



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica.

MANUAL DE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS PARA ADOLESCENTES

Reporte de Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Alvaro Romero Hernández

Director: Mtra. Josefina Villalobos Badillo
Vocal: Mtro. Emmanuel Arkad Pérez Guzmán.
Secretario: Mtra. Mariana Ivone Ortiz Basurto



Los Reyes Iztacala Tlalneantla, Estado de México, 16 de junio del 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Agradecimientos y Dedicatorias.....	3
Resumen.....	6
Summary.....	8
Introducción.....	11
Objetivo.....	20
Planteamiento del Problema.....	20
Pregunta de Investigación.....	20
Capítulo 1: Los Antecedentes de los Primeros Auxilios Psicológicos.....	21
La medicina tradicional indígena y la medicina alternativa.....	22
La mala salud mental.....	23
Salud mental en cifras para el mundo (2018)	24
Capítulo 2: Los Primeros Auxilios Psicológicos y la Ética.....	34
Preparación de los psicólogos en Primeros Auxilios Psicológicos.....	38
Lo que se debe evitar con un paciente.....	41
El Triage Psicológico.....	42
Propuesta del contenido de un Manual de Primeros Auxilios Psicológicos para adolescentes.....	45
La Ética en los Primeros Auxilios Psicológicos.....	56
Capítulo 3: La documentación formal y legal de la consulta psicológica.....	59
La primera hoja del Expediente Clínico.....	60
Contenido mínimo del Expediente Clínico Psicológico.....	64
El Acuerdo Terapéutico.....	65
El Consentimiento Informado.....	67
Conclusiones.....	73
Referencias.....	82

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A mi padre Alvaro, que falleció en diciembre 2020 por el COVID-19.
A mi madre Ofelia y mi hermano Omar, que sobrevivieron al virus.

A mis hijos, todos formando parte activa en la UNAM:
Natalia, Alvaro y Adrián.

A Diana Guzman Herrera.
por la hermosa travesura de compartir la vida juntos.

A la UNAM por formarme.

A todos mis profesores en la UNAM,
por todo lo que generosamente me enseñaron, lo cual atesoro.

A mi asesora y guía de este manuscrito:
la Mtra. Josefina Villalobos Badillo.

A Hannia y Javier Bonilla Guzmán, y Abigail López López.
deseando encuentren una profesión que los apasione.

A mi jefe Chester Wong,
quien confió en mí y desde China me dio trabajo en
QUZHOU JIANHUA DONGXU CHEMICAL CO., LTD.

非常感谢你

A todo el personal Médico que
arriesgando su propia vida
diariamente atiende a pacientes con COVID-19.

A todos los que sobreviven al COVID-19
A todas las familias de quienes no lo lograron.

A la Universidad Nacional Autónoma de México
que educo y formo a los médicos
que me atendieron
exitosamente del COVID-19

A las autoridades del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM)
por la oportunidad de prestar mis servicios como
Jefe de la Unidad de Calidad en el
Hospital General de Ecatepec “Las Américas”
del 2005 al 2008

*“Y si alguno de vosotros tiene falta de sabiduría,
pídale a Dios quien da a todos abundantemente
y sin reproche, y le será dada.”*
Santiago 1:5

Alvaro Romero Hernández.

Premio Nacional de la Juventud 1989
en Actividades Académicas
Estados Unidos Mexicanos.
(Diario Oficial de la Federación, 14 marzo 1990)

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación teórica, se propone el contenido temático básico de un Manual de Primeros Auxilios Psicológicos enfocado a Adolescentes mexicanos. El documento muestra la necesidad de iniciar la primera sesión, el primer contacto, con toda la disposición primero de escuchar y de considerar si se cuenta o no con la experiencia y competencia para hacerse cargo del paciente. Se habla también de la necesidad de establecer un acuerdo de confidencialidad, de firmar un consentimiento informado y de establecer por escrito el monto de los honorarios profesionales y la forma de liquidarlos.

Para la atención terapéutica del paciente, este documento hace referencia al uso de la *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*, Asociación Americana de Psiquiatría, publicada en el año 2014. Así como del uso del enfoque cognitivo conductual en la atención del paciente.

Este documento contiene referencias del Código de Ética del Psicólogo y señala la necesidad del uso de registros documentados, basado y en apoyo al enriquecimiento del expediente médico del paciente (también llamado Expediente Clínico, sobre todo cuando la atención es multidisciplinaria, con médicos, psicólogos, fisioterapeutas etc.). El Expediente Clínico es de uso generalizado en los hospitales en los tres niveles de atención del sistema de salud en México, porque es la base para la solicitud de interconsultas y su uso es la base del sistema de referencia y contra referencia. En el consultorio psicológico de la práctica privada, el uso de registros documentados es

también una herramienta de apoyo a la evolución exitosa del paciente.

Este tipo de registros están regidos bajo norma oficial mexicana, tienen carácter legal y son muy útiles en muchos casos. Este registro llamado Expediente Clínico o Expediente Médico, es propiedad del paciente, debe mantenerse confidencial, y está a resguardo del hospital o consultorio. Se mantiene confidencial y no se puede entregar al paciente. A solicitud por escrito del paciente, este puede tener acceso a un Resumen Clínico, el cual de manera concreta se indicará la fecha inicial de consulta, evaluaciones e instrumentos ocupados, diagnóstico, estrategia terapéutica seguida y evoluciones. Así, si el paciente desea hacer uso de su derecho de buscar una segunda opinión, el nuevo psicólogo o psiquiatra va a tener sus manos un valioso documento, que le servirá de base para posibles nuevas evaluaciones, nuevas estrategias y por lo tanto se podrá tener continuidad en el tratamiento del paciente, con el nuevo enfoque del segundo profesionalista de la salud mental.

Por otro parte, en ocasiones el psicólogo o el paciente tienen la necesidad de un cambio de residencia, o de dar por terminado el tratamiento sin considerar las evoluciones o resultados obtenidos, por múltiples razones, es por ello por lo que el Resumen Clínico se hace fundamental para la continuidad del tratamiento en manos de otro psicólogo.

En México, como en muchos países, la autoridad judicial puede solicitar al psicólogo, mediante la orden de un Juez, una copia foliada de los registros del Expediente Clínico o un Resumen Clínico de un paciente específico sujeto a un proceso legal. Este documento llamado Resumen Clínico debe contener a manera de corta y directa al menos los siguientes elementos: Identificación del paciente, los análisis e instrumentos

empleados, el diagnóstico clínico, la descripción de la estrategia terapéutica (cognitivo-conductual), el pronóstico inicial, la descripción de la evolución del paciente y el pronóstico final, referencias. Firma y Cedula Profesional del Psicólogo tratante.

El presente trabajo busca ser una herramienta de referencia en el consultorio psicológico del siglo XXI, en beneficio del tratamiento de adolescentes.

SUMMARY

In this theoretical research work, the basic thematic content of a Psychological First Aid Manual focused on Mexican adolescents is proposed. The document shows the need to start the first session, the first contact, with all the willingness first to listen and to consider whether or not one has the experience and competence to take care of the patient. There is also talk of the need to establish a confidentiality agreement, to sign an informed consent and to establish in writing the amount of professional fees and the way to pay them.

For the therapeutic care of the patient, this document refers to the use of the Reference Guide to the diagnostic criteria of DSM 5, American Psychiatric Association, published in 2014. As well as the use of the cognitive-behavioral approach in patient care.

This document contains references to the Code of Ethics of the Psychologist and points out the need for the use of documented records, based on and in support of the

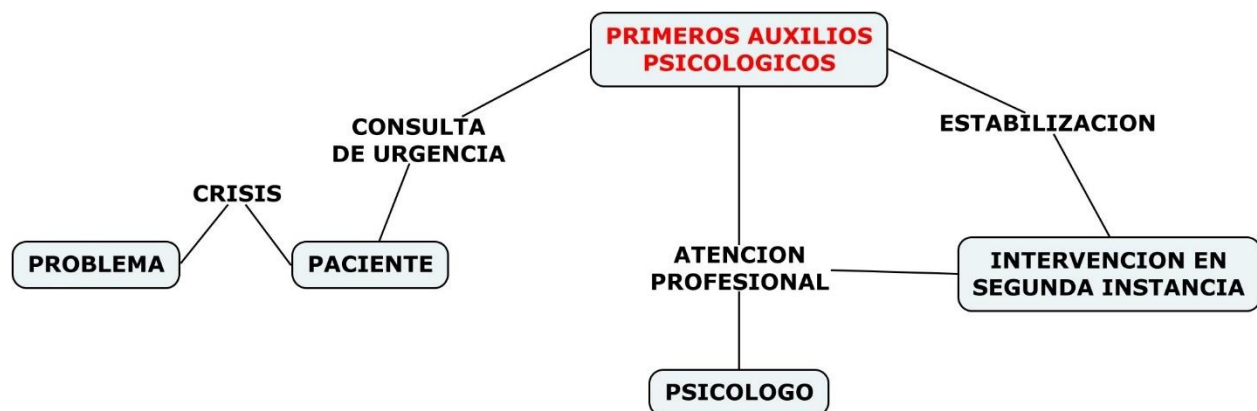
enrichment of the patient's medical record (also called Clinical Record, especially when the care is multidisciplinary, with doctors, psychologists, physiotherapists etc.). The Clinical File is widely used in hospitals at the three levels of care of the health system in Mexico, because it is the basis for requesting interconsultations and its use is the basis of the referral and counter referral system. In the psychological practice of private practice, the use of documented records is also a tool to support the successful evolution of the patient.

These types of records are governed by the official Mexican standard, they are legal and are very useful in many cases. This record, called the Clinical Record or Medical Record, is the property of the patient, must be kept confidential, and is protected by the hospital or office. It is kept confidential and cannot be released to the patient. At the written request of the patient, he may have access to a Clinical Summary, which will specifically indicate the initial date of consultation, evaluations and instruments used, diagnosis, therapeutic strategy followed and evolutions. Thus, if the patient wishes to make use of his right to seek a second opinion, the new psychologist or psychiatrist will have in his hands a valuable document, which will serve as a basis for possible new evaluations, new strategies and therefore can have continuity in patient treatment, with the new approach of the second mental health professional.

On the other hand, sometimes the psychologist or the patient have the need to change residence, or to terminate the treatment without considering the evolutions or results obtained, for multiple reasons, that is why the Clinical Summary is made essential for the continuity of treatment in the hands of another psychologist.

In Mexico, as in many countries, the judicial authority may request from the psychologist, by order of a Judge, a foliated copy of the records of the Clinical File or a Clinical Summary of a specific patient subject to legal process. This document called Clinical Summary must contain in a short and direct way at least the following elements: Identification of the patient, the analyzes and instruments used, the clinical diagnosis, the description of the therapeutic strategy (cognitive-behavioral), the initial prognosis, the description of the evolution of the patient and the final prognosis, references. Signature and Professional Certificate of the treating Psychologist.

The present work seeks to be a reference tool in the 21st century psychological clinic, for the benefit of the treatment of adolescent



INTRODUCCIÓN

Para la atención de grandes desgracias como guerras, terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, etc., la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció en el año 2012 los beneficios de los primeros auxilios psicológicos (Alvarez, A., Cruz, E., Parcar, I., 2020), y promueve su difusión como protocolo de intervención en las grandes emergencias y catástrofes. Su objetivo básico es ayudar a las personas afectadas (como los refugiados por las guerras) a recuperar el control y afrontar lo que les haya sucedido con el menor número de secuelas posible.

Hoy, en el día a día, con las personas que deciden buscar solución a sus problemas en un consultorio psicológico, es común que encuentren que los primeros auxilios psicológicos no se acostumbran a utilizar en las situaciones críticas y estresantes de la vida diaria, en lo que llamamos emergencias cotidianas, como puede ser los accidentes de tráfico, las agresiones, los problemas de pareja (separaciones, infidelidades y divorcios), las evacuaciones forzadas por accidentes climáticos y las muertes repentinas, las cuales en principio son las más frecuentes a atender en el consultorio privado.

Uno de los problemas graves del siglo XXI es que los adolescentes empiezan a tener responsabilidades y comportamientos que antes correspondían solo a los adultos a temprana edad. Como trabajar y estudiar, cuidar a hermanos menores o a familiares enfermos, e incluso inician su vida sexual antes de llegar a la madurez de esta (considerada está a partir de la primera eyaculación en los niños y la primera

menstruación de las niñas). Considerando este escenario de comportamiento precoz, los problemas de codependencia, duelo por separación o pérdida de un ser querido, ansiedad y estrés laboral, está presente en los adolescentes.

Se debe considerar que en la consulta psicológica no se puede seguir un rígido procedimiento de atención, como si se tratara de un proceso en serie y todo se tratará de seguir una serie de pasos como un A+B+C, porque en la atención psicológica en el consultorio existen muchas variables, y algunas de ellas son dinámicas: Cada paciente, cada problema, cada evolución, cada preparación y cada competencia del profesional de la psicología son diferentes.

Un Manual de Primeros Auxilios Psicológicos, sobre todo aplicado a la atención de adolescentes, debe ser flexible y más que un procedimiento paso a paso, debe ser un documento que guíe al psicólogo que lo usa como referencia, por ejemplo: "...No olvide en la primera entrevista conocer el nombre y edad del paciente...". Si bien es cierto que los antecedentes académicos y familiares son importantes de conocer y registrar, no se debe olvidar que el paciente en sus primeras sesiones busca ser escuchado en primera instancia, en un espacio seguro y confiable.

En el caso de que el adolescente manifieste el deseo o impulso a cometer un acto ilícito, o incluso realizar alguna actividad que le cause daño, o la muerte como en el caso del suicidio, dentro de los Primeros Auxilios Psicológicos debemos preparar al adolescente a que sea el quien comunique a sus padres estos hechos, junto con la estrategia y el plan que tiene para no llegar a cometerlos. Esta parte es importante, porque el paciente es un menor de edad, y debe sentirse apoyado para que sea el quien

establezca los lazos de comunicación necesarios, para mantener debidamente informados de todos los detalles de su evolución a sus padres, y no sienta que su confidencialidad es vulnerada en el consultorio del psicólogo.

Se espera que el presente trabajo sirva como guía y que sea flexible aplicando un criterio psicológico documentado, considerando que paciente tiene el derecho a contar con un Expediente Clínico que indique claramente el diagnóstico, las terapias a seguir, los resultados y evoluciones, así como su correspondiente pronóstico. No se debe olvidar que en cualquier momento el paciente podrá ser enviado con otro profesional de la salud, a continuar su tratamiento. El paciente puede necesitar ser hospitalizado por algún accidente o enfermedad, y con un buen resumen clínico psicológico, se puede hacer un uso adecuado de la referencia y de la contrareferencia correspondiente, motivo por el cual se hace indispensable, que de manera sistemática en la consulta privada o institucional se trabaje de manera normalizada.

Lo más importante a considerar en un Manual de Primeros Auxilios Psicológicos es considera la interacción con otros profesionales de la salud (como neurólogos, psiquiatras e incluso otros psicólogos), motivo por el cual siempre se debe estar tomando en cuenta el DSM-5 o su correspondiente actualización futura, el Código Ético del Psicólogo y la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico. Tomando en cuenta lo comentado por De la Fuente (2015): La realidad del trabajo del psicólogo clínico es trabajar todos los días en equipo, con otros profesionales de la salud, con diferentes especialidades.

Es por lo anterior que, para una propuesta de Manual de Primeros Auxilios Psicológicos para Adolescentes, se debe considerar lo propuesto la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico – psiquiátrica. Y en el proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-005-SEGOB-2012, Acciones de recuperación - Atención a la salud psicosocial en caso de emergencia o desastre.

La American Psychological Association (APA) desde hace muchos años ha mostrado su preocupación de indicar la necesidad de llevar un registro escrito del paciente y por otro de garantizar su confidencialidad, principalmente porque estos registros son muy delicados por contener información sensible, la cual debe cuidarse en beneficio del paciente. Lo anterior nos lo comenta Newman (2005), en donde propone el desarrollo y uso de un sistema electrónico de administración de registros clínicos de pacientes a nivel nacional en los Estados Unidos, siempre y cuando se pueda garantizar su inviolabilidad y su confidencialidad. También nos menciona la información mínima que debe contener, pero no establece un formato específico a llenar.

Hoy día todavía es común tener malas experiencias con la pérdida de documentos y registros electrónicos escolares y profesionales. Esto puede deberse por el ataque de virus electrónicos o por los accidentes informáticos de los propios programas que por error pueden deshabilitar o borrar archivos. Hoy día es común vivir o saber de casos que perdieron toda la información grabada en un disco de un Tera de capacidad de almacenamiento, o que algún programa como Avast Cleanup, al tratar de optimizar la partición de un disco duro, borra parte de la información. Por lo anterior, si bien es cierto

que Harris (2012) nos habla de las ventajas de un Expediente Clínico electrónico, esto todavía hoy es motivo de debate, porque en pleno año 2021 estos registros electrónicos no son 100% seguros y fácilmente se puede perder parte o el total de la información. Es por ello que este autor nos recuerda que tenemos la responsabilidad de respaldar la información electrónica en un lugar seguro y con protecciones de al menos de un password, en un disco duro fiable o en la nube.

. En México la NOM-024-SSA3-2012, nos habla de los sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud, el cual es usado con relativo éxito, por ejemplo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Si se trabaja en México en el medio Hospitalario Institucional, el manejo del Expediente Clínico Electrónico ya es una realidad. De hecho, cada Hospital e institución tienen a personal especializado en hacer los respaldos de la información y en garantizar que el software especializado funcione correctamente las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana. Sin embargo, en muchos hospitales, el área de Urgencias y a veces Consulta Externa se maneja aun con registros duros (en papel) en formatos propios de la institución, siguiendo las normas oficiales correspondientes al Expediente Clínico, como la NOM-004-SSA3-2012. Cabe recordar que las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) son de observación y uso obligatorio en todo el territorio nacional, pero si bien indican que información mínima se debe tener, estas no muestran un formato de registro que pueda servir como ejemplo directo. No debemos olvidar que las Normas Oficiales Mexicanas voluntarias se identifican como (NMX). Hoy día es común las diferentes normas internacionales no establezcan o propongan un formato específico, pero si

indican los elementos y contenidos mínimos que debe de contener. Así las normas de calidad tipo ISO-9001:2015 e IATF-16949:2016 (esta última es la norma de calidad ISO-9001:2015 especializada en la Industria Automotriz), se indican claramente los requisitos que deben tener los documentos y los registros, pero no nos ponen un ejemplo. Lo anterior es excelente, porque nos permite, aplicando la Mejora Continua mejorar la calidad de los registros. En el caso del trabajo en el consultorio psicológico permite, como en otros servicios dentro de una institución médica; diseñar, modificar y editar los formatos para satisfacer las necesidades específicas, en este caso, del servicio de psicología.

El uso de Expediente Clínico Institucional (electrónico o en papel) es fundamental para poder garantizar la continuidad del tratamiento, por medio de un equipo multidisciplinario. Por lo anterior se beneficia al paciente, que puede seguir la continuidad de un tratamiento, aunque el psicólogo que lo atiende cambie de institución. En el caso de la Consulta Privada, es conveniente usar un registro tipo Expediente Clínico (este puede ser electrónico, pero es recomendable tener el respaldo en papel). Debemos recordar que uno de los derechos de los pacientes es conocer su diagnóstico y los detalles terapéuticos a los que será sometido en el consultorio. También es derecho del paciente el tener en cualquier momento una segunda opinión profesional, para lo cual el paciente puede solicitarnos un Resumen Clínico. Recordemos que, tanto en el medio institucional, como en el consultorio privado, el Expediente Clínico es propiedad del paciente, pero está a resguardo del profesional de la salud o la institución, en otras palabras, al paciente solo se le puede entregar un Resumen Clínico, nunca el expediente

completo. El paciente tiene el derecho a solicitar su Resumen Clínico, pero lo debe de solicitar por escrito y este documento se anexa al Expediente Clínico.

Es importante considerar lo anterior, principalmente porque el paciente no está exento de tener algún problema de salud o de carácter legal (por ejemplo, un accidente automovilístico, o incluso actos ilícitos donde se involucre el paciente) si durante las averiguaciones previas, el paciente manifiesta estar bajo tratamiento psicológico, el Juez o Agente del Ministerio Público, en cualquier momento pueden solicitar por escrito una copia foliada y cotejada de los registros del Expediente Clínico del psicólogo tratante. Y a juicio de la autoridad esta información puede ser un atenuante o un agravante.

Para el Agente del Ministerio Público, o para el Juez que lleva el caso (de los cuales debemos tener presente que ambos no son Psicólogos), les debe quedar claro cuando se inició la consulta, el diagnóstico inicial, los detalles genéricos de la propuesta terapéutica, los avances logrados y la evolución del pronóstico en base a los avances logrados por él paciente. Esto siempre va a ayudar al paciente en su proceso legal, y en el caso de la calidad de los registros entregados, al psicólogo lo va a posicionar como un excelente profesional de la salud, profesional y neutral.

Como pésima referencia, o ejemplo de lo que no se debe de hacer, en el año 2007 en un Hospital Público del Sistema de Salud del Estado de México, fui testigo del regaño y llamada de atención de un Juez hacia el Psicólogo de tiempo completo asignado al Hospital, motivado principalmente por las deficientes anotaciones que realizó el psicólogo en el Expediente Clínico del paciente, el cual ya se encontraba sujeto a las averiguaciones previas de un proceso penal. El juez le comento al psicólogo:

- *“Brillan por su ausencia sus notas en el Expediente Clínico del Paciente, por lo que me da la impresión de que, entre su llegada y estancia en este hospital, no recibió evaluación o tratamiento psicológico alguno” –*

Se debe estar consciente que en el ámbito hospitalario institucional o privado el psicólogo trabaja en equipo con otros profesionales de la salud: médicos, cirujanos; psiquiatras, fisioterapeutas, etc. Y todos ellos deben de hacer sus notas y registros que se incluirán en la carpeta que se llamara Expediente Clínico.

Durante la realización del presente trabajo, se tomó en cuenta lo comentado por De la Fuente (2015), de tal forma que en todo momento se mantuvo en la mente que todos los pacientes con problemas psicológicos tienen derecho a recibir asistencia, compasión y respeto. Es por ello, por lo que a mis colegas psicólogos que en el futuro lean, apliquen o tomen de referencia el presente trabajo, les pido que se esfuercen en registrar con gran detalle y calidad toda la información que permita dar al paciente la mejor de las atenciones, con el mejor de los registros, para garantizar la continuidad del servicio en beneficio del paciente.

Se debe tomar en cuenta que el presente documento no tiene como objetivo ser una instrucción rígida de trabajo de la A, a la letra Z. Cada institución y cada profesional de la psicología deberá hacer sus propuestas individuales en las normas oficiales vigentes, en el DSM-5, o el que esté vigente, en beneficio del paciente.

De acuerdo con Slaikeu (1988) la *intervención de primera instancia* es la que se

identifica como Primeros Auxilios Psicológicos, porque es brindada de manera inmediata, y *la intervención en segunda instancia* es identificada como la intervención en crisis, la cual se encamina a facilitar con el paciente la resolución psicológica de la crisis, en sesiones posteriores, por esto se requiere de más tiempo, siendo en promedio la duración de la atención de dos a veinticuatro meses. Claro está que esto dependerá del paciente, su evolución y de las diferentes técnicas y herramientas que se efectúen.

En Latinoamérica los Primeros Auxilios Psicológicos no es común que se utilicen en la consulta diaria en las situaciones críticas y estresantes de la vida diaria, por lo que como guía se propone desarrollar un Manual de Primeros Auxilios Psicológicos, que tome en cuenta la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico para documentar los diagnósticos, terapias, resultados y evoluciones, en pacientes adolescentes mayores de 12 años y menores de 18 años.

En principio se pensó en su implementación y uso en la zona metropolitana de la Ciudad de Celaya-Guanajuato, México. Pero por la necesidad de mantenerse en casa, por la pandemia del COVID-19, y por los riesgos de un segundo contagio, en el presente trabajo no fue posible realizarlo en campo, por lo que queda como reporte de investigación teórica. Para el mes de junio del 2021, a pesar de oficialmente ya estar en el estado de Guanajuato, México en semáforo verde, por motivo políticos más que por motivos médicos, con casi 2,450,000 infectados y 230,000 decesos, acumulados a la fecha de la presentación de este documento, nos obligan a ser responsables y continuar con la cuarentena.

OBJETIVO:

Proponer el contenido de un Manual de Primeros Auxilios Psicológicos enfocado al tratamiento de Adolescentes. Considerando el Código Ético del Psicólogo, el DSM-5, las Normas Oficiales Mexicanas, y las notas APA que tratan sobre el registro en el Expediente Clínico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Los Primeros Auxilios Psicológicos se han enfocado a grandes catástrofes, pero no se cuenta con un manual enfocado a adolescentes en el consultorio privado, que en beneficio del paciente documente su diagnóstico, evolución y seguimiento bajo el formato de un Expediente Clínico.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es el contenido de un Manual de Primeros Auxilios Psicológicos para adolescentes en el consultorio psicológico, documentado en el Expediente Clínico?

CAPITULO 1: Los Antecedentes de los Primeros Auxilios Psicológicos.

En el mundo, los problemas de salud mental se incrementan año con año. El problema de los países latinoamericanos, llamados también países en vías de desarrollo desde la década de los años 70's, la búsqueda de ayuda, orientación y tratamiento de los problemas emocionales y de conducta se asocian a problemas mentales graves. El paciente en sus primeras fases de problemas de salud mental no busca orientación profesional porque tiene el tabú de que al psicólogo o al psiquiatra solo se acude cuando se está loco. En países industrializados, gracias a programas gubernamentales y apoyo en los centros laborales, así como un buen manejo de los medios de comunicación masiva es más fácil y común que la población busque en la consulta psicológica profesional el apoyo y orientación a sus problemas emocionales y de conducta, con la misma naturalidad con la que visita al odontólogo.

Por otro lado, una gran parte de la población latinoamericana sustituye la consulta profesional con un psicólogo con un café con algún familiar o amigo, e incluso con la compra y lectura a medias de libros de autoayuda, muchos de los cuales no están escritos por psicólogos o con psiquiatras profesionales. En países como México, se acepta la medicina tradicional indígena que está presente incluso desde antes de la conquista española, y que se considera parte de la cultura en base a sus usos y costumbres de las comunidades, muchas de las cuales incluso hoy día se comunican por dialectos, sin el uso del idioma español.

Así, en México, la Ley General de Salud (2021) en el artículo 93 establece: “... se *reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo **de la medicina tradicional indígena***. *Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos*”. Muchos de los problemas emocionales y conductuales por siglos han sido tratados con éxito por la medicina tradicional indígena, en problemas y situaciones alejadas del avance tecnológico y cultural actual. Este tipo de medicina forma parte de la cultura, usos y costumbres de los pueblos que han existido, incluso antes del siglo XVI, cuando no se tenía o conocía la influencia europea.

Se debe tomar en cuenta que la Ley General de Salud (2021) no reconoce como metodología terapéutica a la llamada “**medicina alternativa**” la cual es ejercida por personas que incluso no han terminado la secundaria, pero que con un curso de 20 horas y el uso de un lenguaje exótico, usando términos como cuántico y/o neuronal, se sienten seguras y se anuncian en las redes sociales como una alternativa de solución a problemas psicológicos, usando imanes o invocando ángeles y energías cósmicas, alejadas completamente del rigor del método científico. Los problemas generados en el uso de estas pseudociencias, por un lado, es el desgaste económico (porque de una forma u otra, como un negocio siempre habrá la parte económica en la consulta, ya sea con la compra de un curso, auto publicación, taller, imágenes etc.) y por otro y más grave se aleja o incluso se anula la posibilidad de recibir una consulta psicológica profesional. Lo

anterior sin considerar que el motivo de consulta inicial puede verse confundido o incluso alterado y agravado, llevando incluso al usuario al riesgo de cometer un delito o suicidio.

En el sistema de salud oficial mexicano, en pleno siglo XXI, la consulta psicológica no es tomada en cuenta como una prioridad de salud. Basta comentar que Hospitales Generales Estatales a cargo del gobierno federal, los cuales en promedio cuentan con ciento cincuenta camas censables y cuatro quirófanos, se cuenta solo con un psicólogo profesional de tiempo completo para el servicio de las veinticuatro horas, los siete días a la semana. Los Hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuentan con la misma dotación de psicólogos de tiempo completo, de tal forma que si el paciente logra convencer a su médico familiar de primer contacto que requiere de una consulta psicológica, esta se dará con citas espaciadas por varios meses entre cada sesión, porque en promedio de entrada, la primera consulta será recibida en un promedio de más de noventa días, porque la alta demanda si existe, pero la autoridad prefiere contratar más médicos ginecobstetras y pediatras, porque en promedio es de la consulta que más demanda existe, en promedio siete pacientes por hora.

Carreño S., Medina M. (2018), en su presentación en las primeras Jornadas de Estrés Laboral, organizadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, comentan que la carga de la **mala salud mental** es muy alta, porque afectan a alrededor del 30% de la población en algún momento de su vida, siendo estos trastornos en su mayoría generados por ansiedad y depresión. Es importante señalar que estas investigadoras indican que esto tiene un costo social elevado porque contribuyen al desempleo, incrementan el ausentismo por enfermedad y la pérdida de productividad en el trabajo.

Estos autores también señalan que las personas con enfermedades mentales severas mueren de 20 a 30 años más jóvenes, tienen tasas más altas de desempleo y por tanto su nivel adquisitivo se ve afectado, generando entonces un malestar mayor porque en estas condiciones son más pobres que la población general. Lo grave de esto es que estas investigadoras indican que los costos directos e indirectos de la mala salud mental son muy altos y pueden llegar a 4% del PIB.

En Europa, la Confederación de Salud Mental en España, publicó un Informe de la **Salud Mental en cifras para el Mundo** (2018). De este documento, es importante tomar en cuenta:

- a) Los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad en el mundo en 2030.
- b) EL 50% de los problemas de salud mental en adultos comienzan antes de los 15 años, y el 75% antes de los 18.
- c) Cerca de 800,000 personas se suicidan cada año, siendo la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años.
- d) 1 de cada 4 personas tendrán un trastorno mental a lo largo de su vida.
- e) Entre el 35% y el 50% no reciben ningún tratamiento o no es el adecuado.
- f) El 12,5% de todos los problemas de salud está representado por los trastornos mentales, una cifra mayor a la del cáncer y los problemas cardiovasculares.
- g) 450 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por un problema de salud mental que dificulta gravemente su vida.

- h) Un 1% de la población mundial desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida.
- i) Más de 300 millones de personas en el mundo viven con una depresión, un problema de salud mental que ha aumentado un 18,4% entre 2005 y 2015.

Lo preocupante es que, en México hoy día no se cuenta con un documento semejante publicado por la Secretaría de Salud, a pesar de que el gobierno actual, tiene otros datos, la realidad es que en el Diario Oficial de la Federación no se ha publicado un estudio formal sobre las proyecciones de enfermedades mentales que se tendrán en el 2030, modificadas ahora por la influencia en la salud de la población del COVID-19. ¿Cuál es el interés de que este estudio exista? Sencillo, porque puede ser la base para tomar precauciones, generar más especialistas, hacer análisis de causa raíz, ver la manera de proteger a la niñez y a la juventud mexicana, por medio de programas que de manera preventiva promuevan la salud mental. Pero hoy eso no puede ser posible, cuando un gobierno desaparece una herramienta como el SEGURO POPULAR, y está más preocupado por trenes, refinerías y aeropuertos que por la salud de la población en diez años. La esperanza esta entonces puesta en la Iniciativa Privada y en las ONG (Organizaciones No Gubernamentales) patrocinadas muchas de ellas por otros países.

Para hablar de Primeros Auxilios Psicológicos se debe considerar primero que una crisis emocional se origina por una situación impactante e inesperada, y es en este momento que hay un desequilibrio de emociones y las personas no saben cómo reaccionar, pues las invaden distintas emociones, de las cuales, una de las más

frecuentes es el miedo, la cual genera incertidumbre y ansiedad, porque durante la vida diaria, a cualquier edad ocurren muchas y diversas situaciones que son preocupantes para unos y aterradoras para otros, cada persona tiene miedo por distintas causas, por ejemplo, algunos tienen miedo a la pobreza, a la soledad, al abandono, a la vejez, a la enfermedad, al ridículo, al mal prestigio, etc.

En la vida diaria, los Primeros Auxilios están relacionadas con accidentes, cortes, quemaduras, fracturas que causan dolor y sangrado. En estos casos, los Primeros Auxilios ayudan a estabilizar al paciente, para que este pueda recibir una atención profesional especializada, en algunos casos posterior, y que, sin estas primeras atenciones, sencillamente la persona en muchos de los casos no llegaría viva a la atención especializada.

Haciendo una analogía, los Primeros Auxilios Psicológicos nos ayudan a recibir al paciente, escucharlo, apoyarlo, decidir si éticamente se puede dar el apoyo necesario o si es necesario enviarlo referenciado a un profesional de la psicología más entrenado y/o con mayor experiencia y supervisión. Es por ello que es fundamental tener disponible a la mano en el consultorio una agenda con profesionales de la salud, indicando claramente su especialidad, para poder referir al paciente exactamente con el nombre y teléfono del profesional. Esta agenda también debe de tener los teléfonos y datos web de instituciones que brinden atención psicológica especializada, tanto en el sector público, como en el sector privado.

Lo más importante en los Primeros Auxilios Psicológicos es hacer sentir seguro al paciente, y evitarle pensamientos de auto daño corporal o incluso de suicidio. Lograr que

se tranquilice, y ya de una forma guiada por el psicólogo, definir cuál es la estrategia o camino a seguir. Como en los Primeros Auxilios, en donde el objetivo principal detener un daño mayor y estabilizar al paciente para ser canalizado a recibir una atención médica especializada en un centro hospitalario.

En los Primeros Auxilios Psicológicos de manera semejante como objetivo principal vamos a detener un daño mayor y a estabilizar al paciente para que posteriormente ya en visitas programadas reciba una atención psicológica especializada.

Simultáneamente al trabajo de estabilización del paciente, debemos evaluar si éticamente tenemos el conocimiento, capacidad, competencia y experiencia para brindar la atención especializada, o si una vez controlada la crisis, es mejor remitir al paciente a otro profesional más entrenado y calificado en la ayuda específica que requiere el paciente, pensando en el beneficio del paciente. Un buen psicólogo, éticamente conoce sus fuerzas y debilidades, así que ante la duda siempre éticamente pondrá por delante los beneficios del paciente y su derecho a recibir la mejor atención posible, aunque muchas veces eso signifique renunciar a continuar el tratamiento y a referenciarlo a un psicólogo con la experiencia y las competencias necesarias para esta atención específica. La mente humana es tan maravillosa y su desarrollo tan diverso, que no existe ni existirá un psicólogo capaz de manejar al cien por ciento todas las patologías que los pensamientos, las emociones y las conductas de los pacientes pueden generar.

En México, la ansiedad y la depresión son de las primeras causas de consulta psicológica, por lo que hay que considerar que, en la vida diaria, el miedo más común por lo que se puede dar una crisis emocional es la muerte, por su naturaleza este es un tema

del que las personas evitan hablar, aunque de manera natural debemos entender que todo aquel que nace, tarde o temprano tendrá que morir, porque hasta el día de hoy la muerte ha sido fiel y no ha olvidado a nadie. En la consulta psicológica, el pesar obsesivamente con la muerte causa ansiedad y depresión. Como lo comenta Rimpoché (1994) el tema de la muerte es un tabú, e incluso hay personas que pueden llegar a considerarse que, por el solo hecho de mencionarla, pueden correr el riesgo de atraerla. Por esto evitan hablar sobre ella, ya que nadie quiere que su muerte se aproxime tan rápido, porque en promedio las personas le tienen miedo por ser algo desconocido, ya que no saben qué es lo que realmente pasa después de ella, y la esperanza de la vida eterna se queda solo en a creencia y dogma de fe, porque nadie ha regresado a contarnos que en realidad hay vida después de la vida.

Somos seres sociales y, por lo tanto, no estamos o vivimos aislados, al contrario, nuestro entorno, la cultura, los usos y costumbres, incluso la religión todo el tiempo nos expone a una influencia que consideramos y adoptamos como propia, a vivir en sociedad, donde la familia es la célula principal. Hoy día el internet, los teléfonos inteligentes, las redes sociales nos inundan de información, mucha de ella errónea incluso de mala fe (como las noticias falsas o los tratamientos milagro). Es por ello por lo que hoy en día, la muerte tiene un referente personal e individual dentro de cada persona, porque cada uno tiene sus propias interpretaciones, inhibiciones y miedos ante ésta, sin embargo, es necesario aceptar que ninguna persona escapa de la muerte, ya que es algo natural de la vida, porque quien nace en algún momento tendrá que afrontar que morirá, quiera o

no. La muerte no toma en cuenta si estamos listos económica o legalmente, simplemente llega, muchas veces sin avisar.

Este mismo autor menciona que son dos las actitudes que se pueden tomar ante la muerte: Podemos elegirnos no pensar en ella, o podemos hacer frente a la perspectiva de nuestra propia muerte y, reflexionando con claridad sobre ella, tratar de reducir al mínimo el sufrimiento que puede producir, viviendo el hoy plenamente, con responsabilidad. Nosotros, como psicólogos, debemos tener en mente que moriremos en cuerpo, pero nuestras ideas, nuestras obras lo bueno o malo que hacemos con nuestra vida puede sobrevivir a nuestra vida misma. Como es el caso del presente documento, quedará en los registros bibliotecarios de la Universidad Nacional Autónoma de México y estará disponible para su consulta, varios años o siglos después de mi propia muerte.

Trascender en la vida y dejar una herencia cultural o científica podría ser una forma de ser inmortal, esto podemos compartirlo con el paciente, pero debemos estar conscientes que es una inmortalidad intelectual, porque en realidad no lograremos vencer a la muerte física, aquella en la cual nuestro cuerpo y nuestra mente dejan de funcionar, al parecer para el resto de la eternidad. Pero podemos permanecer positivamente en la mente de nuestros familiares, amigos, alumnos y colegas profesionales, siendo esto una forma de inmortalidad.

Cabe mencionar que la sola herencia económica, da un ligero recuerdo en los beneficiarios del dinero y bienes, hasta que estos se acaban, principalmente por el principio de que el dinero que llega fácil, fácil se va.

Durante una crisis emocional es realmente complicado que una persona pueda reflexionar sobre la muerte, es decir, este es un trabajo que todas las personas deberíamos reflexionar, pues la muerte no se puede eludir, con el agravante de que además se ignora cuándo y cómo ocurrirá. Así al reflexionar sobre ella como un proceso natural, cuando exista un momento de crisis, el miedo a la muerte propia o de algún ser querido, podrá enfrentarse más rápida y eficazmente, pues ya no será vista como el fin de algo, lo cual puede ser desagradable, sino que podría ser vista como el principio de algo nuevo, en donde el difunto ya no sufrirá, dando gracias por los momentos que estuvo en compañía de las personas que amaba. Así, cuando la muerte se acepta, la actitud ante la vida se transforma, descubriendo una conexión entre la vida y la muerte, siendo importante entonces el disfrutar más los momentos sin tener esa preocupación o ese miedo sobre cuándo llegará el momento en que la muerte se aproxime, sea en un día de rutina o durante una situación imprevista y peligrosa. Al enfrentar a la muerte, en el día que a cada uno de nosotros nos llegue, debemos estar conscientes de que podemos seguir vivos en el recuerdo de nuestros seres queridos, de nuestros compañeros de trabajo, de nuestros profesores y compañeros de escuela. Claro está, esto solo podrá pasar si logramos trascender en sus vidas, y que mejor de una manera positiva.

De acuerdo con Nhat, T. (2012) las personas suelen heredar el miedo de sus ancestros, los cuales pasaron durante su vida, situaciones ansiosas, es decir, de alguna manera cada individuo tiene miedos similares a sus familiares, pues ellos han visto cómo sus ancestros han sufrido durante alguna situación preocupante, provocando miedo a la posibilidad de pasar. Claro que esto puede suceder si al nacer y durante los primeros años

de vida y adolescencia, la persona se ve inmersa e influenciada en esta información en su entorno. Porque, si la persona nace y vive separada de sus familiares y amigos (como en el caso de los huérfanos que no conocieron a sus padres y familiares) este punto ya no será válido, porque la persona ya no tendrá referencia de la vida familiar, no podrá imitar lo que no ve, lo que no oye. Sin embargo, como una esponja el niño absorberá de su nuevo entorno los miedos y prejuicios que predominen en el mismo, y la naturaleza humana, sin importar el idioma o la ubicación geográfica, maneja miedos y tabúes semejantes, como el miedo a la muerte y al fracaso.

En los adolescentes, en situaciones de pérdida de seres queridos por muerte natural, accidente o enfermedad (o desaparición, muy frecuente en países inestables e inseguros de Latinoamérica). En situaciones de duelo por término de relaciones afectivas, término de relaciones laborales y el por no poder entrar o salir de un nivel de estudio, hacen que la incertidumbre se presente y provoca que las personas sientan miedo a la soledad o al fracaso (temporal o permanente). Eso hace que las personas se pierdan, es decir, que su cuerpo está presente, en este lugar, pero su mente se encuentra en otra parte. De esta forma, sus pensamientos comienzan a dispersarse cuando menos se lo esperan, lo cual no les permite ver la realidad, además de que no permite que pueda afrontar adecuadamente la situación, conllevando una crisis emocional que debe trabajarse en ese momento, intentando calmar a la persona para que comience a observar lo que realmente está ocurriendo y pueda centrarse en el aquí y ahora, pues estas personas son arrastradas por sus miedos y preocupaciones, olvidándose completamente de su cuerpo, viviendo en un mundo imaginario, en el que se altera la

realidad por todo el desequilibrio de emociones que tiene en ese momento, pues son tantos los miedos, planes, inquietudes y tantos sueños que no les permite vivir en su cuerpo ni sentirlo o escucharlo.

¿Por qué es conveniente comentar lo anterior? Sencillamente porque el paciente no va a estar tranquilo y en equilibrio, con el simple hecho de decirle. “Serénate que todo va a estar bien” es como decirle al asmático: “Tranquilízate, que todo estará bien porque hay mucho aire”. El paciente, bien atendido en el consultorio psicológico de manera ética, científica y profesional en la mayoría de los casos podrá llegar a la tranquilidad y al equilibrio, como resultado de una buena estrategia terapéutica, que solo se puede lograr con un buen diagnóstico y seguimiento, si y solo si el psicólogo sabe escuchar y controlar su lenguaje corporal para inhibir hacer juicios y/o calificaciones, y expresarlos con movimientos de cabeza que muestren indirectamente el acuerdo o desacuerdo de lo escuchado. Esto último es muy importante cuando se trabaja con adolescentes, porque ellos son muy sensibles al lenguaje corporal, y van al consultorio psicológico a buscar guía y técnicas cognitivo-conductuales que les permitan superar sus crisis. No asisten para sentirse criticados.

Debemos tomar en cuenta que todos los días, las personas tienen miedo a algo que no se dan cuenta, y no toman en cuenta de que todos somos capaces de lograr grandes cambios, tanto internos como externos, es decir, en la influencia que se puede tener en nuestra propia vida y en el mundo que los rodea. Por tanto es indispensable trabajar en las crisis emocionales que se pueden presentar, para evitar que se haga crónico, consiguiendo que el miedo, la angustia y el enojo se liberen y así poder vivir sin

un bloqueo emocional, por ello es indispensable aplicar los Primeros Auxilios Psicológicos durante una crisis emocional, para que el afectado pueda reconocer que aunque las transiciones en la vida, ya sea por un accidente, un desastre o cualquier otra causa, no son fáciles de superar, pero que con la intervención adecuada de un profesional, de un acompañante o si él mismo, si pone en práctica algunas técnicas, es posible superarlas y aprender de ellas.

Los Primeros Auxilios Psicológicos originalmente fueron diseñados para la atención psicológica de las víctimas de catástrofes naturales como terremotos e inundaciones, o las provocadas por el hombre, como las guerras y las grandes migraciones, aplicadas incluso por otros trabajadores de salud, como enfermeras y trabajadoras sociales.

La inquietud del presente trabajo es proponer en base a lo anterior una sencilla propuesta de aplicación, pasa ser desarrollado y usado en el día a día del consultorio psicológico, enfocándonos en adolescentes. Haciendo hincapié en la necesidad de documentar la atención Psicológica.

CAPITULO 2: Los Primeros Auxilios Psicológicos.

Los Primeros Auxilios Psicológicos son la primera ayuda mediante distintas estrategias, que se brindan a las personas confundidas y/o en crisis emocional durante o después de una emergencia o desastre.

A partir de este punto, se va a ir incorporando la manera en la que de lo general (la atención de una catástrofe) lo aplicaríamos a un adolescente en el consultorio psicológico, ya sea institucional o particular. Sin olvidar tomar las notas necesarias para conformar las hojas del Expediente Clínico.

La Coordinación Nacional de Protección Civil (2016), nos indican que los Primeros Auxilios Psicológicos se deben aplicar en las primeras 72 horas, comúnmente se dan en el lugar y en el momento en el que se genera la crisis, sin que sea esta la única intervención, pues después de esta atención se espera un seguimiento, en una segunda fase, es decir la intervención en crisis, ésta a diferencia de los Primeros Auxilios Psicológicos, con lleva una labor de varias sesiones a las personas que no pudieron afrontar la crisis emocional durante esas primeras 72 horas, pues se encamina a la resolución de la crisis, integrando el incidente a la vida diaria de acuerdo a la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (1994), las cuales en un principio las manejaron para la atención de las grandes tragedias, como la guerra, los terremotos, las inundaciones etc.

Hagamos un alto en el camino. El adolescente candidato a paciente, después de un evento adverso pedirá a sus padres lo lleven al consultorio psicológico institucional o

privado, de acuerdo con sus posibilidades económicas. Si el adolescente asiste a un centro educativo (predominantemente privado) podría solicitar la atención por los canales definidos por la institución. Sin embargo, el adolescente llegara a la puerta del consultorio principalmente por la recomendación de boca en boca de familiares y amigos que ya han usado el servicio, o como sugerencia de un centro educativo o deportivo. No es conveniente el uso de redes sociales para ofrecer el servicio, porque el esfuerzo de difusión se va a diluir entre toda la oferta que existe actualmente de pseudo terapeutas que son especialistas en pseudo ciencias. Un consultorio psicológico requiere de canales de difusión formales, porque es una actividad que se rige por el método científico, y se debe siempre señalar que es llevada de manera profesional, honesta y ética.

Como lo comenta Lief J. (2001), es importante señalar que todo lo impredecible, aunque sea pasajero, provoca un pánico casi de inmediato, lo cual es algo común en todos los individuos, sin importar su género, edad o cultura. Porque su estabilidad se desequilibra dejando momentáneamente a las personas sin recursos en su mente para poder superarlo inmediatamente. Es aquí donde nuestro adolescente puede sentirse perdido y es en donde requiere apoyo y orientación.

De acuerdo con Osorio, A. (2017) los Primeros Auxilios Psicológicos permiten que las emociones se exterioricen a través de la comunicación con el otro, en este caso con el psicólogo, el cual haciendo uso de diferentes técnicas podrá proporcionar alivio al afectado y posteriormente comenzar una intervención profesional dirigida al desarrollo y la estimulación, acompañando y asesorando en las posibilidades de acción, permitiendo que él mismo tome sus propias decisiones sin permitir que quede atrapado en la situación

de crisis y con esto, que pueda recuperar su capacidad de afrontamiento de la crisis. Es importante mencionar que permitir que las emociones se exterioricen y haya esa descarga, no es el único objetivo de los Primeros Auxilios Psicológicos, centrado en los adolescentes, ya que éstos tienen también otros objetivos, tales como:

- 1.- Reducir a corto y largo plazo la angustia inicial producida por eventos traumáticos.
- 2.- Reestablecer el equilibrio corporal, proporcionando seguridad física, emocional, protección, esperanza y apoyo.
- 3.- Facilitar que el adolescente, como cualquier persona se sienta escuchada y comprendida, mediante la expresión de emociones negativas como el miedo, la tristeza, la angustia e ira.
- 4.- Reencontrarlo con su red social de apoyo (familiares, pareja, amigos).
- 5.- Proporcionar o aliviar de forma inmediata los síntomas agudos de estrés, y prevenir reacciones diferidas de estrés de acuerdo con Estrada, Gutiérrez y Hernández (2014); así como con la Coordinación Nacional de Protección Civil (2016); y la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud, (2008).

En otras palabras, de acuerdo con Osorio, A. (2017) el objetivo de los Primeros Auxilios Psicológicos se basa en ayudar a la persona afectada, en nuestro caso al adolescente a aceptar lo sucedido, que exprese sentimientos, facilitando que busque soluciones y apoyo social, así como ayudar a que recupere la tranquilidad que tenía antes del incidente para prevenir consecuencias negativas en su salud mental.

Se debe tomar en cuenta que los Primeros Auxilios Psicológicos pretende, en su aplicación tienen como objetivo reducir la mortalidad, porque es frecuente que durante la crisis emocional, vivida sin asistencia de un psicólogo, se desarrolle de manera incluso aleatoria, y como consecuencia se conduzca al daño físico, temporal o permanente e incluso a la muerte, ya sea mediante suicidio o el homicidio, o una combinación homicidio-suicidio.

Los Primeros Auxilios Psicológicos se brindan cuando las personas, y en especial los adolescentes no se ven afectados principalmente por los daños físicos, sino más bien por las emociones que experimentan en esos momentos como: miedo, tristeza, angustia, llanto o dolor.

Los Primeros Auxilios Psicológicos fueron diseñados para ayudar de manera inmediata a las personas, y a los adolescentes, a restaurar su equilibrio y adaptación psicosocial, por ello, al revisar la literatura, se sabe que por lo general son ofrecidos por personal no especializado (como enfermeras o trabajadoras sociales), y que pueden tener una duración de unos cuantos minutos o hasta horas de acuerdo con la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (1994).

Es importante considerar que los psicólogos deberían tener una preparación profesional de buen nivel en cuanto al tema, con prácticas supervisadas, así un psicólogo que tiene los conocimientos y las supervisiones necesarias, al brindar los Primeros Auxilios Psicológicos, se podría esperar una intervención más eficaz y ética, sin embargo, esos conocimientos no se tienen a pesar de ser una necesidad de habilidades profesionales en la formación de los psicólogos, lo cual es preocupante, pues al pensar en una crisis emocional, inmediatamente se pensaría recurrir al psicólogo, cuando en realidad muchos de estos profesionales no tienen la formación curricular suficiente, y por lo tanto no saben qué hacer en momentos así. Por fortuna, muchos psicólogos son autodidactas y buscan también en los canales oficiales los conocimientos y habilidades mediante estudios de posgrado, realizando incluso prácticas supervisadas que les permiten poder intervenir a un paciente en crisis mediante la correcta aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos.

En especial, el psicólogo especializado en Primeros Auxilios Psicológicos debe de estar consciente de la forma y profundidad con la que se trata a un adolescente que, si bien no es ya un niño, tampoco es un adulto. Hoy día, gracias al internet y a los teléfonos inteligentes, los adolescentes están bombardeados de mucha buena y mala información, lo cual puede ser difícil de manejar para un psicólogo no entrenado en el manejo de pacientes de esta edad. Es como en la docencia, no es lo mismo dar clases en un grupo de chicos de secundaria o preparatoria a un grupo de alumnos de posgrado. Los primeros serán en sus reacciones mucho más energéticos e incluso indisciplinados para poder con juego y ruido evadir el conocimiento y posibles tareas extra-clase, a los ya profesionistas

que trabajan y estudian un posgrado, los cuales están deseosos de lograr obtener nuevas habilidades, competencias y conocimientos.

Por lo anterior, es importante reconsiderar los conocimientos y competencias que se le dan a estos profesionales, porque con ciertos conocimientos y habilidades como la empatía y la escucha activa, les puede permitir trabajar de una manera más óptima con el individuo, se podría decir que estos profesionales son candidatos para obtener los conocimientos sobre cómo intervenir en una crisis emocional, pues es indispensable poner en práctica estas habilidades antes mencionadas, con personas que están pasando por una crisis emocional, pues estas personas lo que menos quieren es que quien lo está ayudando sea irrespetuoso, lo juzgue, no le preste atención, o que no simplemente no sepa qué hacer o no sepa a donde remitirlos, porque lo mínimo que una persona en crisis busca es orientación efectiva.

Los Primeros Auxilios Psicológicos, están dirigidos a personas afectadas recientemente por un acontecimiento crítico, ya sea en niños y/o adultos, en nuestro caso adolescentes. Sin embargo, no todos los que experimentan una crisis emocional aceptarán este tipo de apoyo, lo cual se debe respetar, es decir, no se tiene que forzar a una persona a recibir los Primeros Auxilios Psicológicos, si la persona no quiere la ayuda, en lugar de ayudarla, la crisis se puede hacer crónica, ya que, como se ha observado en la práctica, no todas las personas reaccionan de igual manera, algunas buscarán ayuda inmediata y otras simplemente se aislarán.

En este punto deseo hacer una reflexión. Cuando se estudia psicología y se conocen algunos síntomas y se han trabajado algunas técnicas terapéuticas logradas

mediante una buena búsqueda bibliográfica especializada que dio las bases para la elaboración de un profesional diagnóstico. Con todo este antecedente teórico, el psicólogo novicio siente esa necesidad de andar por la vida como super héroe ofreciendo ayuda desinteresada a diestra y siniestra. Si bien no es ético ofrecer y dar ayuda psicológica sin el título y cédula profesional, el entusiasmo puede motivar a brindar la ayuda sin mirar a quien. En la práctica esto no es bueno, el candidato a paciente no le dará seguimiento y seriedad a la atención, sencillamente porque no la busco, solo le llego. Si bien es cierto, al no existir un protocolo de atención se da y se recibe la atención sin pensar ni establecer el beneficio económico de pagar/cobrar por el servicio, en muchas ocasiones, ni el beneficio del agradecimiento sincero se obtendrá, y en algunos casos hasta la amistad se perderá. Es por ello que para el ejercicio de la Psicología se debe de tener en cuenta el Código Ético de la profesión.

No hay que olvidar que, de igual manera, la persona que brindará los Primeros Auxilios Psicológicos debe estar en equilibrio, no se puede intentar brindar ayuda cuando esa persona es quien necesita el apoyo. Se tiene que reconocer los límites propios, es decir, una persona que también fue afectada por algún suceso, entrando en crisis emocional, no debe sentirse comprometida a ayudar a otros, aunque tenga una especialidad clínica, porque puede cometer varios errores que en vez de ayudar al paciente puede motivar a que sea más crónica la crisis, incluso de ambos; por ello hay que ser responsables del sentir lo propio y saber cuándo sí se puede ayudar y cuando es mejor buscar la ayuda de otros psicólogos y permitir que los demás afectados sean asistidos por personal capacitado y, lo más importante en equilibrio emocional. De lo

contrario, ambos psicólogo y paciente estarán llorando abrazados y como resultado final solo tendremos a dos pacientes en crisis abrazados y autocompadeciéndose.

Desde los años ochenta la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (1994), así como Gutiérrez (2009), nos indican lo que durante los Primeros Auxilios Psicológicos, se debe evitar hacer con un paciente. Todo esto es válido cuando el paciente es un adolescente. Tome en cuenta a evitar:

- a) Contar su propia historia.
- b) Ignorar los hechos y sentimientos.
- c) Juzgar.
- d) Intentar resolver todo.
- e) Ser tímido.
- f) Mostrarse ansioso.
- g) Intentar consolar.
- h) Presionar para que expresen los sentimientos y reacciones.
- i) Improvisar.
- j) Hacer falsas promesas.
- k) Invadir el espacio personal.
- l) Tocar o dar pie a caricias o sensaciones de índole sexual.

Es indispensable evitar todos estos puntos ya que al hacer cualquiera de éstos, puede traer consecuencias no deseables, como por ejemplo que alguien atente contra su

integridad o la de otros. Que abandone la sesión e incluso que ya nunca más en su vida vuelva a usa sesión psicológica que la puede llegar a calificar de acoso, poco profesional o ética. Como psicólogo, se debe proteger a la profesión y no permitir que, por un mal comportamiento personal e individual, el paciente generalice y renuncie a ser tratado por otro profesional de la Psicología, siendo lo grave que esto puede ser temporal o permanente.

En el caso de eventos en donde se vean involucrados varios adolescentes (como en una institución educativa o deportiva) es necesario considerar también que en el momento en el que se observa que acaba de ocurrir un suceso en el cual hay varias víctimas que entraron en crisis, se debe seleccionar con qué personas es más necesario o más urgente intervenir. La Coordinación Nacional de Protección Civil (2016) menciona que: Así como en las emergencias mayores o desastres se realiza una clarificación de lesionados de acuerdo con la gravedad de estos para priorizar su traslado al hospital o su atención en el mismo, en el ámbito psicológico será importante clasificarlos de acuerdo con un Triage Psicológico.

Este **Triage Psicológico**, para cualquier grupo de personas, incluyendo adolescentes se divide en cuatro niveles, los cuales se identifican con el uso de cuatro colores: rojo, amarillo, verde y negro:

- **Rojo:** personas con shock emocional, excitación psicomotriz severa, disociación severa, síntomas psicóticos y que incluso requieren de medicación para evitar riesgos conductuales.

- **Amarillo:** Personas con hiperactivación, desborde afectivo, alteración de la conciencia, desorientación, excitación psicomotriz. Aquellos pacientes que pueden generar una crisis colectiva pero que se puede trabajar sin priorizar la medicación.

- **Verde:** Personas preocupadas, angustiadas pero que pueden hacer catarsis; por ejemplo, a través del llanto.

- **Negro:** Sin urgencia psicológica.

Se debe de considerar que en los casos en los que hay más de una víctima, es importante identificar en qué color se encuentra cada una para saber quién debe ser priorizada, es decir aquella persona que requiere más urgentemente la ayuda, por ejemplo, si se identifica a alguien en color rojo se debe intervenir de inmediato, pues la vida de esta persona puede estar en riesgo. Se debe estar consiente y enfocado a los pacientes psicológicos, porque en ocasiones en el Triage Médico de Urgencias da la impresión de que se empieza al revés: Primero se atiende a los pacientes con lesiones que tienen más oportunidades de vivir, y se deja al último a quienes por experiencia se conoce que, a pesar de la mejor ayuda médica especializada, el pronóstico es el de inminente fallecimiento. Lo anterior sucede porque el objetivo del Triage Médico es salvar a la mayor cantidad de víctimas posibles. En el pasado, cuando el Triage Médico se empezó a implementar, se dieron cuenta que, concentrando todos los recursos en alguien

con todas las posibilidades de morir, se descuidaba a otros que sí podrían haberlo logrado, pero que por falta de atención inmediata, fallecen. Así, en lugar de tener solo a una víctima fallecida, el número puede crecer a cinco. El Triage Médico busca optimizar recursos, obteniendo el mayor beneficio. En el Triage Psicológico, podría funcionar igual en función de los recursos existentes y la cantidad de víctimas por atender.

Una vez conocido e identificado el Triage Psicológico, el profesional de la Psicología debe de conocer el procedimiento para brindar Primeros Auxilios Psicológicos en situaciones de crisis emocional, para lo cual la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (1994) y Escudero (2018) sugieren la siguiente secuencia, lo cual es válida para cualquier tipo de persona, y la cual vamos a tomar de base para realizar una propuesta enfocada específicamente a los adolescentes, aquellas personas entre los doce y dieciocho años de edad.

En especial para el trato con los adolescentes, se debe ser honesto, sencillo al hablar y escuchar mucho. Se debe establecer un diálogo amable y se debe estar consciente con el adolescente que en cada sesión habrá algo que se aprendió y algo se ganó. Si bien es cierto en la mayoría de los casos los Primeros Auxilios Psicológicos se realizan en una sesión sin tiempo determinado, es posible que, por la magnitud del evento adverso, o por las características de la atención médica, necesitemos un seguimiento de varias sesiones.

PROPUESTA DEL CONTENIDO DE UN MANUAL DE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS PARA ADOLESCENTES

1.- Protocolo de inicio.

En este punto nos presentamos con el paciente adolescente con nuestro nombre y apellido, describiéndole brevemente nuestra profesión y formación.

Se puede aquí leerle y pedirle que ponga sus iniciales en una hoja de consentimiento informado y en la parte trasera un convenio de confidencialidad, en donde se establezca que se encuentra en un ambiente seguro, discreto y confidencial.

2.- Conocer lo ocurrido.

Se debe preguntar de manera sencilla ¿Qué ocurrió?

Y haciendo uso de toda la habilidad de escuchar, es aquí donde se presta toda la atención a lo que el adolescente quiere expresar.

Se debe estar cómodamente sentado, y sin importar lo que se escuche, el cuerpo debe estar relajado, sin decir “no” o “eso esta mal o no es correcto” con movimientos de cabeza o manos. El adolescente promedio es observador a cualquier indicio de no aprobación por parte de un adulto, son muy sensibles.

Si estamos tratando a más de un paciente afectado por el evento adverso, como en el caso de trabajar en un colegio o institución, es aquí donde se debe dimensionar la

magnitud de los hechos, familiarizarse con la situación antes de tener contacto con las víctimas o el paciente. Se puede hablar de víctimas primarias, secundarias y terciarias, en donde las primarias son aquellas personas que fueron afectadas de manera directa.

Las secundarias son los familiares de la víctima primaria, quienes pueden tener sentimientos de culpa. Por ejemplo, cuando no se sabe si el afectado sobrevivió o murió, este tipo de víctimas suelen tener fantasías respecto a esto.

Finalmente, las víctimas terciarias son aquellas que intervienen en la emergencia como los brigadistas, bomberos, etc. Considerado así por la Coordinación Nacional de Protección Civil (2016), porque a pesar de que ellos son quienes generalmente ayudan a los afectados, también son personas que al ver el daño de otros se vulneran y no siempre están en condiciones para ayudar, como se mencionó anteriormente, en algunas ocasiones también ellos requieren ayuda, apoyo y comprensión. Y el psicólogo en acción no es ajeno a esto.

3.- Selección del Paciente.

Cuando en la atención psicológica se tienen a varios pacientes a la vez (en el caso de un accidente, asalto, riña) cuando se trabaja en un colegio o institución se debe de establecer un orden jerárquico de intervención con base en el nivel de vulnerabilidad y/o de gravedad más inmediato observado en las víctimas mediante el Triage psicológico.

Se tiene que considerar si la persona requiere de este tipo de ayuda o si se requiere de algún otro profesional, por ejemplo, se llamará primero al médico para las personas con lesiones graves que ponen en riesgo su vida.

Se tiene que observar bien a todos los afectados y darle prioridad a quienes se muestran desorientados y agobiados, algunas características visibles son: ojos cristalinos, mirada ausente, ausencia de respuesta a preguntas u órdenes verbales, comportamiento desorganizado, respuestas emocionales intensas como llanto desconsolado, comportamiento agresivo, hiperventilación o movimiento mecedor, reacciones físicas incontrolables, búsqueda desesperada, participación en actividades de alto riesgo, etc.

4.- Establecer contacto con la persona.

Se debe de presentar el rol que se tiene en la atención, explicar por qué se está ahí, ofrecerle ayuda y asistirlo. Siempre debe haber empatía entre ambos paciente-psicólogo, moderando el tono de voz, es decir, la empatía no se refiere a estar de acuerdo con la otra persona, sino aceptar y respetar los sentimientos, así como reconocer que puede tener razones para sentirse o actuar de cierta manera. Si la persona está muy agitada, se le pide que lo escuche y lo mire, preguntando si sabe quién es él, donde está y qué está sucediendo, describiendo lo que hay a su alrededor. Se debe considerar siempre que hay prioridades, para un paciente en crisis, su primera prioridad es respirar, de manera natural o con la ayuda de algún elemento externo como una línea de oxígeno

de un tanque o concentrador. Así que hay que apoyar al paciente a que primero respire y este tranquilo porque es importante que pueda respirar sin dificultad.

Se debe tener cuidado con la manera en la que se le habla a la víctima, ya que las personas que están en crisis emocional pueden mostrarse agitadas, enfadadas, estresadas e incluso algunas pueden amenazar con suicidarse, por tanto, se tiene que cuidar la manera de comunicarse, pues la comunicación no solamente son las palabras que se expresan, sino también los gestos, la entonación, el ritmo, el vocabulario, así como la postura que se tiene. Tome en cuenta que muchos adolescentes son susceptibles o muy sensibles, incluso a la intensidad de las palabras.

Por tanto, si se tiene en cuenta esto, la persona, en especial el adolescente podrá expresarse más fácilmente ya que los sentimientos negativos hacia el especialista podrán disminuir y la comunicación podría ser más libre.

5.- Procurar el ambiente adecuado para la atención.

La atención óptima debe llevarse a cabo dentro de un consultorio y o cubículo cómodo, bien aireado, limpio y bien iluminado, y que permita hablar con privacidad.

Por otro lado, cuando la atención se realiza en el terreno, como en el caso de atención en el sitio de un accidente, de acuerdo con la Coordinación Nacional de Protección Civil (2016), de ser posible, es recomendable retirar a la persona de la situación de tensión, llevándola a un lugar seguro, amplio y con buena temperatura, aproximadamente a 200 o 300 metros alejados del lugar donde ocurrieron los hechos.

6.- Evitar exposiciones a agentes externos

Es importante evitar que el paciente, principalmente en la atención en terreno, se exponga a visiones, sonidos y olores que puedan provocar que la crisis se haga más crónica y que incluso se pueda tener el riesgo de perder el control.

7.- Aislar al paciente.

Sobre todo, en atención en el terreno se debe de proteger al paciente de las personas curiosas y de los medios de comunicación, manteniéndolo siempre lo más cercano que se pueda de sus familiares, quienes son nuestra red primaria de apoyo.

8.- Proveer a la persona de bebida y comida adecuada.

En el consultorio se debe tener disponibles botellitas de agua purificada para tomar, y en el caso de atención en terreno, sobre todo considerando que esta atención puede requerir de varias horas, se debe poner especial atención en proveer al paciente de comida y bebida adecuada.

Pensando en el costo beneficio, tener disponibles para el paciente en el consultorio algunas galletas, café y té. No es mala idea si lo enfocamos a que estamos buscando que el paciente se sienta en un ambiente agradable y no tenso.

9.- Para dejar solo al paciente.

Si en algún momento se debe dejar a la persona afectada, por ejemplo, para ir al baño o por algún suministro, antes se tiene que buscar que alguien más se quede con ella, es importante no dejar al afectado solo, pues puede atentar contra su vida o la de otros, dependiendo en qué nivel esté en el Triage Psicológico.

10.- Preguntar con cautela que paso y como se siente.

De acuerdo con la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud (2008) en este punto estas preguntas deben ser concretas, sencillas y dirigidas a los hechos ocurridos, con el fin de que la persona pueda expresar sus experiencias, preocupaciones y sentimientos para ordenar, asimilar y aceptar lo ocurrido.

11.- Explorar con el afectado qué significa la crisis para él y por qué cree que pasó.

Esta exploración se hace realizando preguntas sencillas dirigidas a objetivos, evaluando sus sentimientos y necesidades, teniendo en cuenta el grado de afectación física y emocional como: ataques de pánico, reacciones de agresividad, confusión, desorientación, etc. así como aspectos no verbales, porque se debe poner atención a las expresiones gestuales que normalmente deberían ser congruentes con la situación.

De igual manera, es importante transmitir cercanía a través del contacto y la proximidad física como: sentarse al mismo nivel a un lado del afectado, es decir, si la persona está sentada, el psicólogo no debe permanecer de pie; mantener contacto visual y posible contacto físico, aunque para este último se debe tener cuidado ya que algunas personas malinterpretan el contacto físico e incluso pueden sentirse agredidos si se les toca o mira a los ojos.

Por tanto, cuando se trabaja con un menor de edad, o adolescentes es indispensable tener el consentimiento de los padres, pero si los padres están ausentes en ese momento es importante intervenir directa y cuidadosamente. Para intervenir con algún afectado en ese momento, es indispensable tener en cuenta que la persona se encuentra en crisis y que sus emociones están desequilibradas, lo cual puede provocar algún malestar físico, por tanto, el contacto físico para estimular algunos puntos de presión como intervención es indispensable para poder tranquilizar a la persona y que vuelva a tener un equilibrio entre sus emociones.

12.- Evaluación.

Con nuestro paciente adolescente, es importante en este punto realizar las siguientes actividades:

- a. **Exploración inicial:** realizar un examen del estado mental como la orientación espacio- temporal, es decir, preguntarle su nombre completo, si sabe qué día

es, dónde está, etc. Ya que, durante una crisis emocional, algunas personas suelen olvidar esos datos.

- b. **Identificación de problemas:** obtener información sobre el suceso, su estado emocional actual (crisis, ataque de pánico, ira, etc.) y procesamiento cognitivo de la situación (cómo interpreta el suceso, si hay atribuciones, negación, culpa, etc.)
- c. **Estilo de afrontamiento:** identificar habilidades de afrontamiento básicas como el estilo evitativo o activo, apoyando siempre éste último.
- d. **Identificación de recursos personales y apoyo social.** Es aquí donde se define, con la ayuda del paciente adolescente la red de apoyo social, compuesta principalmente por familiares y amigos cercanos.

De acuerdo con Osorio, A. (2017) la evaluación servirá para trabajar con un orden jerárquico con las necesidades del paciente, es decir, los conflictos que necesitan trabajarse de manera inmediata y los conflictos que pueden dejarse para después, ya que durante una crisis emocional, las personas suelen querer tratar ambas categorías a la vez, lo cual dificulta aún más la resolución de los conflictos, causando que la persona se quede inmersa en la crisis y por tanto se complica lograr un equilibrio en sus emociones.

13.- Preguntar cómo se siente.

En este punto es importante estar conscientes de que debemos estar utilizando la escucha activa, estando siempre atento a las diversas reacciones de la crisis emocional. Asegurarle a la persona que su reacción es normal por la situación imprevista que ocurrió y que la mayoría de las personas se recuperan ante las reacciones de tensión. Con los adolescentes se debe tener especial cuidado en esta pregunta, porque es posible que por el descuido de los padres, quienes nunca les preguntan cómo se sienten, los pacientes pueden sentirse ansiosos o confundidos. Pero si sienten que la pregunta es sincera y es elaborada por un adulto que en verdad desea saber cómo se sienten, todo fluirá de la mejor manera.

14.- Dar información general acerca de los efectos del estrés e información específica sobre el suceso actual.

En este punto es importante realizarlo sin preocupar más al afectado, pero siendo sincero con él y respondiendo todo lo que el afectado pregunte para que pueda entender lo que ha pasado y así evitar ideas irracionales que cronificarán su crisis.

De acuerdo con la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud (2008), en este punto es importante estar conscientes de que debemos estar brindando información actualizada y precisa para evitar confusiones, en el caso de los adolescentes, esto se debe realizar en presencia de los padres lo anterior.

15.- Restablecimiento Emocional: técnicas de respiración, relajación, control de la tensión muscular, puntos de presión, etc.

En especial los adolescentes se interesan mucho en estas técnicas y son muy participativos. Se debe de tener paciencia porque es posible que, para el adolescente, esta sea su primera experiencia en la vida con la técnica, y si en un tiempo razonable, que pueden ser minutos siente alguna sensación de alivio, se va a convertir en una máquina de preguntas, lo cual es bueno para lograr su estabilidad emocional. Se recomienda participar muy motivado y en la medida de lo posible aclarar dudas con el adolescente.

16.- Discutir posibles soluciones a los problemas existentes.

Alentando a utilizar habilidades efectivas para tratarlos. Preguntar qué es lo que ha intentado hasta ahora y explorar lo que puede hacer en ese momento.

De acuerdo con la Coordinación Nacional de Protección Civil (2016), dependiendo de la capacidad de la persona para actuar, la cual es observada en toda la evaluación y durante el proceso, el psicólogo o el especialista a cargo, puede tomar una actitud facilitadora en donde permite que la víctima tome sus propias decisiones; o como último recurso una actitud directiva en la cual la persona no es capaz de cuidarse por sí misma y por tanto se le pueden hacer sugerencias, motivando a la persona para que tome

decisiones, se debe de recordad tomar siempre en cuenta a los padres o tutores del adolescente.

17.- Despedirse atentamente cuando termine la intervención.

El psicólogo, al lograr estabilizar al paciente adolescente, debe proceder a hacer el protocolo de cierre y despedirse de una manera sencilla.

Es en este punto donde se establece con el paciente si es posible o no acompañarlo en la segunda fase de su atención, o si se va a referir a otro profesional de la salud mental o institución que ofrezca la atención requerida. Es aquí donde la agenda actualizada del psicólogo cobra importancia.

Como se puede observar, es importante intervenir en todo momento con cautela, sabiendo qué hacer con una persona que, debido a la crisis, su cuerpo y sus emociones no están en equilibrio. Durante los Primeros Auxilios Psicológicos no se puede improvisar y poner en riesgo la integridad del afectado, se debe tener ética y responsabilidad sea cual sea la intervención que se dará, es decir, esto será igual si la intervención requiere solamente de un dialogo con el afectado o si se requiere contacto físico, como con algunas técnicas de la psicología corporal, sugerido por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (1994), el cual consiste en el primero contacto con el afectado. Si bien, las técnicas pueden utilizarse desde el principio hasta el fin de la intervención, es indispensable utilizarlas en este paso, pues se debe buscar principalmente la estabilidad emocional del afectado, así como su tranquilidad. Para esto,

se proponen algunas estrategias mediante la psicología corporal para lograr que una persona en crisis vuelva a equilibrar sus emociones y su cuerpo.

18.- La Ética del Psicólogo en los Primeros Auxilios Psicológicos.

No es el objetivo del presente trabajo el repetir artículo por artículo el trabajo realizado por la Sociedad Mexicana de Psicología en el 2020, cuando edito el *Código Ético del Psicólogo*, en su 5ª Edición con la editorial Trillas. Pero, para hablar de la ética en los Primeros Auxilios Psicológicos, adaptando a la realidad de estos, podemos resumirlos así:

- a) Identificarse como Psicólogo si y solo si se cuenta con título universitario de la Licenciatura en Psicología, y se cuenta además con la Cédula Profesional, la cual, en México, es expedida por la secretaria de Educación Pública.

- b) Como psicólogo profesional, solo participar en los Primeros Auxilios Psicológicos si y solo si se cuenta con la formación académica formal y las habilidades y competencias supervisadas por otro profesional de la psicología especializado en él tema. Debemos de recordar que en el año de 1960 la Universidad Nacional Autónoma de México aprueba el primer plan de estudios de la Licenciatura en Psicología. Y que, hasta el 20 de mayo de 1974, se reconoció oficialmente en México a la carrera de Psicología, otorgando la Secretaría de Educación Pública la primera Cedula Profesional. Evento que

permitió, a partir de entonces a los estudiantes egresados de la licenciatura en Psicología, tener derecho a ejercer con una cédula profesional.

- c) Dar siempre una atención basada en publicaciones actuales, de fuentes especializadas, que cumplan con los rigores del método científico. Basando la atención en el modelo psicológico cognitivo – conductual.

- d) Mantener la confidencialidad de todo lo tratado con el paciente. En el caso de adolescentes, se debe tener cuidado y negociar con los padres. Si el adolescente se percata que el psicólogo es indiscreto y todo lo platica con los padres, desertara de la terapia, porque considerara que no es un espacio seguro, aunque los padres paguen por la atención, el paciente es el adolescente y se le debe respetar su privacidad, a menos que, a juicio del psicólogo, esto ponga en riesgo su vida o la de alguien más.

- e) Cobrar siempre lo razonable por los servicios, lo justo por la atención psicológica. Porque aquello que se obtiene gratis, no se valora y se abandona. Además, el psicólogo tiene el derecho, como profesional de la salud a recibir una retribución económica razonable y justa en base al tiempo invertido en la atención y a su formación profesional.

- f) Permitir y facilitar en cualquier momento que el paciente adolescente y/o sus padres busquen y obtengan una segunda opinión, incluso que se auto direccionen a otra opción. Hay que considerar además que, así como son libres de irse, también deben ser libres de regresar y sentirse cómodos al hacerlo.
- g) Saber que cuentan con un expediente clínico detallado bien registrado, propiedad del paciente, pero en custodia del psicólogo. Quien solo dará una copia fotostática foliada a alguna autoridad estatal o federal que así lo solicite por escrito.
- h) El paciente tiene derecho a tener un Resumen Clínico del Expediente Clínico, principalmente para la búsqueda de una segunda opinión, o por algún cambio de residencia, o de institución, porque independientemente de los cambios va a requerir la continuación del tratamiento con otro psicólogo.
- i) No tener como pacientes a familiares y amigos directos.
- j) Considerar que los registros del Expediente Clínico sean borrados o destruidos después de cinco años, contados desde la última consulta.

CAPITULO 3: La documentación formal y legal de la consulta psicológica.

En la documentación formal de las notas del Psicólogo dentro del Expediente Clínico del paciente, debemos tomar en cuenta las siguientes normas, expedida por la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, así como considerar las referencias y guías de la American Psychological Association.

- a) *La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.*
- b) *La Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.*
- c) *La Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico – psiquiátrica.*
- d) Novothey, A. (2017) *Minor Health Record.* American Psychological Association.
- e) Harris, A. (2012) *The Advantages of Electronic Health Records.* American Psychological Association.
- f) Continuing Education (2011) *Common Ethical Issues.* American Psychological Association.
- g) APA (2007) *Record Keeping Guidelines,* American Psychological Association.
- h) Newman, R. (2005) *Raises Privacy Concern on Mental Health Records.* American Psychological Association.
- i) Greer, M. (2004) *The Patient Paper Trial.* American Psychological Association.

Cada norma y guía es genérica, no tiene “el formato” o como decimos en México “el machote”, las diferentes referencias señalan que la consulta psicológica debe de tener un expediente clínico, que este es confidencial, y la conveniencia de destruirlo o borrarlo al pasar varios años desde la última consulta (como, por ejemplo, cinco años después).

Debemos considerar que en el sistema institucional el paciente llega por el área de Urgencias o por el área de Consulta Externa hacia la hospitalización. De inmediato, en cuanto se define ingresar al paciente a los servicios (incluyendo los ambulatorios, donde el paciente no pasará la noche en el hospital) al paciente se le genera una primera hoja de su Expediente Clínico, el cual contendrá al menos los siguientes datos, los cuales podemos llamar “la primera hoja del Expediente Clínico”.

- a) Nombre del paciente.
- b) Fecha de ingreso.
- c) Fecha de nacimiento y edad.
- d) Género.
- e) Motivo inicial de la consulta o internamiento hospitalario.
- f) Condición legal (persona libre o detenido en custodia).
- g) Diagnóstico médico.
- h) Pruebas de gabinete a realizar (Rayos X, Ultrasonidos, Tomografía, Laboratorios, etc.).
- i) Signos vitales: Temperatura, Frecuencia Cardíaca, Peso, % de Absorción de

Oxígeno, Presión Arterial.

j) Observaciones.

Una vez ingresado el paciente y efectuados todos los estudios de gabinete, el o los médicos tratantes darán el primer diagnóstico clínico basado en evidencia objetiva (estudios), el cual puede o no corroborar el diagnóstico de ingreso, el cual fue realizado realizando evaluaciones y entrevista clínica al paciente. Una vez establecido el diagnóstico reforzado con los resultados del estudio de gabinete, el o los médicos tratantes definirán la primera estrategia terapéutica. Esta se escribirá en una hoja nueva y formará parte del Expediente Clínico.

Es aquí, en este punto, cuando en función de los motivos de ingreso (intento de suicidio, intento de homicidio, robo, ansiedad o depresión), el o los médicos tratantes solicitarán una visita y evaluación psicológica. Este grupo de médicos esperan que las notas del psicólogo se anexen como parte del Expediente Clínico para su consulta.

El psicólogo, usando regularmente una bata blanca para darle seriedad y profesionalismo a la atención psicológica que va a realizar, se dirige hacia donde se encuentre el paciente hospitalizado. Se presenta con el paciente y le da un vistazo rápido a lo que se lleva escrito en el Expediente Clínico, con el fin de obtener la información mínima necesaria (nombre, edad, actividad). Con la mejor de las actitudes él psicólogo observa y sobre todo escucha al paciente.

El psicólogo debe de comentarle al paciente que todos los detalles familiares, personales o privado serán mantenidos en la mayor de las confidencialidades, a menos

que esta información ponga en riesgo su vida o la de alguien más, y que esta nunca se realizara a sus espaldas.

El psicólogo le comenta al paciente que le hará una serie de preguntas generales, pero que se tranquilice, porque la información es solo para sus notas. Dicho lo anterior, comienza una primera entrevista para lo cual, en una hoja nueva, comienza a escribir a mano o máquina sus anotaciones, las cuales en promedio son:

- a) Nombre del Paciente.
- b) Fecha y hora,
- c) Edad y Fecha de Nacimiento.
- d) Genero real y genero sentido.
- e) Estado Civil.
- f) Situación familiar (es padre, madre, hijo) con quien vive.
- g) Situación escolar (nivel de escolaridad o si aun estudia).
- h) Situación laboral (si ya trabaja).
- i) Motivo del ingreso o consulta.
- j) Expectativas de logros a alcanzar con la atención.

Estas anotaciones conforman el inicio del Expediente Clínico del Psicólogo. Es en los últimos puntos donde el psicólogo observa y escucha el motivo del ingreso o visita y las expectativas que se tienen. Por ejemplo, en el caso de un adolescente que fue abandonado por su pareja sentimental, puede interpretar que va a recibir información y

técnicas privilegiadas para hacer que la pareja vuelva a su vida, no es honesto permitir que esta expectativa esté presente. Desde un principio se deben establecer los límites entre lo que la terapia psicológica cognitivo conductual puede ofrecer, basada en el método científico, y lo que definitivamente no ofrecerá, porque sencillamente no se hacen milagros. Siempre hay que hacer un esfuerzo por entender la problemática del paciente, las cuales pueden ser muy variadas. En ocasiones pueden ser del tipo multifactorial.

El psicólogo debe manifestar interés por el paciente y por el problema psicológico que le afecta. En las notas del psicólogo, los médicos tratantes pondrán atención en los comentarios e interpretaciones del psicólogo en siguientes puntos:

- a) Se siente ansioso.
- b) Se siente deprimido.
- c) Sintió ganas de quitarse la vida.
- d) Sintió ganas de lastimar a alguien.
- e) Presenta desordenes de personalidad.
- f) Presenta episodios de esquizofrenia.
- g) Presenta episodios de bipolaridad.
- h) La información personal manifestada al psicólogo no coincide con la recabada a su ingreso, tal como fecha de nacimiento, situación familiar o laboral.

Con toda esta información, es posible que el psicólogo decida realizar algunas evaluaciones, haciendo uso de instrumentos confiables. Se retira a su oficina a preparar

sus instrumentos y regresa con el paciente a aplicarlos para posteriormente calificarlos y emitir una interpretación y diagnóstico con los resultados.

Al final, el registro del psicólogo, en el **Expediente Clínico del Psicólogo** queda como mínimo, más o menos de la siguiente manera:

- a) **Nombre del Paciente.**
- b) **Fecha y hora.**
- c) **Edad y Fecha de Nacimiento.**
- d) **Genero.**
- e) **Enfermedades crónicas que se padecen.**
- f) **Situación familiar.**
- g) **Situación laboral o escolar.**
- h) **Motivo de la consulta o ingreso hospitalario.**
- i) **Pruebas e instrumentos utilizados.**
- j) **Resultados e interpretación del paso anterior.**
- k) **Diagnóstico inicial y comentarios.**
- l) **Estrategia terapéutica, indicando técnicas a emplear, tiempos y resultados a esperar.**
- m) **Pronostico.**
- n) **Notas de seguimiento y evolución.**
- o) **Nombre, firma y numero de Cedula Profesional en cada hoja.**
- p) **Hojas de Referencia.**

q) Hojas de Contra – Referencia.

r) Contrato Terapéutico.

s) Consentimiento Informado.

El **Contrato Terapéutico** es un documento que también es llamado alianza terapéutica es el acuerdo entre cliente y terapeuta donde se fijan el marco y los criterios de la relación profesional a la que ambos se comprometen. Se pueden establecer algunos criterios de forma general y eventualmente se deben adaptar a situaciones específicas en función de las necesidades del paciente y del tratamiento psicológico, la disponibilidad de horario, e incluso de las consideraciones económicas. En el caso del tratamiento con adolescentes, este documento debe ser firmado por los padres, y debe ser del conocimiento del adolescente.

Respecto a las consideraciones económicas, para evitar malos entendidos es mejor que en el contrato terapéutico se hable de la cantidad a pagar por los honorarios de servicio psicológico, y que estos sean cobrados en cada sesión al cien por ciento.

No es recomendable el pago diferido o el dar crédito, porque el paciente en cualquier momento, por cualquier razón válida o no (siendo su derecho como paciente), puede abandonar el tratamiento y no regresar al consultorio. En la mayoría de los casos esto puede traer consigo la correspondiente pérdida de los honorarios no cobrados.

En la redacción de un contrato terapéutico, el cual se recomienda sea en un formato libre, los puntos y criterios a considerar, y que se siguieren como mínimo son:

- a) Nombre.
- b) Fecha de elaboración.
- c) Lugar de la consulta.
- d) Importe por cada sesión.
- e) Frecuencia prevista de las sesiones (cuantas veces a la semana o al mes).
- f) Horarios previstos para la cita (día y hora).
- g) Duración de las sesiones (normalmente es de una hora para terapia individual, familiar y de pareja. Para grupos terapéuticos se consideran en promedio dos horas.
- h) Establecimiento claro del motivo de la consulta.
- i) Establecimiento de los objetivos terapéuticos específicos.
- j) Duración estimada del proceso terapéutico. El número de sesiones en promedio puede ser de ocho a doce, pero esto depende de muchos factores, en especial de la evolución del paciente. En ocasiones se pueden traslapar nuevos objetivos terapéuticos. En estos casos, se debe establecer un nuevo contrato terapéutico, estimando la duración del nuevo proceso, .

Es importante documentar la finalización de la relación terapéutica, la cual normalmente sucede cuando se satisfacen los objetivos fijados o los acuerdos del contrato terapéutico. También la finalización de la relación terapéutica se produce con el abandono del paciente del tratamiento psicológico. Cuando el paciente externe que es su

deseo dar por terminada las sesiones, lo cual es su derecho en cualquier momento, se debe documentar en el Expediente Clínico.

Igualmente es importante el definir y tener firmado por el paciente (o representante legal) el **Consentimiento Informado**, el cual, en el caso de los adolescentes, es firmado por los padres.

El Consentimiento Informado en México, de acuerdo a la Ley General de Salud y a la Norma Oficial Mexicana NOM-04-SSA.2012, los requisitos mínimos que se deben de tener en cuenta en un formato impreso son:

- a) Datos generales del paciente.
- b) Datos personales.
- c) Nombre y apellido del psicólogo.
- d) Motivo de la consulta.
- e) Nombre del procedimiento que el psicólogo que va a realizar.
- f) Explicación breve del procedimiento.
- g) Descripción resumida de la manera en cómo se realizará el procedimiento.
- h) Beneficios esperados de la intervención.
- i) Posibles molestias del procedimiento y sus consecuencias.
- j) Procedimientos alternativos, incluyendo sus riesgos, molestias y efectos secundarios.
- k) Describir los criterios que el psicólogo ha tomado en cuenta para sugerir un procedimiento y no otros.

- l) Consecuencias seguras de la intervención que se consideren relevantes.
- m) Consecuencias de no seguir el tratamiento.
- n) Descripción de los riesgos.

El documento también debe incluir escrita la siguiente información:

- 1) El paciente puede retirar el consentimiento cuando lo desee.
- 2) Manifestación acreditativa del paciente de estar satisfecho.
- 3) Acreditación de que el paciente recibió toda la información que tiene que ver con el procedimiento y sus consecuencias.
- 4) Fecha y firmas tanto del psicólogo como del paciente.
- 5) Número de Cedula Profesional y universidad en la cual se graduó el psicólogo.

Esta información se debe de recabar con cuidado y a todo detalle posible, de esta forma la seguridad y prestigio del psicólogo está documentada y respaldada. Este formato también se sugiere sea de libre redacción. Muchos de los pacientes necesitan ser escuchados y en muchos casos también necesitan sentir que son pacientes únicos e importantes, es por esto que el uso de formatos tipo “check list” son contraproducentes.

A nivel consultorio privado el Contrato Terapéutico y el Consentimiento Informado son dos documentos que legalmente le van a dar mucha tranquilidad al psicólogo establecido, principalmente en el manejo de adolescentes. El psicólogo siempre debe trabajar de manera ética y cuidando su prestigio como profesional universitario.

A nivel institucional el Contrato Terapéutico y el Consentimiento Informado van a ser útiles. También se debe de considerar que en especial los médicos y psiquiatras tratantes, así como la autoridad penal (si es un detenido por algún ilícito o intento de suicidio) pondrán especial atención en lo redactado en el punto de Diagnóstico Inicial y Comentarios, y en especial al contenido en el Contrato Terapéutico y en el Consentimiento Informado.

Como en todo tratamiento psicológico, en el paciente se logra superar y estabilizar algunos problemas, y como iceberg van a salir otros problemas que no se veían por el predominio de los problemas anteriores. De tal forma que tanto el diagnóstico, el procedimiento o estrategia terapéutica cognitivo conductual, evoluciones y pronósticos se irán modificando leve o diametralmente, en función del desarrollo propio y personal del mismo paciente, esto debe formar parte del Expediente Clínico. En el caso específico de las notas del Psicólogo, se debe tener cuidado en registrar siempre la hora y la fecha de cada contacto o intervención con el paciente. Entre más detallada son las notas, estas se consideran de mejor calidad profesional.

Si se trabaja en el sistema de salud mexicano, en la mayoría de las instituciones ya se cuenta con un Expediente Clínico Electrónico, el cual para psicología y otras disciplinas médicas es una hoja en blanco, básicamente es un formato de libre uso, como una página en blanco de MS-Word.

En el caso del ejercicio profesional en el ámbito privado, en el consultorio del psicólogo se puede hacer e imprimir en la computadora un formato en papel, a llenar mínimo la siguiente información:

- a) Nombre del Paciente.
- b) Fecha y hora.
- c) Edad y Fecha de Nacimiento.
- d) Genero.
- e) Situación familiar.
- f) Situación laboral o escolar.
- g) Motivo de la consulta.
- h) Pruebas e instrumentos utilizados.
- i) Resultados del paso anterior.
- j) Diagnóstico inicial y comentarios.
- k) Estrategia terapéutica, indicando técnicas a emplear, tiempos y resultados a esperar.
- l) Pronostico.
- m) Notas de seguimiento y evolución.
- n) Contrato Terapéutico.
- o) Consentimiento Informado.

No necesariamente se debe desarrollar un formato lleno de campos por llenar. Es mejor usar un formato libre de una página en blanco, y tener a un lado una tarjeta con el fin de no olvidar registrar los puntos anteriores, de la letra “a” hasta la “m”

Se puede diseñar un formato, llenarlo a máquina mecánica de escribir o a mano,

siendo el único problema que se va a generar con el tiempo es la acumulación de folders de cartón y de muchas hojas en blanco.

Si se cuida la ortografía, la letra es clara y firme y se cuida la redacción, cuidando también que esta detallada, se tendrá como resultado una excelente nota clínica.

Si se cuenta con los recursos, considerando la literatura especializada tanto APA como NOM, se sugiere el uso de un Expediente Clínico Electrónico. Existen varios en el mercado, pero una hoja en MS-Excel o MS-Word es suficiente. Se sugiere tener conexión a internet y mantener en un disco duro externo y en algún sistema de almacenamiento en la nube un espacio seguro para los archivos que conforman el Expediente Clínico de cada paciente. Haciendo uso del –“¿y que pasa si?”- Por ejemplo: ¿Qué pasa si la computadora dejas de funcionar? No pasa nada, si la información esta alguna unidad de almacenamiento confiable o en la nube, en algún lugar como Google Drive.

Se aconseja el uso de Google-Drive o de MS-One Drive o Dropbox. Cada una de estas opciones en la nube del internet ofrecen un almacenamiento gratis para probar el servicio, de 2 a 15 Gb. Al llegar a terminarse este volumen de almacenamiento, hay la opción de compra de espacio adicional, con ahorros en planes anuales.

Los instrumentos que se apliquen en papel se pueden escanear y guardar en archivo electrónico como imagen, destruyendo entonces el registro en papel.

¿Qué beneficios se tiene el uso de almacenamiento en la nube? Son varios, para entrar y ver la información se requiere de una clave o password, y en caso de pérdida o robo del equipo electrónico, el contenido y registro del Expediente Clínico Electrónico estará intacto, sano y salvo. Y se podrá tener acceso casi inmediato a el de nuevo sin

restricciones.

Siempre se debe de tomar en cuenta que el paciente puede tener alguna relación con alguien que desee hacerle daño, robando su información confidencial y haciendo mal uso de ella. Es por ello que el Psicólogo debe buscar los mecanismos para mantener a salvo los registros, los cuales serán útiles para la continuación del tratamiento, incluso con otro profesional de la psicología.

Algo muy importante, no se debe de estar durante la consulta obsesionado con teclear información en la computadora. Se debe estar consiente en todo momento que el paciente demanda atención. Por eso es mejor tener acceso a algunas hojas en blanco para iniciar los registros. Siempre sin perder de vista al paciente y sin olvidar los detalles de lo que el paciente manifiesta, tanto verbal como corporalmente. Imagine que usted llega con una herida profunda y sangrante a un área de urgencias de un hospital, y en lugar de controlar la hemorragia y procurarle el mayor bienestar posible usando la ciencia médica, el medico urgenciólogo encargado de salvar su vida, o su pierna lo está cuestionando con datos generales y llenando sin habilidad un formato en la computadora, el pronóstico sería bajo estas condiciones reservado.

Recuerde, en los Primeros Auxilios Psicológicos la prioridad es el paciente.

Ante eventos catastróficos de gran magnitud, el profesional de los Primeros Auxilios Psicológicos, sobre todo si trabaja con adolescentes, debe descansar para poder estar en condiciones de ayudar a la mayor parte de pacientes posible, pero si no cuida su alimentación y descanso esto no va a ser posible.

CONCLUSIONES

Desde el año 2012, la Organización de las Naciones Unidas definió como herramienta para los problemas psicológicos creados por eventos catastróficos naturales como terremotos e inundaciones el uso de los Primeros Auxilios Psicológicos. Estos han sido usados no solo en las catástrofes naturales, sino también en las generadas por el hombre como las guerras y los desplazamientos o migración de personas que huyen de la violencia o de la pobreza extrema.

El uso de los Primeros Auxilios Psicológicos en el consultorio de Psicología, en el ejercicio profesional privado, enfocados a los adolescentes, al parecer no existe formalmente en la literatura. Siempre se habla de la atención psicológica de las grandes masas de población, pero no de la atención de una persona en lo particular.

En cualquier país, en cualquier latitud y bajo cualquier idioma, todas las personas, sin importar su edad o condición socioeconómica en algún momento de su vida van a entrar en alguna crisis de ansiedad o de depresión, al parecer es lo natural en esta sociedad ya tan industrializada y comunicada por las redes sociales las cuales en ocasiones con mala intención o por ignorancia llenan con información falsa a los usuarios, generan odio o temor a grupos de personas, regiones o actividades. Al entrar en esta crisis, la persona requiere la asistencia de un profesional de las emociones y la conducta humana para reactivarse y recuperar su paz y tranquilidad, de manera actualizada y siguiendo el rigor del método científico.

Es por lo anterior que se requiere de la implementación de los Primeros Auxilios

Psicológicos en el consultorio particular. Pensando en la población actual más vulnerable y con mayor incidencia en accidentes, daños físicos e incluso suicidios, es necesario pensar en los Primeros Auxilios Psicológicos enfocados al paciente adolescente.

Es importante ser profesional en todo momento ante los ojos y oídos del adolescente y sus familiares y/o amigos que lo acompañen a la consulta, generando con el propio comportamiento resultados positivos y confianza. En especial con los adolescentes armados hoy con sus teléfonos inteligentes es importante mantenerse lejos a las pseudociencias. Por lo anterior, se debe de evitar la invocación de ángeles, manejo de magnetoterapias, aromas o de cualquier metodología ajena a la terapia cognitivo-conductual, que no se encuentre debidamente publicada y avalada por grupos científicos, tal vez universitarios u hospitalarios, porque se puede perder credibilidad fácilmente, y en los adolescentes en especial, una vez perdida la confianza, recuperarla es casi imposible.

La clave para tratar a los adolescentes es sencilla. Primero hay que escucharlos con atención, sobre todo cuidar que el cuerpo del psicólogo con un movimiento de cabeza o de cuerpo no comunique la no aprobación de lo que se escucha. Se debe de estar consciente que se está escuchando, no juzgando ni calificando. En segundo lugar, debemos considerar que algunos adolescentes modernos del siglo XXI odian el contacto físico, con ellos todo el tiempo hay que guardar una cómoda distancia. Otros es posible que requieran de un abrazo sincero, si nace es viable hacerlo, pero procurar que no sea prolongado. El éxito o fracaso de la atención psicológica con adolescentes es la confidencialidad, casi todos los adolescentes son sensibles a este tema. En el consultorio el adolescente busca ayuda, busca orientación, busca un apoyo científico que lo ayude a

salir de una crisis sentida, no está buscando un canal de comunicación directa con los padres o tutores. Si el adolescente llega a detectar que todo lo que dijo en el consultorio psicológico, que se consideró como un espacio discreto y seguro, se comunicó parcial o totalmente a los padres, tutores y maestros, sencillamente el adolescente no regresara.

El adolescente debe considerar que el consultorio psicológico es un espacio seguro y discreto, que el psicólogo es un adulto profesional entrenado, y que en el encontrará orientación, apoyo y una técnica cognitivo conductual que le permitirá superar su crisis motivo de conducta, con metodologías que han sido ya probadas por el riguroso método científico. El adolescente debe sentir que su psicólogo esta actualizado.

Hoy usamos como referencia para describir a los desórdenes mentales el DSM-5 y en el futuro usaremos el DSM-6 y así sucesivamente, conforme se actualice el número de revisión ira creciendo, en función de los nuevos síntomas, enfermedades o clasificación de los desórdenes mentales que se estén presentando en el futuro.

Lo que sí es inminente es que el primer contacto con el paciente debe de ser de manera natural, haciendo sentir al paciente seguro y escuchado. Se debe ser empático, sin ponerse a un lado del paciente a llorar abrazados (ya tendríamos a dos pacientes y necesitamos a un nuevo terapeuta).

Pero todo lo anterior no funciona si no existe un registro escrito que nos de referencia del primer diagnóstico que se tuvo, de las técnicas terapéuticas empleadas y de los resultados obtenidos, así como de los pronósticos que se fueron formulando en función de lo observados en él seguimiento.

Si bien es cierto que existen normas oficiales mexicanas que hablan del

Expediente Clínico, y que dependiendo del hospital o institución este es en papel (en duro) o de manera electrónica, el psicólogo promedio tiende a no colocar sus notas. Esto se observa cuando alguna autoridad ajena al Hospital, como un Juez Penal, requiere copia foliada y autenticada del Expediente Clínico y con decepción observa que este no lleva las notas psicológicas, las cuales podrían permitir que la autoridad tomara una mejor decisión sobre el proceder del acusado de algún delito, que al lastimarse o ser lastimado por la autoridad en el proceso de detención, al hospital institucional llego, siendo triste que la evidencia objetiva de la atención psicológica no existe,.

En resumen, en el presente trabajo se ha establecido que los Primeros Auxilios Psicológico son una excelente herramienta para atender de manera personal y particular a pacientes, como los adolescentes.

Se estableció también que la ética es la base del ejercicio de la psicología, que no se debe de atender a un paciente cuyas características no estemos familiarizados y entrenados, que debemos ser honestos con nosotros mismos y remitir al paciente a la institución o psicólogos que si cuenten con la experiencia y las competencias necesarias para esa atención particular. Se pierde un paciente y con ellos los ingresos que su tratamiento pudieran generar, pero se logra la correcta atención y resolución profesional del problema del paciente.

Ante la necesidad de cambiar de psicólogo, por cambio de domicilio o por ya haber completado el ciclo de tratamiento, en función de los objetivos cubiertos o no alcanzados con la estrategia terapéutica, el paciente debe de continuar su evolución, bajo la guía de otro psicólogo, motivo por el cual el correcto registro en el Expediente Clínico dará al

paciente continuidad, por medio de la edición del correspondiente Resumen Clínico.

Cuando el psicólogo tiene que referir a un paciente con otro psicólogo o psiquiatra, u otro profesional de la salud, lo debe de hacer mediante el uso de un Resumen Clínico al que llamara REFERENCIA. El paciente con este documento tendrá continuidad en su tratamiento, en presentarse con la REFERENCIA al nuevo profesional de la salud tratante para continuar con su atención. En ocasiones, este profesional especializado decide regresar al paciente al profesional de la salud inicial. Así que haciendo uso nuevamente de un Resumen Clínico, el cual llamara CONTRA-REFERENCIA el especialista regresa al paciente. Este documento último documento es muy valioso, porque educa y guía al profesional de la salud inicial, porque empieza a observar metodologías más especializadas, e incluso aprende a medir los problemas mediante un punto de vista diferente, aplicando los conceptos de mejora continua, esta es una forma de actualización. Con esta información el psicólogo buscara nuevos posgrados o diplomados que hagan más abundantes los recursos que puede psicológicamente ofrecer a sus pacientes.

Hasta que la Secretaría de Salud en México, vía un comunicado dentro del Diario Oficial de la Federación de una nueva indicación, en México el Expediente Clínico se guarda como mínimo cinco años, contados a partir de la última consulta médica o psicológica. Este documento se destruye si está en papel o se borra por completo si está en electrónico, nunca se le entrega al paciente, bajo ninguna circunstancia. Claro está, si en alguna ocasión este Expediente Clínico ha sido requerido por la autoridad puede ser conservado o destruido – borrado a juicio del psicólogo, hasta que mediante por medio

de un comunicado específico publicado en el Diario Oficial de la Federación se establezca específicamente el criterio a seguir.

De acuerdo con Gross R. (2012) en nuestra sociedad, un Psicólogo Clínico es un profesional que se dedica a estudiar, diagnosticar y tratar problemas o trastornos psicológicos o cualquier conducta anormal. Estudia la psiquis, las conductas y las formas de relacionarse de los individuos, trabajando en su prevención, diagnóstico y rehabilitación. Trabajan en entornos de atención a la salud y atención social, incluidos hospitales, centros de salud. Forman equipo con médicos de diferentes especialidades, con Psiquiatras y Trabajadores Sociales. En el área de urgencias trabaja de la mano con el Médico Urgenciólogo y el Médico Neurólogo, es en esta área del hospital donde el Psicólogo Clínico tiene la responsabilidad de establecer si un paciente custodiado por la autoridad o un paciente que ingresa con lesiones provocadas por riñas, representan o no un peligro para los demás y/o para el mismo. En la misma área de urgencias, cuando el paciente que presento desprendimiento craneo encefálico se recupera de una cirugía de urgencia, el Psicólogo Clínico es el responsable junto con el Médico Neurólogo de determinar cuál fue el daño que causó la lesión, que habilidades mentales se perdieron, que cambios de conducta pueden observarse, y lo más importante que estrategia de rehabilitación se puede ofrecer al paciente accidentado, para mejorar su calidad de vida.

El Psicólogo Clínico actualizado, es requerido por instituciones del sector público y privado, principalmente Clínicas y Hospitales, porque del total de egresados de la licenciatura en Psicología, pocos tienen el gusto y orientación Clínica. En el sector privado, el Psicólogo Clínico trabaja en su propio consultorio. En conclusión, el Psicólogo

Clínico tiene hoy muchas oportunidades y si es bilingüe eso se incrementa exponencialmente.

El psicólogo Clínico también puede desarrollarse en la docencia y en el campo de la investigación científica. En esta última hay mucho campo aún por descubrir, porque si algo ha demostrado estos últimos años es que la mente humana no tiene límites. Considero que es más lo que se ignora a lo que se sabe del cerebro y el comportamiento humano. Aun no alcanzábamos a comprender los alcances de la mente humana, cuando de pronto desde hace ya más de año y medio un virus nos enfermó, nos mató y modificó nuestra forma de vida, y la incertidumbre es fatal, no se sabe cuando va a terminar, sin en verdad va a acabar y tampoco se sabe si el virus cambiara, mutará y se hará más peligroso. Ante este desolador panorama, el Psicólogo Clínico tiene mucho trabajo por hacer en el terreno de la investigación científica.

Con el presente trabajo, considero que se cumplió con el objetivo de proponer el contenido de un Manual de Primeros Auxilios Psicológicos enfocado al tratamiento de Adolescentes. Considerando el Código Ético del Psicólogo, el DSM-5, las Normas Oficiales Mexicanas, y las notas APA que tratan sobre el registro en el Expediente Clínico. Haciendo hincapié en que el trabajo con adolescentes requiere de paciencia, honestidad y una enorme capacidad de escuchar.

Respecto a la pregunta de investigación ¿Cuál es el contenido de un Manual de Primeros Auxilios Psicológicos para adolescentes en el consultorio psicológico, documentado en el Expediente Clínico? Considero que con el presente trabajo se logró responder, y lo más importante al consultar y comentar el contenido del presente trabajo,

sembré en muchos psicólogos, con años de experiencia terapéutica, la semilla de la duda, porque curiosamente nunca han registrado su trabajo en algún documento, desconocían que la APA tiene muchos documentos al respecto y también desconocían que existen Normas Oficiales Mexicanas, de cumplimiento obligatorio, que hablan sobre el Expediente Clínico. Esas entrevistas sirvieron de cursos rápidos de actualización, porque solo se requiere orden y disciplina para cumplir con los requerimientos de un registro profesional en un Expediente Clínico, sin olvidar que el uso de acrónimos y abreviaturas están restringidas, para no tener problemas de interpretación. El detalle en los registros, en el Expediente Clínico es un indicador de la calidad de la atención psicológica. Sin olvidar la importancia de definir y firmar el Acuerdo Terapéutico y el Consentimiento Informado, sobre todo al trabajar con adolescente. Si bien es cierto, estos dos documentos deben ser legalmente firmados por los padres, se recomienda que el adolescente los conozca e incluso los firme.

Para futuras líneas de investigación, un Manual es en realidad un Manual cuando es implementado y puesto en acción en el campo; y en base a esa experiencia es corregido haciendo uso de la Mejora Continua, al usarlo con pacientes. Debemos de considerar que al menos por el presente año y parte del 2022 eso no será posible por las limitaciones que la Pandemia de COVID-19 ha impuesto por la cuarentena. Si bien, los Primeros Auxilios Psicológicos se han enfocado a grandes catástrofes, publicado en el Diario Oficial de la Federación en México aún no se cuenta con un manual de Primeros Auxilios Psicológicos enfocado a adolescentes, pasa su uso en el consultorio privado, que en beneficio del paciente documente su diagnóstico, evolución y seguimiento bajo el

formato de un Expediente Clínico. Y esto antes del 2024 no se logrará, porque el presente gobierno tiene otras prioridades como aeropuertos, trenes y refinerías.

Otra propuesta de línea de investigación futura es desarrollar un modelo de Análisis de Riesgos, empleando el modelo de Modo Efecto y Falla. De acuerdo con la Automotibe International Action Group (2015) este modelo se desarrolló en el ejército de los Estados Unidos en 1949, siendo retomado por el programa espacial a finales de los años 60. desde 1949. En la actualidad, en el siglo XXI es un modelo de análisis de riesgo, que se aplica con éxito en la Industria automotriz. Tomando la experiencia de este modelo, es posible adaptarlo al análisis de riesgo en el consultorio psicológico, sobre todo en la atención de las crisis en la primera intervención o Primeros Auxilios Psicológicos. En este modelo, cada riesgo es evaluado en una escala del uno al diez, bajo los criterios de Severidad (S), Ocurrencia (O) y nivel de Detección (D). En el modelo estos tres criterios nos permiten clasificar el nivel de riesgo en Alto (H), Medio (M) o bajo (L) lo cual puede guiarnos en el tratamiento y seguimiento del paciente usuario de los Primeros Auxilios Psicológicos. Para esta línea de investigación, es necesario trabajar en adaptar al trabajo psicológico, los criterios de calificación a emplearse al evaluar para cada riesgo la Severidad (S), la Ocurrencia (O) y nivel de Detección (D).

A t e n t a m e n t e
"Por mi raza hablará el espíritu"

Alvaro Romero Hernández
No. de Cuenta 416145623
Celaya, Guanajuato a 16 de junio del 2021.

REFERENCIAS

Automotive Industry Action Group (2015). *Failure Mode and Effect Analysis, FMEA*. 1ª Ed. IATF-VDA.

Alvarez, A., Cruz, E., Parcar, I. (2020). *Primeros Auxilios Psicológicos*, Coursera Universidad Autónoma de Barcelona.
<https://www.coursera.org/learn/pap>

Álvarez, J., Andrade, C., Vieyra, V., Esquivias, H. Merlín, I., Neria, R., Bezanilla, J. (2020). *Manual operativo del Curso Emergente para la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de la COVID- 19 en México. Módulo 1*. Secretaría de Salud México.

American Psychological Association (2007). *Record Keeping Guidelines*, American Psychological Association.
<https://www.apa.org/practice/guidelines/record-keeping>

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Asociación Americana de Psiquiatría,

Baptista, P., Fernández, C., Hernández, R. (2010). *Metodología de la Investigación*, (5ª Ed.). Mc Graw Hill.

Carreño, S., Medina M.E. (2018). *Panorama epidemiológico de los trastornos mentales, su impacto entre el balance trabajo familia*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/estreslaboral/1erjornada/07-Panorama-Trastornos-Mentales.pdf>

Confederación de Salud Mental en España (2018). *La salud mental en cifras para el mundo*.
<https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/>

Coordinación Nacional de Protección Civil (2016). *Primeros auxilios psicológicos México*. Secretaria de Gobernación.
http://www.cenapred.gob.mx/es/documentosWeb/Enaproc/Conv_primerosauxilios.pdf

Congreso de la Unión (2021). *Ley General de Salud*. Diario Oficial de la Federación.
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_190221.pdf

Continuing Education (2011). *Common Ethical Issues*. American Psychological Association.

Cruz Roja y Media Luna Roja (1994). *Primeros Auxilios Psicológicos*. Cruz Roja Internacional.

De la Fuente, Ramón (2015). *Psicología Médica*, (2da. Ed.). Fondo de Cultura Económica.

Greer, M. (2004). *The Patien Paper Trial*. American Psychological Association.

Gross R. (2012). *Psicología, La Ciencia de la Mente y la Conducta*. El Manual Moderno.

Harris, A. (2012). *The Advantages of Electronic Health Records*. American Psychological Association.

Nezu, A., Nezu, C., Lombardo, E. (2006) *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. El Manual Moderno.

Nhat, T. (2012). *Miedo*. Kairós.

Novothey, A. (2017). *Minor Health Record*. American Psychological Association.

Newman, R. (2005). *Raises Privacy Concern on Mental Health Records*. American Psychological Association.

Lief, J. (2001). *Sin miedo a la muerte*. Maitri.

Osorio, A. (2017). *Primeros auxilios psicológicos*, Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología, 5 (15).

Rimpoché, S. (1994). *El libro Tibetano de la vida y de la muerte*. Urano.

Secretaria de Gobernación (2012), *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-005-SEGOB-2012, Acciones de recuperación - Atención a la salud psicosocial en caso de emergencia o desastre*. Diario Oficial de la Federación.
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312504&fecha=02/09/2013

Secretaria de Salud (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico*. Diario Oficial de la Federación.
http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

Secretaria de Salud (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud*. Diario Oficial de la Federación.
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280847&fecha=30/11/2012

Secretaria de Salud (2014). *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico – psiquiátrica*. Diario Oficial de la Federación
http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5805/salud3a11_C/salud3a11_C.html

Slaikeu, K. A. (1988). *Intervención en Crisis*. Editorial Manual Moderno.
https://www.academia.edu/29060052/Intervencion_en_Crisis_Manual_para_Practica_e_Investigacion_Karl_A_Slaikeu_docx

Sociedad Mexicana de Psicología (2020). Código Ético del Psicólogo, (5ª. Ed.). Trillas.
http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf

Unidad de Psicología Clínica y de la Salud (2008). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
<http://www.copmadrid.org/webcopm/recursos/guiaprimerosauxilios2008.pdf>

Villalobos, A. (2009). Intervención en crisis en situaciones de desastre: Intervención de primera y de segunda instancia. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica.