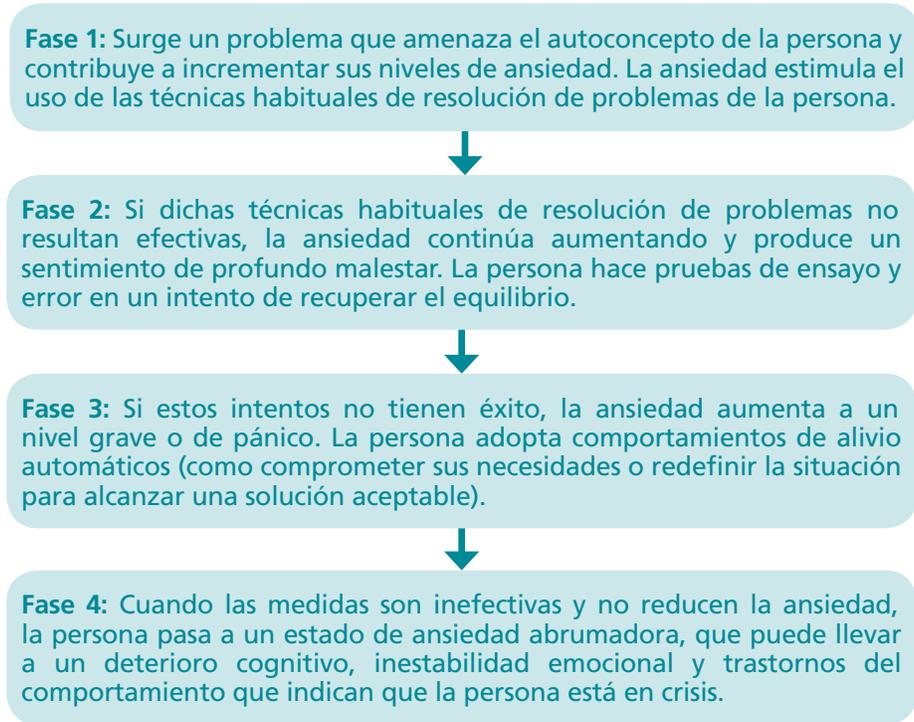
Las crisis pueden clasificarse en tres categorías: 1) de desarrollo o maduración; 2) situacional (circunstancial); y 3) accidental o sobrevenida. El hecho en sí mismo puede no dar lugar a una respuesta de crisis; lo que puede causar una crisis es una conjunción de circunstancias, las percepciones sobre el evento y la falta de recursos de afrontamiento (da Silva et al., 2015).

1. **Crisis de desarrollo o maduración.** Puede producirse durante una etapa de desarrollo en la vida en la que los cambios físicos, cognitivos, instintivos y sexuales crean un conflicto interno en la persona y dan lugar a la crisis. La respuesta ante dicha crisis puede conducir a un crecimiento o una regresión en el plano psicológico (Jakubec, 2014). Algunos ejemplos son acontecimientos vitales importantes como el abandono del hogar en la adolescencia tardía, el matrimonio, el nacimiento de un hijo, la jubilación y el fallecimiento del padre o la madre (Jakubec, 2014). La etapa de desarrollo representa un periodo de mayor vulnerabilidad, así como la oportunidad de crecer y desarrollarse. El desarrollo de nuevos mecanismos de afrontamiento y apoyos para sobrellevar la situación puede fortalecer la capacidad de recuperación de una persona en su vida posterior.
2. **Crisis situacional (circunstancial).** se produce en respuesta a acontecimientos externos o imprevistos, como el cambio o la pérdida de empleo, el fallecimiento de un ser querido, los problemas económicos, el agravamiento de un trastorno crónico o la aparición de una enfermedad súbita (Jakubec, 2014). Estos hechos circunstanciales pueden resultar estresantes y potencialmente desembocar en una crisis si la persona que los vive carece de recursos y apoyos. Cuando el individuo cuenta con un apoyo adecuado, con salud emocional, mental y física, tiene sensación de seguridad y es capaz de comprender y saber qué conllevan este tipo de situaciones de ansiedad, puede superar este tipo de crisis.
3. **Crisis accidental o sobrevenida.** Una crisis accidental o sobrevenida (inesperada, no planeada o fortuita) se produce a partir de hechos que no forman parte de la vida cotidiana (como desastres naturales o delitos con violencia). Estas crisis pueden constituir un riesgo para la vida. Experimentar o presenciar tales hechos también puede sobrepasar la capacidad de una persona para superar la situación. Estos sucesos pueden llegar a desafiar las premisas básicas de una persona y su visión del mundo, aumentar su vulnerabilidad y causar un daño psicológico duradero (Jakubec, 2014).

Fases de la Crisis

Las crisis se experimentan en cuatro fases diferenciadas, según señala Caplan (1964).

Figura 1: Fases de la Crisis



Fuentes: Adaptado de Jakubec (2014) y Lasiuk, Hegadoren, and Austin (2015).

Signos y Síntomas de Crisis

Los signos y síntomas de crisis son únicos para cada persona. Algunas personas apenas refieren problemas, en tanto que otras describen muchos. La **Tabla 4** resume algunos de los signos y síntomas que suelen señalarse cuando se vive una crisis. Los hechos traumáticos que superan la capacidad de respuesta de la persona y sus habilidades de afrontamiento pueden acarrear un daño psicológico duradero, incluido un posible trastorno de estrés posttraumático (TEPT) (Goldner, Jenkins, Palma, & Bilsker, 2011; Poole, Urquhart, Jasiura, Smylie, & Schmidt, 2013). Otras personas presentan reacciones prolongadas que pueden abarcar desde síntomas agudos a otras consecuencias de salud mental más graves o duraderas, como trastornos de ansiedad, consumo de estupefacientes, trastornos del ánimo y problemas médicos (como artritis, cefaleas y dolor crónico) (SAMHSA, 2014).

Tabla 4: Signos y síntomas de crisis

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE CRISIS	
Incapacidad de satisfacer necesidades básicas	Incoherencia
Menor uso de apoyos sociales	Depresión
Inadecuada resolución de problemas	Odio hacia uno mismo
Incapacidad de procesar información	Sensación de extrañeza
Aislamiento	Percepción de falta de control
Negación	Llanto
Reacciones exageradas	Pena/Tristeza
Hipervigilancia	Irritabilidad
Ataques de pánico	Estado de alerta o nerviosismo
Aturdimiento	Síntomas físicos (temblores, cefaleas, fatiga, pérdida de apetito, molestias y dolores)
Confusión	

Fuentes: Jakubec, 2014; World Health Organization (WHO), War Trauma Foundation, & World Vision International, 2013.



Marco de Referencia

Enfoques basados en la atención al trauma

Los enfoques basados en la atención al trauma se basan en la idea de que muchas de las personas que acceden a los servicios sociales y de salud han tenido experiencias traumáticas a lo largo de su vida (Poole et al., 2013). Dichos enfoques no tienen por objeto el tratamiento o la divulgación de estos hechos, sino que se aplican universalmente para garantizar que las personas no se vean más traumatizadas cuando acceden a los servicios asistenciales y para que puedan aprender y crecer en un contexto relacional positivo (Poole et al., 2013). Los enfoques basados en la atención al trauma se fundamentan en los principios de la práctica, como la seguridad, la fiabilidad, la colaboración y la capacidad de elección, el empoderamiento, y en acentuar las fortalezas y las habilidades de las personas. La aplicación de estos enfoques hace necesario tener en cuenta aspectos de tipo cultural, histórico y de género. Además, se valora y se respeta la participación de personas que han pasado por experiencias traumáticas en la toma de decisiones sobre el tipo, el ritmo y el alcance del apoyo que reciben.

La sensibilización hacia el trauma^G es un elemento importante en los enfoques basados en la atención al trauma. Destaca el carácter común de las experiencias traumáticas, cómo el impacto del trauma puede ser clave en el desarrollo de una persona, la amplia gama de adaptaciones que es preciso incorporar para sobrellevarlo y sobrevivir después del trauma, y la relación del trauma con el consumo de sustancias y la salud física y mental (Poole et al., 2013).

La **Tabla 5** señala los seis principios clave de los enfoques basados en la atención al trauma adoptados de SAMHSA (2014a). Cada recomendación incluida en esta Guía enlaza con dichos principios y ofrece apoyo a organizaciones y profesionales de la salud para ofrecer servicios basados en la atención al trauma.

Tabla 5: Principios Clave de un Enfoque Basado en la Atención al Trauma

PRINCIPIOS CLAVE DE UN ENFOQUE BASADO EN LA ATENCIÓN AL TRAUMA	
1. Seguridad	En toda la organización, tanto el personal como las personas a las que se atiende se sienten física y psicológicamente seguros; el entorno físico es seguro y las interacciones interpersonales fomentan una sensación de seguridad. Es prioritario entender la seguridad tal y como la definen aquellos a quienes se atiende.
2. Confianza y Transparencia	Las actividades y decisiones en la organización se desarrollan con transparencia para crear y mantener la confianza de las personas y sus familiares, el personal y aquellas otras partes que tienen relación con la organización.
3. Apoyo entre Pares	El apoyo entre pares y la ayuda mutua son claves para crear sensación de seguridad y esperanza, generar confianza, mejorar la colaboración y emplear las historias y las experiencias vitales de las personas para promover su recuperación y curación. El término “pares” hace referencia a individuos que han pasado por una situación traumática. También se ha hecho referencia a los pares como “supervivientes de traumas”.
4. Colaboración y Reciprocidad	Es importante cooperar y equilibrar las diferencias de poder entre el personal y las personas atendidas y entre el personal de la organización –desde el personal administrativo hasta el de mantenimiento, pasando por especialistas y gestores– para demostrar que la recuperación se articula a través de relaciones y mediante la participación conjunta en el ejercicio del poder y la toma de decisiones. La organización reconoce que todos tienen un papel que desempeñar en el enfoque basado en la atención al trauma.

PRINCIPIOS CLAVE DE UN ENFOQUE BASADO EN LA ATENCIÓN AL TRAUMA	
<p>5. Empoderamiento, Voz, y posibilidad de Elección</p>	<p>En toda la organización se reconocen y se desarrollan las fortalezas y las experiencias de cada una de las personas a las que se atiende. En la organización se prima a las personas a las que se atiende y se cree en la resiliencia y en la capacidad de individuos, organizaciones y comunidades para curar y promover la recuperación del trauma. La organización entiende que la experiencia del trauma puede ser un aspecto aglutinador en las vidas de aquellos que dirigen la organización, que proporcionan los servicios y/o que acuden a la organización en busca de ayuda y apoyo. Así, las actividades, el desarrollo de la plantilla y los servicios se organizan para fomentar por igual el empoderamiento de empleados y personas atendidas. Las organizaciones entienden la importancia de las diferencias de poder y cómo las personas, históricamente, han tenido menos voz y menos posibilidades de elección y se han visto sometidas con frecuencia a un trato coercitivo. Las personas reciben apoyo para, de forma compartida, tomar decisiones, elegir y marcarse metas para determinar el plan de acción que necesitan con el fin de curarse y avanzar. Se les apoya en el desarrollo de habilidades para velar por sus propios intereses. El personal les ayuda en su recuperación, más que controlarles, y está capacitado para realizar su trabajo lo mejor posible mediante un apoyo organizativo adecuado. Este es un proceso paralelo, ya que el personal necesita sentirse tan seguro como las personas que reciben la asistencia.</p>
<p>6. Aspectos Culturales, Históricos y de Género</p>	<p>La organización supera activamente los estereotipos y sesgos culturales (p. ej., los basados en raza, etnia, orientación sexual, edad, religión, identidad de género, geografía); ofrece acceso a servicios que tienen en cuenta cuestiones de género; aprovecha el valor de la influencia de la cultura tradicional en la recuperación; incorpora políticas, protocolos y procesos que dan respuesta a las necesidades raciales, étnicas y culturales de las personas a las que se asiste; y reconoce y aborda el trauma histórico.</p>

Reimpreso de SAMHSA's *Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*, de SAMHSA, 2014, p. 11. Copyright 2014 de SAMHSA. Reimpresión autorizada.

Valores rectores

Los siguientes valores rectores —que han sido adaptados por el panel de expertos de RNAO con autorización de las Guías de práctica de SAMHSA *Core Elements in Responding to Mental Health Crises* (2009)— orientan las recomendaciones recogidas en esta Guía. Estos valores y principios ofrecen apoyo a la persona en crisis y son una parte esencial de su asistencia. Los siguientes valores sirven de base a las recomendaciones de esta Guía.

1. **Evitar daños.** Los miembros del equipo interprofesional trabajan por la seguridad física y psicológica de la persona que experimenta la crisis, de su familia y su enfermera y/o profesional sanitario a cargo. La persona inmersa en la situación de crisis debe ser tratada con respeto en todo momento.
2. **Intervenciones centradas en la persona.** Los miembros del equipo interprofesional tratan de entender a la persona y sus circunstancias, sus objetivos, sus necesidades y preferencias para el apoyo que ella misma define, y cómo puede incorporarse todo ello a la respuesta a la crisis y emplearse para ofrecer aquellas intervenciones que mejor se adaptan a sus necesidades.
3. **Responsabilidad compartida.** Los miembros del equipo interprofesional colaboran con las personas que sufren un episodio de crisis para ayudarlas a recuperar el control sobre su vida. También trabajan con ellas para involucrarlos como participantes activos de su propio cuidado.
4. **Atención específica al trauma.** Los miembros del equipo interprofesional reconocen y comprenden el impacto de las historias de trauma en las vidas de las personas que experimentan una crisis.
5. **Establecer sentimientos de seguridad personal.** Los miembros del equipo interprofesional trabajan con las personas que atraviesan una crisis tanto para proporcionarles seguridad personal como para hacer que se sientan seguros y comprender qué puede incrementar su sensación de vulnerabilidad; se preocupan por comprender las necesidades de la persona que vive la crisis y tratan de abordarla.
6. **Fortalezas personales.** Los miembros del equipo interprofesional trabajan con la persona en crisis para desarrollar planes basados en las habilidades y las fortalezas del individuo. Idealmente, la persona lidera el proceso, o actúa como mínimo como partícipe activo en la resolución de la crisis mediante el uso de un enfoque basado en sus fortalezas para aumentar su resiliencia y capacidad de autogestión de futuras crisis.
7. **La persona en su integridad.** Los miembros del equipo interprofesional comprenden que una persona inmersa en una crisis es una persona en su globalidad con múltiples necesidades. El profesional entiende que las intervenciones de crisis no se limitan únicamente a la atención sanitaria, sino que pueden abordar otros aspectos como los determinantes sociales de la salud.
8. **La persona como fuente fiable.** Los miembros del equipo interprofesional respetan a la persona en situación de crisis y la consideran como una fuente de información creíble para comprender lo que le resulta importante y para identificar sus fortalezas y sus necesidades.
9. **Recuperación, resiliencia y apoyos naturales.** Los profesionales sanitarios trabajan con personas en proceso de recuperación y desarrollo de resiliencia, e incorporan estos valores a su cuidado. Se recomienda aplicar intervenciones que preserven la dignidad, fomenten la esperanza y promuevan el compromiso de la persona.
10. **Prevención.** Los profesionales sanitarios trabajan con las personas para garantizar que las crisis no se repitan, a través de la evaluación y consideración de aquellos factores que han contribuido a la crisis y el abordaje de las necesidades no satisfechas de la persona.
11. **Los servicios se prestan de la manera menos restrictiva.** La crisis se gestiona de la manera menos restrictiva para la persona, evitando el uso de la coerción y preservando la conexión de la persona con su mundo (es decir, no se aísla al individuo de sus redes de apoyo habituales y se le anima a entrar en contacto con profesionales externos, familiares y amigos que puedan ofrecerle apoyo).

12. **Respeto a los derechos.** Los miembros del equipo interprofesional promueven los “derechos de la persona a la confidencialidad, a asistencia jurídica, a no verse reclusa o contenida de forma injustificada, a marcharse, abandonar el tratamiento, a que un menor reciba servicios sin notificación de los padres, a que se consideren sus decisiones anticipadas, el derecho a hablar con un defensor del pueblo y el derecho a tomar decisiones informadas sobre medicación” (SAMHSA, 2009, p. 11). Y sobre todo, promueven el derecho de la persona a ser escuchada. El papel del profesional es servir como defensor de las personas y asegurar que sus derechos sean respetados.



Recomendaciones Para la Práctica

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN N° 1:

¿Qué intervenciones efectivas y basadas en la atención específica al trauma pueden utilizar las enfermeras y el equipo interprofesional con adultos en situación de crisis?

RECOMENDACIÓN 1.1:

Utilizar enfoques de intervención breve con personas en crisis para reducir los síntomas de la crisis y aumentar la motivación para el cambio y promover otras mejoras de salud.

Principios basados en la atención al trauma: Seguridad; Colaboración y reciprocidad; Empoderamiento, voz y posibilidad de elección.

Nivel de evidencia para el resumen: Ib

Calidad de evidencia para el resumen: Alta = 1 estudio; Moderada = 2 estudios

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

La intervención breve^G se centra en la comunicación entre la persona que experimenta la crisis y el profesional sanitario. Puede incluir elementos de psicoeducación^G, capacitación para el afrontamiento de problemas y la mejora de habilidades, y entrevistas motivacionales^G (Des Groseilliers, Marchand, Cordova, Ruzek, & Brunet, 2013). Las intervenciones breves se pueden usar de forma efectiva para ayudar a las personas a identificar los problemas y darles la oportunidad de marcarse objetivos a corto y largo plazo, al tiempo que se les involucra o deriva a otros profesionales o servicios para recibir apoyo adicional (O'Connor et al., 2015). Las investigaciones demuestran que una intervención breve ofrecida de forma temprana por una enfermera o un trabajador social en entornos hospitalarios puede reducir los síntomas de crisis en las semanas y meses posteriores a la experiencia traumática (Brunet, Des Groseilliers, Cordova, & Ruzek, 2013; Des Groseilliers et al., 2013; O'Connor et al., 2015). Por ejemplo, la intervención breve mejora la motivación y la disposición para el cambio, lo que ayuda a las personas con ideación suicida a ver más motivos para vivir (O'Connor et al., 2015). La literatura además señala que las intervenciones breves mejoran la funcionalidad de las personas y reducen los síntomas relacionados con la crisis hasta tres meses después del episodio (Brunet et al., 2013). El uso rutinario de la intervención breve en entornos de urgencias con supervivientes de traumas con síntomas de TEPT (trastorno por estrés postraumático) demuestra un mayor ritmo de recuperación (Des Groseilliers et al., 2013).

Beneficios y Daños

La intervención breve ayuda a estabilizar a la persona que vive una crisis. Sin embargo, es más urgente dar seguimiento y derivar al individuo cuando se maneja una crisis que puede llevar o tiene lugar tras un intento de suicidio. El profesional tiene que evaluar el riesgo de suicidio, crear planes de seguridad y conectar a la persona con los recursos y/o profesionales más adecuados. En la **Tabla 6** se reseñan más recursos sobre evaluación del riesgo de suicidio e intervenciones relacionadas.

Valores y Preferencias

El panel de expertos de RNAO concede un gran valor al uso efectivo de las intervenciones breves. El profesional que presta su asistencia debe aplicar una comunicación centrada en la persona en las intervenciones breves. En la **Tabla 6** se recogen algunos ejemplos de técnicas efectivas de comunicación. Las enfermeras deben buscar formación y aprendizaje adecuados y tratar de incorporar las intervenciones breves a su práctica clínica antes de utilizar estas intervenciones con las personas que necesitan asistencia. Además, cuando se habla de crisis, el término “síntomas”

es intercambiable con diferentes términos basados en el punto de vista de la persona y del profesional: por ejemplo, las personas con experiencias vividas pueden reconocer los síntomas como “experiencias” de crisis, mientras que los agentes de policía pueden reconocer los síntomas como “indicadores” de crisis.

Tabla 6: Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN / EXTRACTO
<p>Acrónimo FRAMES</p> <p><i>Fuente:</i> Miller, W. R, Sanchez, V.C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. S. Howard & P. E. Nathan (Eds.), <i>Alcohol use and misuse by young adults</i> (pp. 55–81). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.</p>	<p>El acrónimo FRAMES, extraído de su origen en inglés, resume los componentes de la intervención breve y refleja los principios de seguridad, empoderamiento y posibilidad de elección, y colaboración, en la atención al trauma.</p> <p>Feedback o Intercambio de información con el individuo sobre trastornos/riesgos personales.</p> <p>Responsabilidad de la persona para tomar sus propias decisiones.</p> <p>Asesoramiento para el cambio, que recibe el individuo a través del profesional.</p> <p>Menú de opciones de afrontamiento que reciben los participantes.</p> <p>Empatía en el asesoramiento.</p> <p>Self-efficacy o Autoeficacia o empoderamiento optimista, que se produce en la persona.</p>
<p>Vídeo sobre intervenciones breves y cribado de RAO</p>	<p>Este vídeo en línea muestra la interacción con un paciente en el curso de una intervención breve.</p> <p>Available from: https://www.youtube.com/watch?v=OpwkG2BXvuY&feature=youtu.be</p>
<p>Técnicas de comunicación</p> <p><i>Fuente:</i> The Jean Tweed Centre. (2013). <i>Trauma matters: Guidelines for trauma-informed practices in women's substance use services</i>. Toronto: Author.</p>	<p>La guía <i>Trauma Matters</i> [El trauma importa] señala algunas técnicas de comunicación claves para poner en práctica las intervenciones breves de forma específicamente orientada al trauma:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ mostrar empatía y respeto; ■ hablar abiertamente; ■ ser consciente de uno mismo, incluidos el lenguaje corporal y las expresiones faciales; ■ sentirse cómodos con lo desconocido; ■ mantener la calma y mostrar equilibrio emocional; ■ mostrar verdadero interés por ser un buen oyente.
<p>Guías para el manejo de trastornos específicamente relacionados con el estrés</p> <p><i>Fuente:</i> WHO. (2013). <i>Guidelines for the management of conditions specifically related to stress</i>. Geneva, Switzerland: Author.</p>	<p>La recomendación tiene el respaldo de esta guía de la OMS de calidad moderada que también recomienda la intervención psicológica temprana (incluida la intervención breve) en el primer mes tras un hecho potencialmente traumático en adultos con síntomas de estrés postraumático agudo y dificultades en el funcionamiento diario.</p> <p>Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf?ua=1</p>

RECOMENDACIÓN 1.2:

Dar apoyo a las personas que atraviesan una crisis para que participen de forma constructiva y segura en un proceso de análisis del estrés provocado por incidentes críticos dentro de las primeras 24-72 posteriores a la crisis con objeto de reducir la angustia y mejorar la salud mental.

Principios basados en la atención al trauma: Empoderamiento, voz y posibilidad de elección.

Nivel de evidencia para el resumen: Ib y V

Calidad de evidencia para el resumen: Moderada = 1 estudio

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

El análisis del estrés provocado por incidentes críticos^G (CISD o critical incident stress debriefing, por sus siglas en inglés) es un método de intervención a corto plazo en caso de crisis para reducir la angustia y mejorar la salud mental de las personas que atraviesan una crisis (Li & Xu, 2012). Sus objetivos son mitigar el impacto del incidente, facilitar los procesos de recuperación y restaurar las funciones adaptativas. El análisis del estrés provocado por incidentes críticos se ha asociado a una reducción de la angustia psicológica y de los síntomas psicológicos negativos, como la somatización (ansiedad respecto a síntomas físicos), comportamiento obsesivo-compulsivo, depresión y ansiedad entre los familiares que vivieron una crisis al ver cómo un ser querido quedaba en estado vegetativo (Li & Xu, 2012). Se ha demostrado que este tipo de análisis es reproducible, fácil de implantar y rentable para reducir la angustia psicológica y la percepción del estrés (Li & Xu, 2012). No se han encontrado estudios que comparen el análisis del estrés provocado por incidentes críticos con otros planteamientos. Es necesario contar con más investigación para determinar si el análisis del estrés provocado por incidentes críticos es más efectivo que otras formas de intervención psicológica (Li & Xu, 2012).

El panel de expertos de RNAO y la literatura sugieren que debe ser un profesional sanitario quien facilite este tipo de análisis y que éste debe ofrecerse dentro de las primeras 24 a 72 horas posteriores al incidente (Li & Xu, 2012). El análisis del estrés provocado por incidentes críticos se desarrolla típicamente como una sesión breve que puede durar de una a cinco horas, de manera individual o con un grupo de intervención (Li & Xu, 2012). Para más información sobre el análisis del estrés provocado por incidentes críticos como proceso, véase la **Tabla 7**.

Beneficios y Daños

El panel de expertos de RNAO señala que el análisis de una situación de crisis puede desencadenar resultados emocionales negativos e impedir temporalmente a la persona volver a su estado previo a la crisis. Cuando esto suceda, los profesionales sanitarios deben preguntar a la persona si desea interrumpir la intervención. Antes de emplear este planteamiento, se recomienda evaluar si este tipo de análisis es recomendable en función de la situación de la persona, sopesando los beneficios y los daños que pueden derivarse del mismo.

Valores y Preferencias

La literatura demuestra que los trabajadores sociales que experimentan un incidente crítico^G en el trabajo consideraban que el análisis del estrés provocado por incidentes críticos es fundamental para la curación de la persona (Pack, 2012). En la literatura además se observa un respaldo generalizado al uso de un modelo general de manejo del estrés postraumático provocado por incidentes críticos (critical incident stress management o CISM, por sus siglas en inglés), que incluye el análisis del estrés (CISD) junto con otros elementos, como el apoyo de los pares (Pack, 2012). Para más información sobre los pasos del manejo (CISM), véase el **Anexo L**.

El panel de expertos subraya que el proceso para implantar el análisis del estrés provocado por incidentes críticos es flexible (esto es, puede utilizarse en forma de terapia narrativa). Además, el análisis del estrés provocado por incidentes críticos requiere una formación especializada, por lo que las enfermeras deben adquirir la formación y las competencias necesarias antes de incorporar este tipo de intervenciones a su práctica clínica.

Tabla 7: Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN / EXTRACTO
<p>Artículo seminal que describe como proceso el análisis del estrés provocado por incidentes críticos</p> <p><i>Fuente:</i> Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes . . . the critical incident stress debriefing process. <i>JEMS: A Journal of Emergency Medical Services</i>, 8(1), 36–39.</p>	<p>El artículo describe los aspectos básicos del análisis del estrés provocado por incidentes críticos, incluyendo cómo debe aplicarse en combinación con otras intervenciones de crisis, formación y servicios de apoyo, como por ejemplo la derivación a otros profesionales sanitarios, en caso necesario.</p> <p>En el Anexo E se puede consultar una perspectiva general de las siete fases del análisis del estrés provocado por incidentes críticos que emplean los profesionales.</p>
<p>Justice Institute of British Columbia</p> <p><i>Fuente:</i> Justice Institute of British Columbia. (2016). <i>Programs & courses</i>. Retrieved from http://www.jibc.ca/programs-courses</p>	<p>Ejemplo de una organización canadiense que ofrece formación y certificación sobre análisis del estrés provocado por incidentes críticos.</p> <p>Available from: http://www.jibc.ca/programs-courses</p>

RECOMENDACIÓN 1.3:

Crear planes de crisis en colaboración con las personas que atraviesan una crisis, empleando enfoques basados en las fortalezas personales.

Principios basados en la atención al trauma: Seguridad; Colaboración y reciprocidad; Empoderamiento, voz y posibilidad de elección.

Nivel de evidencia para el resumen: Ib y IV

Calidad de evidencia para el resumen: Alta = 1 estudio; Moderada = 3 estudios

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

La creación de planes de crisis^G (también conocidos como “planes de seguridad”) en colaboración con personas que pasan por una situación de crisis es efectiva de cara a proporcionar seguridad, abordar los miedos, identificar los mecanismos de afrontamiento y reducir las tasas de ingresos involuntarios (Ruchlewska et al., 2014; Tetterton & Farnsworth, 2011). Los estudios remarcan que es importante que los profesionales de cuidados trabajen en colaboración con las personas para crear conjuntamente planes de crisis e implicarse en el establecimiento de metas futuras, ya que así se empodera a la persona y se propicia su implicación activa, lo que refleja los principios de los enfoques basados en la atención específica al trauma (Gudde et al., 2013; Hootz, Mykot, & Fauchoux, 2016; Tetterton & Farnsworth, 2011). Otras evidencias sugieren que la planificación colaborativa de crisis puede hacer disminuir los ingresos no voluntarios, las visitas y los ingresos de urgencia, las visitas ambulatorias de urgencia y el tratamiento involuntario (Ruchlewska et al., 2014). Es fundamental establecer planes de crisis durante el primer contacto (es decir, durante la primera cita o el primer

contacto con el servicio de urgencias), ya que la persona que atraviesa una crisis puede tener la capacidad o la opción para un seguimiento debido a sus circunstancias personales (p. ej., las mujeres que sufran violencia en la pareja^G pueden tener dificultades para acceder a asistencia de forma segura) (Tetterton & Farnsworth, 2011). El plan de crisis debe identificar los objetivos, fortalezas y barreras de la persona para alcanzar sus metas, así como los detonantes o las señales de alarma que contribuyen a la aparición de un episodio de crisis y sus mecanismos para hacerle frente; también debe identificar cuándo y dónde la persona requiere apoyo personal y profesional (Tetterton & Farnsworth, 2011). Otros detalles del plan de crisis pueden variar y vendrán determinados por las necesidades de la persona.

Los estudios demuestran la importancia y el impacto del uso por los profesionales de enfoques basados en las fortalezas de la persona para la planificación de sus cuidados (Gudde et al., 2013; Hootz et al., 2016; Powell & Leytham, 2014). Este tipo de enfoques permite implicarse activamente en los cuidados y hace posible aprender nuevos métodos de afrontamiento y manejo de situaciones difíciles que puedan conducir a una crisis, con lo que se construye la resiliencia (Hootz et al., 2016). Los planteamientos basados en las fortalezas emplean el trabajo y las fortalezas de la persona para reducir sus vulnerabilidades, alcanzar niveles óptimos de independencia y promover unos estilos de vida más saludables (Hootz et al., 2016). En estos modelos, se anima a las personas a utilizar sus propias fortalezas y las dificultades por las que atraviesan con el fin de avanzar hacia una mayor estabilidad e independencia en los problemas a los que se enfrentan (Hootz et al., 2016).

Beneficios y Daños

Además de los beneficios que ofrece crear planes de crisis tal y como se indica en el Resumen de evidencia, los profesionales sanitarios pueden entender la situación única de la persona, evaluar de forma más efectiva sus riesgos y ofrecer intervenciones tempranas para prevenir futuras crisis (Tetterton & Farnsworth, 2011). El daño potencial puede ser un estado de ansiedad en quien sufre una crisis derivado de no poder satisfacer las expectativas recogidas en el plan de crisis.

Valores y Preferencias

Entre las personas que han vivido una crisis, las preferencias en cuanto a planificación y definición de objetivos son, entre otras:

- la necesidad de empoderamiento y participación activa en las medidas de autoprotección;
- la importancia de identificar las fortalezas y los mecanismos actuales de afrontamiento, y de incrementar sus recursos con estrategias positivas;
- el deseo de conocer a proveedores familiares y de confianza que sepan lo que la persona necesita en períodos de crisis;
- la necesidad de que se le tome en serio;
- la importancia de crear objetivos para el cambio y la recuperación, en lugar de centrarse en la enfermedad y los diagnósticos (Gudde et al., 2013; Tetterton & Farnsworth, 2011).

El panel de expertos de RNAO atribuyó un gran valor a las siguientes áreas para fomentar el compromiso con las personas en crisis y la implantación de la recomendación:

- se debe valorar y evaluar conjuntamente con la persona el plan de crisis y los objetivos en cada visita clínica como parte de un proceso continuado;
- los planes de crisis se deben orientar según los deseos de la persona que sufre la crisis y deben plasmarse por escrito con sus propias palabras para fomentar el compromiso de la persona con la ejecución de los planes; y
- los profesionales deben explorar los factores contribuyentes o los potenciales desencadenantes de crisis durante la valoración y deben aplicar las fortalezas de las personas en el desarrollo de planes de crisis individualizados. Por ejemplo, una persona puede identificar las estrategias que la tranquilizan en colaboración con el profesional para reconocer los desencadenantes del trauma.

La creación de un plan de crisis en colaboración con la persona no es una labor exclusiva de profesionales sanitarios, los miembros del equipo interprofesional pueden adaptarlo según proceda.

Tabla 8: Recursos de apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN / EXTRACTO
<p>Cuestiones prácticas para orientar el cuidado basado en las fortalezas de la persona</p> <p><i>Fuente:</i> Poole, N., Urquhart, C., Jasiura, F., Smylie, D., & Schmidt, R. (2013). <i>Trauma- informed practice guide</i>. Retrieved from http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf</p>	<p>Estas preguntas prácticas pueden ser de utilidad para los profesionales con el fin de orientar un plan de crisis en función de los puntos fuertes de la persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Cómo ha logrado superar los momentos difíciles a lo largo de su vida? ■ ¿Cuáles son sus puntos de apoyo? ■ ¿De dónde proceden sus fortalezas? ■ ¿Cuáles son sus puntos fuertes según sus mejores amigos? ■ ¿Qué le impulsa a seguir? ¿Qué espera del futuro? ¿Cuáles son sus intereses o pasiones? ¿Qué está haciendo ya para cuidarse usted mismo?
<p>Expresiones explícitas de colaboración y elección</p> <p><i>Fuente:</i> Poole, N., Urquhart, C., Jasiura, F., Smylie, D., & Schmidt, R. (2013). <i>Trauma- informed practice guide</i>. Retrieved from http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf</p>	<p>Los profesionales asistenciales emplean estas expresiones o afirmaciones para propiciar la colaboración y ayudar a la persona que experimenta la crisis a tomar decisiones prácticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Me gustaría entender su perspectiva. ■ Vamos a mirarlo juntos. ■ Vamos a definir el plan que le vaya mejor a usted. ■ ¿Qué es lo más importante para usted con lo que deberíamos empezar? ■ Es importante que dé su punto de vista en cada uno de los pasos. ■ Esto puede funcionarle o no; es usted quien mejor se conoce. ■ Indíqueme por favor si necesita hacer una pausa en cualquier momento o si hay algo que le incomoda.
<p>Plantilla para el plan de crisis</p>	<p>El Anexo F ofrece un ejemplo de plantilla de plan de crisis que trata de captar la perspectiva de la persona que ha experimentado la crisis.</p>

RECOMENDACIÓN 1.4:

Facilitar el acceso a las personas que atraviesan una crisis a los recursos de apoyo comunitario (como visitas externas y equipos móviles de crisis), así como a los profesionales sanitarios, trabajadores de ayuda mutua, y servicios de salud mental y consumo de sustancias más adecuados.

Principios basados en la atención al trauma: Seguridad; Confianza y transparencia; Colaboración y reciprocidad.

Nivel de evidencia para el resumen: Ib, IV, y V

Calidad de evidencia para el resumen: Alta = 1 estudio; Moderada = 3 estudios

Discusión de la evidencia:

Resumen de Evidencia

El acceso a recursos de apoyo comunitarios (ya sea mediante visitas externas, ya sea a través de equipos móviles de respuesta ante crisis) se ha asociado a mejores resultados en salud. La evidencia demuestra que las visitas externas tempranas se asocian a un acceso posterior a los profesionales sanitarios (Boudreaux et al., 2015; Haga, S tene, Wentzel-Larsen, Thoresen, & Dyb, 2015). El acceso a visitas externas mejoró la adherencia en las citas de seguimiento con médicos de familia o profesionales clínicos de salud mental, y redujo las visitas innecesarias a los servicios de urgencias por crisis psiquiátricas (Boudreaux et al., 2015; Haga et al., 2015).

Los equipos móviles de crisis (también conocidos como equipos de gestión de crisis⁶) suelen componerse de distintos tipos de profesionales que ofrecen asistencia interprofesional. La evidencia demuestra que los equipos específicamente compuestos por profesionales de salud mental y agentes de policía ofrecen mayor implicación y apoyo en periodos de tiempo cortos, y que son capaces de transmitir información a los servicios hospitalarios de forma eficiente y fluida (Evangelista et al., 2016). Los equipos móviles de crisis han demostrado un alto grado de satisfacción entre las personas que atraviesan una crisis gracias a su interdisciplinariedad (Evangelista et al., 2016). La presencia del profesional sanitario permitió una disminución efectiva de la tensión, la identificación de posibles señales de alerta y una comunicación comprensiva y empática; la presencia policial garantizó la seguridad física de la persona y al profesional sanitario (Evangelista et al., 2016). Entre las personas que colaboran en el ámbito comunitario también se puede incluir a los pares de apoyo: las visitas externas de éstos a padres y madres en momentos de duelo han demostrado influir en personas que se enfrentan a una situación de pérdida y a su proceso de recuperación (Aho, Tarkka, Åstedt-Kurki, Sorvari, & Kaunonen, 2011). El panel de expertos de RNAO recomienda que los profesionales faciliten el acceso no solo a los recursos de apoyo externos comunitarios, sino también a otros servicios sanitarios y de salud mental y adicciones, si es necesario.

Beneficios y Daños

Además de los beneficios que ofrecen los equipos externos, tal y como se señala en el Resumen de evidencia, dichos equipos también pueden contribuir a reducir las visitas al servicio de urgencias por crisis psiquiátricas (Boudreaux et al., 2015). En la literatura no se han señalado efectos adversos o daños, aunque el panel de expertos señala que la presencia policial puede provocar sentimientos negativos en algunas personas debido a sus percepciones o experiencias pasadas con intervención policial.

Valores y Preferencias

Las personas atendidas por equipos móviles de crisis describieron su actuación como valiosa, flexible, efectiva y sensible a sus necesidades (Evangelista et al., 2016; Gudde et al., 2013). En este sentido, las personas reclaman más coherencia, continuidad de los servicios y disponibilidad de los mismos (las personas señalaron que las horas de actuación de estos equipos son limitadas) (Gudde et al., 2013). Por último, se valoró el contacto con profesionales que resultan familiares y de confianza, y que sabían lo que la persona necesita en un periodo de crisis (Gudde et al., 2013).

El panel de expertos recomendó que quienes prestan cuidados y trabajan en servicios de apoyo comunitarios aprendan sobre el impacto del trauma en casos de crisis y empleen un enfoque basado en la atención específica al trauma. También deben mantener una relación/asociación activa con pares de apoyo, servicios de salud mental y adicciones. El panel de expertos también destaca que debe ser posible derivar a las personas a servicios externos, sabiendo que su acceso o uso puede no producirse hasta que la persona esté preparada, ya que cada persona experimenta la crisis de manera diferente y puede tener diferentes capacidades y estrategias para hacer frente a la situación, y que las necesidades subyacentes de salud mental a menudo justifican el acceso a otros recursos (como la vivienda o el empleo).

Tabla 9: Recursos de apoyo

RECURSOS	DESCRIPCIÓN / EXTRACTO
Recursos comunitarios para personas en situación de crisis	El Anexo G señala algunos servicios comunitarios y hospitalarios dirigidos por pares y servicios de salud mental y adicciones a los que los profesionales pueden derivar a personas en situación de crisis.

RECOMENDACIÓN 1.5:

Involucrar a pares con formación en enfoques basados en la evidencia, como la primera ayuda psicológica, para reconfortar y dar apoyo a quienes atraviesan una crisis.

Principios basados en la atención al trauma: Apoyo entre pares

Nivel de evidencia para el resumen: Ia, Ib, y V

Calidad de evidencia para el resumen: Alta = 2 estudios; Moderada = 2 estudios

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

El apoyo de los pares^G resulta efectivo para las personas que han sufrido una crisis. Las investigaciones sobre padres y madres en momentos de duelo señalan que el apoyo de los pares es positivo para afrontar la pérdida así como para su recuperación y crecimiento personal (Aho et al., 2011; Paton et al., 2016). El apoyo entre pares se ha asociado a mejoras en la recuperación autoevaluada y en la disfunción funcional, una mayor probabilidad de contactar con atención sanitaria y otros servicios y apoyos, y a mayor satisfacción con los cuidados recibidos (Paton et al., 2016). Aunque Paton et al. (2016) han identificado evidencia de baja calidad en su revisión sistemática, el panel de expertos de RNAO apoya firmemente la capacitación de trabajadores de apoyo entre pares como intervención efectiva dentro de la planificación de la atención holística para brindar consuelo y apoyo a la recuperación.

Se recomienda que los trabajadores de apoyo entre pares cuenten con formación en primera ayuda psicológica^G (o primeros auxilios de salud mental). La primera ayuda psicológica proporciona habilidades para escuchar, consolar y ayudar a las personas a conectar con los demás, y a proporcionar información y apoyo práctico para abordar las necesidades básicas (Dieljtjens, Moonens, Praet, Buck, & Vandekerckhove, 2014; Fox et al., 2012). Si bien esta primera ayuda psicológica tiene un uso internacional, la investigación muestra resultados contradictorios en cuanto a su efectividad (Dieljtjens et al., 2014; Fox et al., 2012). Los expertos sostienen que la primera ayuda psicológica resulta beneficiosa y constituye una intervención aceptable que pueden proporcionar los trabajadores de apoyo entre pares, pero la literatura también advierte que debido a que no implican capacitación para el tratamiento de problemas de salud mental o

enfermedades mentales^G, estas intervenciones deben seguir siendo responsabilidad de profesionales de salud mental capacitados (Fox et al., 2012). Otros enfoques de capacitación que no se encuentran en la revisión sistemática pueden ser valiosos para los trabajadores de apoyo entre pares. Independientemente del enfoque, se debe emplear un proceso de formación basado en la evidencia.

Beneficios y Daños

Los trabajadores de apoyo entre pares formados en primera ayuda psicológica solo deben ofrecer su ayuda para prestar cuidados básicos y dar confort y apoyo a las personas que sufren una crisis. Si se sobrepasan estos límites, se puede ocasionar un daño evidente a las personas que atraviesan una crisis. Las organizaciones deben diferenciar las funciones y desarrollar políticas que favorezcan la distinción entre roles (Fox et al., 2012).

Valores y Preferencias

El apoyo entre pares es una opción popular entre las personas que experimentan una crisis, y muchos prefieren el apoyo temprano entre pares después de una crisis, y reclaman que dicha opción esté más disponible; otros, sin embargo, prefieren continuar el contacto con estos trabajadores de apoyo después de establecer una relación y recibir apoyo (Aho et al., 2011; Paton et al., 2016).

Tabla 10: Recursos de apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN / EXTRACTO
Organizaciones de apoyo entre pares	El Anexo H señala algunas organizaciones que ofrecen apoyo entre pares en casos de crisis.
Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo <i>Fuente: WHO et al. (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. Geneva: Author.</i>	La guía aborda la primera ayuda psicológica y está escrita para personas en situación de ayudar a otros que han pasado por un episodio especialmente alarmante. Ofrece un marco de trabajo para ayudar a estas personas de forma que se respete su dignidad, cultura y capacidades. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/
En defensa del apoyo entre pares: Informe al comité del proyecto de apoyo entre pares de la Comisión de Salud Mental de Canadá <i>Fuente: Cyr, C., Mckee, H., O'Hagan, M., & Priest, R. (2016). Making the case for peer support: Report to the peer support project committee of Mental Health Commission of Canada. Retrieved from https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-07/MHCC_Making_the_Case_for_Peer_Support_2016_Eng.pdf</i>	El informe aboga por el apoyo entre pares como servicio básico disponible para todos. Available from: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-07/MHCC_Making_the_Case_for_Peer_Support_2016_Eng.pdf

RECURSO	DESCRIPCIÓN / EXTRACTO
<p>Ontario Peer Development Initiative [Iniciativa de Desarrollo entre Pares de Ontario]</p>	<p>Esta iniciativa constituye una institución que representa a varias organizaciones. De ella forman parte diversas iniciativas de usuarios/supervivientes de salud mental y organizaciones de apoyo entre pares de todo Ontario. Estas organizaciones están dirigidas por y para personas que han pasado por un problema de salud mental o adicción.</p> <p>http://www.opdi.org/</p> <p>(416) 484-8785</p>

RECOMENDACIÓN 1.6:

Fomentar el uso de soluciones basadas en las tecnologías de la información y la comunicación para las personas en riesgo o que sufren una crisis, como forma de acceso a:

- valoración de urgencia, triaje y apoyo;
- psicoeducación y/o habilidades y herramientas de uso en línea para apoyar el afrontamiento y el automanejo.

Principios basados en la atención al trauma: Seguridad; Empoderamiento, voz y posibilidad de elección.

Nivel de evidencia para el resumen: Ia, Ib, y IV

Calidad de evidencia para el resumen: Alta = 1 estudio; Moderada = 4 estudios; Baja = 1 estudio

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

A. Valoración de urgencia, triaje y apoyo

El acceso y el uso de soluciones basadas en las telecomunicaciones (p. ej., teléfonos de ayuda comunitarios) y las TIC (p. ej., servicios por Internet y aplicaciones móviles) han demostrado ser de ayuda para las personas que sufren un episodio de crisis. Los recursos telefónicos ayudan a minimizar el daño a personas que atraviesan una crisis, a reducir los síntomas de estrés postraumático y a mejorar su funcionalidad (Gelkopf, Haimov, & Lapid, 2015; Paton et al., 2016). El soporte telefónico (p. ej., las líneas de ayuda 24 horas) cuenta en plantilla con especialistas capacitados profesionalmente que hacen el triaje de quienes llaman, para brindarles apoyo, ofrecerles estrategias y proporcionales información sobre servicios comunitarios, como el acceso rápido a programas de intervención en casos de crisis y/o servicios de urgencias (Chavan, Garg, & Bhargava, 2012; Paton et al., 2016). Los programas de ayuda basados en Internet resultan efectivos para mejorar el acceso inmediato a triaje, valoración, tratamiento guiado por terapeutas y derivación a servicios de urgencias o de salud mental locales (Nielssen et al., 2015).

Las soluciones basadas en las TIC (incluidos los servicios telefónicos y por Internet) pueden brindar distintos servicios de apoyo a las personas en crisis, como por ejemplo, la realización de un examen de salud mental o una valoración de riesgos, el desarrollo de planes de seguridad o planes de cuidados, la provisión de intervenciones breves para evitar situaciones de crisis o el planteamiento de posteriores derivaciones o apoyos (Chavan et al., 2012; Nielssen et al., 2015; Paton et al., 2016). Las líneas telefónicas de apoyo han demostrado ser efectivas para disminuir tanto el número de intentos de suicidio como los problemas que afectan al funcionamiento diario de las personas (Chavan et al., 2012).

B. Psicoeducación y/o habilidades y herramientas de uso en línea para apoyar el afrontamiento y el automanejo

Las soluciones basadas en las TIC (como servicios por internet y aplicaciones móviles) demuestran ser efectivas para ofrecer psicoeducación y reforzar las capacidades de la persona en crisis para afrontar y manejar por sí misma la situación (da Silva et al., 2015; Miner et al., 2016; Wang, Wang, & Maercker, 2013). La literatura se muestra favorable al uso de recursos de psicoeducación y desarrollo de habilidades basados en Internet por su efectividad en el corto plazo para reducir los síntomas del trastorno por estrés postraumático, los cambios cognitivos postraumáticos, las deficiencias funcionales y la depresión (Wang et al., 2013). El uso de la aplicación móvil PTSD Coach, que ofrece psicoeducación y ayuda para el automanejo, se reveló útil en cuanto que las personas que la usaron adquirieron nuevas competencias y emplearon herramientas para manejar sus síntomas y emociones; dicha aplicación demostró tener un efecto significativo en la reducción de síntomas desde la valoración basal o de referencia hasta la de seguimiento (Miner et al., 2016). Además, se evidenció una reducción en los cambios cognitivos postraumáticos, las deficiencias funcionales y la depresión (Miner et al., 2016).

Apenas existe evidencia que analice la efectividad de los mensajes de texto entre la persona y el profesional asistencial en el contexto de los servicios de crisis. Hasta la fecha, los estudios no han mostrado mejorías en los resultados en salud cuando se han aplicado intervenciones a través de mensajes de texto, aunque sí se registró una reacción positiva de participantes y terapeutas (Furber, Jones, Healey, & Bidargaddi, 2014). Por ello, se deben usar con precaución las tecnologías que usan mensajes de texto o SMS.

Beneficios y Daños

Algunos beneficios adicionales del uso de soluciones basadas en las TIC para personas en riesgo de crisis o en situación de crisis son el trabajo con los medios de comunicación para evitar el sensacionalismo de las crisis (p. ej., desastres naturales o suicidios colectivos) entre el público en general (Chavan et al., 2012). Ello también permite coordinarse con la policía en zonas de alto riesgo para ofrecer vigilancia y apoyo continuados y crear campañas de sensibilización dirigidas al público mayoritario (p. ej., crear conciencia sobre los signos y síntomas de la crisis, y crear mensajes de identificación temprana y campañas en los medios de comunicación para ayudar a dar a conocer los servicios telefónicos) (Chavan et al., 2012). Las soluciones basadas en las TIC también ofrecen la ventaja de disminuir la estigmatización para la persona que busca ayuda, son más rentables, requieren menos tiempo, no se limitan a horarios laborables ni a determinadas zonas geográficas y mantienen mejor la confidencialidad de la persona (Chavan et al., 2012; da Silva et al., 2015; Nielssen et al., 2015)

La bibliografía ha demostrado que las soluciones basadas en las TIC utilizadas como parte de la psicoeducación y/o el desarrollo de aptitudes pueden ser perjudiciales para quienes viven en zonas geográficamente remotas o aisladas (como regiones rurales y remotas o las zonas donde las telecomunicaciones son inoperantes o limitadas) cuando estas personas necesitan un tratamiento personal urgente después de un conflicto o de una catástrofe, pero se encuentran a cierta distancia de sus proveedores de atención (da Silva et al., 2015; Wang et al., 2013). Así, los profesionales sanitarios y demás miembros del equipo interprofesional deben ser conscientes de que estas estrategias no constituyen una forma de tratamiento por sí mismas y no pueden sustituir las intervenciones presenciales, sino que simplemente pueden ser un primer paso para el acceso al sistema sanitario (da Silva et al., 2015).

Valores y Preferencias

El panel de expertos atribuyó un gran valor a las siguientes áreas para fomentar el compromiso con las personas en crisis y la implantación de la recomendación:

- Los profesionales deben comprender las preferencias, las capacidades de tratamiento y el acceso del paciente a las

TIC. Es posible que no sea adecuado emplear intervenciones basadas en la tecnología con ciertas personas, por no sentirse cómodas o carecer de habilidades para el uso de tecnologías, no tener acceso a dichas tecnologías o verse limitadas por su estatus socio económico.

- Los profesionales sanitarios deben familiarizarse con las soluciones basadas en las TIC y con los recursos de que dispongan en sus comunidades locales para ofrecer una atención óptima. Se espera que usen su juicio crítico para asegurar que los recursos y/o referencias recomendados estén actualizados y basados en la evidencia. Estos servicios deben ponerse a disposición de los familiares y amigos que apoyan a las personas en crisis para prevenir traumas indirectos y proporcionar apoyo de seguimiento.

Tabla 11: Recursos de apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN / EXTRACTO
Recursos Basados en las Telecomunicaciones y la Tecnología	El Anexo I recoge una lista de recursos basados en las TIC (como teléfonos comunitarios, servicios de Internet y aplicaciones móviles) a los que puede acceder la persona en situación de crisis.



PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Nº 2:

¿Qué intervenciones efectivas basadas en la atención específica al trauma pueden utilizar las enfermeras y los equipos interprofesionales para mitigar o prevenir futuras crisis en personas adultas?

RECOMENDACIÓN 2.1:

En colaboración con la persona, y siempre que sea necesario, ofrecer o derivar a servicios o recursos de apoyo adicional o continuado.

Principios basados en la atención al trauma: Seguridad; Empoderamiento, voz y posibilidad de elección; Aspectos culturales, históricos y de género; Colaboración y reciprocidad.

Nivel de evidencia para el resumen: la

Calidad de evidencia para el resumen: Alta = 1 estudio

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

El acceso a recursos de apoyo de larga duración puede ser efectivo para promover la recuperación y prevenir crisis futuras (Paton et al., 2016). Las intervenciones a largo plazo son beneficiosas cuando la crisis se ha estabilizado, lo que puede suceder en las primeras cuatro semanas o incluso más tarde. Las intervenciones farmacológicas (como el uso de ansiolíticos, antidepresivos o antipsicóticos) han demostrado su efectividad para el manejo de crisis a corto y a largo plazo (Paton et al., 2016). Otra información adicional sobre farmacología está fuera del alcance de esta Guía.

Las intervenciones no farmacológicas con distintos grados de efectividad son: intervenciones de atención específica al trauma (tratamiento de sus consecuencias), psicoterapia (terapia cognitivo-conductual y otras modalidades), terapia de grupo, soluciones basadas en la tecnología y terapias complementarias^G. Los objetivos de estas intervenciones varían desde la creación/el fortalecimiento de capacidades para reducir o manejar situaciones de estrés hasta la prevención del trastorno por estrés postraumático y el tratamiento de los síntomas y las consecuencias de la crisis. Estas intervenciones pueden desarrollarse en diversos entornos, como hospitales y servicios comunitarios. La persona deberá decidir sobre si recurrir a estas intervenciones y si acceder a apoyos a largo plazo en colaboración con la enfermera o el profesional sanitario.

Las intervenciones más allá de las cuatro semanas posteriores a la crisis quedan fuera del ámbito de esta Guía. Para obtener más información e investigación de apoyo sobre intervenciones de atención específica al trauma, la psicoterapia, la terapia de grupo, las soluciones basadas en la tecnología y terapias complementarias tras la estabilización de la crisis, se puede consultar el [Anexo J](#).

Beneficios y Daños

Cuando se reciben servicios en las cuatro semanas posteriores a la crisis, se contribuye a mitigar crisis futuras y/u otros daños mentales y físicos asociados (Paton et al., 2016). La investigación demuestra que las personas que conviven con enfermedades mentales y que reciben intervenciones a largo plazo se recuperan de la crisis (Paton et al., 2016).

Valores y Preferencias

El panel de expertos de RNAO destaca que no todas las personas pueden necesitar acceder a apoyo a largo plazo, especialmente cuando han vuelto a su estado funcional previo a la crisis y han desarrollado resiliencia y nuevas habilidades saludables para hacer frente a las situaciones. El panel de expertos recomienda que los profesionales sanitarios tengan conocimiento de distintas intervenciones a largo plazo y faciliten las derivaciones teniendo en cuenta su efectividad y accesibilidad y las preferencias personales. El panel de expertos reconoce que los recursos de apoyo continuado no se limitan a las intervenciones mencionadas, sino que también existen otros servicios y apoyos específicos a los determinantes sociales de la salud, como la vivienda y el empleo, que pueden ser necesarios para abordar los factores subyacentes asociados a experiencias de crisis.



Recomendaciones para la Formación

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Nº 3:

¿Qué contenido y estrategias educativas son necesarios para formar a las enfermeras y al equipo interprofesional de forma efectiva en relación con los enfoques de atención específica al trauma y la crisis?

RECOMENDACIÓN 3.1:

Integrar formas de aprendizaje interactivo sobre enfoques de atención específica al trauma y de apoyo a las personas que atraviesan una crisis dentro de los planes de estudio de grado en enfermería y de los programas de atención sanitaria.

Principios basados en la atención al trauma: Todos los principios de atención específica al trauma.

Nivel de evidencia para el resumen: Ia y IIb

Calidad de evidencia para el resumen: Moderada = 2 estudios

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

Es fundamental que los profesionales de la salud aprendan y apliquen enfoques basados en la atención específica al trauma durante su formación inicial para asistir a personas que atraviesan una crisis; así se les facilitará la actualización e integración de estos conocimientos en su práctica diaria. La literatura indica que se debe tener en cuenta cómo se imparte la formación y qué modalidades de enseñanza interactiva resultan fundamentales y efectivas (Raja et al., 2015; Xie et al., 2015). Los métodos de enseñanza no tradicionales para estudiantes de ámbito sanitario resultaron más efectivos para aprender a valorar el estado de salud mental que los métodos más tradicionales a base de ponencias (Xie et al., 2015). Algunos de estos métodos no tradicionales eran películas, simulación, pacientes estandarizados, reflexión y debate (Xie et al., 2015; Raja et al., 2015).

Beneficios y Daños

En la literatura no se han identificado efectos perjudiciales para los estudiantes respecto a la integración de oportunidades de aprendizaje interactivo. En general, los beneficios de esta recomendación son favorables.

Valores y Preferencias

La evidencia sugiere que los estudiantes quieren tener interacción con simulaciones de pacientes y equipos de supervivientes, tutoriales en línea y sesiones de seguimiento sobre la atención específica al trauma (Raja et al., 2015). El panel de expertos de RNAO pone especial énfasis en que se debe enseñar a los estudiantes las habilidades necesarias, subrayando los principios basados en la atención al trauma y la sensibilización hacia el trauma^c, y que es preciso mostrarles enfoques basados en la evidencia sobre cómo relacionarse de forma terapéutica con la persona que atraviesa una crisis (p. ej., aprender cómo desarrollar intervenciones breves o prestar primera ayuda psicológica –también conocido como primeros auxilios de salud mental –). Asimismo, el panel de expertos destaca que la educación para el desarrollo de la práctica de atención específica al trauma y las crisis no se limita a los programas profesionales de nivel básico y que debe incluir formación de primera respuesta (como sucede con agentes de policía y bomberos).

Tabla 12: Recursos de apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN / EXTRACTO
<p>Formadores de enfermería: recursos sobre salud mental y adicciones</p> <p><i>Fuente:</i> Registered Nurses' Association of Ontario. (2016). <i>Nurse educator: Mental health and addiction resource</i>. Toronto, ON: Author.</p>	<p>El objetivo principal de este recurso es dar soporte a los educadores para integrar los conocimientos sobre salud mental y adicciones en los conocimientos y habilidades que integran los programas universitarios de enfermería.</p> <p>Available from: http://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/MHR_WEB_FINAL_0.pdf</p>
<p>Educación práctica enfermera</p> <p><i>Fuente:</i> Registered Nurses' Association of Ontario. (2016). <i>Practice education in nursing</i>. Toronto, ON: Author.</p>	<p>Esta Guía de buenas prácticas tiene por objeto promover y dar soporte a la aplicación del conocimiento por parte de los estudiantes de enfermería en distintos entornos clínicos de aprendizaje. Se ofrece información sobre cómo estructurar el aprendizaje interactivo (como simulación y práctica reflexiva).</p> <p>Available from: http://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/SHWE_Practice_Education_BPG_WEB_0.pdf</p>

RECOMENDACIÓN 3.2:

Participar en la formación continuada para mejorar los conocimientos y habilidades de apoyo a las personas en crisis a través de enfoques basados en la atención específica al trauma.

Principios basados en la atención al trauma: Todos los principios de atención específica al trauma.

Nivel de evidencia para el resumen: Ia, IIb y IV

Calidad de evidencia para el resumen: Alta = 1 estudio; Moderada = 5 estudios

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

Es fundamental que el equipo interprofesional reciba formación sobre enfoques basados en la atención específica al trauma e intervenciones en crisis. Es importante que se genere sensibilización hacia el trauma^G a través de la educación en todos los servicios sanitarios (agudos, atención comunitaria, etc.) entre todos los miembros del equipo interprofesional que tienen relación directa o indirecta con personas que han vivido una crisis (Poole et al., 2013), como puede ser el personal administrativo y de admisión que contactan con los pacientes por primera vez en un centro (Poole et al., 2013).

Las investigaciones demuestran que la formación continua a través de formación interna del personal redundará en beneficio de sus conocimientos (Choi & Seng, 2015; Everly, Lee McCabe, Semon, Thompson, & Links, 2014). Específicamente, la impartición de formación sobre primera ayuda psicológica dirigida a personal sanitario sin formación en salud

mental (como personal administrativo, gestores, profesionales sanitarios y voluntarios) mejoró su confianza en sí mismos (Everly et al., 2014), mientras que la formación sobre crisis en atención perinatal que se impartió al personal de un centro de atención perinatal (incluidos los profesionales de la salud, el personal administrativo y las doulas) mejoró las actitudes y las habilidades del personal (Choi & Seng, 2015). Los estudios sobre la formación de los profesionales sanitarios que trabajan con personas que se autolesionan hallaron aspectos positivos en cuanto a los conocimientos, competencias y actitudes que tenían respecto al suicidio (Paton et al., 2016). La formación de equipos de intervención de crisis^G dirigida a policías ayudó a mejorar sus conocimientos sobre las enfermedades mentales y a introducir cambios en sus percepciones y actitudes hacia quienes conviven con enfermedades mentales; también propició un uso más frecuente de las técnicas de desescalada y un menor uso de la fuerza (Canada, Angell, & Watson, 2012; Compton et al., 2014a; Ellis, 2014).

Beneficios y Daños

En la literatura no se identificaron efectos perjudiciales derivados de la formación continua del equipo interprofesional. En general, los beneficios de esta recomendación hacen que sea conveniente seguirla.

Valores y Preferencias

Algunos participantes señalaron como preferencias de formación una preparación más profunda e interprofesional en la que participaran tanto enfermeras como agentes de policía (ya que tenían una comprensión limitada de la cultura profesional de cada uno) (Choi & Seng, 2015; Kirst et al., 2015). El panel de expertos valora muy positivamente elementos como la participación de mentores/tutores (esto es, el aprendizaje de colegas mediante supervisión clínica^G y coaching) y la implicación de personas que hayan vivido estas experiencias, ya que así el entorno de aprendizaje resulta enriquecedor.

Tabla 13: Recursos de apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN / EXTRACTO
Recursos formativos sobre atención específica al trauma y la crisis	El Anexo K recoge algunas instituciones que ofrecen intervención en situaciones de crisis y capacitación práctica sobre atención al trauma, así como recursos orientados a un aprendizaje independiente.

Recomendaciones para el Sistema, la Organización y las Directrices

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN N° 4:

¿Qué apoyos a nivel de sistema y de organización precisan las enfermeras y el equipo interprofesional para implantar buenas prácticas de forma efectiva utilizando enfoques de atención específica al trauma para la gestión de crisis?

RECOMENDACIÓN 4.1:

Las organizaciones identifican e incorporan enfoques de atención específica al trauma directamente en sus políticas y procedimientos para favorecer:

- a) un marco de trabajo para los enfoques de intervención en casos de crisis y para la prestación de servicios
- b) un entorno de trabajo seguro y de apoyo para aquellos profesionales que han pasado por incidentes críticos.

Principios basados en la atención al trauma: Todos los principios de atención específica al trauma.

Nivel de evidencia para el resumen: IV y V

Calidad de evidencia para el resumen: Moderada = 3 estudios

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

A. Marco de trabajo para los enfoques de intervención en casos de crisis y para la prestación de servicios

La literatura demuestra que la salud y las preferencias de la persona se favorecen cuando las organizaciones integran los enfoques basados en la atención específica al trauma en sus políticas y prácticas (Hootz et al., 2016; Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015). Por ejemplo, la investigación indica que los servicios de atención al trauma que incluyen gestión de crisis basada en las fortalezas de la persona ayudan al individuo a desarrollar mejores mecanismos de autoayuda, así como a definir sus propios objetivos de vida independiente y a alcanzar una mayor autonomía (Hootz et al., 2016). Las personas que atraviesan una crisis valoran disponer de este tipo de estrategias basadas en sus fortalezas personales y poder involucrarse en la resolución de los problemas, y mostraron un gran interés en ser capaces de ayudarse a sí mismos (Gudde et al., 2013; Roller, 2012; Tetterton & Farnsworth, 2011). La relación de cooperación con los profesionales de la salud favoreció una experiencia de cuidado satisfactoria que respetó las opciones personales y creó seguridad (Roller, 2012; Tetterton & Farnsworth, 2011).

Las investigaciones que examinaron la violencia de género^G hallaron que las prácticas de atención específica al trauma mejoraban la calidad de la atención y la seguridad de las personas. No obstante, el efecto en los servicios de seguimiento tras la visita posterior al episodio agudo no fue claro (Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015). La investigación sobre la recogida de pruebas relativa a incidentes de crisis mostró que se debe obtener consentimiento explícito. Algunas personas declinaron dar su consentimiento sin más consideración y otras señalaron no querer exponerse a más sufrimiento y angustia por la recogida de pruebas (Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015). Es importante que las personas entiendan los beneficios y las limitaciones de la recogida de pruebas para apoyar los principios de seguridad y colaboración en la toma de decisiones basados en la atención al trauma (Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015).

B. Entorno de trabajo seguro y de respaldo para profesionales que hayan pasado por incidentes críticos

Es importante darse cuenta de que los profesionales sanitarios y los miembros del equipo interprofesional pueden pasar por situaciones traumáticas durante su vida profesional o personal. Los incidentes críticos^G en el trabajo (p. ej., ser testigo de una lesión grave de un compañero o la atención durante un accidente mortal) pueden provocar una notable angustia que afecte negativamente al rendimiento y bienestar mental del individuo. Las investigaciones indican que es importante incorporar principios basados en las fortalezas de la persona dentro de las políticas de manejo del estrés provocado por incidentes críticos (CISM) para trabajadores sociales (Pack, 2012). El manejo del estrés por incidentes críticos se centra en los servicios de apoyo, asistencia y seguimiento que se ponen a disposición de los implicados en el incidente crítico (Pack, 2012). El **Anexo L** reseña los componentes de un programa de manejo del estrés provocado por incidentes críticos. Si bien la literatura recoge evidencia para esta recomendación respecto a los trabajadores sociales, el panel de expertos reconoce la necesidad de que todos los miembros del equipo interprofesional susceptibles de verse involucrados en incidentes críticos dispongan de un entorno laboral en el que puedan sentirse seguros y respaldados.

Beneficios y Daños

En la literatura no se identificaron daños/perjuicios. En general, se considera apropiado el beneficio que ofrece la implantación en toda la organización de enfoques basados en la atención específica al trauma en intervenciones de crisis.

Valores y Preferencias

La supervisión clínica^G, por ejemplo, sirve para ofrecer un entorno laboral seguro y de respaldo a todos los profesionales sanitarios y en especial a aquellos que han vivido un episodio de crisis. La supervisión clínica es una parte esencial de las políticas integradas de manejo del estrés provocado por incidentes críticos, y la evidencia demuestra que los trabajadores sociales que han pasado por incidentes críticos en el trabajo valoraron tener un supervisor para ayudarles a ejercer una práctica reflexiva y crecer profesionalmente (Pack 2012). El panel de expertos reconoce que los entornos laborales que ofrecen seguridad y respaldo son importantes para los profesionales sanitarios que sufren un trauma vicario^G, lo que puede hacer disminuir la productividad, reducir la motivación y causar agotamiento. Por tanto, el panel de expertos valora mucho a los profesionales que participan en la supervisión clínica y las estrategias de autocuidado para promover el desarrollo del conocimiento, la introspección, el afrontamiento y la salud mental.

Tabla 14: Recursos de apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN / EXTRACTO
<p>Lista de verificación de la organización</p> <p><i>Fuente:</i> Poole, N., Urquhart, C., Jasiura, F., Smylie, D., & Schmidt, R. (2013). <i>Trauma-informed practice guide</i>. Retrieved from http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf</p>	<p>Este recurso contiene una lista de verificación en su página 45, para ayudar en la traslación de los principios basados en la atención al trauma a nivel organizativo.</p> <p>Available from: http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf</p>
<p>Autoevaluación de la organización</p> <p><i>Fuente:</i> Manitoba Trauma Information Centre. (2017). <i>Organizational self-assessment</i>. Retrieved from http://trauma-informed.ca/trauma-informed-organizationssystems/organizational-self-assessment/</p>	<p>Esta autoevaluación recoge los criterios de la organización para orientar las prácticas, las políticas y los requerimientos de los programas, las prácticas de contratación, los procedimientos y los procesos de evaluación y seguimiento relacionados con la atención específica al trauma.</p> <p>Available from: http://trauma-informed.ca/trauma-informed-organizationssystems/organizational-self-assessment/</p>

RECURSO	DESCRIPCIÓN / EXTRACTO
<p>Prevención y manejo de la violencia en el lugar de trabajo</p> <p><i>Fuente:</i> Registered Nurses' Association of Ontario. (2009). <i>Preventing and managing violence in the workplace</i>. Toronto, ON: Author.</p>	<p>Esta Guía de buenas prácticas de enfermería señala estrategias para planificar, implantar y evaluar los resultados relacionados con el reconocimiento y la evaluación del riesgo de violencia en el lugar de trabajo.</p> <p>Available from: http://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/Preventing_and_Managing_Violence_in_the_Workplace.pdf</p>
<p>Manual de supervisión clínica</p> <p><i>Fuente:</i> Centre for Addiction and Mental Health. (2008). <i>Clinical supervision handbook</i>. Toronto, ON: Author.</p>	<p>Guía para supervisores clínicos en el área de consumo de sustancias y salud mental que incluye marcos de trabajo y componentes de la supervisión clínica.</p> <p>Available from: https://www.yumpu.com/en/document/view/6331450/clinical-supervision-handbook-camh-knowledge-exchange-</p>
<p>Apoyo institucional para la supervisión clínica</p> <p><i>Fuente:</i> The Bouverie Centre. (2013). <i>Organizational support for clinical supervision</i>. Retrieved from http://www.clinicalsupervisionguidelines.com.au/role-of-the-organisation</p>	<p>Recurso de consulta en línea que muestra los pasos para construir un entorno de trabajo de supervisión clínica dentro de una organización.</p> <p>Available from: http://www.clinicalsupervisionguidelines.com.au/role-of-the-organisation</p>
<p>Kit de introducción al autocuidado</p> <p><i>Fuente:</i> University of Buffalo. (2017). <i>Our self-care starter kit</i>. Retrieved from http://socialwork.buffalo.edu/resources/self-care-starter-kit.html</p>	<p>Recurso en línea que ofrece herramientas para el desarrollo de un plan de autocuidado, la autovaloración de dicho autocuidado y otros ejercicios y actividades.</p> <p>Available from: http://socialwork.buffalo.edu/resources/self-care-starter-kit.html</p>
<p>Recursos de autocuidado</p> <p><i>Fuente:</i> Mindcheck.ca. (2017). <i>Stress self-care resources</i>. Retrieved from https://mindcheck.ca/stress/stress-self-care-resources</p>	<p>Recursos y herramientas en línea que pueden ayudar a crear las destrezas y desarrollar formas de manejar el estrés. Incluye aplicaciones (apps), actividades interactivas y hojas de ejercicios.</p> <p>Available from: https://mindcheck.ca/stress/stress-self-care-resources</p>

RECOMENDACIÓN 4.2:

Mejorar la colaboración entre sectores mediante la integración a nivel de sistema entre los sistemas de salud, los servicios sociales (p. ej., vivienda y empleo), los sistemas educativos, el sistema de justicia, los mediadores, las personas que han vivido experiencias análogas y las familias, a fin de mejorar la capacidad del sistema para responder de manera informada y específica al trauma a las personas que atraviesan una crisis.

Principios basados en la atención al trauma: Todos los principios de atención específica al trauma.

Nivel de evidencia para el resumen: V

Calidad de evidencia para el resumen: Panel de expertos con el apoyo de literatura gris y revisada por pares

Discusión y Resumen del Panel de Expertos:

El panel de expertos de RNAO recomienda que se integren a nivel de sistema distintos sectores de salud, servicios sociales (como oficinas de vivienda y empleo), de educación y de justicia para favorecer unos principios compartidos de atención específica al trauma. La integración del sistema hace referencia a un planteamiento formal coordinado para la planificación, la provisión de servicios y la gestión a nivel macro (Canadian Observatory on Homelessness, 2017). El objetivo de la integración del sistema es uniformizar los servicios, evitar duplicidades, mejorar el intercambio de información, aumentar la eficiencia (esto es, disminuir los tiempos de primera respuesta), ofrecer el mejor nivel de atención en respuesta a las necesidades de la persona y brindar una atención sin fisuras para las personas y las familias (Canadian Observatory on Homelessness, 2017; Durbin, Goering, Streiner, & Pink, 2006). Específicamente, la integración horizontal es un planteamiento centralizado de la planificación, la gestión y la prestación de servicios entre sectores que supone crear una red de organizaciones que ofrezca una continuidad de servicios coordinado a una población definida (Durbin et al., 2006).

Las personas que atraviesan una crisis acceden a diversos sectores (como los servicios sociales, incluidos centros para personas sin hogar y centros de crisis, o el sistema de justicia) en los que sus problemas subyacentes no se abordan de forma adecuada. El panel de expertos señala que con frecuencia los distintos sectores operan de forma independiente, sin comunicación entre sí, con fragmentación en los servicios e incoherencias en sus enfoques de intervención de crisis. Para la integración efectiva del sistema, es necesaria la participación y la colaboración activas de los representantes de estos sectores, incluyendo a personas que hayan vivido estas experiencias.

El panel de expertos recomienda contar con individuos que hayan pasado por estas experiencias para desarrollar la planificación y los procesos de integración de los enfoques de atención específica al trauma en todos los sectores. El panel de expertos señala, no obstante, que una mejora en los cuidados integrados no necesariamente redundará en unos servicios efectivos. Para mejorar la efectividad de las organizaciones, el panel resalta que las organizaciones independientes y los diferentes sectores deben centrarse en adoptar enfoques orientados a la atención específica al trauma. Por ejemplo, los flujos de trabajo deben basarse en la persona (esto es, la persona debe definir la situación de crisis/los planes de seguridad), y las prácticas deben basarse en la evidencia y en los resultados en salud. Para más información sobre cómo se pueden adoptar enfoques de atención específica al trauma a nivel organizativo, véase la **Recomendación 4.1**.

Beneficios y daños

El panel de expertos no señaló ningún daño o efecto perjudicial asociado a la recomendación. En general, sus beneficios hacen adecuada su implantación.

Valores y preferencias

El panel de expertos no señaló otros valores o preferencias.

Tabla 15: Recursos de apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN / EXTRACTO
<p>Manual de enfoque de sistemas: Valorar a las personas que han vivido estas experiencias</p> <p><i>Fuente:</i> Canadian Centre of Substance Abuse. (2013). <i>Systems approach workbook: Valuing people with lived experience</i>. Ottawa, ON: Author.</p>	<p>Informe que describe la importancia de las personas que han pasado por estas experiencias y cómo involucrarles en el cambio del sistema.</p> <p>Available from: http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/nts-systems-approach-lived-experience-2013-en.pdf</p>
<p>Patients Canada</p> <p><i>Fuente:</i> Patients Canada. (2014). <i>Patients Canada</i>. Retrieved from http://www.patientscanada.ca/</p>	<p>“Organización independiente de ámbito nacional que aboga por el cambio en el cuidado asistencial que es importante para los pacientes, con el compromiso de compartir las políticas de atención sanitaria y mejorar la prestación de servicios de salud en todos los niveles. Patients Canada ofrece varias vías para la participación de los pacientes, como la educación y la capacitación, y la colaboración con las partes interesadas en la atención sanitaria (incluidos los gobiernos, los profesionales de la salud y las organizaciones afines).”</p> <p>Available from: http://www.patientscanada.ca/</p>

RECOMENDACIÓN 4.3:

Las organizaciones sanitarias, los servicios sociales y las fuerzas del orden deben colaborar para garantizar que los servicios de intervención en crisis sean accesibles para aquellas personas que atraviesan una crisis mediante:

- a) equipos móviles de crisis
- b) visitas externas
- c) triaje telefónico y líneas telefónicas de ayuda

Principios basados en la atención al trauma: Colaboración y reciprocidad; Apoyo entre pares.

Nivel de evidencia para el resumen: Ia, IIb, Ib y IV

Calidad de evidencia para el resumen: Alta = 4 estudios; Moderada = 5 estudios

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

La literatura demuestra la efectividad de los recursos básicos necesarios en el sistema sanitario para dar soporte a las personas que atraviesan una crisis: es fundamental el acceso rápido y oportuno a servicios de intervención en crisis para ayudar a la persona a volver a su estado previo a la crisis. Ello incluye equipos móviles de crisis, visitas externas y triaje telefónico y líneas telefónicas de ayuda.

A. Equipos móviles de crisis

También conocidos como “equipos de resolución de crisis^{G2}”, se trata de equipos multidisciplinares que ofrecen servicios de urgencias rápidos y a corto plazo en el ámbito de la comunidad como alternativa al ingreso en un centro (Hasselberg, Grawe, Johnson, & Ruud, 2011a, 2011b). Los equipos móviles de crisis tienen por objeto reducir el uso de medidas coercitivas, colaborar con el sistema de salud mental y con las familias o redes de la persona, y derivar o poner en contacto con organismos comunitarios que ofrezcan apoyo continuado y a largo plazo (Hasselberg et al., 2011b).

Las investigaciones indican que los resultados generales en cuanto a gravedad de los síntomas y grado funcional de las personas que reciben apoyo de un equipo móvil de crisis es positivo (Hasselberg et al., 2011b). Las conclusiones han demostrado la efectividad de estos equipos móviles de crisis para evitar el ingreso de las personas en centros hospitalarios o entrar en el sistema de justicia penal, y para mejorar su acceso a servicios de vivienda, salud familiar u otros apoyos comunitarios (Evangelista et al., 2016; Kirst et al., 2015; McKenna, Furness, Oakes, & Brown, 2015). Además de participar en intervenciones domiciliarias (como suministro y administración de medicación a domicilio, ayuda práctica con las actividades de la vida diaria, apoyo a familias y cuidadores, diversas terapias interpersonales, planes de prevención de crisis y derivación a otros servicios), los equipos móviles de crisis se asociaron a una reducción sustancial de los ingresos hospitalarios en personas en crisis (Paton et al., 2016).

B. Visitas de extensión

Las visitas de extensión realizadas por el equipo de crisis multidisciplinar, las personas de contacto designadas y los trabajadores de apoyo entre pares ofrecen a las personas en crisis un apoyo efectivo. Al establecer las visitas de extensión se mejora el acceso a los servicios de seguimiento y de salud mental. Las investigaciones sobre programas de intervención temprana de extensión (p. ej., tras un episodio violento y como seguimiento a pacientes psiquiátricos en unidades de urgencias) hallaron un mayor índice de derivación y un mejor acceso a médicos generalistas y profesionales de salud mental (Boudreaux et al., 2015; Haga et al., 2015). Para aquellos padres que habían sufrido la pérdida de un hijo, las visitas de extensión redundaron en un mejor crecimiento personal y una reducción de la autculpa y la ira (Aho et al., 2011).

C. Triage telefónico y líneas telefónicas de ayuda

Estos recursos están diseñados para mejorar el acceso a servicios de ayuda de las personas que atraviesan una crisis. Las líneas de ayuda son con frecuencia el primer punto de comunicación para las personas en situación de crisis antes de la intervención de un equipo móvil de crisis. La investigación ha demostrado que las líneas telefónicas de ayuda de 24 horas para la prevención del suicidio mejoran el acceso a los servicios de salud más adecuados y reducen el número de suicidios (Chavan et al., 2012; Sands, Elsom, Keppich-Arnold, Henderson, & Thomas, 2016). Además, las personas han señalado que los servicios telefónicos 24 horas de triaje de salud mental salvan vidas ya que brindan apoyo inmediato y ofrecen intervenciones de crisis (Sands et al., 2016). La creación de líneas telefónicas de ayuda garantiza un apoyo fácil, accesible e inmediato.

Beneficios y Daños

En la literatura no se identificaron daños/perjuicios. En general, los beneficios de estos recursos son favorables.

Valores y Preferencias

Cuando se trabaja con equipos móviles de crisis, las personas que atravesaban una situación de crisis valoraron la accesibilidad de los servicios, la continuidad de los cuidados, el soporte de asesoramiento con tiempo suficiente para hablar y las intervenciones domiciliarias (Wheeler et al., 2015). Sin embargo, manifestaron que habrían deseado más coherencia y continuidad de los servicios que la recibida y mostraron inquietud por la limitación de las horas de actuación de los equipos móviles de crisis (Gudde et al., 2013). En cuanto al triaje telefónico, algunas personas señalaron que el hecho de que se les ofrecieran distintas opciones en el momento de la crisis no les resultó de ayuda, pues tomar decisiones en un momento así les resultaba difícil (Sands et al., 2016).

RECOMENDACIÓN 4.4:

Las fuerzas de seguridad adquieren una formación integral para casos de crisis:

- a) para mejorar la interacción de los agentes de policía con las personas en crisis, y
- b) para alentar a los agentes de policía a tomar decisiones informadas sobre cómo ayudar a las personas a acceder a los servicios apropiados.

Principios basados en la atención al trauma: Todos los principios de atención específica al trauma.

Nivel de evidencia para el resumen: Ia, IIb y IV

Calidad de evidencia para el resumen: Alta = 1 estudio; Moderada = 5 estudios

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

A. Mejorar la interacción de los agentes de policía con las personas en crisis

Es frecuente que las personas que pasan por un episodio de crisis tengan un primer contacto con agentes de las fuerzas de seguridad, ya sea de forma individual, ya sea como parte de un equipo móvil de crisis. Se ha demostrado que la formación para intervenciones en crisis^G dirigida a agentes de policía es efectiva, ya que ayuda a los agentes a valorar la posible existencia de problemas de salud mental o enfermedades mentales haciendo uso de la comunicación y las técnicas de desescalada (Ellis, 2014; Tyuse, 2012). Los objetivos de esta formación son, entre otros, mejorar la seguridad del agente y de la persona y redirigir a los individuos con enfermedades mentales del sistema judicial al sistema de salud (Dupont, Cochran, & Pilsbury, 2007).

Se ha demostrado que la formación en intervención en crisis para policías mejora los conocimientos sobre las enfermedades mentales y su tratamiento, disminuye el estigma hacia las personas que conviven con la enfermedad mental, mejora la autoeficacia para interactuar con las personas que experimentan psicosis o ideas suicidas, y mejora las habilidades de desescalada y la toma de decisiones para poner en contacto a la persona con los apoyos apropiados (Canada et al., 2012; Compton et al., 2014a; Compton et al., 2014b; Ellis, 2014). Los agentes de policía que habían recibido formación sobre intervención en casos de crisis resolvieron este tipo de situaciones con un menor uso de la fuerza (Canada et al., 2012). Basándose en el contacto con ellos en estas situaciones, las personas que hacían uso de los servicios de salud mental destacaron que es necesario formar y educar a los agentes de policía sobre cuestiones de salud mental (Evangelista et al., 2016).

Para más información sobre formación sobre intervención en crisis y otras formas de instrucción sobre salud mental, véase la **Tabla 16**.

B. Alentar a los agentes de policía a tomar decisiones informadas sobre cómo ayudar a las personas a acceder a los servicios apropiados

La evidencia demuestra que la formación sobre intervención en casos de crisis dirigida a agentes de policía ayuda a tomar decisiones de manera informada y a acceder a servicios comunitarios de salud mental. Hubo mayor probabilidad de que los agentes que habían recibido formación sobre intervención en crisis ayudasen a las personas en crisis a contactar con los servicios de salud mental o que las llevaran a un centro de tratamiento para su evaluación psiquiátrica (Compton et al., 2014b; Paton et al., 2016; Tyuse, 2012). Dichos agentes también eran menos proclives a recurrir a un arresto (Compton et al., 2014b; Paton et al., 2016), y declararon conocer más opciones a la hora de tomar una decisión en una evaluación de crisis en el seno de la comunidad (Canada et al., 2012).

Beneficios y Daños

A pesar de que la presencia de la policía resultó beneficiosa para la seguridad y la estabilización de las personas en crisis, el panel de expertos también reconoce que su participación durante una intervención de crisis puede desencadenar emociones negativas en algunas personas. Se deben tener en cuenta distintas consideraciones (p. ej., si conviene no utilizar uniforme de policía) para reducir en lo posible el daño emocional.

Valores y Preferencias

Los agentes de policía y los profesionales sanitarios integrados en un equipo móvil de crisis manifestaron la necesidad de incrementar la formación entre ambos sectores por la limitación de conocimientos sobre las respectivas culturas profesionales (Kirst et al., 2015). El panel de expertos de RNAO atribuyó un gran valor a la formación interprofesional, en la que se incorporase teoría sobre los enfoques basados en la atención específica al trauma y que contase con la participación de personas que tuvieran experiencia directa en estas situaciones para ayudar a su desarrollo.

Tabla 16: Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN / EXTRACTO
<p>Sitio web de formación sobre intervención de en crisis</p> <p><i>Fuente:</i> International Crisis Intervention Team. (2017). <i>Welcome to CIT International</i>. Retrieved from http://www.citinternational.org/</p>	<p>CIT International es una organización que trabaja para mejorar la comprensión, el desarrollo y la implantación de programas de formación sobre intervención de crisis en todo el mundo.</p> <p>Available from: http://www.citinternational.org/</p>
<p>TEMPO: Interacciones policiales — informe para la mejora de las interacciones entre la policía y las personas que conviven con problemas de salud mental.</p> <p><i>Fuente:</i> Coleman, T., & Cotton, D. (2014). <i>TEMPO: Police interactions —a report towards improving interactions between police and people living with mental health problem</i>. Canada: Mental Health Commission of Canada.</p>	<p>Este informe ofrece información sobre los distintos tipos de formación sobre salud mental que se emplean actualmente en Canadá y en todo el mundo.</p> <p>También recoge algunas recomendaciones clave sobre formación y educación orientadas a mejorar las interacciones entre la policía y las personas con enfermedades mentales.</p> <p>Available from: http://www.ciddd.ca/documents/phasetwo/Tempo_Police_Interactions.pdf</p>

Lagunas en la investigación e implicaciones futuras

El equipo de investigación y desarrollo de las Guías de buenas prácticas y el panel de expertos de RNAO identificaron diversas áreas prioritarias de futura investigación, señaladas en la **Tabla 17**. Los estudios realizados en estas áreas proporcionarían más evidencia para apoyar las intervenciones en crisis basadas en la atención específica al trauma en personas adultas. La lista no es exhaustiva; es posible que sea necesario ampliar las áreas de investigación.

Tabla 17: Áreas de Investigación Prioritaria para cada Pregunta de Investigación

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	ÁREA DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIA
<p>Pregunta de investigación nº 1: ¿Qué intervenciones efectivas y basadas en la atención específica al trauma pueden utilizar las enfermeras y el equipo interprofesional con adultos en situación de crisis?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examinar intervenciones de crisis efectivas para personas con enfermedad mental grave y adicciones. ■ Explorar las necesidades y preferencias de apoyo en casos de crisis para distintas poblaciones de mujeres, hombres, personas transgénero y grupos indígenas. ■ Identificar los procesos de valoración que deben desarrollarse inmediatamente después de un incidente o situación de crisis. ■ Determinar la efectividad de los mensajes de texto junto con el asesoramiento telefónico para mejorar los resultados en salud.
<p>Pregunta de investigación nº 2: ¿Qué intervenciones efectivas basadas en la atención específica al trauma pueden utilizar enfermeras y equipos interprofesionales para mitigar o prevenir futuras crisis en personas adultas?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vías para la toma de decisiones sobre las derivaciones más apropiadas para la atención de seguimiento. ■ Efectividad a largo plazo y eficacia de la asistencia virtual y/o las intervenciones vía web. ■ Utilización y rentabilidad de los planes de crisis. ■ Efectos de la psicoeducación a largo plazo para una recuperación a largo plazo.
<p>Pregunta de investigación nº 3: ¿Qué contenido y estrategias educativas son necesarios para formar a las enfermeras y al equipo interprofesional de forma efectiva en relación con los enfoques de atención específica al trauma y la crisis?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Efectividad de las estrategias educativas interprofesionales. ■ Modelos efectivos de formación a profesionales sobre intervenciones de atención específica al trauma. ■ Efectos de la formación en atención específica al trauma para profesionales sobre los resultados en salud de los pacientes (p. ej., reducción de la ansiedad o mejora de la autopercepción en términos de seguridad). ■ Efectos a largo plazo de la formación sobre atención específica al trauma en los conocimientos y las destrezas de los profesionales.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

ÁREA DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIA

Pregunta de investigación n° 4:

¿Qué apoyos a nivel de sistema y de organización precisan las enfermeras y el equipo interprofesional para implantar buenas prácticas de forma efectiva utilizando enfoques de atención específica al trauma para la gestión de crisis?

- Identificación de factores sistémicos (institucionales y sociales) que contribuyen a la crisis.
- Identificación del impacto de la integración del sistema en los resultados en salud de las personas que sufren la crisis.
- Determinación de la viabilidad de los equipos de resolución de crisis, las visitas externas y las líneas telefónicas de ayuda implantadas en áreas con grandes distancias geográficas y/o recursos limitados (es decir, lugares rurales y remotos).
- Desarrollo de mediciones del rendimiento y repositorios de datos públicos para apoyar la mejora de la calidad y la financiación de los servicios de crisis.



Estrategias de implantación

La implantación de las guías en el punto asistencial es una tarea exigente y polifacética, ya que los cambios en la práctica requieren algo más que sensibilización y difusión de las guías. Las guías deben adaptarse a las necesidades de cada entorno de práctica de forma sistemática y participativa para garantizar que las recomendaciones se ajustan a cada contexto local (Harrison, Graham, Fervers, & van den Hoek, 2013). Para ello, la *Herramienta de Implantación de guías de práctica clínica* de RNAO (2012) ofrece un proceso basado en la evidencia. Puede descargarla en www.RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition

La *Herramienta* se fundamenta en nueva evidencia indicativa de que la correcta asimilación de las buenas prácticas en el ámbito sanitario es más probable cuando:

- Los responsables de todos los niveles se comprometen con la implantación de las guías;
- Las guías que han de implantarse se seleccionan mediante un proceso sistemático y participativo;
- Se identifica a las partes para quienes las guías son de interés, y se logra que se impliquen en su implantación;
- Se evalúa la disposición del entorno para la implantación de las guías;
- Se adapta la guía al contexto local;
- Se consideran y abordan los factores que facilitan y obstaculizan el uso de la guía;
- Se desarrollan intervenciones destinadas a promover el uso de la guía;
- Se supervisa y se da soporte al uso de la guía de forma sistemática;
- Se evalúa el impacto de la guía como parte del proceso;
- Existen recursos adecuados para completar todos los aspectos de la implantación.

La *Herramienta* emplea el marco “Del conocimiento a la acción” (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein, & Bhattacharyya, 2009) para demostrar los pasos que son necesarios para la investigación y la síntesis del conocimiento (ver **Figura 2**). También guía la adaptación del nuevo conocimiento al contexto local, así como su implantación. Este marco de trabajo recomienda identificar y usar herramientas, como las guías, para identificar las lagunas en el conocimiento e iniciar el proceso de adaptación del nuevo conocimiento a los entornos locales.

RNAO está comprometida a maximizar el despliegue y la implantación de nuestras *Guías de Buenas Prácticas clínica* (BPG). Para ello, empleamos enfoques coordinados de difusión e implantación de las Guías que incluyen estrategias diversas, como:

1. La red impulsora The Nursing Best Practice Champion Network®, que desarrolla la capacidad de enfermeras individuales para fomentar la sensibilización, el compromiso y la adaptación de las guías de buenas prácticas;
2. El Conjunto de Normas Enfermeras^G (Nursing order sets^G), que recogen información clara, concisa y lista para la práctica extraída de las recomendaciones de las BPG y que puede incorporarse a las historias clínicas electrónicas (y usarse también en entornos en los que se usa solo papel o que combinan ambas opciones);
3. La designación de instituciones como Best Practice Spotlight Organization® (BPSO®) que fomenta la implantación de las buenas prácticas en las instituciones y en el sistema sanitario. Las instituciones reconocidas como BPSO® se centran en desarrollar una cultura basada en la evidencia con el mandato específico de implantar, evaluar y dar soporte a diversas guías de RNAO.

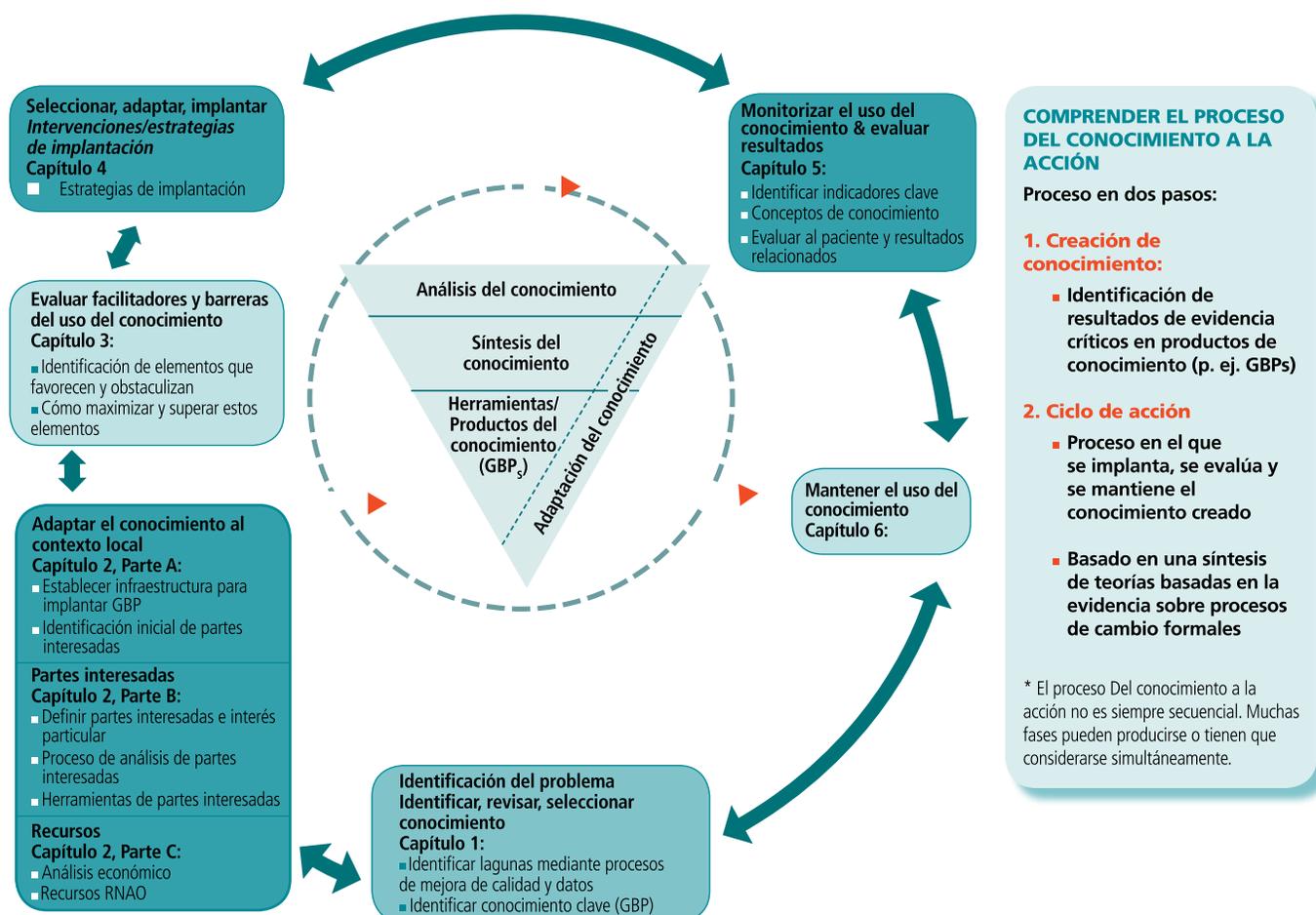
Además, ofrecemos anualmente oportunidades de formación para el desarrollo de las capacidades sobre guías concretas y sobre cómo implantarlas.

Se puede consultar información sobre estrategias de implantación (en inglés) en:

- Red impulsora de RNAO Best Practice Champions Network*: [RNAO.ca/bpg/get-involved/champions](https://rnao.ca/bpg/get-involved/champions)
- Conjunto de normas enfermeras de RNAO Nursing Order Sets: [RNAO.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets](https://rnao.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets)
- Designación de instituciones como Best Practice Spotlight Organizations*: [RNAO.ca/bpg/bpsos](https://rnao.ca/bpg/bpsos)
- Oportunidades de formación para el desarrollo de las capacidades y otras vías de desarrollo profesional: [RNAO.ca/events](https://rnao.ca/events)

Figura 2: Marco del Conocimiento a la Acción

MARCO REVISADO DEL CONOCIMIENTO A LA ACCIÓN



Adaptado de "Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice". S. Straus, J. Tetroe, and I. Graham. Copyright 2009 de Blackwell Publishing Ltd. Adaptado con autorización.

Evaluación de la Guía

La **Tabla 18** muestra posibles medidas de evaluación para valorar el éxito general de la Guía. Es importante evaluar los cambios en la práctica basados en la evidencia cuando se implanta una Guía. Las medidas se identifican gracias a bibliotecas o repositorios de datos de información sanitaria, como los del Canadian Institute of Health Information (CIHI) o Health Quality Ontario (HGO), entre otros. Los repositorios de datos enumerados están sujetos a informes obligatorios legislados en los territorios de Ontario y Canadá. Los instrumentos señalados se usan para recopilar datos para las distintas medidas (p. ej., interRAI). Se deben seleccionar las medidas más relevantes para el entorno de práctica.

Tabla 18: Medidas de evaluación del éxito general de la Guía

MEDIDAS DE EVALUACIÓN	MEDIDAS EN INSTRUMENTOS / REPOSITORIOS DE DATOS
Porcentaje de personas que refieren una crisis (es decir, angustia grave) en los últimos 30 días	CAMH Monitor Report ¹
Porcentaje de personas que refieren una crisis de más de 14 días (es decir, ansiedad mental) en los últimos 30 días	
Riesgo de daño a terceros o comportamiento violento o agresivo en los últimos siete días	interRAI-MH ²
Tasa de hospitalización estandarizada por edad en un hospital general debido a autolesión (por 100.000 personas)	CIHI DAD ³ , Statistics Canada, CIHI HMDB ⁴ , CIHI NACRS ⁵ , CIHI OMHRS ⁶ , interRAI-MH
Porcentaje de personas en crisis que han tenido acceso a: <ul style="list-style-type: none"> ■ equipos móviles de crisis ■ visitas externas ■ profesionales sanitarios⁶ adecuados ■ triaje telefónico y líneas telefónicas de ayuda 	Nuevo
Número de profesionales que han vivido incidentes críticos y han accedido posteriormente a los servicios y recursos de apoyo disponibles	Nuevo
Porcentaje de satisfacción entre las personas sobre las que se ha intervenido (intervención breve, planteamiento de análisis del estrés en incidentes críticos, primera ayuda psicológica)	Nuevo

- 1 Centre for Addiction and Mental Health Monitor Report (CAMH Monitor Report)
- 2 interRAI Mental Health (interRAI-MH)
- 3 Canadian Institute for Health Information Discharge Abstract Database (CIHI DAD)
- 4 Canadian Institute for Health Information Hospital Morbidity Database (CIHI HMDB)
- 5 Canadian Institute for Health Information National Ambulatory Care Reporting System (CIHI NACRS)
- 6 Canadian Institute for Health Information Ontario Mental Health Reporting System (CIHI OMHRS)

La **Tabla 19** respalda la evaluación de los cambios en la práctica durante la fase de implantación. Las medidas se asocian directamente a las recomendaciones y promueven la mejora de los procesos.

Tabla 19: Medidas de Evaluación del Éxito General de la Guía

RECOMENDACIÓN	MEDIDAS DE IMPLANTACIÓN	MEDIDAS EN REPOSITORIOS DE DATOS / INSTRUMENTOS
1.1	Porcentaje de personas en situación de crisis que han recibido una intervención breve como parte de los cuidados habituales	Nuevo
1.2	Porcentaje de personas que atraviesan un episodio de crisis que tomaron parte en planteamientos de análisis del estrés en incidentes críticos en las primeras 24-72 horas posteriores al episodio de crisis	Nuevo
1.3	Porcentaje de personas en crisis para quienes se desarrollaron planes de crisis tras el contacto inicial	Nuevo
1.4	Porcentaje de personas que asisten a citas de seguimiento tras visitas externas por parte de profesionales/equipos móviles de crisis	Nuevo
1.5	Porcentaje de personas en situación de crisis que recibieron primeros primeros ayuda psicológica a cargo de profesionales de apoyo entre pares	Nuevo

Otros recursos de RNAO para la evaluación y el seguimiento de las Guías de Buenas Prácticas:

- Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation® (NQuIRE®) (Indicadores de calidad enfermera para la elaboración de informes y la evaluación), un sistema único de datos de enfermería que se encuentra en el International Affairs and Best Practice Guideline Centre y permite a los centros designados como Best Practice Spotlight Organizations® (BPSO®) medir el impacto de la implantación de las Guías de buenas prácticas en centros BPSO de todo el mundo. El sistema de datos NQuIRE recopila, compara y reporta datos de proceso y medidas de resultado sensibles para la enfermería basados en las guías. Las definiciones de las medidas NQuIRE se ajustan a los datos administrativos disponibles y a los repositorios existentes siempre en la medida de lo posible, respetando el principio de “recogida única, uso múltiple”. Al completar otros sistemas de medida del rendimiento ya establecidos y emergentes, NQuIRE trata de aplicar medidas fiables y válidas, reducir al mínimo la carga de la presentación de informes y armonizar las medidas de evaluación para que sea posible realizar análisis comparativos. El sistema de datos internacional NQuIRE se lanzó en agosto de 2012 para: (i) crear y mantener culturas de práctica basada en la evidencia; (ii) optimizar la seguridad del paciente; (iii) mejorar los resultados del paciente; y (iv) involucrar al personal en la identificación de las relaciones entre la práctica y los resultados para promover la calidad y abogar por recursos y políticas favorables a los cambios en las buenas prácticas (VanDeVelde-Coke et al., 2012). Para más información se puede visitar RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire.
- Los conjuntos de normas enfermeras integrados en las historias clínicas electrónicas ofrecen un mecanismo de obtención electrónica de datos sobre indicadores de proceso. La capacidad de vincular las medidas de estructura y de proceso con medidas de resultados concretos del paciente ayuda a determinar el impacto de la implantación de las Guías de buenas prácticas sobre resultados en salud concretos. Para más información se puede visitar RNAO.ca/ehealth/nursingordersets.

Proceso de actualización y revisión de las Guías

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario se compromete a actualizar sus Guías de Buenas Prácticas de la siguiente manera:

1. Cada Guía de Buenas Prácticas será revisada por un panel de expertos en el área temática cada cinco años tras la publicación de la edición anterior.
2. El personal del Centro de Asuntos Internacionales y de Guías de Buenas Prácticas de RNAO (IABPG, por sus siglas en inglés) realizará un seguimiento de las nuevas revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorizados y otra literatura relevante en el tema que vaya apareciendo.
3. Basándose en ese seguimiento, el personal del IABPG podrá recomendar un periodo de revisión anticipado para una guía de práctica clínica en particular. Se consultará a los miembros del panel original de expertos y a otros especialistas y expertos en la materia para ayudar a tomar la decisión de examinar y revisar la guía de buenas prácticas de forma anticipada al plazo propuesto.
4. Tres meses antes de que finalice el plazo marcado, el personal del IABPG comienza a planificar la revisión mediante:
 - a) La invitación a especialistas en la materia a participar en el panel de expertos. Dicho panel estará compuesto por los miembros del panel de expertos original, así como otros especialistas recomendados y expertos.
 - b) La recopilación de los comentarios recibidos y las dudas planteadas durante la implantación, incluyendo comentarios y experiencias de los centros designados como BPSOs® y otros centros de implantación en relación a sus experiencias.
 - c) La recopilación de nuevas guías de buenas prácticas clínicas en el campo de interés y la mejora del objetivo y el alcance.
 - d) El desarrollo de un plan de trabajo detallado con plazos y resultados para la elaboración de una nueva edición de la guía de buenas prácticas.
5. Se difundirán las nuevas ediciones de la guía de práctica clínica basándose en las estructuras y en los procesos establecidos.

Bibliografía

- Aguiar, W., & Halseth, R. (2015). *Aboriginal peoples and historic trauma: The processes of intergenerational transmission*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Aho, A. L., Tarkka, M.-T., Åstedt-Kurki, P., Sorvari, L., & Kaunonen, M. (2011). Evaluating bereavement follow-up intervention for grieving fathers and their experiences of support after the death of a child—a pilot study. *Death Studies, 35*(10), 879–904. doi:10.1080/07481187.2011.553318
- Anderson, M. L., & Najavits, L. M. (2014). Does seeking safety reduce PTSD symptoms in women receiving physical disability compensation? *Rehabilitation Psychology, 59*(3), 349–353. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036869>
- Austin, Z., & Sutton, J. (2014). Qualitative research: Getting started. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy, 67*(6), 436–440.
- Avella, J. R. (2016). Delphi panels: Research design, procedures, advantages, and challenges. *International Journal of Doctoral Studies, 11*, 305–321. <https://doi.org/10.28945/3561>
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., & Nickleson, L. E. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration, 29*(3), 11–20.
- Bolton, P., Bass, J. K., Zangana, G. A., Kamal, T., Murray, S. M., Kaysen, D., . . . Rosenblum, M. (2014). A randomized controlled trial of mental health interventions for survivors of systematic violence in Kurdistan, Northern Iraq. *BMC Psychiatry, 14*, 360. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-014-0360-2>
- Borschmann, R., Henderson, C., Hogg, J., Phillips, R., & Moran, P. (2012). Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 6*, CD009353. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009353.pub2>
- Boudreaux, J. G., Crapanzano, K. A., Jones, G. N., Jeider, T. A., Dodge, V. H., Hebert, M. J., & Kasofsky, J. M. (2015). Using mental health outreach teams in the emergency department to improve engagement in treatment. *Community Mental Health Journal, 11*, 11. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-015-9935-8>
- The Bouverie Centre. (2013). *Organizational support for clinical supervision*. Retrieved from <http://www.clinicalsupervisionguidelines.com.au/role-of-the-organisation>
- The Jean Tweed Centre. (2013). *Trauma matters: Guidelines for trauma-informed practices in women's substance use services*. Toronto: Author.
- Bowes, K., Fikowski, J., & O'Neill, M. (2007). Critical incident stress debriefing. *Visions Journal, 7*(2), 7.
- Bowland, S., Edmond, T., & Fallot, R. D. (2012). Evaluation of a spiritually focused intervention with older trauma survivors. *Social Work, 57*(1), 73–82.
- British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. (n.d). *B.C.'s mental health reform: Crisis response/emergency services best practices*. British Columbia: British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.
- Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., . . . Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal, 182*(18), 839–842.

- Brunet, A., Des Groseilliers, I. B., Cordova, M. J., & Ruzek, J. I. (2013). Randomized controlled trial of a brief dyadic cognitive-behavioral intervention designed to prevent PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21572>
- Calvert, R., Kellett, S., & Hagan, T. (2015). Group cognitive analytic therapy for female survivors of childhood sexual abuse. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 391–413. <http://dx.doi.org/10.1111/bjc.12085>
- Canada, K. E., Angell, B., & Watson, A. C. (2012). Intervening at the entry point: Differences in how CIT-trained and non-CIT trained officers describe responding to mental health-related calls. *Community Mental Health Journal*, 48(6), 746–755. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-011-9430-9>
- Canadian Centre on Substance Abuse. (2014). *Trauma-informed care tool kit*. Retrieved from <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Trauma-informed-Care-Toolkit-2014-en.pdf>
- Canadian Mental Health Association. (2016). *Mental health crisis intervention team*. Retrieved from http://lethbridge.cmha.ca/programs_services/mental-health-crisis-intervention-team/#.WQH1SojyuUk
- Canadian Mental Health Association. (2017). *Understanding mental illness*. Retrieved from <https://toronto.cmha.ca/mental-health-2/understanding-mental-illness/>
- Canadian Nurses Association. (2009). *Position statement: Social determinants of health*. Retrieved from https://www.cna-aicc.ca/~media/cna/files/en/ps124_social_determinants_of_health_e.pdf
- Canadian Observatory on Homelessness. (2014). *Solutions: Systems integration*. Retrieved from <http://homelesshub.ca/blog/solutions-systems-integration>
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventative psychiatry*. London: Tavistock Publications Limited.
- Carr, C., d'Ardenne, P., Sloboda, A., Scott, C., Wang, D., & Priebe, S. (2012). Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder—an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(2), 179–202. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02026.x>
- Centre for Addiction and Mental Health. (2008). *Clinical supervision handbook*. Toronto, ON: Author.
- Centre for Addiction and Mental Health. (2012). *Cognitive-behavioural therapy*. Retrieved from http://www.camh.ca/en/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/CBT/Pages/default.aspx
- Centre for Addiction and Mental Health. (2013). *Mental health and criminal justice policy framework*. Toronto, ON: Author.
- Centre for Disease Control and Prevention. (2013). *Descriptive and analytic studies*. Retrieved from https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/19/desc-and-analytic-studies_ppt_final_09252013.pdf.
- Chavan, B. S., Garg, R., & Bhargava, R. (2012). Role of 24-hour telephonic helpline in delivery of mental health services. *Indian Journal of Medical Sciences*, 66(5–6), 116–125. doi: 10.4103/0019-5359.114196
- Choi, K. R., & Seng, J. S. (2015). Pilot for nurse-led, interprofessional in-service training on trauma-informed perinatal care. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(11), 515–521. <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20151020-04>
- The Cochrane Collaboration. (2017). *Glossary of terms in The Cochrane Collaboration*. Retrieved from <http://community.cochrane.org/glossary>

- Coleman, T., & Cotton, D. (2014). *TEMPO: Police interactions —a report towards improving interactions between police and people living with mental health problem*. Canada: Mental Health Commission of Canada.
- Compton, M. T., Bakeman, R., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., Husbands, L., Krishan, S., . . . Watson, A. C. (2014a). The police-based crisis intervention team (CIT) model: I. Effects on officers' knowledge, attitudes, and skills. *Psychiatric Services, 65*(4), 517–522. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201300107>
- Compton, M. T., Bakeman, R., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., Husbands, L., Krishan, S., . . . Watson, A. C. (2014b). The police-based crisis intervention team (CIT) model: II. Effects on level of force and resolution, referral, and arrest. *Psychiatric Services, 65*(4), 523–529. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201300108>
- Correctional Service Canada. (2007). *Critical incident stress management*. Retrieved from <http://www.csc-scc.gc.ca/politiques-et-lois/253-2-gl-eng.shtml>
- Cyr, C., Mckee, H., O'Hagan, M., & Priest, R. (2016). *Making the case for peer support: Report to the peer support project committee of Mental Health Commission of Canada*. Retrieved from <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/document/445/making-case-peer-support>
- da Silva, J. A., Siegmund, G., & Bredemeier, J. (2015). Crisis interventions in online psychological counseling. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 37*(4), 171–182. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0026>
- Des Groseilliers, I. B., Marchand, A., Cordova, M. J., Ruzek, J. I., & Brunet, A. (2013). Two-year follow-up of a brief dyadic cognitive-behavioral intervention designed to prevent PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(5), 462–469. <http://dx.doi.org/10.1037/a0031967>
- Dieltjens, T., Moonens, I., Praet, K. V., Buck, E. D., & Vandekerckhove, P. (2014). A systematic literature search on psychological first aid: Lack of evidence to develop guidelines. *PLoS ONE, 9*(12), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114714>
- Dupont, R., Cochran, M. S., & Pilsbury, S. (2007). *Crisis intervention team core elements*. Retrieved from <http://www.citinternational.org/resources/Pictures/CoreElements.pdf>
- Durbin, J., Goering, P., Streiner, D. L., & Pink, G. (2006). Does systems integration affect continuity of mental health care? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 33*(6), 10.1007/s10488-006-0087-6
- Echeburua, E., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2014). Individual versus individual and group therapy regarding a cognitive-behavioral treatment for battered women in a community setting. *Journal of Interpersonal Violence, 29*(10), 1783–1801. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260513511703>
- Ellis, H. A. (2014). Effects of a crisis intervention team (CIT) training program upon police officers before and after crisis intervention team training. *Archives of Psychiatric Nursing, 28*(1), 10–16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2013.10.003>
- Engel, C. C., Litz, B., Magruder, K. M., Harper, E., Gore, K., Stein, N., . . . Coe, T. R. (2015). Delivery of self training and education for stressful situations (DESTRESS-PC): A randomized trial of nurse-assisted online self-management for PTSD in primary care. *General Hospital Psychiatry, 37*(4), 323–328. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhospsych.2015.04.007>

- Evangelista, E., Lee, S., Gallagher, A., Peterson, V., James, J., Warren, N., . . . Deveny, E. (2016). Crisis averted: How consumers experienced a police and clinical early response (PACER) unit responding to a mental health crisis. *International Journal of Mental Health Nursing, 25*(4), 367–376. <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12218>
- Everly, G. S., Jr., Lee McCabe, O., Semon, N. L., Thompson, C. B., & Links, J. M. (2014). The development of a model of psychological first aid for non-mental health trained public health personnel: The Johns Hopkins RAPID-PFA. *Journal of Public Health Management & Practice, 20*(Suppl 5), S24–29. <http://dx.doi.org/10.1097/PHH.0000000000000065>
- Ferris, F. D., Balfour, H. M., Bowen, K., Farley, J., Hardwick, M., Lamontagne, C., . . . West, P. J. (2002). A model to guide patient and family care: Based on nationally accepted principles and norms of practice. *Journal of Pain and Symptom Management, 24*(2), 106–123.
- Fleiss, J., Levin, B., & Paik, M. C. (2003). *Statistical methods for rates and proportions* (3rd ed.). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Ford, J. D., Chang, R., Levine, J., & Zhang, W. (2013). Randomized clinical trial comparing affect regulation and supportive group therapies for victimization-related PTSD with incarcerated women. *Behavior Therapy, 44*(2), 262–276. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2012.10.003>
- Fox, J. H., Burkle, F., Bass, J., Pia, F. A., Epstein, J., & Markenson, D. (2012). The effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool: Research analysis of peer-reviewed literature from 1990–2012. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 6*(3), 247–252.
- Furber, G., Jones, G. M., Healey, D., & Bidargaddi, N. (2014). A comparison between phone-based psychotherapy with and without text messaging support in between sessions for crisis patients. *Journal of Medical Internet Research, 16*(10), e219. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.3096>
- Gelkopf, M., Haimov, S., & Lapid, L. (2015). A community long-term hotline therapeutic intervention model for coping with the threat and trauma of war and terror. *Community Mental Health Journal, 51*(2), 249–255. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-014-9786-8>
- Gilmour, H. (2015). Positive mental health and mental illness. *Health Reports, 25*(9), 3–9. Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2014009/article/14086-eng.htm>
- Goldner, E. M., Jenkins, E., Palma, J., & Bilsker, D. (2011). *A concise introduction to mental health in Canada*. Toronto: Canadian Scholar's Press.
- Goldsmith, R. E., Gerhart, J. I., Chesney, S. A., Burns, J. W., Kleinman, B., & Hood, M. M. (2014). Mindfulness-based stress reduction for posttraumatic stress symptoms: Building acceptance and decreasing shame. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine, 19*(4), 227–234. <http://dx.doi.org/10.1177/2156587214533703>
- Gudde, C. B., Olso, T. M., Antonsen, D. O., Ro, M., Eriksen, L., & Vatne, S. (2013). Experiences and preferences of users with major mental disorders regarding helpful care in situations of mental crisis. *Scandinavian Journal of Public Health, 41*(2), 185–190. <http://dx.doi.org/10.1177/1403494812472265>
- Haga, J. M., Stene, L. E., Wentzel-Larsen, T., Thoresen, S., & Dyb, G. (2015). Early postdisaster health outreach to modern families: A cross-sectional study. *BMJ Open, 5*(12), e009402. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009402>
- Halter, J. M., Pollard C. L., Ray, S. L., & Haase, M. (Eds.). (2014). *Canadian psychiatric mental health nursing*. Toronto, Canada: Saunders.

- Harrison, M. B., Graham, I. D., Fervers, B., & van den Hoek, J. (2013). Adapting knowledge to local context. In S. E. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2nd ed.) (pp. 110–120). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hasselberg, N., Grawe, R. W., Johnson, S., & Ruud, T. (2011a). An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are the crisis resolution teams fulfilling their role? *BMC Health Services Research*, *11*, 96. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-96>
- Hasselberg, N., Grawe, R. W., Johnson, S., & Ruud, T. (2011b). Treatment and outcomes of crisis resolution teams: A prospective multicentre study. *BMC Psychiatry*, *11*, 183. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-11-183>
- Hoff, L. A. (1995). *People in crisis: Understanding and helping* (4th ed.). San Francisco: Wiley Trade Publishing.
- Hootz, T., Mykota, D. B., & Fauchoux, L. (2016). Strength-based crisis programming: Evaluating the process of care. *Evaluation and Program Planning*, *54*, 50–62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2015.09.001>
- Hubbeling, D., & Bertram, R. (2012). Crisis resolution teams in the UK and elsewhere. *Journal of Mental Health*, *21*(3), 285–295. <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2011.637999>
- Huppert, D., & Griffiths, M. (2015). Police Mental Health Partnership project: Police Ambulance Crisis Emergency Response (PACER) model development. *Australasian Psychiatry*, *23*(5), 520–523. <http://dx.doi.org/10.1177/1039856215597533>
- International Crisis Intervention Team. (2017). *Welcome to CIT International*. Retrieved from <http://www.citinternational.org/>
- Jain, S., McMahon, G. F., Hasen, P., Kozub, M. P., Porter, V., King, R., & Guarneri, E. M. (2012). Healing Touch with guided imagery for PTSD in returning active duty military: A randomized controlled trial. *Military Medicine*, *177*(9), 1015–1021.
- Jakubec, S. L. (2014). Crisis and Disaster. In J. H. Halter, C. L. Pollard, S. L. Ray, M. Haase (Eds.), *Canadian psychiatric mental health nursing* (pp. 491–507). Toronto, Canada: Saunders.
- Johnson, D. M., Zlotnick, C., & Perez, S. (2011). Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(4), 542–551. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023822>
- Justice Institute of British Columbia. (2016). *Programs & courses*. Retrieved from <http://www.jibc.ca/programs-courses>
- Kaiser, D., Grundmann, J., Schulze, C., Stubenvoll, M., Kosar, M., Junker, M., . . . Schafer, I. (2015). A pilot study of seeking safety in a sample of German women outpatients with substance dependence and posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychoactive Drugs*, *47*(5), 401–408. <http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2015.1090644>
- Kasckow, J., Morse, J., Begley, A., Anderson, S., Bensasi, S., Thomas, S., . . . Reynolds, C. F., 3rd. (2014). Treatment of post traumatic stress disorder symptoms in emotionally distressed individuals. *Psychiatry Research*, *220*(1–2), 370–375. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.043>
- Kelly, A., & Garland, E. L. (2016). Trauma-informed mindfulness-based stress reduction for female survivors of interpersonal violence: Results from a Stage I RCT. *Journal of Clinical Psychology*, *72*(4), 311–328. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22273>

- Kirst, M., Francombe Pridham, K., Narrandes, R., Matheson, F., Young, L., Niedra, K., Stergiopoulos, V. (2015). Examining implementation of mobile, police-mental health crisis intervention teams in a large urban centre. *Journal of Mental Health, 24*(6), 369–374. <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2015.1036970>
- Kopytin, A., & Lebedev, A. (2013). Humor, self-attitude, emotions, and cognitions in group art therapy with war veterans. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 30*(1), 20–29. 10.1080/07421656.2013.757758
- Kubiak, S., Kim, W. J., Fedock, G., & Bybee, D. (2012). Assessing short-term outcomes of an intervention for women convicted of violent crimes. *Journal of the Society for Social Work and Research, 3*(3), 197–212. <http://dx.doi.org/10.5243/jsswr.2012.13>
- Lasiuk, G., Hegadoren, K., & Austin, W. (2015). Trauma- and stress-related disorders, crisis and response to disaster. In W. Austin & M. A. Boyd (Eds.), *Psychiatric and Mental Health Nursing for Canadian Practice* (3rd ed.) (pp. 288–316). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Lewis-O'Connor, A., & Chadwick, M. (2015). Engaging the voice of patients affected by gender-based violence: Informing practice and policy. *Journal of Forensic Nursing, 11*(4), 240–249. <http://dx.doi.org/10.1097/JFN.000000000000090>
- Li, Y. H., & Xu, Z. P. (2012). Psychological crisis intervention for the family members of patients in a vegetative state. *Clinics (Sao Paulo, Brazil), 67*(4), 341–345.
- Klinik Community Health Centre. (2013). *Trauma-informed: The trauma toolkit*. Retrieved from http://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit.pdf
- Manitoba Trauma Information Centre. (2017). *Organizational self-assessment*. Retrieved from <http://trauma-informed.ca/trauma-informed-organizationssystems/organizational-self-assessment/>
- Mental Health Commission of Canada. (2017). *Peer support*. Retrieved from <https://www.mentalhealthcommission.ca/English/focus-areas/peer-support>
- McKenna, B., Furness, T., Brown, S., Tacey, M., Hiam, A., & Wise, M. (2015). Police and clinician diversion of people in mental health crisis from the emergency department: A trend analysis and cross comparison study. *BMC Emergency Medicine, 15*, 14. <http://dx.doi.org/10.1186/s12873-015-0040-7>
- McKenna, B., Furness, T., Oakes, J., & Brown, S. (2015). Police and mental health clinician partnership in response to mental health crisis: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing, 24*(5), 386–393. <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12140>
- Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*. Toronto: York University School of Health Policy and Management.
- Miller, W. R., Sanchez, V.C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. S. Howard & P. E. Nathan (Eds.), *Alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55–81). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Mind. (2013). *Crisis services: How can I plan for a crisis?* Retrieved from <https://www.mind.org.uk/information-support/guides-to-support-and-services/crisis-services/planning-for-a-crisis/#.WahbgiiGPU>
- Mindcheck.ca. (2017). *Stress self-care resources*. Retrieved from <https://mindcheck.ca/stress/stress-self-care-resources>

- Miner, A., Kuhn, E., Hoffman, J. E., Owen, J. E., Ruzek, J. I., & Taylor, C. (2016). Feasibility, acceptability, and potential efficacy of the PTSD Coach app: A pilot randomized controlled trial with community trauma survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(3), 384–392. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000092>
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes . . . the critical incident stress debriefing process. *JEMS: A Journal of Emergency Medical Services*, 8(1), 36–39.
- Mitchell, J. T. (1998). *Critical incident stress management: A new era in crisis intervention*. Retrieved from <http://www.istss.org/education-research/traumatic-stresspoints/1998-fall/critical-incident-stress-management-a-new-era-in-c.aspx>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *British Medical Journal*, 339, b2535.
- Morland, L. A., Mackintosh, M. A., Rosen, C. S., Willis, E., Resick, P., Chard, K., & Frueh, B. C. (2015). Telemedicine versus in-person delivery of cognitive processing therapy for women with posttraumatic stress disorder: A randomized noninferiority trial. *Depression and Anxiety*, 32(11), 811–820. doi: 10.1002/da.22397
- Mueser, K. T., Gottlieb, J. D., Xie, H., Lu, W., Yanos, P. T., Rosenberg, S. D., . . . McHugo, G. J. (2015). Evaluation of cognitive restructuring for post-traumatic stress disorder in people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 206(6), 501–508. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147926>
- Murphy, D., Hodgman, G., Carson, C., Spencer-Harper, L., Hinton, M., Wessely, S., & Busuttill, W. (2015). Mental health and functional impairment outcomes following a 6-week intensive treatment programme for UK military veterans with post-traumatic stress disorder (PTSD): A naturalistic study to explore dropout and health outcomes at follow-up. *BMJ Open*, 5(3), e007051. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007051>
- National Centre for Complementary and Integrative Health. (2016). *Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name?* Retrieved from https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/Whats_In_A_Name_06-16-2016.pdf
- The National Child Traumatic Stress Network. (2008). *Understanding the links between adolescent trauma and substance abuse* (2nd Ed.). Retrieved from http://www.nctsn.net/org/nctsn_assets/pdfs/SAToolkit_ProviderGuide.pdf
- National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2013). *Let's talk: Health equity*. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University.
- Nielsen, O., Dear, B. F., Staples, L. G., Dear, R., Ryan, K., Purtell, C., & Titov, N. (2015). Procedures for risk management and a review of crisis referrals from the MindSpot Clinic, a national service for the remote assessment and treatment of anxiety and depression. *BMC Psychiatry*, 15, 304. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0676-6>
- Nishith, P., Mueser, K. T., & Morse, G. A. (2015). A brief intervention for posttraumatic stress disorder in persons with a serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(4), 314–319. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000158>
- O'Connor, S. S., Comtois, K. A., Wang, J., Russo, J., Peterson, R., Lapping-Carr, L., & Zatzick, D. (2015). The development and implementation of a brief intervention for medically admitted suicide attempt survivors. *General Hospital Psychiatry*, 37(5), 427–433. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.05.001>
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. (1999). *Making it happen: Implementation plan for mental health reform*. Toronto, Ontario: Queen's Printer for Ontario.

- Pack, M. J. (2012). Critical incident stress debriefing: An exploratory study of social workers' preferred models of CISM and experiences of CISD in New Zealand. *Social Work in Mental Health, 10*(4), 273–293. doi:10.1080/15332985.2012.657297
- Pati, D. (2011). A framework for evaluating evidence in evidence-based design. *Health Environments Research and Design Journal, 4*(3), 50–71.
- Paton, F., Wright, K., Ayre, N., Dare, C., Johnson, S., Lloyd-Evans, B., . . . Meader, N. (2016). Improving outcomes for people in mental health crisis: A rapid synthesis of the evidence for available models of care. *Health Technology Assessment (Winchester, England), 20*(3), 1–162. <http://dx.doi.org/10.3310/hta20030>
- Pence, P. G., Katz, L. S., Huffman, C., & Cojucar, G. (2014). Delivering integrative restoration-yoga nidra meditation (iRest) to women with sexual trauma at a veteran's medical centre: A pilot study. *International Journal of Yoga Therapy, 24*, 53–62.
- Polusny, M. A., Erbes, C. R., Thuras, P., Moran, A., Lambert, G. J., Collins, R. C., . . . Lim, K. O. (2015). Mindfulness-based stress reduction for posttraumatic stress disorder among veterans: A randomized clinical trial. *JAMA, 314*(5), 456–465. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2015.8361>
- Poole, N., Urquhart, C., Jasiura, F., Smylie, D., & Schmidt, R. (2013). *Trauma-informed practice guide*. Retrieved from http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf
- Powell, T., & Leytham, S. (2014). Building resilience after a natural disaster: An evaluation of a parental psycho-educational curriculum. *Australian Social Work, 67*(2), 285–296. doi:10.1080/0312407X.2014.9029
- Raja, S., Rajagopalan, C. F., Kruthoff, M., Kuperschmidt, A., Chang, P., & Hoersch, M. (2015). Teaching dental students to interact with survivors of traumatic events: Development of a two-day module. *Journal of Dental Education, 79*(1), 47–55.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2002). *Establishing therapeutic relationships*. Toronto, ON: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2007). *Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence*. Toronto, ON: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2009). *Preventing and managing violence in the workplace*. Toronto, ON: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). *Toolkit: Implementation of best practice guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2013). *Developing and sustaining interprofessional health care: Optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes*. Toronto, ON: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2014). *Care transitions*. Toronto, ON: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). *Engaging clients who use substances*. Toronto, Ontario: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2015b). *Person- and family-centred care*. Toronto, Ontario: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2016). *Nurse educator: Mental health and addiction resource*. Toronto, ON: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2016). *Practice education in nursing*. Toronto, ON: Author.

- Rissanen, R., Nordin, K., Ahlgren, J., & Arving, C. (2015). A stepped care stress management intervention on cancer-related traumatic stress symptoms among breast cancer patients—a randomized study in group vs. individual setting. *Psycho-Oncology*, *24*(9), 1028–1035. doi: 10.1002/pon.3763
- Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2016). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*, CD010204. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010204.pub2>
- Rockers, P.C., Rottinggen, J.-A., Shemilt, I., Tugwell, P., & Barnighausen, T. (2015). Inclusion of quasi-experimental studies in systematic reviews of health systems research. *Health Policy*, *119*, 511–521.
- Roller, C. G. (2012). The perinatal self-care index: Development of an evidence-based assessment tool for use with child sexual abuse survivors. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, *26*(4), 319–326. <http://dx.doi.org/10.1097/JPN.0b013e318252dd9a>
- Ruchlewska, A., Wierdsma, A. I., Kamperman, A. M., van der Gaag, M., Smulders, R., Roosenschoon, B.-J., & Mulder, C. L. (2014). Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, *9*(3), e91882. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0091882>
- Rudd, M., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., . . . Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: Results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, *172*(5), 441–449. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070843>
- Sands, N., Elsom, S., Keppich-Arnold, S., Henderson, K., & Thomas, P. A. (2016). Perceptions of crisis care in populations who self-referred to a telephone-based mental health triage service. *International Journal of Mental Health Nursing*, *25*(2), 136–143. <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12177>
- Sayin, A., Candansayar, S., & Welkin, L. (2013). Group psychotherapy in women with a history of sexual abuse: What did they find helpful? *Journal of Clinical Nursing*, *22*(23–24), 3249–3258. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12168>
- Schouten, K. A., de Niet, G. J., Knipscheer, J. W., Kleber, R. J., & Hutschemaekers, G. J. (2015). The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults: A systematic review on art therapy and trauma. *Trauma Violence & Abuse*, *16*(2), 220–228. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838014555032>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2011). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*. Retrieved from <http://www.sign.ac.uk/sign-50.html>
- Sikkema, K. J., Ranby, K. W., Meade, C. S., Hansen, N. B., Wilson, P. A., & Kochman, A. (2013). Reductions in traumatic stress following a coping intervention were mediated by decreases in avoidant coping for people living with HIV/AIDS and childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*(2), 274–283. <http://dx.doi.org/10.1037/a0030144>
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *5*, 1–130.
- Spence, J., Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Solley, K., Lorian, C., . . . Schwenke, G. (2011). Randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, *28*(7), 541–550. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20835>

- Stanley, B., Brown, G. K., Currier, G. W., Lyons, C., Chesin, M., & Knox, K. L. (2015). Brief intervention and follow-up for suicidal patients with repeat emergency department visits enhances treatment engagement. *American Journal of Public Health, 105*(8), 1570–1572. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2015.302656>
- Stevens, K. (2013) The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 18*(2), manuscript 4.
- Straus, S., Tetroe, J., Graham, I. D., Zwarenstein, M., & Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. In S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care* (pp.151–159). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (n.d). *Appendix E: Substance use, abuse, dependence continuum, and principles of effective treatment*. Retrieved from https://www.ncsacw.samhsa.gov/files/SAFERR_AppendixE.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2009). *Core elements in responding to mental health crises*. Rockville, MD: Centre for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014a). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. Rockville, MD: Author.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014b). *Trauma-informed care in behavioural health services*. Rockville, MD: Author.
- Tetterton, S., & Farnsworth, E. (2011). Older women and intimate partner violence: Effective interventions. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(14), 2929–2942. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260510390962>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M., ... Straus, S. E. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Medical Research Methodology, 16*, 15. <http://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>
- Tyuse, S. W. (2012). A Crisis Intervention Team program: Four-year outcomes. *Social Work in Mental Health, 10*(6), 464–477. <http://dx.doi.org/10.1080/15332985.2012.708017>
- University of Buffalo. (2017). *Our self-care starter kit*. Retrieved from <http://socialwork.buffalo.edu/resources/self-care-starter-kit.html>
- VanDeVelde-Coke, S., Doran, D., Grinspun, D., Hayes, L., Sutherland Boal, A., Velji, K., ... Hannah, K. (2012). Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuIRE. *Nursing Leadership, 25*(2): 26–37.
- Victorian Alcohol & Drug Association. (2013). *What is clinical supervision?* Retrieved from <http://www.clinicalsupervisionguidelines.com.au/definition-and-purpose>
- Wang, X., Lan, C., Chen, J., Wang, W., Zhang, H., & Li, L. (2015). Creative arts program as an intervention for PTSD: A randomized clinical trial with motor vehicle accident survivors. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine, 8*(8), 13585–13591.
- Wang, Z., Wang, J., & Maercker, A. (2013). Chinese My Trauma Recovery, a web-based intervention for traumatized persons in two parallel samples: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 15*(9), e213. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.2690>

- Wheeler, C., Lloyd-Evans, B., Churchard, A., Fitzgerald, C., Fullarton, K., Mosse, L., . . . Johnson, S. (2015). Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 15, 74. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0441-x>
- Whitehead, M., Dahlgren, G., & McIntyre, D. (2007). Putting equity centre stage: Challenging evidence-free reforms. *Internal Journal of Health Services*, 37(2), 353–361.
- Winstanley, J. & White, E. (2003). Clinical supervision: Models, measures and best practice. *Nurse Researcher*, 10(4), 7-38.
- Wolff, N., Huening, J., Shi, J., Frueh, B., Hoover, D. R., & McHugo, G. (2015). Implementation and effectiveness of integrated trauma and addiction treatment for incarcerated men. *Journal of Anxiety Disorders*, 30, 66–80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.10.009>
- World Health Organization. (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety* (Ver. 1.1). Retrieved from http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2014). *Mental health: A state of well-being*. Retrieved from http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- World Health Organization. (2016). *Violence against women*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
- World Health Organization. (2017). *Social determinants of health*. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/
- World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2013). *Psychological first aid: Facilitator's manual for orienting field workers*. Geneva, Switzerland: Author.
- Xie, H., Liu, L., Wang, J., Joon, K. E., Parasuram, R., Gunasekaran, J., & Poh, C. L. (2015). The effectiveness of using non-traditional teaching methods to prepare student health care professionals for the delivery of mental state examination: A systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(7), 177–212. doi:10.11124/jbisrir-2015-2263
- Zalta, A. K., Tirone, V., Siedjak, J., Boley, R. A., Vechiu, C., Pollack, M. H., & Hobfoll, S. E. (2016). A pilot study of tailored cognitive-behavioral resilience training for trauma survivors with subthreshold distress. *Journal of Traumatic Stress*, 29(3), 268–272. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.22094>

Anexo A: Definiciones

Adicción: Dependencia persistente o consumo de una sustancia o comportamiento a pesar de sus consecuencias negativas y de la frecuencia creciente de dichas consecuencias (Halter, Pollard, Ray & Haase, 2014).

Análisis del estrés en incidentes críticos: Un tipo de intervención en crisis que puede desarrollarse individualmente o en grupo con personas que han pasado por una experiencia de crisis aguda. Se trata de un modelo en siete pasos empleado para la intervención de crisis a corto plazo que puede desarrollarse entre las 24 y las 72 horas posteriores al incidente, y que puede durar entre una y cinco horas (Mitchell, 1983).

Apoyo entre pares: Definido como la relación de apoyo entre individuos que han atravesado una misma experiencia (Cyr et al., 2016). Su objetivo es el de ofrecer a los individuos que han pasado por acontecimientos adversos (como una crisis) apoyo emocional y social, aliento y esperanza, y su intención es la de complementar la atención clínica tradicional (Cyr et al., 2016; Mental Health Commission of Canada, 2017). Los trabajadores de apoyo entre pares desempeñan un papel importante en la salvaguardia de las personas que han atravesado una experiencia de este tipo.

Calidad: El grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de lograr los resultados de salud deseados y hasta qué punto son compatibles con el conocimiento profesional actual (RNAO, 2015).

Conjunto de normas enfermeras: Grupo de intervenciones basadas en la evidencia específicas para el ámbito de la enfermería. Estos conjuntos de normas son recogidos de forma independiente por enfermeras (es decir, sin la firma del médico) para estandarizar la atención ofrecida en una determinada situación o con un determinado trastorno. Se derivan de las recomendaciones para la práctica de una guía.

Consenso: Proceso orientado a la consecución del acuerdo dentro de un grupo o equipo en el marco de un método Delphi o método Delphi modificado (Avella, 2016). Por ejemplo, el consenso que se necesitó para las recomendaciones de esta Guía fue del 70 por ciento de acuerdo de los miembros del panel.

Véase *Método Delphi modificado*.

Consumo/uso de sustancias: El consumo de sustancias existe como parte de un flujo continuo que termina en una adicción. No obstante, no todo tipo de consumo de sustancias es problemático, e incluso cuando fuera problemático o adictivo por naturaleza, la persona puede percibirlo como beneficioso. Es importante comprender tanto los beneficios que se perciben como sus inconvenientes (SAMHSA, s. f).

Crisis: Respuesta limitada en el tiempo a un suceso vital que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento habituales de una persona para sobrellevar una situación, en respuesta a factores situacionales, de desarrollo, biológicos, psicológicos, socioculturales y/o espirituales (Caplan, 1964; Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 1999). Cabe destacar que esta Guía trata de ofrecer intervenciones basadas en la evidencia inmediatamente tras la crisis y en las cuatro semanas posteriores a la misma.

Cuidados centrados en la persona: Véase *Cuidados centrados en la persona y la familia*.

Cuidados centrados en la persona y la familia: Un enfoque centrado en la persona y la familia se articula a través de ciertas prácticas que sitúan a la persona y su familia en el centro de la asistencia y los servicios sanitarios. El cuidado centrado en la persona y la familia respeta y empodera a los individuos para ser verdaderos aliados de los profesionales sanitarios para el cuidado de su propia salud. Este enfoque comprende los siguientes aspectos y atributos comunes:

- Fomento de las relaciones y la confianza;
- Empoderamiento de la persona para implicarse de forma activa en la toma de decisiones relativas a sus propios cuidados de salud (independencia y autonomía, derecho a la autodeterminación);
- Acceso compartido a opciones de cuidado, educación e información basadas en la evidencia, objetivas, claras y globales para ayudar a la persona en la toma de decisiones;
- Respeto por la persona y personalización de los cuidados a través del fomento de sus fortalezas, su autoconocimiento, sus preferencias y sus objetivos de cuidados basados en sus creencias, valores, cultura y experiencias de salud;
- Provisión de confort físico dentro de un entorno propicio para la curación;
- Provisión de apoyo emocional y acompañamiento y comprensión;
- Continuidad de los cuidados durante las transiciones asistenciales;
- Garantía del acceso de la persona a cuidados y servicios cuando los necesite;
- Colaboración con la persona y su familia para la adaptación del sistema sanitario de forma que se mejoren los cuidados, su prestación y el diseño de los servicios y cuidados sanitarios en todos los niveles (micro, meso y macro);
- Comunicación efectiva dentro de la relación terapéutica para promover la creación de una verdadera colaboración asistencial;
- Atención a los individuos, las familias y las comunidades mediante el manejo de los determinantes de la salud (promoción de la salud y prevención de enfermedades) (RNAO, 2015b).

Determinantes sociales de la salud: Son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria” (WHO, 2017, párr. 1).

Enfermedad mental: “La enfermedad mental es una serie de trastornos como la depresión, el trastorno bipolar y la ansiedad. Los síntomas son variables, como falta de motivación y energía, cambios en los patrones del sueño, fluctuaciones extremas del estado de ánimo, alteraciones del pensamiento o la percepción, u obsesiones o miedos abrumadores. La enfermedad mental interfiere con las relaciones y afecta a la capacidad funcional de la persona en su día a día, y a menudo desemboca en aislamiento social” (Canadian Mental Health Association, 2017, párr. 2).

Enfermera: Se refiere a enfermeras universitarias (RN), enfermeras con formación profesional (RPN, en Ontario), enfermeras especialistas en salud mental y enfermeras de práctica avanzada y especialistas clínicas (RNAO, 2013).

Ensayo controlado aleatorizado: Experimento en el que el investigador asigna una intervención, exposición o tratamiento a los participantes, que se asignan al azar al grupo experimental (el que recibe la intervención) y al de comparación (tratamiento convencional) o al grupo de control (sin intervención o placebo) (The Cochrane Collaboration, 2017).

Entrevista motivacional: Método de asesoramiento no directivo, basado en la evidencia y centrado en la persona para mejorar su motivación intrínseca para el cambio (Smedslund et al., 2011).

Equipos de resolución de crisis: Equipos móviles multidisciplinares que ofrecen servicios de urgencias a corto plazo en la comunidad como alternativa al ingreso hospitalario (Hasselberg et al., 2011a, 2011b; Wheeler et al., 2015).

Equipo interprofesional: Equipo constituido por individuos de diferentes profesiones que trabajan juntos para alcanzar un objetivo común y comparten la toma de decisiones para alcanzar dicho objetivo.

En esta guía, el equipo interprofesional está compuesto por diversos cuidadores sanitarios (regulados y no regulados), profesionales de respuesta inmediata (como policía), y pares de apoyo en el trabajo que trabajan en colaboración para ofrecer respuestas, cuidados y servicios sanitarios integrales y de calidad a la población en, entre y a través de distintos entornos asistenciales. El objetivo es colaborar con personas que proporcionan cuidados que reflejan sus metas y valores (Ferris et al., 2002).

Estudios analíticos: Los estudios analíticos ponen a prueba hipótesis sobre las relaciones entre exposición y resultados. Los investigadores no asignan una intervención, una exposición o un tratamiento, sino que miden la asociación entre la exposición y los resultados a lo largo del tiempo mediante un grupo de comparación (Centres for Disease Control and Prevention [CDC], 2013).

Los diseños de los estudios analíticos pueden ser, entre otros, estudios de casos y controles y estudios de cohortes.

Estudio de casos y controles: Estudio que compara a personas con una enfermedad concreta o un resultado de interés (casos) con personas de la misma población sin esa enfermedad o ese resultado (controles) (The Cochrane Collaboration, 2017).

Estudio de cohortes: Estudio observacional en el que un grupo definido de personas (la cohorte) es objeto de seguimiento a lo largo del tiempo tanto de forma prospectiva como retrospectiva (The Cochrane Collaboration, 2017).

Estudio controlado: Ensayo clínico en el que el investigador asigna una intervención, una exposición o un tratamiento a los participantes, que no son asignados al azar al grupo experimental y al grupo comparación o control (The Cochrane Collaboration, 2005).

Estudio cuasi-experimental: Estudios que estiman efectos causales mediante la observación de la exposición de interés, pero los experimentos no están directamente controlados por el investigador y carecen de aleatorización (p.ej., diseños antes-después) (Rockers, Rottingen, Shemilt, Tugwell, & Barnighausen, 2015).

Estudio descriptivo: Estudio que genera hipótesis y describe las características de una muestra de individuos en un momento en el tiempo. Los investigadores no asignan una intervención, exposición o tratamiento para probar una hipótesis, sino que simplemente describen las características de la muestra de una población definida (CDC, 2013; The Cochrane Collaboration, 2017).

Entre los diseños de estudios descriptivos se cuentan los estudios transversales.

Estudio descriptivo transversal: Estudio de la medición de la distribución de alguna(s) característica(s) en una población en un punto concreto en el tiempo (a veces llamado encuesta) (The Cochrane Collaboration, 2017).

Familia: Término empleado para referirse a individuos que tienen relación (biológica, emocional o legal) y/o fuertes lazos (de amistad, de compromiso, de convivencia o de responsabilidad compartida en la crianza de hijos, de relaciones sentimentales) con la persona que recibe los cuidados. La familia de una persona puede aludir a todos aquellos a quienes el individuo considera importantes en su vida (p. ej., padres, cuidadores, amigos, responsables para la toma de decisiones, grupos, comunidades y poblaciones). La persona que recibe los cuidados determina la importancia y el nivel de implicación de cualquiera de estos individuos en su cuidado en función de su capacidad (RNAO, 2015b).

Formación de equipos de intervención de crisis: Modelo de primera respuesta de intervención en casos de crisis basada en las intervenciones de la policía. Los agentes de policía reciben formación que les aporta conocimientos especializados para responder a las llamadas relacionadas con personas con enfermedades mentales. Estas habilidades pueden incluir la evaluación de la probable presencia de una enfermedad mental, el uso de técnicas de comunicación y desescalada, y la comunicación con los profesionales de salud mental (Ellis, 2014; Tyuse, 2012).

Los objetivos de este tipo de formación son, entre otros, mejorar la seguridad de los agentes y de los usuarios y redirigir a las personas con enfermedades mentales fuera del sistema judicial hacia el sistema sanitario (Dupont et al., 2007).

Guías de Buenas Prácticas (GBP o BPG, por sus siglas en inglés): Documentos desarrollados de manera sistemática y basados en la evidencia que incluyen recomendaciones sobre temas específicos clínicos y de entornos laborales saludables, para enfermeras, el equipo interprofesional, educadores, líderes y gestores, pacientes y sus familias. Las GBP promueven la consistencia y la excelencia en los cuidados clínicos, las políticas de salud, la educación para la salud, para conseguir resultados en salud óptimos para la población, las comunidades y el sistema de salud.

Incidente crítico: Hecho traumático (que puede producirse en una institución o en la comunidad) que provoca una fuerte reacción emocional con el potencial de afectar a la capacidad de la persona para hacer frente a las secuelas. Algunos ejemplos de incidente crítico son, entre otros: ser testigo de la muerte de otra persona, ser víctima de violencia física o el suicidio de un compañero (Correctional Service Canada, 2007).

Intervención breve: Técnica empleada por los profesionales sanitarios para expresar empatía hacia el usuario e intercambiar información para aumentar su motivación por/para el cambio (RNAO, 2015).

Intervenciones en crisis: Métodos utilizados para ofrecer ayuda a corto plazo a individuos que pasan por una situación que les produce angustia emocional, mental, psicológica y conductual.

Están diseñadas para garantizar la seguridad y la recuperación de la persona, y para durar como máximo un mes (Borschmann, Henderson, Hogg, Phillips, & Moran, 2012; Li & Xu, 2012).

Investigación cualitativa: Enfoque de investigación que busca expresar cómo el comportamiento y las experiencias humanas se pueden explicar en el contexto de las estructuras sociales. Utiliza un enfoque interactivo y subjetivo para investigar y describir el fenómeno (Austin & Sutton, 2014).

Metaanálisis: Revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados que emplea métodos estadísticos para analizar y resumir los resultados de los estudios incluidos (The Cochrane Collaboration, 2017).

Método Delphi modificado: Proceso por el que se crean cuidadosamente las recomendaciones iniciales formuladas para responder a las preguntas de investigación antes de facilitarse a los miembros del panel de expertos para desarrollar el proceso de búsqueda de consenso (Avela, 2016).

Se utilizó un método Delphi modificado durante el proceso de desarrollo de la Guía. A pesar de que no se ocultó la identidad de los miembros del equipo, sí se ocultaron a los demás miembros del equipo las respuestas individuales a los cuestionarios empleados para recoger sus opiniones.

Recomendaciones para la formación: Declaraciones sobre los requisitos formativos y enfoques educativos o estrategias para la introducción, implantación y sostenibilidad de la guía de buenas prácticas.

Recomendaciones para la práctica: Declaraciones sobre buenas prácticas dirigidas a enfermeras y miembros del equipo interprofesional que permiten la satisfactoria implantación de la guía de buenas prácticas.

Recomendaciones para el sistema, la organización y las directrices: Declaraciones de las condiciones necesarias para que los entornos de práctica permitan la aplicación con éxito de la Guía de buenas prácticas. Dichas condiciones son en gran medida responsabilidad de la institución, aunque pueden tener implicaciones para las políticas y las directrices en un nivel gubernamental o social más amplio.

Partes de interés / Partes interesadas: Individuo, grupo u organización con interés directo en las decisiones y acciones de organismos que pueden tratar de influir en decisiones y actuaciones (Baker et al., 1999).

Las partes interesadas incluyen todos los individuos y grupos que se ven directa o indirectamente afectados por el cambio o la solución del problema.

Plan de crisis: Plan recogido por escrito para establecer las preferencias de la persona para el manejo y la prevención de crisis en el futuro. Los planes de crisis pueden incluir información sobre señales tempranas de crisis, medicamentos, recursos de apoyo que ayuden al manejo de la persona en crisis, preferencias de cuidado, detalles de contacto de familiares e información sobre servicios 24 horas (Mind, 2013).

Práctica basada en la evidencia: Integración de la evidencia de investigación más sólida metodológicamente con la experiencia clínica y los valores del paciente. La práctica basada en la evidencia unifica la evidencia de investigación con la experiencia clínica y fomenta la inclusión de las preferencias del paciente (Stevens, 2013).

Primera ayuda psicológica: Respuesta humana de apoyo a un ser humano que está sufriendo y puede necesitar apoyo. Implican una atención pragmática básica y no intrusiva, centrada en escuchar (pero sin forzar la conversación), evaluar las necesidades y preocupaciones, asegurar que se satisfagan las necesidades básicas, fomentar el apoyo social de otras personas importantes y proteger contra nuevos daños. Se centra en cinco principios clave: 1) seguridad; 2) conectividad; 3) eficacia propia y colectiva; 4) calma; y 5) esperanza. No está restringida a los profesionales de la salud mental, también puede ser aplicada por personas no profesionales (Dieljtens et al., 2014; WHO et al., 2013).

Profesional sanitario: En esta Guía, el término se refiere a profesionales o prestadores de cuidados regulados y, en algunos casos, cuidadores no regulados que ofrecen asistencia y servicios a la persona y a su familia en cualquier entorno.

Psicoeducación: Referido a la provisión de información sobre la naturaleza de un trastorno mental y sus síntomas, y qué hacer al respecto (WHO, 2013).

Revisión de la literatura, *scoping review*: Estas revisiones se emplean para presentar una visión general de la evidencia sobre un tema específico con el fin de examinar áreas emergentes o aclarar conceptos o cuestiones clave para el investigador, independientemente de la calidad del estudio. Con frecuencia son procesos de generación de hipótesis, mientras que las revisiones sistemáticas son procesos de comprobación de hipótesis (Tricco et al., 2016).

Revisión sistemática: Revisión integral de la literatura que utiliza preguntas formuladas de forma clara, y métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y evaluar críticamente la investigación. Una revisión sistemática recopila y analiza los datos de los estudios incluidos en la revisión y los presenta, a veces, utilizando métodos estadísticos (The Cochrane Collaboration, 2017). Véase Metaanálisis.

Salud mental: Estado de bienestar en el que cada individuo se da cuenta de su propio potencial, puede hacer frente al estrés normal de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y puede contribuir a su comunidad. Esta definición señala que la salud mental es algo más que la ausencia de enfermedad mental. Es importante conocer la prevalencia y los determinantes de la salud para que sirva de base a los programas de intervención y fomento de la salud mental (Gilmour, 2015; WHO, 2014).

Sensibilidad cultural: Referido a la conciencia, la comprensión y las actitudes hacia la cultura centradas en la autoconciencia y la percepción (RNAO, 2007).

Sensibilización hacia el trauma: Comprender cómo el impacto del trauma puede ser crucial para el desarrollo de una persona, la amplia variedad de adaptaciones que las personas hacen para afrontar y sobrevivir al trauma, y la relación del trauma con el consumo de sustancias, la salud física y los problemas de salud mental (Poole et al., 2013).

Servicios sociales: Servicios de ámbito comunitario que ayudan a las personas a recuperarse de las adversidades y retomar el control de su vida. Estos servicios pueden ser, entre otros, centros de crisis, servicios de gestión de casos y centros para personas sin hogar (Ministry of Child and Youth Services, 2016).

Supervisión clínica: Se centra en ofrecer apoyo empático a cargo de un supervisor para mejorar las habilidades terapéuticas y la transmisión del conocimiento y para facilitar la práctica reflexiva (RNAO, 2002; Winstanley & White, 2003). Ofrece la oportunidad de crecer personal y profesionalmente y no implica ningún tipo de sanción o juicio a la persona (RNAO, 2002).

Los principales objetivos de la supervisión clínica son: mejorar las habilidades, competencias y confianza de la persona supervisada; brindar un espacio de reflexión y apoyo emocional; ofrecer asistencia para el desarrollo profesional; garantizar que los servicios que se ofrecen sean seguros, éticos y competentes; y garantizar el cumplimiento de los estándares de tratamiento profesionales y organizacionales (Victorian Alcohol & Drug Association, 2013).

Terapias complementarias: Se refieren a las prácticas y los productos alternativos en su origen. Puede tratarse de productos naturales (como suplementos dietéticos como vitaminas y probióticos) o prácticas que impliquen mente/cuerpo (p. ej., yoga, quiropraxis, meditación, masaje y acupuntura). Otros remedios tradicionales -como la medicina ayurvédica, la medicina tradicional china, la homeopatía y la naturopatía- también pueden considerarse terapias complementarias (National Centre for Complementary and Integrative Health, 2016).

El panel de expertos de RNAO recomienda hacer uso de las terapias complementarias en conjunción con el tratamiento tradicional y no emplearlas nunca como medio único de tratamiento para las personas que atraviesan o han atravesado una crisis.

Trauma vicario o indirecto: Traumatización de los profesionales del servicio asistencial tras escuchar y ser testigos del sufrimiento de las personas que han vivido un trauma (Klinik Community Health Centre, 2013).

Violencia de género: Violencia que se centra en individuos o grupos en función de su género/sexo (Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015).

Violencia en la pareja: Comportamiento de una pareja o expareja sentimental que produce daño físico, sexual o psicológico, lo que incluye, entre otros, agresión física, coerción sexual, abuso psicológico y conducta controladora (WHO, 2016).

Anexo B: Conceptos Acordes con esta Guía

Tabla B1: Conceptos Acordes con esta Guía y Recursos Sugeridos

TEMA	RECURSOS
Sensibilidad cultural	<p>College of Nurses of Ontario. (2009). <i>Culturally sensitive care</i>. Toronto, ON: Author. Retrieved from http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf</p> <p>Registered Nurses' Association of Ontario. (2007). <i>Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence</i>. Toronto, ON: Author. Retrieved from RNAO.ca/bpg/guidelines/embracing-cultural-diversity-health-care-developing-cultural-competence</p>
Poblaciones indígenas y trauma	<p>Aguiar W., & Halseth R. (2015). <i>Aboriginal peoples and historic trauma: The process of intergenerational transmission</i>. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Retrieved from https://www.cnsa-nccah.ca/docs/context/RPT-HistoricTrauma-IntergenTransmission-Aguiar-Halseth-EN.pdf</p> <p>Aboriginal Healing Foundation. (2004). <i>Historic trauma and Aboriginal healing</i>. Ottawa, ON: Author. Retrieved from http://www.ahf.ca/downloads/historic-trauma.pdf</p>
Consumo de sustancias⁶	<p>Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). <i>Engaging clients who use substances</i>. Toronto, ON: Author. Retrieved from http://RNAO.ca/bpg/guidelines/engaging-clients-who-use-substances</p>
Colaboración interprofesional	<p>Registered Nurses' Association of Ontario. (2013). <i>Developing and sustaining interprofessional health care: Optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes</i>. Toronto, ON: Author. Retrieved from RNAO.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare</p>
Cuidados centrados en la persona y en la familia; cuidados centrados en la persona⁶	<p>Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). <i>Person- and family-centred care</i>. Toronto, ON: Author. Retrieved from RNAO.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care</p>
Determinantes sociales de la salud⁶	<p>World Health Organization. (2017). Social determinants of health. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/en/</p> <p>Registered Nurses' Association of Ontario. <i>Nursing towards equity: Applying the social determinants of health in practice</i>. RNAO eLearning course. Retrieved from http://elearning.RNAO.ca</p>

Anexo C: Proceso de Desarrollo de la Guía

La Asociación Profesional de enfermeras de Ontario (RNAO) se ha comprometido a garantizar que todas las Guías de buenas prácticas se basan en la mejor evidencia disponible. Con el fin de cumplir con los estándares internacionales, se ha establecido un proceso de revisión y seguimiento para cada guía cada cinco años.

Para la revisión de esta Guía, RNAO ha reunido a un grupo de expertos que representan a una amplia variedad de sectores y áreas de práctica (véase la sección Panel de expertos de RNAO, página 19). La revisión sistemática de la evidencia se ha basado en los objetivos y el ámbito de la guía, y se ha apoyado en las cuatro preguntas de investigación incluidas a continuación. La revisión sistemática se llevó a cabo para recabar literatura de interés revisada por pares y publicada entre enero de 2011 y noviembre de 2016. Las preguntas de investigación establecidas para la revisión sistemática son las siguientes:

1. ¿Qué intervenciones efectivas y basadas en la atención específica al trauma pueden utilizar las enfermeras y el equipo interprofesional con adultos en situación de crisis?
2. ¿Qué intervenciones efectivas basadas en la atención específica al trauma pueden utilizar las enfermeras y los equipos interprofesionales para mitigar o prevenir futuras crisis en personas adultas?
3. ¿Qué contenido y estrategias educativas son necesarios para formar a las enfermeras y al equipo interprofesional de forma efectiva en relación con los enfoques de atención específica al trauma y la crisis?
4. ¿Qué apoyos a nivel de sistema y de organización precisan las enfermeras y el equipo interprofesional para implantar buenas prácticas de forma efectiva utilizando enfoques de atención específica al trauma para la gestión de crisis?

El equipo de investigación y desarrollo de las Guías de RNAO y el panel de expertos trabajaron para integrar la mejor y más reciente evidencia, y para garantizar la adecuación y seguridad de las recomendaciones de la Guía con el apoyo de la evidencia y/o el consenso^G del panel de expertos.

Se ha empleado un método Delphi modificado^G para alcanzar el consenso del panel de expertos en las recomendaciones.

Anexo D: Proceso de Revisión Sistemática y Estrategia de Búsqueda

Revisión de la Guía

El coordinador del equipo de investigación de desarrollo de las Guías de buenas prácticas de RNAO buscó en una lista definida de sitios web de guías y otros contenidos de interés publicados entre enero de 2011 y junio de 2016. La lista resultante se compiló a partir del conocimiento extraído de las páginas web de la práctica basada en la evidencia y las recomendaciones de la literatura (véase **Figure D1, Diagrama de Flujo del Proceso de Revisión de la Guía**). En <http://RNAO.ca/bpg/guidelines/crisis-intervention> se puede encontrar información detallada acerca de la estrategia de búsqueda de las guías existentes, incluida la lista de páginas web de búsqueda y los criterios de inclusión.

Los colíderes de desarrollo de la Guía (Guideline Development Co-Leads) evaluaron de forma crítica siete guías internacionales utilizando la herramienta AGREE II (Brouwers et al., 2010). Las guías con una puntuación de cuatro o inferior se consideraron de calidad baja y quedaron descartadas. Aquellas con una puntuación de cinco se consideraron de calidad moderada, y las que obtuvieron una puntuación de seis o siete se consideraron de calidad alta y quedaron incluidas. Se seleccionó la siguiente guía, considerada de calidad moderada, para informar las recomendaciones y la discusión de la evidencia:

World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva, Switzerland: Author.

Revisión Sistemática

El equipo de investigación y desarrollo de RNAO y un documentalista especializado en ciencias de la salud desarrollaron una estrategia de búsqueda exhaustiva, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión creados junto con el panel de expertos de RNAO. Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de artículos de interés publicados en inglés entre enero de 2011 y noviembre de 2016 en las siguientes bases de datos: Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), MEDLINE, MEDLINE In-Process, Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews y Cochrane Central Register of Controlled Trials), Embase y PsycINFO. Se usó ERIC (Education Resources Information Centre) solo para la pregunta tres. Además, se pidió a los miembros del panel de expertos que revisasen sus bibliotecas personales para localizar artículos de interés no recuperados mediante las estrategias de búsqueda anteriormente indicadas.

Se puede consultar información detallada sobre la estrategia de búsqueda para la revisión sistemática, los criterios de inclusión y exclusión, y los términos de búsqueda en <http://RNAO.ca/bpg/guidelines/crisis-intervention>

Una vez recuperados los artículos, dos investigadores asociados de enfermería de RNAO (con título de máster) evaluaron los estudios de forma independiente en cuanto a relevancia y elegibilidad acuerdo con los criterios de inclusión/exclusión establecidos. Un colíder de desarrollo de las guías resolvió las discrepancias.

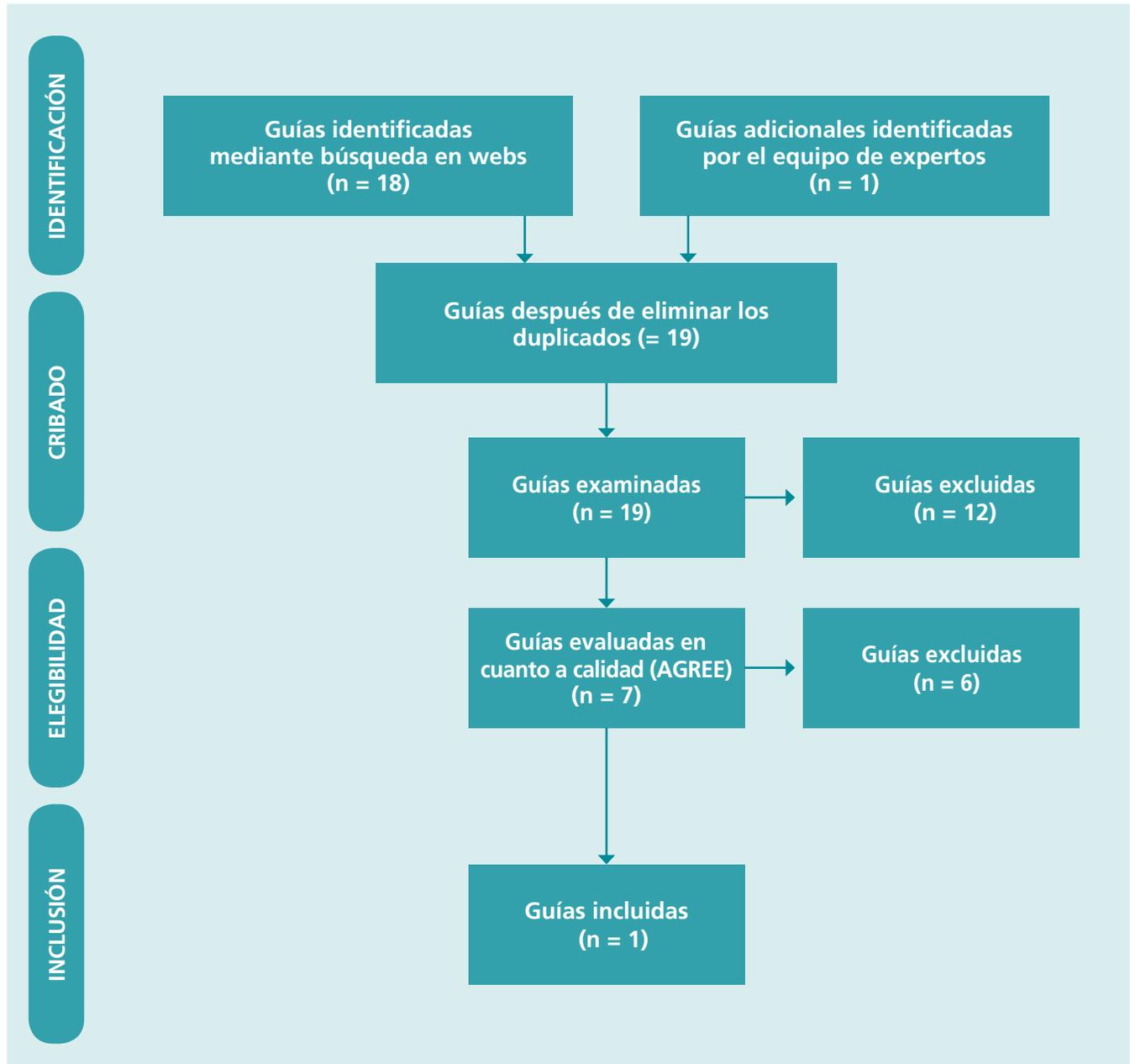
Dos investigadores asociados de enfermería de RNAO evaluaron de forma independiente las puntuaciones de la calidad de 27 artículos (una muestra aleatoria de aproximadamente el 20 por ciento del total de artículos elegibles para la extracción de datos y su valoración en cuanto a calidad). La calidad se evaluó con AMSTAR (A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews) y el sistema de puntuación de RNAO, que califica las revisiones con calidad

baja, moderada o alta (ver **Tabla 2**). Los investigadores alcanzaron una concordancia aceptable (coeficiente kappa ponderado, $K= 0,855$), tras lo cual procedieron a la valoración de la calidad y la extracción de datos del resto de los estudios, que se dividieron por igual entre los dos investigadores asociados (Fleiss, Levin, & Paik, 2003). Se elaboró una descripción resumida de los hallazgos de la literatura. Todos los miembros del panel de expertos recibieron las tablas de datos completas y la descripción resumida para su revisión y discusión.

Se puede consultar una bibliografía completa de los artículos íntegros seleccionados para su inclusión y la valoración de su calidad en <http://RNAO.ca/bpg/guidelines/crisis-intervention>



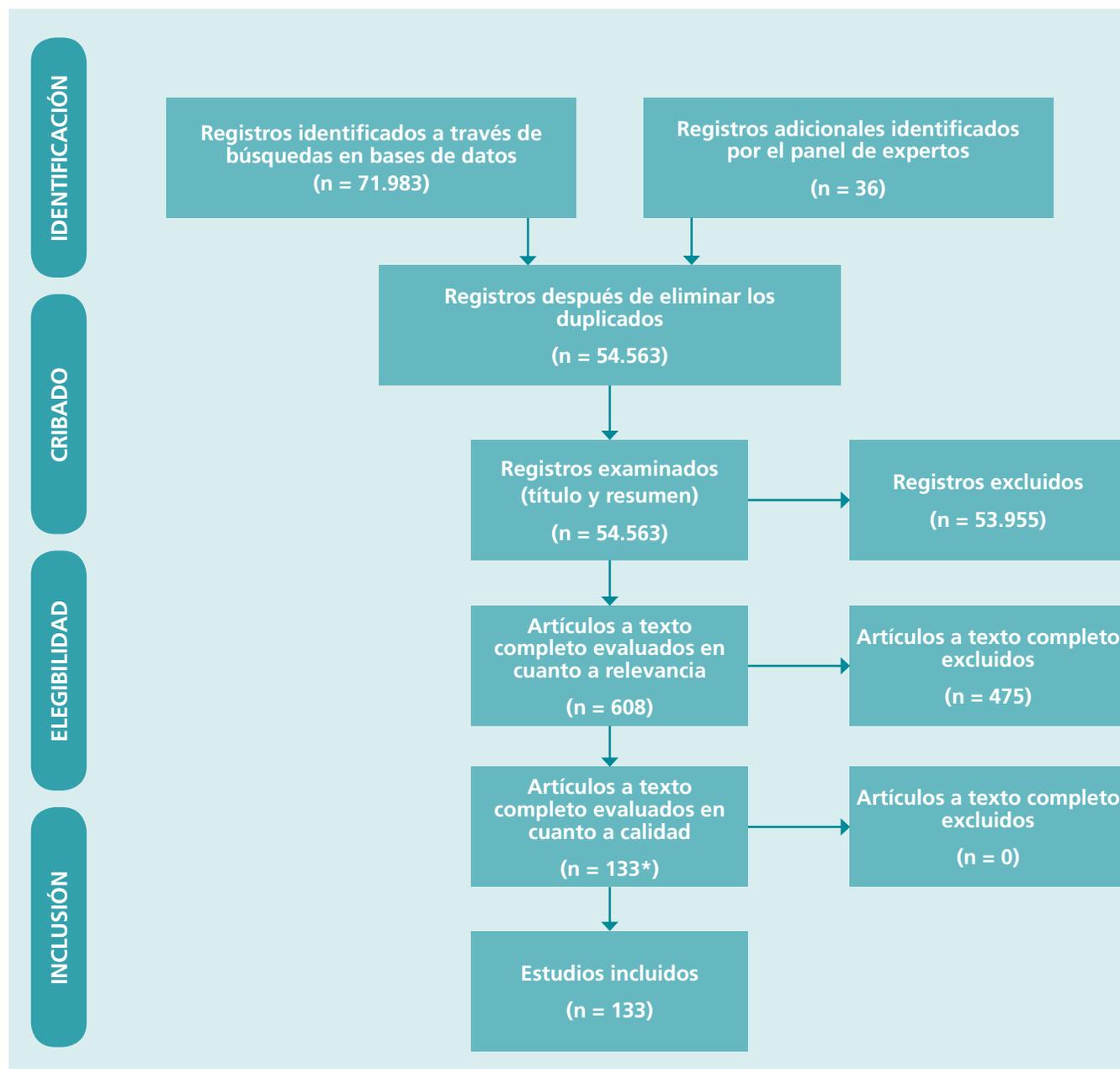
Figura D1: Diagrama de Flujo del Proceso de Revisión de las Guías



Las guías incluidas tenían una puntuación general de AGREE II de cinco o más (de siete).

Fuente: Diagrama de flujo adaptado a partir de: D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D. G. Altman, y The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535

Figura D2: Diagrama de flujo del proceso de revisión de artículos



*Se incluyeron 133 artículos para las cuatro preguntas de investigación, aunque 3 estudios fueron duplicados y se incluyeron para las preguntas de investigación por separado. Por tanto, el número final de estudios únicos incluidos es de 130.

Fuente: Diagrama de flujo adaptado a partir de: D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D. G. Altman, y The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535

Anexo E: Pasos Para el Análisis del Estrés en Incidentes Críticos

La siguiente tabla recoge las siete fases del análisis del estrés en incidentes críticos diseñado para facilitar el proceso emocional de los sucesos de crisis y favorecer los mecanismos de afrontamiento de cara a futuras situaciones.

Tabla E1: Pasos Para el Análisis del Estrés en Incidentes Críticos

PASOS
<p>Paso 1: Fase Introductoria. El mediador se presenta, se explican detalladamente las cuestiones relacionadas con la confidencialidad y se anima a la persona a hablar si lo desea.</p>
<p>Paso 2: Fase de Hechos. Se pide a la persona que describa lo sucedido durante el incidente desde su propia perspectiva. Puede centrarse en indicar quién es, dónde estaba y qué oyó, vio, olió e hizo. Todo ello ayuda a tener una idea de conjunto de lo que ocurrió.</p>
<p>Paso 3: Fase de Sensaciones y Pensamientos. La persona describe sus primeros pensamientos sobre el suceso. El diálogo se vuelve más personal.</p>
<p>Paso 4: Emociones. La persona aborda sus reacciones emocionales. Esta fase se puede combinar con la Fase 3 (Sensaciones y pensamientos).</p>
<p>Paso 5: Fase de Evaluación y Síntomas. Se señalan y abordan los síntomas físicos y psicológicos.</p>
<p>Paso 6: Fase de Enseñanza. El mediador y la persona hablan de las reacciones y las respuestas ante el estrés y de las estrategias para hacerles frente.</p>
<p>Paso 7: Fase de Retorno. La persona se plantea preguntas, ata cabos sueltos, responde a las preguntas pendientes, proporciona conclusiones finales y elabora un plan de acción. Los líderes de equipo resumen lo que ha ocurrido, proporcionan información de contacto de los miembros del equipo y cierran el proceso de análisis.</p>
<p><i>Fuentes: Li & Xu, 2012; Mitchell, 1983</i></p>

Anexo F: Plantilla para el plan de crisis

A continuación se recoge una reimpresión autorizada de Safety and Comfort Plan de Professional Practice Office, 2016, Centre for Addiction and Mental Health (CAMH).

El formulario pretende recoger la perspectiva de la persona.

Nombre del paciente:

Fecha:

1. ¿Quién ha participado en el desarrollo de este plan de seguridad?

<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Personal clínico	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Familiares	<input type="checkbox"/> Sustituto en toma de decisiones	<input type="checkbox"/> Amigo/Trabajador de apoyo	

2. ¿Qué me hace sentir seguridad?

3. ¿Qué me hace sentir inseguridad?

Algunas cosas me irritan, me asustan, me molestan mucho o me hacen entrar en crisis:

4. ¿Cómo sé cuándo entro en crisis/situación de angustia?

Mis señales de alerta:

5. ¿Qué denota que me encuentro angustiado o pierdo el control?
¿Cómo lo pueden ver los demás?

6. Cuando estoy angustiado o en situación de crisis, necesito:

7. ¿Qué actividades o recursos de afrontamiento puedo probar para calmarme y relajarme?
Actividades que me han ayudado a sentirme mejor cuando paso por un momento difícil:

8. ¿Qué pueden hacer los demás para ayudar?
Identificar quiénes y cómo pueden ser de ayuda. ¿Hay otros recursos que pueden ser de ayuda?

9. ¿Qué me impide emplear esta estrategia?
Barreras, obstáculos o situaciones que influyen en mi capacidad de aplicar este plan de seguridad:

10. ¿Cómo pueden darse cuenta los demás de que estoy enfrentándome a este tipo de situaciones?
Cosas que los demás pueden percibir en mí cuando ya no sufro ansiedad/no estoy en crisis:

Anexo G: Recursos Comunitarios para Personas en Situación de Crisis

El panel de expertos de RNAO, con la colaboración de revisores externos y otras partes interesadas clave, recopiló una lista de recursos comunitarios disponibles en Ontario y Canadá para individuos en situación de crisis (**Tabla G1**). Esta lista no es exhaustiva.

Los enlaces a los sitios web ajenos a RNAO se ofrecen solo a modo informativo. RNAO no se hace responsable de la calidad, precisión, fiabilidad o vigencia de la información facilitada a través de estos recursos. Además, RNAO no ha determinado hasta qué punto han sido evaluados estos recursos. Cualquier pregunta relativa a los mismos deberá dirigirse a la fuente correspondiente.

Tabla G1: Recursos Comunitarios para Personas en Situación de Crisis

ORGANIZACIÓN / RECURSO	DESCRIPCIÓN	ENLACE
ConnexOntario	<p>“ConnexOntario ofrece información gratuita y confidencial sobre servicios sanitarios dirigidos a personas que tienen problemas con el alcohol y las drogas, las enfermedades mentales o el juego.”</p> <p><i>Fuente: “About Us,” ConnexOntario website.</i></p>	http://www.connexontario.ca/
Mental Health Helpline	<p>“Este teléfono de ayuda en temas de salud mental ofrece información sobre los servicios de salud mental en Ontario.”</p> <p><i>Fuente: “About Us,” Mental Health Helpline website.</i></p>	<p>http://www.mentalhealthhelpline.ca/</p> <p>Número de teléfono: 1-866-531-2600</p>
Sistering	<p>Sistering es una organización para mujeres que ofrece apoyo práctico y emocional (como intervención en crisis y apoyo preventivo para personas que se enfrentan al trauma y el abuso) que les permite adquirir mayor control sobre propia su vida.</p>	http://www.sistering.org/

ORGANIZACIÓN / RECURSO	DESCRIPCIÓN	ENLACE
<p>Progress Place</p>	<p>“Progress Place es un centro de recuperación para personas que conviven con enfermedades mentales como esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión y ansiedad.” Combina una red integral de servicios, desde el empleo y la educación hasta el ocio y la vivienda.</p> <p><i>Fuente:</i> sitio web de Progress Place.</p>	<p>http://www.progressplace.org/</p>
<p>The Toronto Mental Health and Addictions Access Point (The Access Point)</p>	<p>“Organización centralizada en la que se pueden solicitar servicios individualizados de apoyo y de vivienda en casos de problemas de salud mental y adicciones.”</p> <p><i>Fuente:</i> “About,” The Access Point website.</p>	<p>http://theaccesspoint.ca/</p>
<p>ShelterSafe.ca</p>	<p>“Recurso en línea que recoge hogares de acogida en Canadá para ayudar a aquellas mujeres y sus hijos que busquen resguardo ante situaciones de violencia y abuso.”</p> <p><i>Fuente:</i> “About,” sitio web de ShelterSafe.ca</p>	<p>http://www.sheltersafe.ca/</p>
<p>Distress Centres of Ontario</p>	<p>Este recurso recoge agencias, sitios web y recursos sobre servicios de atención en salud mental, prevención del suicidio y apoyo comunitario.</p>	<p>http://dcontario.org/links.html</p>

Anexo H: Organizaciones que Ofrecen Apoyo entre Pares

El panel de expertos de RNAO, con la colaboración de revisores externos y otras partes interesadas clave, recopiló una lista de organizaciones de apoyo entre pares (**Tabla H1**) disponibles en Ontario y Canadá para individuos en situación de crisis. Esta lista no es exhaustiva.

Los enlaces a los sitios web ajenos a RNAO se ofrecen solo a modo informativo. RNAO no se hace responsable de la calidad, precisión, fiabilidad o vigencia de la información facilitada a través de estos recursos. Además, RNAO no ha determinado hasta qué punto han sido evaluados estos recursos. Cualquier pregunta relativa a los mismos deberá dirigirse a la fuente correspondiente.

Tabla H1: Organizaciones que Ofrecen Apoyo entre Pares

ORGANIZACIÓN	ENLACE
Peer Support South East Ontario	http://psseo.ca/
Ontario Peer Development Initiative	http://www.opdi.org/
Progress Place—Warm Line	http://www.progressplace.org/approach.html#warm
Mood Disorders Association of Ontario—Family Matters Peer Support and Recovery Program	https://www.mooddorders.ca/program/family-matters-peer-support-and-recovery-program
Psychiatric Survivors of Ottawa	http://www.pso-ottawa.ca/peer-support-groups
Peer Support Worker Program (British Columbia)	http://www.vch.ca/locations-services/result?res_id=340

Anexo I: Recursos Basados en las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)

El panel de expertos de RNAO, con la colaboración de revisores externos y otras partes interesadas clave, recopiló una lista de teléfonos de ayuda en casos de crisis (**Tabla I1**) y aplicaciones móviles (**Tabla I2**). Esta lista no es exhaustiva.

Los enlaces a los sitios web ajenos a RNAO se ofrecen solo a modo informativo. RNAO no se hace responsable de la calidad, precisión, fiabilidad o vigencia de la información facilitada a través de estos recursos. Además, RNAO no ha determinado hasta qué punto han sido evaluados estos recursos. Cualquier pregunta relativa a los mismos deberá dirigirse a la fuente correspondiente.

Tabla I1: Teléfonos de ayuda en casos de crisis

RECURSO	NÚMERO DE TELÉFONO
Mental Health Helpline [para salud mental]	1-866-531-2600
Here to Help (British Columbia)	310-6789 (no añadir 604, 778 o 250 antes del número). Gratuito y disponible 24 horas.
Distress and Crisis Ontario	http://dcontario.org/centres.html (los números de teléfono de ayuda en crisis se ofrecen por área)
Assaulted Women's Helpline [para mujeres agredidas]	1-866-863-0511 1-866-863-7868 (teléfono gratuito y teletipo)
Talk4Healing: A Help Line for Aboriginal Women [para mujeres aborígenes]	1-855-554-HEAL
LGBTQ-friendly Crisis Lines [líneas de crisis para el colectivo LGTBQ]	http://www.saravyc.ubc.ca/reports-resources/links/resources-for-trans-youth-allies/crisis-lines-for-lgbtq-youth/ (crisis line phone numbers provided by area)
Anishnawbe Health Toronto—Mental Health Crisis Management Service	416-891-8606

Tabla I2: Aplicaciones móviles

RECURSO	ENLACE APP
SAMHSA Behavioural Health Disaster Response App (for responders)	http://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-Behavioral-Health-Disaster-Response-Mobile-App/PEP13-DKAPP-1
Calm in the Storm	http://calminthestormapp.com/
Measure Workplace Stress App	http://www.ohcow.on.ca/measure-workplace-stress.html
The LifeLine App	https://thelifelinecanada.ca/lifeline-canada-foundation/lifeline-app/
Stop Panic & Anxiety Self-Help	https://play.google.com/store/apps/details?id=com.excelatlife.panic&hl=en

Anexo J: Intervenciones a largo plazo para mitigar la crisis

Este anexo incluye un cuadro de resumen (**Tabla J1**) de las intervenciones en la revisión sistemática orientadas a apoyar a las personas cuatro semanas después de una crisis o cuando ésta se estabiliza. Los propósitos de estas intervenciones varían, como el desarrollo continuo de habilidades, la reducción o el manejo de situaciones estresantes, la prevención del desarrollo del trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el tratamiento de los síntomas o consecuencias de las crisis. Estas intervenciones ayudan a mitigar o manejar mejor las situaciones de crisis en el futuro.



Tabla J1: Intervenciones de crisis a largo plazo (basadas en la revisión sistemática)

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN	RESUMEN DE CONCLUSIONES SOBRE SU EFECTIVIDAD
<p>Intervenciones de atención específica al trauma</p>	<p>Las intervenciones de atención específica al trauma se centran en el tratamiento de las consecuencias del trauma mediante intervenciones terapéuticas en las que intervienen profesionales médicos especializados (Poole et al., 2013). Se ofrecen teniendo en cuenta planteamientos de atención específica al trauma y se basan en una valoración detallada de las personas con problemas de trauma, salud mental y consumo de sustancias que buscan y dan su consentimiento a un tratamiento integrado (Poole et al., 2013).</p> <p>Algunos artículos de la revisión sistemática se referían a programas de atención específica al trauma como Seeking Safety [En busca de seguridad], Helping to Overcome PTSD Through Empowerment [Ayuda para superar el TEPT con empoderamiento], Male Trauma Recovery and Empowerment Model [Modelo de empoderamiento y recuperación del trauma para hombres], Helping Women Recover & Beyond Trauma [Ayudando a las mujeres a recuperarse y superar el trauma], Esuba y Beyond Violence [Más allá de la violencia] (Anderson & Najavits, 2014; Johnson, Zlotnick, & Perez, 2011; Kaiser et al., 2015; Kubiak, Kim, Feddock, & Bybee, 2012).</p>	<p>La investigación indica que la mayor parte de las intervenciones de atención específica al trauma resultaron efectiva en cuanto a reducción de resultados en salud negativos.</p> <p>Un estudio que empleó el programa Seeking Safety halló que las personas con discapacidad presentaron reducción continuada de los síntomas de TEPT (Anderson & Najavits, 2014). Otros estudios examinaron la efectividad de un tratamiento grupal integrado para abordar el TEPT y los trastornos de adicción en grupos de reclusos, de participantes del programa Seeking Safety y de Male Trauma Recovery and Empowerment Model, que mostraron una mejoría estadística y clínicamente significativa en la gravedad de los síntomas del TEPT a lo largo del tiempo, aunque la diferencia en la mejoría no fue estadísticamente significativa en comparación con la experimentada por el grupo control (Wolff et al., 2015). Los participantes del programa Seeking Safety también expresaron su satisfacción con el tratamiento en un cuestionario final empleado en otro estudio (Kaiser et al., 2015).</p>

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN	RESUMEN DE CONCLUSIONES SOBRE SU EFECTIVIDAD
<p>Psicoterapia</p>	<p>La psicoterapia abarca diversos planteamientos basados en la interacción personal para mejorar el bienestar y la salud mental. La revisión sistemática incluyó intervenciones de psicoterapia desarrolladas de forma individual, en grupo y en formato de intervención breve, que variaron en duración, componentes y poblaciones diana. En general, las intervenciones psicoterapéuticas incluyeron de manera sistemática el desarrollo de habilidades y la psicoeducación.</p> <p>El tratamiento cognitivo conductual es una forma de psicoterapia a corto plazo y de duración limitada que se centra en el momento presente. Su objetivo es el de ayudar a las personas a examinar cómo entienden lo que sucede a su alrededor y cómo estas percepciones influyen en la manera en que se sienten (Centre for Addiction and Mental Health, 2012).</p>	<p>Las investigaciones que estudian la efectividad de la psicoterapia arrojan resultados dispares. Algunos estudios señalaron resultados en salud positivos, en tanto que otros no mostraron efecto alguno o no fueron completos.</p> <p>Las intervenciones psicoterapéuticas individuales (p. ej., terapia de activación conductual para la depresión, terapia de procesamiento cognitivo, educación nutricional para el tratamiento de los síntomas del trastorno por estrés postraumático -TEPT-, terapia de resolución de conflictos) demostraron una efectividad de moderada a sólida sobre la depresión y los problemas funcionales (Bolton et al., 2014) y mejora en los síntomas de TEPT (Kasckow et al., 2014).</p> <p>Otro estudio basado en la terapia cognitivo-conductual individual no halló diferencias significativas tras el tratamiento en los síntomas de TEPT (Roberts, Roberts, Jones, & Bisson, 2016). Otra investigación centrada en una intervención breve de terapia cognitivo-conductual para el personal militar en servicio activo con ideación suicida presente o un intento reciente de suicidio halló que, en el grupo de intervención, la intervención fue efectiva para prevenir los intentos de suicidio después de un seguimiento de dos años (Rudd et al., 2015). Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los grupos con relación al TEPT, la depresión, la ansiedad y el sentimiento de desesperanza (Rudd et al., 2015).</p> <p>Una intervención psicoterapéutica de grupo que promovía el desarrollo de habilidades de autorregulación incluyó aspectos de la terapia narrativa, la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal, la psicoeducación y distintas técnicas expresivas. Los resultados indicaron que resultó efectiva para reducir los signos del TEPT, la depresión, la ansiedad y los sentimientos de estigma y aislamiento (Sayin, Candansayar, & Welkin, 2013).</p>

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN	RESUMEN DE CONCLUSIONES SOBRE SU EFECTIVIDAD
Psicoterapia		<p>La evidencia sobre el tratamiento cognitivo-conductual es contradictoria. Cuatro estudios exploraron el impacto global de la terapia cognitivo-conductual, y se refirieron disminuciones en cuanto a síntomas del TEPT y relacionados con el trauma, depresión y ansiedad en subgrupos concretos (Echeburua, Sarasua, & Zubizarreta, 2014; Mueser et al., 2015; Murphy et al., 2015; Zalta et al., 2016). Un estudio sobre la terapia cognitivo-conductual con sujetos individuales, que incluía entrenamiento de resiliencia cognitivo-conductual personalizado, concluyó que el uso de dicha terapia era factible y aceptable y se asociaba a resiliencia psicológica, reducción de la ansiedad y mejoría de la calidad de vida (Zalta et al., 2016).</p>

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN	RESUMEN DE CONCLUSIONES SOBRE SU EFECTIVIDAD
<p>Terapia de grupo</p>	<p>La terapia de grupo supone desarrollar la intervención en formato de grupo. Los componentes específicos de la misma pueden variar.</p>	<p>Las intervenciones de grupo mostraron resultados positivos. Todos los estudios incluyeron un planteamiento de atención específica al trauma para enseñar habilidades de autorregulación. Por ejemplo, se enseñó a evaluar adecuadamente los factores de estrés (Ford, Chang, Levine, & Zhang, 2013; Sikkema et al., 2013), a desarrollar destrezas de afrontamiento positivas (Ford et al., 2013; Sikkema et al., 2013), a adoptar un enfoque de desarrollo de habilidades para abordar las tensiones espirituales durante la recuperación (Bowland, Edmond, & FalLOT, 2012), y se ofreció psicoeducación (p. ej., fomentar el cumplimiento con la medicación para prevenir recaídas) (Bowland et al., 2012; Ford et al., 2013).</p> <p>En una intervención de grupo con enfoque espiritual con mujeres mayores supervivientes de situaciones de trauma interpersonal, las mujeres participantes en la sesión de grupo experimental refirieron una reducción significativa en cuanto a síntomas depresivos, ansiedad y síntomas físicos en comparación con las del grupo de control; estos resultados se mantuvieron en el seguimiento a los tres meses (Bowland et al., 2012).</p> <p>Un ensayo controlado aleatorizado en el que se examinaba el efecto del programa Living in the Face of Trauma (LIFT) – un grupo de intervención para ayudar a afrontar cuestiones relacionadas con el VIH y los abusos en la infancia– concluyó que la intervención ayudó a reducir el estrés traumático con el paso del tiempo (Sikkema et al., 2013).</p>

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN	RESUMEN DE CONCLUSIONES SOBRE SU EFECTIVIDAD
<p>Terapia de grupo</p>		<p>Un estudio realizado con reclusas con TEPT total o parcial se aleatorizó para crear dos tipos de enfoque de terapia de grupo (grupo TARGET, Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy, y terapia de grupo de apoyo) y se halló que ambas intervenciones lograron reducciones estadísticamente significativas en el TEPT y la gravedad de los síntomas asociados y un aumento de la autoeficacia (Ford et al., 2013). Se encontró que la terapia cognitiva analítica de grupo es una intervención efectiva para reducir el sufrimiento de las mujeres supervivientes de abuso sexual infantil (Calvert, Kellett, & Hagan, 2015).</p> <p>Un estudio comparó la efectividad de la terapia individual frente a la terapia de grupo con mujeres a las que se acababa de diagnosticar cáncer de mama y que habían referido síntomas de estrés traumático relacionados con el cáncer. La intervención de manejo del estrés no redujo los síntomas de estrés traumático relacionados con el cáncer y no se observaron beneficios derivados de la intervención grupal en comparación con la individual (Rissanen, Nordin, Ahlgren, & Arving, 2015).</p>

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN	RESUMEN DE CONCLUSIONES SOBRE SU EFECTIVIDAD
<p>Soluciones basadas en la tecnología</p>	<p>Las soluciones basadas en la tecnología implican el uso de telecomunicaciones, ordenadores y dispositivos de asistencia personal en la prestación de cuidados. En la revisión sistemática, estas intervenciones consistieron en el desarrollo de habilidades y la mayoría incluyeron un componente educativo.</p>	<p>La investigación sugiere que las soluciones basadas en la tecnología son efectivas. Se observó que las intervenciones basadas en Internet (como la terapia cognitivo-conductual por Internet y las intervenciones vía web dirigidas por enfermeras a veteranos con TEPT) se asociaron a una reducción de los síntomas de TEPT y en general resultaron valiosas para los pacientes (Engel et al., 2015; Spence et al., 2011).</p> <p>Un estudio comparó la terapia de procesamiento cognitivo dirigida a mujeres con TEPT mediante videoconferencias en comparación con la terapia presencial (Morland et al., 2015). La intervención incluyó psicoeducación y desarrollo de habilidades personales. Los resultados indicaron que la psicoterapia por videoconferencia fue efectiva para reducir los síntomas del TEPT y resultó comparable a la terapia presencial (Morland et al., 2015).</p>

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN	RESUMEN DE CONCLUSIONES SOBRE SU EFECTIVIDAD
<p>Terapias complementarias</p>	<p>Algunas terapias complementarias para el tratamiento de síntomas de crisis son la arteterapia, la reducción del estrés basada en la conciencia plena o atención plena (mindfulness), el tacto curativo, la meditación consciente y la musicoterapia.</p>	<p>En general, la reducción del estrés basada en la conciencia plena o mindfulness fue el enfoque de tratamiento del trauma más investigado. La reducción del estrés basada en la conciencia plena resultó efectiva para mejorar la gravedad de los síntomas del trastorno por estrés posttraumático (TEPT) en una población de veteranos de guerra (Polusny et al., 2015). En un grupo de adultos con TEPT, se redujo la puntuación de los síntomas de TEPT en siete de cada nueve participantes comparando antes y después del tratamiento con una intervención de reducción del estrés basada en la conciencia plena (Goldsmith et al., 2014). El uso de esta técnica se asoció a una reducción en los síntomas de TEPT y depresión en mujeres que habían sufrido violencia interpersonal (Kelly & Garland, 2016).</p> <p>En cuatro estudios se examinó el uso de la arteterapia para el tratamiento de síntomas de trauma o de crisis, y sus resultados fueron contradictorios en cuanto a su efectividad (Kopytin & Lebedev, 2013; Schouten, de Niet, Knipscheer, Kleber, & Hutschemaekers, 2015; Wang et al., 2015). Un ensayo controlado aleatorizado en el que se comparaba la arteterapia con el tratamiento estándar halló mejoras en las puntuaciones de depresión, hostilidad y ansiedad (Kopytin & Lebedev, 2013). Otro ensayo controlado aleatorizado halló que un programa de terapia con artes creativas no tuvo efecto en los síntomas de TEPT en un grupo de supervivientes de accidentes automovilísticos (Wang et al., 2015).</p> <p>Una revisión de seis estudios pequeños y metodológicamente débiles encontró que las intervenciones de arteterapia son efectivas para reducir la gravedad de los síntomas del trauma y la ansiedad en adultos traumatizados (Schouten et al., 2015).</p> <p>El toque curativo (Jain et al., 2012), la musicoterapia (Carr et al., 2012) y la meditación consciente (Pence, Katz, Huffman, & Cojuar, 2014) resultaron ser efectivos para la reducción de los síntomas de TEPT y otras medidas de salud mental. No obstante, la calidad de esta evidencia era baja.</p>

Anexo K: Recursos Formativos

El panel de expertos de RNAO, con la contribución de los revisores externos y otras partes interesadas clave, ha recopilado una lista de recursos formativos para los prestadores de cuidados (**Tabla K1**).

Los enlaces a los sitios web ajenos a RNAO se ofrecen solo a modo informativo. RNAO no se hace responsable de la calidad, precisión, fiabilidad o vigencia de la información facilitada a través de estos recursos. Además, RNAO no ha determinado hasta qué punto han sido evaluados estos recursos. Cualquier pregunta relativa a los mismos deberá dirigirse a la fuente correspondiente.

Tabla K1: Recursos Formativos y Educativos para Prestadores de Cuidados

ORGANISMO	DESCRIPCIÓN	ENLACE
Manitoba Trauma Information and Education Centre	El Centro de Información y Educación sobre el trauma de Manitoba ofrece oportunidades de formación y seminarios online sobre cómo incorporar mayor información sobre atención específica al trauma en la práctica.	http://trauma-informed.ca/on-line-trauma-training/
Alberta Health Services	Los Servicios de Salud de Alberta han compilado un módulo de aprendizaje en línea sobre atención específica al trauma.	https://www.albertahealthservices.ca/webapps/elearning/TIC/Mod01/story.html5.html
The Crisis Prevention Institute	Esta institución ofrece programas de formación, especialmente intervenciones en crisis no violentas.	https://www.crisisprevention.com/Specialties/Nonviolent-Crisis-Intervention
Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST)	Esta formación es un taller interactivo sobre primeros auxilios en caso de suicidio.	https://www.livingworks.net/programs/asist/

Anexo L: Componentes del Programa de Gestión del Estrés en Incidentes Críticos

La **Tabla L1** destaca los componentes de un programa de manejo del estrés provocado por incidentes críticos (CISM, por sus siglas en inglés).

Tabla L1: Componentes de un programa CISM

COMPONENTES DE UN PROGRAMA CISM

El manejo del estrés provocado por incidentes críticos (CISM) es un programa de trabajo integrado diseñado para asistir a los profesionales de emergencias. El programa tiene 11 componentes y abarca todo el proceso de crisis, desde la formación de preparación y el fomento de la resiliencia hasta los aspectos relacionados con los recursos humanos en la organización y la provisión de mecanismos de seguimiento, evaluación formal e intervención. Incluye:

1. Educación previa al incidente y preparación.
2. Intervención de crisis personalizada.
3. Análisis del estrés en incidentes críticos.
4. Desactivación (forma abreviada de análisis del estrés o debriefing).
5. Desmovilización.
6. Familia y otros programas de apoyos relevantes.
7. Programas de educación para el manejo del estrés y el manejo de traumas.
8. Programas de apoyo entre pares.
9. Procesos de apoyo in situ.
10. Programas de seguimiento.
11. Otros programas según se requiera.

Fuentes: Mithchell, 1998; Pack, 2012

Apoyos



29 de noviembre de 2017

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario
158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

Estimada Dra. Grinspun:

En nombre del Centro Canadiense de Consumo de sustancias y adicciones de Ontario (Canadian Centre on Substance Use and Addiction, CCSA), tengo el placer de suscribir nuestro apoyo a la guía de buenas prácticas clínicas basadas en la evidencia de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario's – RNAO) Intervención en crisis: abordaje del trauma en adultos en las cuatro primeras semanas (3ª edición).

Basada en la evidencia de la investigación y otras fuentes y desarrollada en colaboración con un enfoque multidisciplinario, esta guía sobre intervención en crisis servirá como un recurso valioso para muchos de nuestros socios y redes en todo el país. Será útil tanto para las enfermeras como para sus colegas que están comprometidos a proporcionar servicios efectivos y basados en la evidencia a los canadienses que han atravesado o están en riesgo de atravesar una crisis.

Como referencia, CCSA es una organización nacional sin ánimo de lucro creada por una ley federal del Parlamento en 1988. Durante casi 30 años, hemos liderado a nivel nacional y proporcionado conocimientos y soluciones avanzadas para abordar los daños relacionados con el alcohol y otras drogas, trabajando en colaboración con todas las instancias gubernamentales, las organizaciones sin ánimo de lucro y los sectores privados. De forma similar a RNAO, reconocemos y destacamos el importante vínculo que hay entre la salud mental y el consumo de sustancias, y damos respuesta de manera no crítica y respetuosa a aquellos a quienes atendemos.

Gracias por ponerse en contacto con CCSA para apoyar este importante recurso. Enhorabuena y muchas gracias por desarrollar esta guía Intervención en crisis: abordaje del trauma en adultos en las cuatro primeras semanas (3ª edición), una destacada contribución para reducir los problemas de salud mental asociados al consumo de sustancias entre los canadienses.

Un cordial saludo,

Rita Notarandrea, M.H.Sc., C.H.E.
Chief Executive Officer
Canadian Centre on Substance Use and Addiction (CCSA)



500-75 rue Albert Street
Ottawa ON K1P 5E7



Tel./Tél. : 613-235-4048
Fax/Télééc. : 613-235-8101



www.ccsa.ca
www.ccdus.ca



@CCSACanada
@CCDUSCanada



16 de enero de 2018

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario
158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

Estimada Doris:

La sociedad de enfermería Sigma Theta Tau Internacional (Sigma) Honor Society of Nursing se complace en avalar la Guía de buenas prácticas clínicas de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario - RNAO) Intervención en crisis: abordaje del trauma en adultos en las cuatro primeras semanas (3ª edición). Felicito a RNAO por este trabajo tan importante para mejorar la capacidad de liderazgo de las enfermeras y otros profesionales de atención a situaciones de crisis para atender de forma efectiva a las personas que han sufrido una crisis, en entornos de atención sanitaria en todo Canadá y a nivel internacional.

Sigma se dedica a promover la salud mundial y a celebrar la excelencia de la enfermería a través de la docencia, su papel de liderazgo y su vocación de servicio. Con más de 135.000 miembros activos de más de 90 países, promovemos productos y servicios que se centran en la educación, el liderazgo, el desarrollo profesional, la enfermería basada en la evidencia, la investigación y las becas. La nueva edición de la guía de RNAO sobre intervención en crisis utilizando un enfoque basado en el trauma apoyará a las enfermeras en todas las funciones a medida que lideran la implantación de la atención basada en la evidencia y de alta calidad en todos los sectores.

Gracias por su iniciativa en el desarrollo de este impresionante trabajo.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink that reads "Beth Baldwin Tigges".

Beth Baldwin Tigges, PhD, RN, PNP, BC
2017-2019 President

A handwritten signature in black ink that reads "Elizabeth A. Madigan".

Elizabeth A. Madigan, PhD, RN, FAAN
Chief Executive Officer

SigmaNursing.org

550 W. North Street, Indianapolis, IN 46202

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Guías de Buenas Prácticas

DICIEMBRE 2017

Intervención en Crisis: Abordaje del Trauma en Adultos en las Cuatro Primeras Semanas

Tercera Edición

ISBN 978-0-920166-59-8



9 780920 166598



Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario