

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A VÍCTIMAS INDIRECTAS
DE FEMINICIDIO**

**FREDY REYNEL GARCIA PICO
KAREN MELISSA ROJAS PABÓN**



Acuerdo Estratégico

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA – UNAB
EXT FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE SAN GIL UNISANGIL,
FACULTAD DE CIENCIAS LA SALUD PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SAN GIL (SANTANDER)**

NOVIEMBRE 2018

Protocolo de atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio

Fredy Reynel Garcia Pico

Karen Melissa Rojas Pabón

Bajo la dirección de:

Mg. Sandra Milena Ruiz Guevara



Universidad Autónoma de Bucaramanga – UNAB

Ext Fundación Universitaria de San Gil Unisangil.

Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Psicología

San Gil (Santander)

Noviembre 2018

Contenido

1.	Protocolo de atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio.....	2
2.	Planteamiento del problema.....	3
3.	Justificación.....	4
4.	Objetivos	5
4.1.	Objetivo general.	5
4.2.	Objetivos específicos.....	5
5.	Marco Teórico	5
5.1.	Violencia.....	5
5.2.	La violencia de género.....	6
5.3.	Víctima directa e indirecta.....	7
5.4.	Daño psicológico.	8
5.5.	Trauma psicológico.	8
5.6.	Femicidio.....	8
5.7.	Feminicidio.....	8
5.8.	Tipos de feminicidio.....	9
5.9.	Duelo.	12
5.10.	La terapia Cognitivo-Conductual.....	15
5.11.	Los principios del modelo conductual.	16
5.12.	Principios del Modelo Cognitivo.....	17
6.	Marco Investigativo.....	18
7.	Marco Legal	22
7.1.	Ley 51 de 1981.	22
7.2.	Ley 731 del 2002.	22
7.3.	Ley 882 del 2004.	22
7.4.	Ley 1542 del 2012.	22
7.5.	Decreto 4463 de 2011.....	23

7.6.	Ley 1257 del 2008.	23
7.7.	Ley 1329 del 2009.	23
7.8.	Ley 1761 del 2015.	23
7.9.	Ley 1090 del 2006.	23
8.	Metodología	24
8.1.	Fases.	25
9.	Protocolo de atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio; Enfoque cognitivo conductal.....	26
9.1.	Abordaje a víctimas indirectas de feminicidio.	26
9.2.	Terapia racional emotiva (TRE).	31
9.3.	Inoculación de estrés Teoría.	33
10.	Atención psicológica a adultos víctimas indirectas de feminicidio.....	35
10.1.	Intervención en crisis para adultos.....	37
10.2.	Intervención clínica para adultos víctimas indirecta de feminicidio.	41
10.3.	Indicaciones para realizar la Terapia Racional Emotiva individual a adultos víctimas indirectas de feminicidio.....	44
10.4.	Etapas.....	45
11.	Atención psicológica a menores de edad víctimas indirectas de feminicidio...	53
11.1.	Intervención clínica para menores de edad víctimas indirecta de feminicidio. Terapia Inoculación de estrés.	61
11.2.	Fases.....	61
11.2.2.	Fase II: Adquisición y ensayo de habilidades.	65
11.2.3.	Fase III Aplicación y consolidación.	70
12.	Referencias Bibliográficas	74

Lista de Anexos

(ANEXOS 1). Consentimiento informado para adultos.	79
(ANEXOS 2). Consentimiento informado para menores de edad.	80
(ANEXOS 3). Como estoy; Formato de identificación de emociones para niños y niñas.	82
(ANEXOS 4). Cómo te sientes. Aplicación para mujeres menores de edad. Formato de identificación de emociones para mujeres menores de edad.	83
(ANEXOS 5). Cómo te sientes. Aplicación para hombres menores de edad. Formato de identificación de emociones para hombres menores de edad.	84
(ANEXOS 6). Lluvia de ideas. Formato para la aplicación de la técnica lluvia de ideas para los menores de edad.	85
(ANEXOS 7). Historia de desarrollo infantil.	86
(ANEXOS 8). Examen Mental.	100
(ANEXOS 9). Análisis funcional para niños.	102
(ANEXOS 10). Formato de entrevista semiestructurada.	103
(ANEXOS 11). Formato de diligenciamiento del Análisis funcional para adultos.	110
(ANEXOS 12). Cuestionario de información biográfica.	111
(ANEXOS 13). Formato de creencias irracionales y registro de debate racional.	117
(ANEXOS 14). Formato de actitudes racionales y registro de comentarios personales.	119
(ANEXOS 15). Las 11 creencias irracionales básicas de Albert Ellis.	121
(ANEXOS 16). Distorsiones cognitivas.	130
(ANEXOS 17). Formato “estímulos provocadores de estrés”.	131
(ANEXOS 18). Validación por expertos del Protocolo de atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio. Experto 1.	133
(ANEXOS 19). Validación por expertos del Protocolo de atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio. Experto 2.	138
(ANEXOS 20). Validación por expertos del Protocolo de atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio. Experto 3.	143
(ANEXOS 21). Validación por expertos del Protocolo de atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio. Experto 4.	147

Lista de Tablas.

Tabla 1. Daño psíquico en víctimas de delitos violentos.....	26
Tabla 2. Atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio.	28
Tabla 3. Aspectos relevantes a tener en cuenta en la atención en crisis a niños y adolescentes.	57
Tabla 4. Fases de la técnica lluvia de ideas.	60
Tabla 5. Dificultades y estrategias en las sesiones infantiles.	63

Resumen.

El feminicidio, es un concepto que elaboró Marcela Lagarde en 1994, usando la raíz latina *fémunis* – que significa mujer—y *caedo*, *caesum* que significa matar; haciendo referencia al asesinato de mujeres por su condición de género (Julio E. 2008). En Colombia se da la tipificación del feminicidio como un delito autónomo desde el 6 julio del 2015; con la Ley 1761 o la ley Rosa Elvira Cely; sin embargo, a pesar de la intervención del estado colombiano y las diversas campañas generadas a través de los medios masivos de comunicación en el tema, el fenómeno se sigue presentando; cada vez son más las víctimas directas e indirectas que surgen a partir de estos hechos deplorables. Es por esto que el presente estudio expone la atención y abordaje de la víctima indirecta de feminicidio desde el área de la psicología, a partir de la construcción de un protocolo sustentado de la revisión bibliográfica, la intervención en crisis y el uso de la intervención clínica realizada desde la terapia racional emotiva de Albert Ellis para los adultos víctimas indirectas de feminicidio y desde la terapia de inoculación del estrés para los menores de edad víctimas indirectas de este flagelo.

Palabras claves: intervención en crisis, intervención clínica, feminicidio y víctima indirecta.

Abstract.

Femicide is a concept elaborated by Marcela Lagarde in 1994, using the Latin root *fémunis* - which means woman - and *caedo*, *caesum* which means to kill; referring to the murder to women because of their gender (Julio E. 2008). In Colombia, the typification of femicide is given as an autonomous offense since July 6, 2015; with the law 1761 and Rosa Elvira Cely`s law. The phenomenon still persists despite the intervention of the Colombian`s state and the various campaigns in media, so direct and indirect victims are emerging from all these deplorable facts. Therefore, this paper exposes the attention and approach to femicide indirect victims from the science of psychology, making a protocol, supported by the bibliographic review, the intervention in crisis and the use of the clinical intervention carried out from the Albert Ellis`s emotive rational therapy to femicide indirect adult victims, besides the stress inoculation therapy will be used to children and teenagers, who have been indirect victims from this scourge.

Key words: Femicide, indirect victims, intervention in crissis, clinical intervention.

1. Protocolo de atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio.

Diferentes aspectos han llevado a culturas y sociedades a estigmatizar en un rango inferior a la mujer, dado que, en la mayoría de la población posee una estructura física, biológica y psíquica diferente al hombre y para muchos grupos o individuos es suficiente razón para ejercer un papel dominante enmarcado por la violencia hacia ella.

Hay factores de vulnerabilidad que permiten entornos sensibles de violencia contra la mujer, por ejemplo: ambientes carentes de valores, patriarcales y/o machistas, con consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, sin normas de autocuidado o autoestima, sin contar que existen diferentes formas en que se puede ejercer violencia a una mujer: física, sexual, psicológica, económica y en muchos casos, éstas acciones puede llegar a cobrar la vida.

La violencia contra la mujer ha estado presente en diferentes lugares y en diferentes épocas de la historia de la humanidad; en la época clásica era percibida como un esclavo o como un objeto, es decir, un ser apartado de derechos tanto políticos como civiles. En la actualidad se registra que una de cada tres mujeres ha sido víctima de cualquier tipo de violencia que se puede realizar en contra de ella, según los datos que referencia la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2015_ En Colombia, para el 6 de Diciembre del 2017 se registraron 94 feminicidios en Bogotá, en el Valle del Cauca 139, en Antioquia 130 (Pamela L, 2017) y para el 7 de noviembre, aunque, con un significativo índice inferior, en el departamento de Santander se registraron 12 casos (José P, 2017), siguen siendo cifras alarmantes.

El feminicidio, es un concepto que elaboró Marcela Lagarde en 1994, usando la raíz latina *féminis* – que significa mujer—y *caedo*, *caesum* que significa matar; haciendo referencia al asesinato de mujeres por su condición de género (Julio E. 2008). No obstante, cabe resaltar la diferencia entre feminicidio y femicidio, ya que este último término hace alusión a la ejecución de acciones violentas que causan la muerte a una mujer; sin tener presente un concepto errado de inferioridad o de sumisión dadas las características de su género (ONU, 2016).

En Colombia se da la tipificación del feminicidio como un delito autónomo desde el 6 julio del 2015; con la aprobación, por parte de la Cámara de Representantes de la Ley 1761 o la ley Rosa Elvira Cely, que genera penas considerables para los ejecutores de este crimen.

Sin embargo, a pesar de la intervención del estado colombiano y las diversas campañas generadas a través de los medios masivos de comunicación en el tema, el fenómeno se sigue presentando; cada vez son más las víctimas directas e indirectas que surgen a partir de estos hechos deplorables. Este protocolo de atención psicológica a víctimas indirectas o también llamadas víctimas colaterales (BBC, 2013), nace de la solicitud del consultorio jurídico, Observatorio Regional de Derechos Humanos y Construcción de Paz San Gil en alianza con abogados sin frontera Canadá, al programa de psicología de la UNAB ext. en UNISANGIL con la intención de construir una guía que proporcione las herramientas necesarias para ofrecer una oportuna atención a la víctima indirecta del feminicidio, en función del acompañamiento y la intervención psicoterapéutica.

2. Planteamiento del problema.

El Estado Colombiano ha intervenido frente al fenómeno del feminicidio promulgando la Ley 1761 que lo tipifica como un delito, además, desarrollando diversos artículos, leyes y decretos que intentan prevenir y sancionar los diferentes tipos de violencia contra la mujer, sin embargo, esta trasgresión se sigue presentando y cada vez aumenta el número de víctimas indirectas de este delito, es decir, aquellas personas que tenían un vínculo significativo, ya sea de tipo afectivo, económico o de otra índole con la víctima directa. Desde el derecho se han creado protocolos que dan apoyo, orientación y abordaje en el ámbito jurídico a la víctima indirecta del feminicidio; no obstante, desde la psicología el acompañamiento es nulo, debido a la falta de experticia y de directrices en el abordaje de estos casos. La ausencia de atención psicológica en las diferentes secuelas que se generan a partir de este crimen podría desarrollar efectos negativos permanentes en la salud mental de las personas que han sido víctimas indirectas de este hecho, afectando la funcionalidad o adaptabilidad en su contexto, dando paso a posibles trastornos psicológicos, al aumento de conflictos y violencia

en su cotidianidad. De acuerdo con esto, surge como respuesta a esta problemática el protocolo de atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio.

3. Justificación.

El feminicidio es un fenómeno social que involucra una cantidad significativa de personas, porque no solo afecta a la mujer que es víctima directa de este delito, la cual sufrió el flagelo de la violencia, el maltrato, las agresiones físicas, psicológicas y económicas hasta llegar a una muerte (causada en la mayoría de casos por su pareja sentimental) por razón de su género: si no que además, este evento genera una gran cantidad de víctimas indirectas, que son aquellas personas que tenían un vínculo significativo con la persona fallecida.

Las víctimas colaterales de feminicidio entran en un estado de vulnerabilidad y sensibilidad a causa de las secuelas que se generan a partir de esta pérdida, además, no se debe escatimar que muchas de estas personas dependían económicamente, afectivamente y/o físicamente de la mujer que ha sido asesinada; por esta razón se denota la importancia de la atención, orientación y el acompañamiento psicológico a estas necesidades, para garantizar el bienestar social, emocional y por ende la salud mental de las víctimas indirectas de este flagelo, puesto que al brindar una ayuda oportuna y pertinente a estos casos se llega a prevenir las secuelas psicológicas negativas que se pueden desarrollar a partir del trauma y /o un duelo mal elaborado, que a su vez podría generar más violencia e incluso la ejecución de más crímenes.

Los consultorios jurídicos ubicados en San Gil Santander en pro de mejorar el servicio en los casos de víctimas indirectas de feminicidio, referencian la importancia de tener una directriz en el acompañamiento psicológico, donde se involucre la asistencia desde diversas áreas como el derecho y la psicología. El protocolo de atención psicológica a las víctimas indirectas de feminicidio, se crea con el fin de mejorar la calidad del servicio y en cumplimiento del decreto 1036 de 2016 del capítulo 2 artículo 2.2.2.2.14. “Asistencia médica y psicológica inmediata”, además, sirve como herramienta para la intervención en

crisis o clínica de las víctimas indirectas, puesto que parte de una adecuada construcción teórica de los temas referentes al feminicidio, el duelo y las variables que de ahí se emanan.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general.

Crear un protocolo de atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio.

4.2. Objetivos específicos.

Realizar una revisión teórica que permita conceptualizar las temáticas referentes al feminicidio.

Hacer una construcción legal de las normas vigentes que previenen y castigan el feminicidio.

Construir una propuesta de intervención psicológica dirigido a las víctimas indirectas del feminicidio.

Hacer una revisión del protocolo de atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio con un experto en investigación, derecho y dos en psicología.

5. Marco Teórico

5.1. Violencia.

(OMS, 2002).

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o

tenga mucha probabilidad de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Es de entender que la violencia contra la mujer no es un acto presente solo en este siglo, sino que, por el contrario, trasciende a tiempo atrás. Esta acción es consecuente al desconocimiento del ser como persona, ubicándola en un juego de poder donde ella es tratada de la misma forma que una propiedad privada y puesta en un plano comercial, dado que su poder de decisión es limitado por la intervención de alguien más, vulnerando los derechos que le asisten; mediante la fuerza, presión social, intimidación, desconocimiento de sus capacidades o cualquier otra forma donde su voluntad sea puesta en un estado de omisión y no sean consecuentes con su propio bienestar.

La OMS (2005) establece que este actuar interviene como un problema de derechos humanos y salud pública que atenta contra el bienestar y libre desarrollo de la persona victimizada. Desde sus inicios la conceptualización del término, fue haciendo aproximaciones sucesivas, siendo uno de los primeros “violencia en el hogar”, pasando por “violencia intrafamiliar”, hasta llegar a “violencia de género”, la cual establece una directriz que no determina el acto violento por una condición social o espacial, sino que, se establece teniendo una relación directa entre sexo y orientación sexual (Claudia G, Rocío M y María C. 2013).

5.2.La violencia de género.

(OMS, 2002).

“Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada”.

De acuerdo al estudio realizado por Claudia G y Rocío M, (2013); para comprender, más no justificar el actuar violento de algunos individuos y colectivos, diferentes teóricos según sus conocimientos intentan operacionalizar este actuar y hallan como responsable diferentes factores como: el “proceso individualizable” en un contexto específico con condiciones dependientes del mismo, el producto de un momento de exaltación, una historia con carencias, enfermedades o privaciones; aprendizaje social de la violencia, valores patriarcales, etc.

En muchos de los casos donde se presentan comportamientos violentos, propiciados por la pareja o compañero sentimental hacia la mujer, los espectadores principales son los hijos, estos eventos en buena parte, pueden generar repercusiones negativas graves en el desarrollo emocional, social, cognitivo y académico, incurriendo hasta la vida adulta en parte de los casos (Vicenta A, 2010).

En cuanto a las afectaciones psicológicas a niños expuestos a este tipo de violencia, ya sea visual o auditiva, puede generar absentismo escolar, trastornos en el aprendizaje del lenguaje (Costa, 2003), ansiedad (Christopolous et al, 1987), depresión (Sternberg et al, 1993), agresión (Jaffe, Wolfe, Wilson y Zak, 1986), estrés postraumático (Marr, 2001), baja autoestima (Hughes y Barad, 1993), citados en “las víctimas invisibles” afectación psicológica en menores expuestos a la violencia de género”(Vicenta A, 2010); si bien, es posible identificar estas causas emanadas por violencia, ahora, es posible comprender la magnitud de las consecuencias generadas cuando se es presenciada la muerte violenta de primer plano por parte de los hijos.

No obstante, es importante aclarar que no es necesario presenciar el hecho como tal, para que éste deje consecuencias perdurables en el tiempo, si bien, es sabido que la figura materna es necesaria para la formación y desarrollo integral de los niños y niñas.

5.3. Víctima directa e indirecta.

Para la presente es preciso realizar la distinción entre estos dos tipos de víctimas.

5.3.1. Víctima directa. Hace referencia a la persona que ha sido víctima de cualquier tipo de violencia.

5.3.2. Víctima indirecta. Hace referencia a terceras personas que se ven afectadas por la violencia perpetrada a la víctima primaria, dada la existencia de un vínculo estrecho como por ejemplo lo son los hijos, padres o personas que estén a cargo de la víctima directa (personas discapacitadas con un vínculo estrecho como un familiar discapacitado).

5.4.Daño psicológico.

(Zabala de G, citada por José, 1997).

"Una perturbación patológica de la personalidad de la víctima, que altera el equilibrio básico o agrava algún desequilibrio precedente del damnificado. Se entiende que comprende tanto las enfermedades mentales como los desequilibrios pasajeros, pero sea como situación estable o bien accidental y transitoria, implica en todo caso una faceta morbosa, que perturba la normalidad del sujeto y trasciende en su vida individual y de relación".

5.5.Trauma psicológico.

(DSM-5, 2013).

“Cualquier situación en la que una persona se vea expuesta a escenas de muerte real o inminente, lesiones físicas graves o agresión sexual, ya sea en calidad de víctima directa, cercano a la víctima o testigo”.

5.6.Femicidio.

“Cuando el género de la figura femenina de una víctima es inmaterial para el perpetrador, nosotras estamos tratando con un asesinato no feminicida.” (Russell, 2001, citado en Femicidio Toledo P, 2009).

5.7.Feminicidio.

Conceptualmente las expresiones femicidio y feminicidio, provienen de la palabra inglesa *femicide*, expresión desarrollada inicialmente en el área de los estudios de género y la sociología por Diana Russell y Jane Caputi a principios de 1990 (Toledo P, 2009).

Russell y Caputti (1990) refieren que, el feminicidio se presenta cuando una mujer es la víctima de un asesinato cometido por su condición femenina como la única o principal motivación del criminal, dichos crímenes pueden iniciar como violencia de género, donde pueden llegar a estar involucradas muchas personas que compartían algún tipo de vínculo significativo.

5.8. Tipos de feminicidio.

El distinguir de forma más detallada y consensuada los diferentes tipos de feminicidio, permite una mayor comprensión de los alcances que tiene el actuar violento de una persona. Entendiéndose que la víctima es mujer.

5.8.1. Feminicidio íntimo.

Alude a los asesinatos cometidos por hombres con quien la víctima tenía o tuvo una relación íntima, familiar, de convivencia o afine a éstas (Patsilí T, 2009).

5.8.2. Feminicidio no íntimo.

Alude a los asesinatos cometidos por hombres con quien la víctima no tenía una relación íntima, familiar, de convivencia o afine a éstas y que frecuentemente involucran un ataque sexual previo (Patsilí T, 2009).

5.8.3. Feminicidio infantil.

Es el asesinato cometido en contra de menores de edad, ya sea hija descendiente o colateral hasta en cuarto grado, hermana o adoptada que tenga alguna relación afectiva o de cuidado sabiendo el delincuente que su situación, adulta sobre la minoría de edad de la menor, le otorga de responsabilidad, confianza o poder (Patsilí T, 2009).

5.8.4. Feminicidio familiar íntimo.

Es el asesinato cometido por el cónyuge o cualquier descendiente o ascendiente en línea recta o colateral hasta en cuarto grado, hermana, concubina, adoptada o adoptante, o tenga alguna relación afectiva o sentimental de hecho, sabiendo el delincuente esta relación (Patsilí T, 2009).

5.8.5. Feminicidio por ocupaciones estigmatizadas.

Es el asesinato por la ocupación o el trabajo que desempeñan; bailarinas, meseras o trabajadoras sexuales. Aunque son agredidas porque son mujeres, lo que las hace aún más vulnerables es la ocupación desautorizada que desempeñan (Patsilí T, 2009).

5.8.6. Femicidio por conexión.

Mujeres que fueron asesinadas “en línea de fuego” de un hombre tratando de matar a otra mujer (Carcedo y Sagot citados en feminicidio Joshua A).

5.8.7. Femicidio por trata.

La muerte que se produce en una situación de “trata de personas”.

La ONU hace referencia que la trata de personas es la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de mujeres y niñas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, ya sean rapto, fraude, engaño, abuso de poder o la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de la o las mujeres y niñas con fines de explotación.

Esta explotación incluirá, como mínimo, la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos (Julia M, y Patricia O, 2017 citadas en Femicidios: causas, consecuencias y tendencias, Salvador M, Kenya L, 2017).

5.8.8. Femicidio por tráfico.

Es la muerte de mujeres producida en una situación de tráfico de migrantes. Por tráfico se entiende la facilitación de la entrada ilegal de una persona en un Estado de la cual dicha persona no sea nacional o residente permanente, con el fin de obtener directa o indirectamente un beneficio financiero u otro beneficio de orden material (Julia M, y Patricia O, 2017 citadas en Femicidios: causas, consecuencias y tendencias Salvador M, Kenya L, 2017).

5.8.9. Femicidio transfóbico.

Es la muerte de una mujer transgénero o transexual y en la que el victimario (o los) la mata por su condición o identidad de género transexual, por odio o rechazo de la misma (Julia M, y Patricia O, 2017 citadas en Femicidios: causas, consecuencias y tendencias, Salvador M, Kenya L, 2017).

5.8.10. Femicidio lesbofóbico.

Es la muerte de una mujer lesbiana en la que el victimario (o los victimarios) la mata por su orientación sexual, por el odio o rechazo de la misma (Julia M, y Patricia O, 2017 citadas en Femicidios: causas, consecuencias y tendencias, Salvador M, Kenya L, 2017).

5.8.11. Femicidio racista.

Es la muerte de una mujer por odio o rechazo hacia su origen étnico, racial o sus rasgos fenotípicos (Julia M, y Patricia O, 2017 citadas en Femicidios: causas, consecuencias y tendencias, Salvador M, Kenya L, 2017).

5.8.12. Femicidio por mutilación de genitales.

Es la muerte de una niña o mujer a consecuencia de una práctica de mutilación genital (Julia M, y Patricia O, 2017 citadas en Femicidios: causas, consecuencias y tendencias, Salvador M, Kenya L, 2017).

Según la OMS (2018) la mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos y se clasifica en cuatro tipos principales:

5.8.12.1. Clitoridectomía. Resección parcial o total del clítoris y, en casos muy infrecuentes, solo del prepucio.

5.8.12.2. Excisión. Consiste en la resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin excisión de los labios mayores.

5.8.12.3. Infibulación. Consiste en el estrechamiento de la abertura vaginal, que se sella procediendo a cortar y recolocar los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos, con o sin resección del clítoris (clitoridectomía).

5.8.12.4. Todos los demás. Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

5.9. Duelo.

Hay que tener en cuenta que las primeras reacciones no marcan, necesariamente la evolución del duelo. Algunas personas, en las primeras semanas, tienen una respuesta emocional ligera y, sin embargo, experimentan una intensificación y cronificación del duelo posterior. Otras, en cambio, se expresan con un sufrimiento intenso inicial, para luego ir superando el duelo más fácilmente, lo que suele ser la reacción más frecuente (Echeburúa, 2007). La pérdida de un ser querido puede ser el factor más estresante en la vida de una persona, especialmente si se produce de forma imprevista y se trata de un hijo. El proceso de aceptación de su muerte es el más difícil de todos. La muerte de un hijo es un hecho antinatural, que produce una inversión del ciclo biológico normal. Ni siquiera hay un término para describir al superviviente, como lo hay en el caso de la pérdida de un padre (huérfano) o de un marido (viuda). (Pérez Trenado, 1999 citado por Echeburúa, 2007).

5.9.1. Etapas, tareas o desafíos del Duelo.

El desarrollo del duelo ha sido descrito en etapas por Parkes, como tareas por Worden y desafíos por Neimeyer, según Vicente A, Lina A y Nuria R.

5.9.1.1. Etapas. Para Parkes, las etapas por la que pasa la persona en duelo suceden de forma esquemática.

5.9.1.1.1. Entumecimiento y embotamiento (o comúnmente conocido como estado de Shock). En esta etapa hay embotamiento afectivo, sentimientos de irrealidad donde aparecen verbalizaciones tales como: No puede ser, esto no es real etc.

5.9.1.1.2. Anhelos y languidez. Es caracterizado por la presencia de largos períodos de pena y anhelo intercalados con otros de ansiedad y tensión, además, sentimientos de ira, auto reproches, baja autoestima, aturdimiento, inseguridad y sensación de estar esperando cualquier desastre de un momento a otro.

5.9.1.1.3. Desorganización y desesperación. Se “disminuye la intensidad emocional y aparecen amplios períodos de apatía y de desesperación. Los deseos se ven disminuidos y se prefiere no mirar al futuro. Puede aparecer aislamiento social y el doliente puede comportarse como si hubiese sido mutilado físicamente”.

5.9.1.1.4. Reorganización y Recuperación. Lo primero en recuperarse es el apetito por la comida. Los momentos especiales o fechas importantes suelen revivir el duelo, pero una vez terminadas, puede existir una mejoría en el estado de ánimo y pueden aparecer paulatinamente, las motivaciones.

Para Parkes estas fases no siguen un orden temporal y es preciso que tener en cuenta la variabilidad interpersonal que hará que la duración y el orden de las mismas sea diferente, además, cabe señalar la dificultad existente para definir un punto final del duelo ya que incluso años después pueden aparecer recuerdos tan vívidos como los experimentados inmediatamente después de la pérdida.

5.9.1.2. Tareas. Para Worden, W. el duelo es un proceso activo, donde la víctima realiza diferentes tareas con el fin de poder ir elaborando la pérdida.

No es posible establecer una estructura totalmente ordenada donde se siga un paso a paso en cuanto a estas tareas, pero si, se identifica que para el cumplimiento de ciertas tareas son necesarias la presencia antelada de otras.

5.9.1.2.1. Tarea 1: Aceptar la realidad de la pérdida. En un proceso de enfermedad, esta tarea suele irse acompañando de los hechos, donde se puede establecer una preparación para el futuro deceso a diferencia de una muerte violenta donde es inesperado en muchos de los casos ya que hay factores donde los familiares pueden llegar a intuir la existencia de un futuro homicidio.

5.9.1.2.2. Tarea 2: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. Se hace referencia tanto al dolor emocional como al dolor físico que posiblemente muchas personas sienten tras una pérdida significativa. Es importante reconocer los sentimientos que ésta despierta y no intentar evitarlos.

5.9.1.2.3. *Tarea 3: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.* La realización de esta tarea implica acciones muy diferentes en función del rol del fallecido, del doliente y de la relación que existía.

5.9.1.2.4. *Tarea 4: recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.* Se pretende que los familiares logren continuar la vida de un modo satisfactorio, sin que el dolor por la pérdida impida la vivencia plena de sentimientos positivos respecto a los otros.

5.9.1.3. Desafíos. Según Neimeyer los desafíos no se superan en un orden determinado ni se resuelven todos totalmente para el resto de la vida.

5.9.1.3.1. *Reconocer la realidad de la pérdida.* Hace referencia al reconocimiento individual y colectivo, es por esto que se presenta el desafío de una socialización con todos los miembros cercanos donde se reconozca la pérdida, pero en conjunto.

5.9.1.3.2. *Abrirse al dolor.* Hace referencia al reconocimiento del dolor donde la atención a los sentimientos es alternada entre la atención a tareas más prácticas.

5.9.1.3.3. *Revisar nuestro mundo de significados.* Trata el hecho de identificar pensamientos que surgieron a partir de la pérdida, además, de cómo estos tienen un papel fundamental en el proceso de duelo en la persona.

5.9.1.3.4. *Reconstruir la relación con lo que se ha perdido.* Las relaciones luego de la muerte se transforman, de manera que hay que reconvertir la relación, la cual pasa a estar basada en una conexión simbólica.

5.9.1.3.5. *Reinventarnos a nosotros mismos.* Trata de la construcción de una nueva personalidad donde está involucrado lo individual y lo social.

5.9.2. Duelo Patológico.

Cuando las reacciones emocionales son muy intensas e impiden el funcionamiento en la vida diaria, la duración de la reacción es anormalmente larga (dura más allá de un año) y aparecen síntomas inhabituales (por ejemplo, alucinaciones, referidas a visiones o voces del

fallecido, ideas delirantes o pensamientos suicidas recurrentes), se puede hablar de duelo patológico (Femández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Parkes, 1972; Worden, 1998).

5.10. La terapia Cognitivo-Conductual.

Sociedad Española de Psiquiatría.

Es “Una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos.

La TCC le puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras "terapias habladas", la TCC se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora.

La TCC le puede ayudar a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas. Esto le ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan. Estas partes pueden ser una situación, un problema, un hecho o situación difícil”.

5.10.1. Algunos principios comunes de diferentes orientaciones de la disciplina de la (TCC).

La TCC es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada en la psicología del aprendizaje (sobre todo en sus inicios) y en la actualidad también en la psicología científica.

Las técnicas usadas en la TCC tienen base científica y experimental.

El objetivo de la técnica es la conducta junto con sus procesos subyacentes en distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional) siendo susceptible de medición y evaluación.

Es activo, implica la realización de actividades por parte del usuario interesado en su ambiente natural.

Tiene especial interés en la evaluación de la eficacia de las intervenciones.

Centra su interés en el comportamiento actual, aunque también estima los factores históricos (Ángel R, Marta D, Arabella V, 2012).

Es decir, su estudio se centra en la relación directa que existe entre, los pensamientos, las conductas y por ende las emociones; es importante destacar que una alteración en los pensamientos y en la conducta afecta en la manera en que reacciona una persona ante una situación y la forma en que se siente ya sea en su área física o en la emocional.

5.11. Los principios del modelo conductual.

Centra su interés en el cómo la conducta humana se aprende o se adquiere, además, abarca los principios y técnicas de la teoría del aprendizaje.

En éste modelo se pone de manifiesto la observación sobre la conducta individual, además, de los factores medioambientales que pueden facilitar la aparición o el mantenimiento de una conducta determinada, sosteniendo que: aquello que determina la diferencia de una conducta, aun estando presentes factores constantes como los biológicos es el aprendizaje; considerando como fundamental la influencia del medio en la adaptación de las conductas (Santiago B, 2008).

La primera base son los trabajos del fisiólogo ruso Iván Pavlov sobre los reflejos animales, en los cuales usó estímulos medioambientales para incitar aquellos reflejos, donde hallaba como resultado que: aquellos estímulos junto con las reacciones eran el resultado del aprendizaje, siendo conocido como aprendizaje por Condicionamiento Clásico.

El Condicionamiento Clásico se interesa por los estímulos que evocan respuestas y según Pavlov se clasifican en estímulos neutros y condicionados. Posteriormente Watson y Rayner continúan con el desarrollo de la teoría concluyendo por medio de ésta que si se conocen los estímulos asociados al miedo, es posible tratar el miedo de manera terapéutica y el método para tratarlo es hacer el proceso de forma inversa.

Partiendo de ello surge un nuevo condicionamiento (Condicionamiento Operante), el cual hace énfasis en la conducta y en las consecuencias de las acciones, es decir, según lo que preceda a una conducta, ésta misma se puede asociar con lo que la precede, haciendo que se genere, se mantenga, se reduzca o se elimine determinada respuesta.

Posterior a ello Thordike lleva a la cúspide de la teoría desarrollando los principios de la Ley del Efecto, en la que postula que son las consecuencias que siguen a la conducta las que ayudan a aprender.

El aprendizaje observacional es un tipo de aprendizaje el cual es posible realizarse mediante la observación (Bandura, 1969) involucrando procesos cognitivos, el modelaje es un factor primordial en la teoría del aprendizaje social que propone que la conducta es el producto de la asociación de estímulos externos y procesos cognitivos internos (Santiago B, 2008).

5.12. Principios del Modelo Cognitivo.

En este modelo son más relevantes los pensamientos y las sensaciones, dentro de las cuales también están las creencias personales, actitudes, expectativas, atribuciones y demás actividades cognitivas, asegurando que las personas son participes activos en el entorno, juzgando y evaluando estímulos, interpretando eventos y sensaciones además de aprender de las propias respuestas.

Autores como Beck, Ellis, Bandura, legitiman la importancia de los procesos cognitivos; el avance de la teoría de los sistemas permite un mayor desarrollo del modelo permitiendo establecer de definiciones para estructuras, contenidos, procesos y productos cognitivos (Santiago B, 2008).

5.12.1. Estructuras Cognitivas.

“Supone la manera en que la información se estructura y almacena internamente” (Santiago B, 2008).

5.12.2. Contenidos Cognitivos.

“Se refieren a los elementos concretos positivos o negativos que son almacenados o codificados en los esquemas o estructuras cognitivas” (Santiago B, 2008).

5.12.3. Procesos Cognitivos.

“Se refiere a procesos utilizados por el sistema para su funcionamiento. Son ejemplos las tareas de codificación y recuperación de la información, mecanismos atencionales procesos

de estimación de probabilidades, procesos de formación de conceptos etc.” (Santiago B, 2008).

5.12.4. Productos Cognitivos.

“Se refiere al resultado final que el sistema cognitivo realiza sobre la información. Se trata de las cogniciones y los pensamientos que el individuo experimenta y de las que suele tener consciencia. Ejemplo son los pensamientos automáticos negativos (PAN)” (Santiago B, 2008).

6. Marco Investigativo.

El marco investigativo del protocolo de atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio, contiene la recopilación de información sobre: algunas estadísticas de feminicidios, la importancia de la atención psicológica a las víctimas indirectas de este delito y las estrategias que resaltan la importancia de la atención en salud mental a las víctimas de crímenes relacionados con la violencia.

El primer antecedente tiene como título “Feminicidios en Medellín, 2010-2011: conceptualización, caracterización y análisis”. Elaborada por Yuliana Vélez Guzmán. Sistema de Información para la Seguridad y la Convivencia (SISC) de la Secretaría de Seguridad de Medellín. La investigación que se realiza está direccionada a la descripción estadística de los feminicidios ocurridos en la ciudad de Medellín durante 2010 y 2011, además, se generó la caracterización sociodemográfica de las víctimas de feminicidio en estos años. Las estadísticas refieren que en el 2010 se presentaron en Medellín 136 casos de homicidios de mujeres; el 40% de estos casos correspondieron a feminicidio, el 37% no clasificaba como este delito y el 23% restante no contaban con la información requerida para llegar a esclarecer si se trataba de feminicidio o no. En el 2011, se presentó la reducción de la muerte de las mujeres dado a que se presentaron 119 casos, sin embargo, hubo un incremento del 8% de casos de feminicidio en comparación al 2010. Es decir, aunque las cifras de muerte a mujeres se redujeron en el 2011, el índice de feminicidio aumentó. Las

edades de las mujeres víctimas directas de este delito están entre los 18 a 26 años con una frecuencia de 15 casos en el año 2010 y 16 casos en el 2011. En cuanto a las armas que principalmente se usan para quitarle la vida a una mujer por razón de su género en la ciudad de Medellín se encuentra que para el 2010 y 2011 las armas de fuego fueron las más utilizadas con un 59% y 60% respectivamente seguidas de las armas blancas, con 24% (2010) y 25% (2011). Dentro de las conclusiones que establece esta investigación se encuentra la importancia de distinguir entre los homicidios de mujeres, aquellos que por las circunstancias denotan una clara manifestación de haber sido motivados por la condición del género de sus víctimas, además, la investigación da nociones que permiten afirmar que los homicidios de mujeres en Medellín no son causados por la participación directa de ellas en el conflicto entre grupos delincuenciales que viven en la ciudad, sino que se originan más bien por su condición de vulnerabilidad (Sistema de Información para la Seguridad y la Convivencia (SISC) de la Secretaría de Seguridad de Medellín, 2012). Es preciso mencionar este artículo puesto que deja de manifiesto una aproximación a la cantidad de víctimas directas y por ende víctimas indirectas existentes tan solo en una parte del territorio nacional.

El segundo antecedente se titula: “El feminicidio un estudio de revisión de los actores y circunstancias”, donde se presenta un estudio de revisión, realizado por Ángela Paola Díaz Prieto en el 2013 en la Facultad de Derecho de la Universidad Católica de Colombia, este estudio aporta a la elaboración del protocolo ya que aporta información para identificar el Feminicidio como escenario máximo de la violación de los derechos de las niñas y mujeres con los estándares de protección de carácter convencional y extra convencional a nivel internacional.

Identifica las situaciones de vulnerabilidad del género femenino como víctimas directas e indirectas en el marco de la violación sistemática de Derechos Humanos (Feminicidio). Las conclusiones a las que se llegan son: a través de las distintas épocas el feminicidio ha tenido una evolución significativa, en Colombia está tipificado como un delito, además de estar presente en las agendas convencionales y extra convencionales de trabajo puesto que ofrecen protección y garantías de los Derechos Humanos. Las diferentes violaciones de los DD.HH y del D.I.H a las niñas y mujeres se encuadran como: la violencia sexual, la prostitución, la esclavitud, la tortura, los tratos crueles y degradantes, las humillaciones, las mutilaciones, privación a la libertad, desigualdad, desplazamiento forzado y discriminación, esto genera pocas garantías para la vida, así como la falta de oportunidades para llevar una

vida digna, es limitado el acceso a la salud, a la educación básica, lo que provoca las desapariciones forzadas. Adicionalmente, se identifica la necesidad de que las instituciones educativas y de formación trabajen con el fin de incentivar y fortalecer las investigaciones e información referente al feminicidio dentro del contexto socio – jurídico del entorno nacional (Ángela P. 2015).

El tercer antecedente Se denomina “Protocolo de investigación del delito de feminicidio con perspectiva de género” (2017. Periódico La Sombra de Arteaga. Fiscalía General del Estado de Querétaro. México). Es seleccionado porque su información aporta elementos importantes en torno a la violencia de género y el feminicidio, haciendo énfasis en la problemática identificada en México. Dentro de los hallazgos importantes se pudo identificar que en el tema de feminicidio presenta una clasificación y explicación de modalidades de feminicidios donde se incluyen las muertes de mujeres por prostitución, por trata de personas, por tráfico, entre otros, además, se determina la importancia que tiene la forma en que son asesinadas las mujeres, esto con el fin de explicar con claridad las diferencias que se pueden presentar entre un homicidio calificado y un feminicidio. Adicionalmente se referencia la responsabilidad que tiene la fiscalía de proporcionar a las víctimas indirectas la orientación y asesoría para su eficaz atención, protegiendo a su vez la integridad física y psico-emocional de dicha víctima, la obtención de la verdad, reparación integral del daño a las víctimas y la sanción de los responsables del acto ilícito. De ahí la importancia de señalar la ausencia en cuanto a la conceptualización sobre la creación de un protocolo de atención psicológica para la atención a víctimas indirectas.

Este antecedente es denominado como Estrategia Todos Somos Juárez, Reconstruyamos la Ciudad, diseñado para enfrentar la difícil situación de violencia en la ciudad de Juárez, se postula en el 2010 el programa “Todos Somos Juárez, Reconstruyamos la Ciudad”. Se trabaja bajo el objetivo de romper el círculo vicioso de inseguridad al proporcionar oportunidades sociales y económicas a la población, impulsar la reconstrucción del tejido social, y disminuir la prevalencia de conductas anti sociales en la ciudad; para dar cumplimiento a este objetivo se crea una estrategia que incluye 160 compromisos. Los compromisos que resaltan la importancia en la salud mental de las víctimas son 41, 42 y 44, los cuales postulan: a) ampliar los servicios de salud mental en dos centros comunitarios que ya operan. Incorporar servicios de Atención a la Violencia Familiar y de Género en dos Unidades de Atención Médicas, b) desarrollar un modelo de atención integral a víctimas que

incluya la detección, capacitación, atención y erradicación de la violencia; c) brindar apoyo psicológico a víctimas de violencia y sus familias en unidades del El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La inversión total del programa fue de más de 3,300 millones de pesos; contando con la participación de los ciudadanos que según el Gobierno Federal son quienes mejor conocen la situación de su ciudad y quienes más pueden hacer para resolver la problemática que los aqueja; se incluyó personal académico, organizaciones de la sociedad civil, empresarios, trabajadores, jóvenes y muchos otros ciudadanos (Gobierno Federal con la participación del Gobierno del Estado de Chihuahua, el Gobierno Municipal de Ciudad Juárez, 2010).

Este antecedente es llamado “Frecuencia de muertes violentas en mujeres por razón de género que ingresan al servicio médico forense en zona Toluca de enero 2011 a diciembre 2012”. Es un Estudio Observacional, Descriptivo, Retrospectivo y Transversal, Este antecedente aporta al protocolo soporte estadístico respecto a la funcionalidad de la aplicación del instrumento. El objetivo general fue identificar la frecuencia de muertes violentas en mujeres por razón de género que ingresaron al Servicio Médico Forense en zona Toluca de enero 2011 a diciembre 2012; se hizo una caracterización donde se identificó edad, estado civil, ocupación, escolaridad, mecanismo de muerte de la mujer, además, el mes en el que se registró la muerte, los materiales y métodos. Se logró identificar 27 casos de feminicidio a los cuales se les estudió sus antecedentes. Los resultados arrojaron que en el año 2011 las muertes violentas por razón de género femenino representaron 3.6% del total anual de casos, no obstante, en el 2012 hubo un incremento donde se registró que el 5.3% representó el total anual de casos de muertes violentas por razón de género femenino.

Adicionalmente, del total de los dos años se registró que el 43.7% de los casos fueron mujeres de 31-40 años; con un 41% se denota que el estado civil soltero fue el más frecuente, asimismo se establece con un 30% y 33% que la ocupación y el nivel escolar más habitual de las mujeres con muerte violenta por razón de género fue el de estudiante y secundaria respectivamente. Con un 33% del total de casos, el mecanismo más frecuente de muerte violenta a mujeres por razón de género, es el que se produce por un objeto cortopunzante (Rafael E, 2012).

7. Marco Legal

7.1.Ley 51 de 1981.

Se ratificó en Colombia la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). Esta convención fue aprobada en 1979 por la Asamblea General de la ONU; aquí se describen los programas y medidas en las diferentes áreas que el estado debe y/o está obligado a desarrollar para eliminar la discriminación contra la mujer, reconoce el papel de la cultura y las costumbres en el mantenimiento de la discriminación contra las mujeres, exige a los estados suprimir los estereotipos en cuanto a los roles de hombres y mujeres, define la discriminación, establece un concepto de igualdad sustantiva y fortalece la idea de indivisibilidad de los derechos humanos.

7.2.Ley 731 del 2002.

Tiene por objeto mejorar la calidad de vida de las mujeres rurales, priorizando las de bajos recursos y consagrar medidas específicas encaminadas a acelerar la equidad entre el hombre y la mujer rural. Se busca dar un tratamiento especial a las mujeres del sector rural a través de la protección de sus derechos.

7.3.Ley 882 del 2004.

Por medio de la cual se modifica el artículo 229 de la Ley 599 de 2000, quedando de la siguiente forma, violencia Intrafamiliar. El que maltrate física o psicológicamente a cualquier miembro de su núcleo familiar, incurrirá, siempre que la conducta no constituya delito sancionado con pena mayor, en prisión de uno (1) a tres (3) años. La pena se aumentará de la mitad a las tres cuartas partes cuando el maltrato, del que habla el artículo anterior recaiga sobre un menor, una mujer, un anciano, una persona que se encuentre en incapacidad o disminución física, sensorial y psicológica o quien se encuentre en estado de indefensión.

7.4.Ley 1542 del 2012.

Tiene por objeto garantizar la protección y diligencia de las autoridades en la investigación de los presuntos delitos de violencia contra la mujer y eliminar el carácter de querrelables y desistibles de los delitos de violencia intrafamiliar e inasistencia alimentaria,

tipificados en los artículos 229 y 233 del Código Penal. Por esta ley se reforma el artículo 74 de la ley 906 de 2004, código de procedimiento penal.

7.5. Decreto 4463 de 2011.

Por medio del cual se reglamenta la ley 1257 del 2008, que tiene por objeto definir las acciones necesarias para promover el reconocimiento social y económico del trabajo de las mujeres, implementar mecanismos para hacer efectivo el derecho a la igualdad salarial y desarrollar campañas de erradicación de todo acto de discriminación y violencia contra las mujeres en el ámbito laboral.

7.6. Ley 1257 del 2008.

Tiene por objeto la adopción de normas que permitan garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización. Cabe mencionar que por medio de esta ley se dicta normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996.

7.7. Ley 1329 del 2009.

Por medio de la cual se modifica el Título IV de la Ley 599 de 2000 y se dictan otras disposiciones para contrarrestar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes. El consentimiento dado por la víctima menor de 18 años, no constituirá causal de exoneración de la responsabilidad penal.

7.8. Ley 1761 del 2015.

También llamada la Ley de Rosa Elvira Cely, tiene por objeto tipificar el feminicidio como un delito autónomo, para garantizar la investigación y sanción de las violencias contra las mujeres por motivos de género y discriminación, así como prevenir y erradicar dichas violencias y adoptar estrategias de sensibilización de la sociedad colombiana.

7.9. Ley 1090 del 2006.

Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. En esta ley se establecen los requisitos

rectores de la actuación del psicólogo en las diferentes áreas que se puedan desarrollar en la profesión; teniendo en cuenta los principios universales como lo son: la responsabilidad, los estándares morales y legales y la confidencialidad entre otros.

8. Metodología

El presente proyecto consiste en la elaboración de un Protocolo de Atención Psicológica a víctimas Indirectas de Femicidio. Surge a partir de una petición hecha por el programa de Derecho de la UNISANGIL a la carrera de Psicología de la UNAB (extensión UNISANGIL) después de haber indicado la necesidad de contar con una guía que proporcione las herramientas necesarias para brindar una oportuna, pertinente e integral atención a las víctimas indirectas de este delito. El planteamiento del problema se realizó con base en los antecedentes estadísticos y el abordaje que se da al feminicidio en el ámbito jurídico, dado que, a nivel nacional desde el área de Psicología, no se cuenta con este tipo de antecedentes.

Por lo tanto, para la construcción de dicho protocolo fue necesario hacer una exhaustiva revisión teórica y legal, con el fin de facilitar la comprensión del fenómeno del feminicidio y sus posibles secuelas en las víctimas indirectas; al abordar temáticas como la violencia contra la mujer, leyes nacionales e internacionales que previenen este tipo de violencia, feminicidio y tipos de feminicidio, tipificación del feminicidio como delito autónomo, duelo, fases del duelo según diferentes teóricos y duelo patológico.

Posteriormente, se ha propuesto una directriz, en función de la orientación y acompañamiento psicoterapéutico, para el tratamiento de la víctima indirecta de feminicidio, teniendo en cuenta la intervención en crisis e intervención clínica, en las cuales se ha de desarrollar una ruta de atención para la evaluación de las posibles secuelas psicológicas en la persona como víctima indirecta de este delito.

8.1.Fases.

1. Revisión sistemática de la literatura.
2. Fase de elaboración.
 - 2.1 Búsqueda de evidencias.
 - 2.1. 1. Búsqueda de protocolos de atención en Colombia y en el mundo.
 - 2.2 Filtro de guías.
3. Elaboración del documento final.
4. Revisión de expertos (1 experto en redacción, 2 psicólogos, 1 abogado).
5. Entrega protocolo de atención psicológica para víctimas indirectas de feminicidio.

9. Protocolo de atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio; Enfoque cognitivo conductual.

9.1. Abordaje a víctimas indirectas de feminicidio.

Los delitos violentos son sucesos negativos, vividos de manera brusca, que generan pánico e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona, dejando a la víctima en un estado emocional en el que no puede afrontar la situación con los recursos psicológicos habituales (Echeburúa, Corral y Amor 2004 ctd en Kilpatrick, Saunders, Amick-McMullan, Best, Veronen y Jesnick 1989), cabe resaltar que las víctimas indirectas de feminicidio son personas ya sean adultos o niños que requieren de la intervención psicológica, dado que, en estas también se genera una situación emocional donde se sobrepasa la capacidad de enfrentarla con las herramientas psicológicas que manejan, tal como lo afirma Echeburúa, E. ; Corral, P. Y Amor, P. J. (2004) “el daño psicológico requiere ser evaluado también en las víctimas indirectas de los sucesos violentos, que son las personas que, sin ser directamente concernidas por el hecho delictivo, sufren por las secuelas del mismo)”, asimismo manifiestan “por lo que a las víctimas indirectas se refiere, el daño psicológico experimentado es comparable al de las víctimas directas, excepto que estas hayan experimentado también lesiones físicas”.

Tabla 1. Daño psíquico en víctimas de delitos violentos.

Lista de los daños psíquicos en víctimas de delitos violentos
a) Sentimientos negativos: humillación, vergüenza, culpa o ira.
b) Ansiedad
c) Preocupación constante por el trauma, con tendencia a revivir el suceso.
d) Depresión.
e) Pérdida progresiva de confianza personal como consecuencia de los sentimientos de indefensión y de desesperanza experimentada.
f) Disminución de la autoestima.
g) Pérdida del interés y de la concentración en actividades anteriormente gratificantes.
h) Cambio en el sistema de valores, especialmente la confianza en los demás y la creencia en un mundo justo.
i) Hostilidad, agresividad, abuso de alcohol y de drogas.
j) Modificación de las relaciones (dependencia emocional, aislamiento).
k) Aumento de la vulnerabilidad, con temor a vivir en un mundo peligroso, y pérdida de control sobre la propia vida.
l) Cambio drástico en el estilo de vida, con miedo a acudir los lugares de costumbre; necesidad apremiante de trasladarse de domicilio.
m) Alteraciones en el ritmo y el contenido del sueño.
n) Disfunción sexual.

Fuente: Echeburúa E, Corral P, Amor P, 2004. Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco.

En el abordaje a la víctima indirecta de feminicidio se debe tener en cuenta que en la muerte violenta de un ser querido, existen en un primer momento, sentimientos de dolor, tristeza, impotencia o rabia; en un segundo momento, de dolor e impotencia; finalmente, de dolor y soledad (que no necesariamente mejoran con el transcurso del tiempo) (Finkelhor y Kendall-Tackett, 1997), por tal razón se hace necesario identificar el malestar causado por el evento traumático, debido a que este tiene un componente subjetivo que da lugar a emociones negativas como: inseguridad, miedo intenso, rabia embotamiento afectivo, etc. (Echeburúa y Corral, 2007, citado de Pelechano, 2007; Tedeschi y Calhoun, 2004). El profesional en psicología deberá analizar estas variables efectuando la empatía como elemento fundamental en la intervención, mostrando una postura de atención y escucha activa evitando cualquier tipo de revictimización.

Teniendo en cuenta los factores previamente mencionados se muestra a continuación una serie de pautas según el Protocolo de investigación del delito de feminicidio con perspectiva de género (Fiscalía General del Estado de Querétaro 2017) se deben tener en cuenta en el abordaje psicológico a la víctima indirecta de feminicidio:

a) La atención psicoemocional inicial debe de hacerse mostrando interés y cuidado, atendiendo tanto el dolor como el posible bloqueo que pueda surgir en los primeros momentos.

b) Brindar atención en los sentimientos de culpabilidad, que en muchas ocasiones tienen los familiares.

c) Orientar a la aceptación de la realidad de lo ocurrido, contextualizando el momento de la muerte, es decir, que no se ciña solo a cómo fue ésta, sino también a qué ocurrió días antes, cómo estaba la occisa, cómo eran sus vidas, etc. de modo que pueda aceptar la pérdida y entender que no dependía de él lo que ocurrió.

d) Estar pendiente de los síntomas de estrés post traumático como: insomnio, embotamiento emocional, sensación de desapego de la realidad, irritabilidad,

hipervigilancia; dado que puede ser una repercusión en las víctimas indirectas de feminicidio.

e) Respetar la dignidad de las víctimas indirectas, como lo son los familiares, evitando prácticas de re-victimización o criminalización

Adicionalmente, este protocolo da nociones de las suposiciones discriminativas que el psicólogo debe evitar en la atención a las víctimas indirectas de este delito, tales como:

- a) Que la mujer fallecida fue la generadora del hecho delictivo cometido en su agravio.
- b) Que su actuar no era socialmente correcto.
- c) Que habitualmente ingería bebidas alcohólicas o drogas.
- d) Que acostumbraba a tener varias relaciones a la vez.
- e) Que las víctimas indirectas no hicieron nada para evitar el fallecimiento pese a haberse dado cuenta de las constantes agresiones de las que era objeto la víctima directa.
- f) Que las víctimas indirectas tienen una forma de vida no bien vista por el contexto social.
- g) La intervención no puede estar mediada por estereotipos tradicionales de género hacia las víctimas directas de este delito.

Tabla 2. Atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio.

LO QUE SE DEBE HACER	LO QUE NO SE DEBE HACER (ASEGURAR, MENCIONAR, AFIRMAR, INDUCIR Y/O SUPONER QUE...)
Mostrar atención, interés y cuidado al dolor generado a partir del delito.	La mujer fallecida fue la generadora del hecho delictivo cometido en su agravio.
Brindar atención a los sentimientos de culpa que se puedan presentar.	La víctima indirecta no tiene una vida socialmente aceptable.
Orientar a la aceptación de la realidad de lo ocurrido.	La víctima directa habitualmente ingería bebidas alcohólicas o drogas
Contextualizar el momento de la muerte y las situaciones previas a él.	La víctima directa acostumbraba a tener varias relaciones a la vez.

Estar pendientes, si se presentan síntomas como: insomnio, embotamiento emocional, sensación de desapego de la realidad, irritabilidad, hipervigilancia.	El actuar de la víctima indirecta de feminicidio no tenía un comportamiento socialmente aceptable.
--	--

Evitar la re-victimización y la criminalización.

Las víctimas indirectas no hicieron nada para evitar el fallecimiento de la víctima directa

Fuente: Fiscalía general del estado de Querétaro, 2017. Protocolo de investigación del delito de feminicidio con perspectiva de género.

El presente protocolo es una herramienta que sirve como guía para que el profesional de psicología aborde de forma asertiva a la víctima indirecta de feminicidio; cabe resaltar que esta guía contiene un apartado para menores de edad y otro para adultos con información acerca de dar malas noticias, intervención en crisis e intervención en clínica.

9.1.1. Dar malas noticias.

De las labores que mayormente presentan dificultad para los profesionales en el área de la salud, dar malas noticias se establece como una de las preponderantes de esta lista ya que esta se puede definir como “...aquella noticia que drástica y negativamente altera la perspectiva del paciente en relación con su futuro...” (Buckman R, Baile W. 2002). Es frecuente el mal desarrollo de esta práctica con los pacientes, a tal punto de llegar a lastimarlos por la carencia de habilidades sociales, específicamente se menciona la empatía ya que esta se refiere a “la habilidad de ponerse en el lugar de la otra persona en una situación muy diferente de la primera. Esta habilidad ayuda a las personas a comprender mejor al otro y por tanto responder de forma consecuente con las necesidades y circunstancias de la otra persona”. (Montoya I, Muñoz I, 2009).

El propósito de dar malas noticias desde el área de la psicología para las víctimas indirectas de feminicidio consiste en mejorar la comunicación con el usuario al momento de darla, conociendo la forma más asertiva de hacerlo, para lo cual el profesional necesita brindar a dicha víctima un direccionamiento sobre la situación dando a su vez apoyo emocional.

9.1.2. Atención en crisis.

Una crisis es “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (Slaikeu, 1988).

“Una crisis psicológica ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual” (Benveniste, 2000). Los seres humanos están expuestos a situaciones que les generan posibles estados de crisis, el cual tiene un tiempo limitado para que las personas que cuentan con ayuda de un profesional en el área recuperen el equilibrio después del acontecimiento, esto puede tomar de unas seis semanas (Caplan, 1964). La resolución de la crisis depende de diversos factores, que incluye el nivel de gravedad del acontecimiento y los recursos personales del individuo, como: la capacidad de afrontamiento, de resiliencia, la escala de valores, las redes de apoyo con las que cuente, entre otros.

Las personas ya sean adultos o niños que son víctimas indirectas de feminicidio pasan por una crisis de tipo circunstancial, dado a que es inesperada o imprevisible, abarca una alteración psicológica y conductual, siendo urgente su atención (Slaikeu, 1999). Como es bien sabido no todos los seres humanos reaccionan de la misma forma ante situaciones similares, debido a que no tienen las mismas capacidades de afrontamiento ante situaciones complejas, por esto la crisis se puede presentar en cualquier momento y ser diferente en cada individuo.

El objetivo de la intervención en crisis desde el área de la psicología para las víctimas indirectas de feminicidio consiste en establecer el enfrentamiento inmediato al evento, resolviendo la crisis, para lo que se hace necesario: otorgar apoyo, reducir el peligro de muerte ya sea por suicidio o por violencia, translaborar el incidente de crisis, además, “establecer la apertura/disposición para encarar el futuro” (Fernández, 2010).

9.1.3. Intervención clínica.

A partir del proceso de evaluación se podrá identificar que la percepción de las víctimas indirectas de feminicidio varía dependiendo del entorno donde se encuentre, sus recursos y habilidades personales; por lo que no se puede concretar un esquema general frente a la intervención en esta población, no obstante, se presenta una guía de intervención para los adultos víctimas indirectas de feminicidio desde la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis y los menores de edad víctimas indirectas de este flagelo desde la terapia de Inoculación del Estrés con el fin de ayudar al profesional en psicología a realizar el trabajo psicoterapéutico a la población que ha sido víctima indirecta de este delito.

9.2.Terapia racional emotiva (TRE).

La terapia racional emotiva es explicada partiendo de lo que se puede evidenciar en el libro Practica de la Terapia Racional Emotiva de Dryden W. y Ellis A. (1989).

La TRE es un tipo de psicoterapia activa-directiva en la que los terapeutas son activos cuando llevan a sus clientes a identificar el origen filosófico de sus problemas psicológicos y cuando les demuestran que pueden enfrentarse y cambiar sus evaluaciones irracionales perturbadoras. Por todo esto, la TRE es una forma educativa de terapia. (Dryden W, Ellis A, 1989).

9.2.1. EL abc de la TRE: un amplio marco de referencia.

Cuando se creó la TRE, Albert Ellis utilizó una estructura muy sencilla a la hora de conceptualizar los problemas psicológicos de los clientes: el ABC (Ellis, 1962). En este esquema, (A) simboliza el acontecimiento desencadenante o Activador, (B), representa lo que Cree una persona del acontecimiento problema, y (C) denota las respuestas emocionales y comportamentales o las Consecuencias que derivan de esas creencias particulares en la (B). La principal ventaja del esquema ABC radicaba en su simplicidad.

9.2.2. Las consecuencias (C) cognitivas, emocionales y comportamentales.

La teoría TRE comienza con los intentos de la gente de ver realizados sus objetivos, y enfrentarse a un conjunto de acontecimientos desencadenantes o activadores (A) que pueden ayudarles a conseguir esos objetivos o por el contrario obstaculizarlos. Los As que se encuentran, suelen ser acontecimientos presentes y corrientes o las propias conductas, pensamientos o sentimientos de una persona a esos hechos, pero se hallan envueltos en recuerdos o pensamientos de experiencias pasadas. Los individuos están dispuestos a buscar y responder a estos As debido a:

- (1) sus predisposiciones biológicas o genéticas
- (2) su historia
- (3) su aprendizaje social e interpersonal

(4) sus patrones de comportamiento innatos y adquiridos (Ellis, 1976 a, 1979 d, 1983 a ctd en Dryden W, Ellis A, 1989)

Los As (acontecimientos Activadores) no existen en estado puro; casi siempre interactúan unos con otros e incluyen parte de B y C, además las personas ponen algo de sí mismas en los As (sus metas, pensamientos, deseos y tendencias fisiológicas).

9.2.3. Creencias (B) sobre los acontecimientos activadores.

Según la teoría TRE, las personas tienen innumerables Creencias (B) cogniciones, pensamientos, o ideas sobre sus acontecimientos Activadores (As); y estas Creencias ejercen una fuerte influencia en sus Consecuencias (C) cognitivas, emocionales y comportamentales. A simple vista pareciese ser que A es causa directa de C, pero esto es poco probable dado que B sirve como mediador entre A y C, y por lo tanto B es el encargado de crear C (Bard, 1980; Ellis, 1962; Goldfried & Davison, 1976; Grieger & Boyd, 1980; Wessler & Wessler, 1980 ctd en Dryden W, Ellis A, 1989). La mayoría de las personas analizan los As desde su punto de vista; y juzgan o experimentan los As a la luz de estas Creencias sesgadas (expectativas, evaluaciones), así como a la luz de sus Consecuencias emocionales (C). Por esta razón, el ser humano nunca experimenta A sin B o C, pero tampoco experimenta B y C sin A.

Las Bes pueden tomar formas muy diferentes porque cada persona tiene cogniciones muy diferentes. Sin embargo, en la TRE el interés se centra en las Creencias racionales (rB), responsables de las conductas de auto-ayuda, y en las Creencias irracionales (iB), que conducen a comportamientos de autodestrucción (y destrucción de la sociedad). A continuación, se expone una lista de las principales (pero no las únicas) Creencias (B):

9.2.4. Consecuencia (C) de los acontecimientos activadores (A) y de las creencias (B) sobre esos acontecimientos.

La C (Consecuencias cognitivas, afectivas y comportamentales) se sigue de la interacción entre A y B. C está casi siempre influida y afectada pero no exactamente (causada) por A, porque los seres humanos por naturaleza reaccionamos a los estímulos dentro de un medio. Cuando A tiene mucho poder (ejemplo: unas condiciones de vida duras en extremo o un terremoto) tiende a afectar profundamente a C.

Cuando C consiste en una alteración emocional (ejemplo: sentimientos severos de ansiedad, depresión, hostilidad, autodesprecio, y autocompasión), la causante más directa suele ser B (aunque no siempre). Sin embargo, hay alteraciones emocionales que a veces pueden surgir de una A muy poderosa, como es el caso de ser víctima indirecta de feminicidio y no es conveniente dejar de un lado los factores orgánicos como enfermedad o

desequilibrios hormonales que son independientes y pueden originar de forma directa Consecuencias (C).

Las Ces suelen consistir en sentimientos o conductas, pero también puede tratarse de pensamientos como es el caso de los obsesivos. Las Ces (Consecuencias) que siguen de A y B nunca son virtualmente puras, sino que incluyen e interactúan inevitablemente con A y B. De esta forma, si A es un hecho muy malo y B es, en primer lugar, una Creencia racional, pero, en segundo lugar, una Creencia irracional, C tiende a ser, primero, sentimientos sanos de frustración y desilusión y, segundo sentimientos no sanos de ansiedad severa, inadecuación y depresión. Por lo tanto, es cierto que $A \times B = C$, pero cada persona lleva sus sentimientos (también sus esperanzas, metas y propósitos) a A. A, B y C están intrínsecamente relacionadas y ninguna de ellas puede existir sin la otra.

La terapia racional emotiva se ha dividido en cuatro fases y a continuación se realiza una breve descripción de ellas:

1 Etapa: Psicodiagnóstica: El principal objetivo de esta primera etapa es descubrir las creencias o “filosofías” irracionales” que producen emociones o conductas contraproducentes, además, de comprender como contribuye a los problemas del paciente y posteriormente establecer los objetivos según fuesen los problemas.

2 Etapa: Insight intelectual- psicoeducación: En esta etapa el terapeuta enseña a la víctima indirecta los insight’s con los cuales se pretende iniciar una reestructuración cognitiva.

3 Etapa: Cambio de actitudes: Esta etapa suele ser la de mayor duración debido a que se pretende que la víctima indirecta realice un cambio de sus actitudes partiendo de las interiorizaciones hechas en la etapa anterior.

4 Etapa: Fortalecer los hábitos racionales: Se prepara al paciente para la automatización de los cambios adquiridos en la terapia, además, para que él sea su propio terapeuta.

9.3. Inoculación de estrés Teoría.

Basado en lo expuesto por Vicente E. Caballo en su libro Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (2015) es preciso mencionar que, el entrenamiento en inoculación de estrés (EIDE) tiene su inicio a principio de los años setenta cuando la terapia conductual se estaba ampliando para incluir procesos cognitivos y de autorregulación. En un principio, el EIDE se desarrolló como un tratamiento general para las fobias y era un

procedimiento cognitivo conductual relativamente específico que se centraba en las habilidades cognitivas y de relajación. Posteriormente, el EIDE se aplicó a muchos otros problemas como la ira, el dolor, problemas de salud y al estrés laboral. Las adaptaciones que se necesitaron llevar a cabo para ajustarse a distintas poblaciones convirtieron al EIDE en un enfoque general para los asuntos relacionados con el estrés. Puesto que el EIDE es un modelo general, las variaciones se configuran según las características del individuo o del grupo específico. Por consiguiente, este capítulo se centra en los parámetros de tratamiento aplicables al rango más amplio de problemas y no se describen variaciones o aplicaciones específicas.

El EIDE emplea un modelo de amplio espectro para la comprensión y el tratamiento de los problemas. Enfatiza las complejas relaciones interdependientes entre los factores afectivos, fisiológicos, conductuales, cognitivos y sociales/ambientales. No presupone una centralidad o una influencia causal primaria de ningún factor. Por el contrario, los subsistemas de la persona y el ambiente se ven como elementos mutuamente interactivos, que se desarrollan de un modo transaccional con una influencia recíproca. Por lo tanto, el EIDE implica una evaluación completa de estas complejas interacciones y una selección cuidadosa de las estrategias de tratamiento.

El modelo de tratamiento de la EIDE implica tres fases que son:

Reconceptualización: El terapeuta y el paciente forman una relación cálida. Los problemas se reconsideran dentro de este nuevo marco y se vuelven a conceptualizar como complejas cadenas de acontecimientos en desarrollo, con causas múltiples, en vez de procesos únicos y todopoderosos.

Adquisición y ensayo de habilidades: Se desarrolla las habilidades de afrontamiento necesarias y/o comienza la intervención ambiental, podrían incluir la reestructuración cognitiva para el diálogo disfuncional con uno mismo, el entrenamiento en relajación para la activación emocional y fisiológica, el entrenamiento en habilidades conductuales para el déficit en habilidades, el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento en autoeficacia y en autorrefuerzo. Las intervenciones específicas surgen de las discusiones conjuntas y se enmarcan en las propias palabras, analogías y metáforas del paciente.

Aplicación y consolidación: Se asegura la aplicación de los esfuerzos de afrontamiento a las situaciones problema y su transferencia al mundo externo. En las sesiones del EIDE, se ensayan las habilidades en situaciones estresantes escenificadas, simuladas o imaginadas. Conforme la actuación en vivo se va desarrollando satisfactoriamente, el esfuerzo que dirige al mantenimiento y a la prevención de las recaídas.

10. Atención psicológica a adultos víctimas indirectas de feminicidio.

Dar malas noticias

Para facilitar el trabajo del profesional, se realiza la adaptación para dar malas noticias en ámbitos psicológicos del protocolo de seis etapas de los Doctores Robert Buckman y Walter F. Baile, diseñado en el 2002.

Primera etapa.

En esta etapa se incluirían todos los aspectos relacionados con el momento más adecuado, lugar, profesional, paciente, etc., así como una pequeña evaluación del estado emocional de la víctima indirecta de feminicidio para averiguar si es el momento más adecuado para dar la mala noticia.

Segunda etapa.

Se sugiere que se inicie un diálogo con la víctima sobre la recepción de noticias.

(Diálogo posible)

Unas noticias son buenas y nos alegran, en cambio existen otras que desearíamos que no se nos fuesen dichas, tanto una como la otra hacen parte de la realidad en que vivimos, sin embargo, la diferencia radica en la forma en que actuamos luego de recibir las noticias que nos agradan y las que no, lo que nos permite crecer como personas. En este caso no son alentadoras las noticias, me informan que, tristemente para usted, ha sido asesinada (su madre, su hija, su hermana, su esposa, etc.).

Anotación: Si usted como profesional conoce la forma en que ocurrieron los hechos, es indispensable que tome el control de la situación y no cometa imprudencias tales como: explicar con gran detalle el evento (así el usuario lo solicite, el objetivo es que conozca por el momento la situación y asuma la realidad), evitar una expresión facial desagradable que pueda causar molestia a la víctima indirecta.

El aporte de la información y el impacto que puede producir dependerán en gran medida de la correcta ejecución de esta fase; que se realiza mediante preguntas indirectas abiertas y escucha activa con técnicas de apoyo narrativo, concentrando la atención no sólo en la narración de la víctima indirecta, sino también en su comunicación no verbal. No conviene por supuesto «recrearse» en aspectos sin trascendencia de la vida de la víctima indirecta, de la familia o que no sean necesarios para la comprensión del suceso.

Preste mucha atención a tres aspectos centrales de la situación de la víctima:

1. Al grado de comprensión de su situación: ¿Qué distancia existe entre la realidad que conoce el profesional y el conocimiento de la víctima indirecta sobre el tema?
2. A las características culturales del paciente: en esta etapa preste atención al vocabulario que utiliza y al tipo de palabras emplea.
3. A los contenidos emocionales de sus palabras. Aquí se debe distinguir dos fuentes:
 - a) Verbal: es la que trata de evaluar la implicación emocional de sus palabras y trata de identificar de qué tipo de cosas el paciente no quiere hablar.
 - b) No verbal: es un proceso continuo que puede reafirmar o contradecir la comunicación verbal. Se entiende por ella a las posturas, las distancias, el contacto físico, los movimientos del cuerpo, la expresión facial, el comportamiento visual, la voz, el uso del tiempo, la presencia física.

El profesional debe tener presente la no re-victimización, ya que en gran parte de los casos de feminicidio existe un antecedente de violencia contra la mujer y con cierta probabilidad la víctima indirecta presenció o fue testigo de ciertos estados que resultaron de las agresiones.

Se debe tener presente que esta fase también climatizará a la víctima indirecta en las ocasiones que no conocía en ninguna medida sobre los eventos antecesores al feminicidio.

Tercera etapa.

Esta fase es fundamental a la hora de compartir información, se debe considerar el estado de ánimo y de salud de la víctima indirecta y sopesar de forma profesional en que momento es posible dar la información que la víctima desconoce o sospecha.

Cuarta etapa.

Consiste básicamente en identificar y reconocer las reacciones de los pacientes luego de conocer la verdad sobre el porqué de la cita. Como elementos importantes hay que destacar aquí el papel de los silencios, la empatía no verbal, la escucha y el respeto al paciente.

Quinta etapa.

En esta fase es importante tener presente el derecho del paciente a tomar sus propias decisiones, en relación al tratamiento principalmente, sin que esto llegue a genere frustración en el profesional si no coincide con su visión de la situación.

Sexta etapa.

El seguimiento debe ser consensuado por ambos. El profesional debe dejar claro al paciente los límites de su disposición y el oficio que le corresponde como profesional enfatizando en el buen sentir que le asiste para la pronta superación del evento, además, incluirá la atención a los problemas o preocupaciones que sean requeridos.

10.1. Intervención en crisis para adultos.

A continuación, se determina las áreas a intervenir la crisis, con base a lo estipulado por Slaikeu y Caplan.

a. Contacto psicológico. El primer acercamiento del profesional con la víctima indirecta de feminicidio tiene como objetivo estabilizar y/o tranquilizar, además, estimular la confianza de dicha víctima, debido a que se encuentra afectada por una crisis emocional. El psicólogo debe conocer y comprender el contexto, es decir, el entramado vivencial en el que suceden los hechos concerniente a la crisis, evitando generar posibles situaciones que la víctima pueda percibir como hostiles, para esto la intervención debe basarse en la empatía teniendo en cuenta los siguientes aspectos: invitar a la persona hablar, no realizar preguntas directas hasta no haber establecido una buena relación, escuchar atentamente y sintetizar los

hechos y sentimientos del individuo, ofrecer estrategias psicológicas que permitan, a la persona en crisis, ganar control o calma.

b. Examinar las dimensiones del problema. Se requiere efectuar la evaluación psicológica para que el profesional en psicología realice un diagnóstico certero según las características propias del caso. Se hace necesario explicarles a las víctimas indirectas de feminicidio como se realizará la evaluación y el tratamiento, por ende, se hace primordial el abordaje a las secuelas psicológicas y emocionales que se produjeron en la víctima a partir del delito de feminicidio. Para este punto se requiere evaluar y analizar criterios o indicadores como: la coherencia o incoherencia en las verbalizaciones, las lagunas mentales que se puedan generar en el relato, las emociones que dominan (tristeza, desesperanza, temor entre otras), la autculpa y cualquier otro dato que se considere relevante.

c. La entrevista es una herramienta fundamental, debido a que hace posible la interacción entre el psicólogo y la víctima indirecta; por esta razón "...se requiere de habilidad, no sólo para dar u obtener la información requerida, sino para hacerlo de tal forma que los clientes o entrevistados concluyan la entrevista con la sensación de haber sido tratados con respeto, de haber sido escuchados y comprendidos" (Keats, 2009).

d. Analizar las posibles soluciones. Como primera medida se debe restablecer la seguridad en la víctima indirecta de feminicidio, para lo cual dicha víctima debe aprender a tener el control de sus emociones ya que esto se refiere a "**la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada.** Consiste en dirigir y manejar las emociones, tanto positivas como negativas de forma eficaz." (Divulgación dinámica, 2017). Posteriormente se debe identificar y examinar cuidadosamente lo que la víctima indirecta de feminicidio podría hacer para solventar sus necesidades inmediatas y posteriores, a su vez se deben establecer los compromisos que la persona en crisis requiere ejecutar para la búsqueda de soluciones. Es preciso usar la técnica de solución de problemas de D´Zurilla.

A continuación, se describe la técnica de solución de problemas D´Zurilla:

Consta de cinco fases.

1. Orientación general hacia el problema. Tener en cuenta

Percepción del problema: implica el reconocimiento, etiquetación del problema y situarlo dentro de la situación que lo produce.

Atribución del problema: las atribuciones causales que la persona tiene respecto a los problemas de su vida, es importante establecer si la atribución es positiva o negativa, debido a que si la valoración es positiva se tenderá a la solución y si es negativa se tenderá a la evitación o escape.

Valoración del problema: hará que el individuo se vea capaz de resolverlo o no a partir de sus propios esfuerzos

Compromiso tiempo/esfuerzo. El tiempo y el esfuerzo que el individuo dedica a diferentes actividades es una indicación del valor reforzante de tales actividades para ese individuo.

2. Definición y formulación del problema. “si tenemos un problema bien definido tenemos ya la mitad del mismo resuelto” (D’Zurilla 1986).

Se deben clarificar las siguientes variables para completar esta fase:

- Obtener información relevante sobre el problema
- Clarificar la naturaleza del problema
- Establecer una meta realista de solución del problema
- Reevaluar la importancia del problema.

3. Generación de soluciones alternativas. Se requiere para esta fase generar las cuantas alternativas de solución sean posibles, para que se amplíe la probabilidad de encontrar la mejor solución.

Guildford (1967) y Osborn (1963) postularon tres principios para facilitar la realización de esta fase:

a. El principio de cantidad. propone que entre más alternativas de solución se den, será mayor la calidad de las ideas que estarán disponibles, por ende, habrá más probabilidad se encontrará la correcta.

b. El principio de aplazamiento del juicio. Hace referencia a que una persona ha de generar mejores soluciones si no debe evaluar dichas soluciones en ese momento.

c. El principio de variedad. Afirma que, a mayor rango de variedad de ideas de solución, mayor será la calidad la solución. Si a la persona le resulta difícil generar ideas, se le puede proponer ideas irrealistas para que él proporcione más alternativas y más realistas.

4. Toma de decisiones. El objetivo en esta fase es el de evaluar los indicadores de costes y/o beneficios de cada una de las soluciones, comparándolas y juzgándolas, de esta forma seleccionar la mejor (o mejores) para colocarlas en práctica en la situación problemática.

5. Puesta en práctica y verificación de la solución. Finalmente, se debe evaluar el resultado de la solución, verificando la efectividad de la solución escogida para practicarla en la vida cotidiana de la persona.

D´Zurilla propone cuatro componentes para tener en cuenta:

Ejecución. Hace referencia a la puesta en marcha de la solución.

Autoobservación. Implica la observación de la propia conducta de solución y de sus resultados.

Autoevaluación. Se requiere compara los resultados esperados con los obtenidos.

Autorreforzamiento. La persona se debe reforzar a sí misma, para esto se da autoinstrucciones como “trabajo bien hecho”

e. Llamar al ente legal que remite a la víctima indirecta de feminicidio e informar el estado emocional en que esta llega. Es importante comunicar al ente legal que remitió el caso de víctima indirecta de feminicidio el estado emocional en que llega dicha víctima.

f. Realizar las remisiones correspondientes. El profesional en psicología debe hacer el análisis del caso, evaluar y determinar si la persona víctima indirecta de feminicidio requiere alguna remisión, como: psiquiatría (casos como pacientes con intento ideas suicida, síntomas severos y persistentes como pérdida del apetito y aislamiento (Daphne M. 2009)) o trabajo social (casos en los que el paciente “presenta una disfuncionalidad familiar moderada o severa y no existan redes de apoyo” (UIS, 2014).

10.2. Intervención clínica para adultos víctimas indirecta de feminicidio.

La intervención clínica se encuadra como prioridad en el trabajo con adultos víctimas indirectas de feminicidio frente a las posibles secuelas del flagelo vivenciado a raíz de la muerte de la mujer víctima directa de este delito con la cual este mantenía un vínculo estrecho ya fuese de tipo afectivo, económico y/o físico. Para una atención oportuna y de calidad desde la psicología se pretende evaluar el nivel de malestar emocional generado a partir del evento, los recursos psicológicos de la víctima indirecta, los estresores actuales y el encuadre con su nueva realidad; para esto se debe tener en cuenta los factores personales del adulto víctima indirecta de este flagelo en cuanto a: su capacidad de resiliencia, afrontamiento a las crisis, el manejo que le da a las situaciones traumáticas, la edad, las redes de apoyo con las que cuenta, entre otras. Es importante resaltar que el hecho de vivenciar una situación negativa como ser víctima indirecta de feminicidio, no constituye exclusivamente generar un trauma, un cuadro clínico o un trastorno mental, sin embargo, tal como postula Echeburúa E. y Corral P. “el malestar emocional se suele expresar habitualmente en forma de trastorno de estrés postraumático o por medio de síntomas de ansiedad y de depresión”; por lo que se recomienda la adecuada revisión del CIE 10 o del DSM –V.

Criterios del DSM-5 para el trastorno por estrés postraumático (TEPT)
<p>A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s). 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros. 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental. 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil). <p>Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.</p> <p>B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). 3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afeción médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afeción médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Trastorno Depresivo Mayor

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).
3. pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).
4. insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o entrecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar entrecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerada cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica.

Fuente: Manual de DSM-V.

A partir del proceso de evaluación se podrá identificar que la percepción de las víctimas indirectas de feminicidio varía dependiendo del entorno donde se encuentre, sus recursos y habilidades personales; por lo que no se puede concretar un esquema general frente a la intervención en esta población, no obstante, se presenta una guía de intervención para los adultos víctimas indirectas de feminicidio desde la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis con el fin de ayudar al profesional en psicología a realizar el trabajo psicoterapéutico a la población que ha sido víctima indirecta de este delito.

10.3. Indicaciones para realizar la Terapia Racional Emotiva individual a adultos víctimas indirectas de feminicidio.

1. La RET individual es por naturaleza totalmente confidencial. Está indicada cuando para los clientes es importante abrirse en privado sin miedo de que otros puedan usar esa información en su perjuicio. Algunos clientes son particularmente ansiosos respecto a cómo podrían reaccionar otras personas ante sus revelaciones (por ejemplo, en un contexto de grupo terapéutico), y esta ansiedad les impide que participen activamente en esa modalidad. Por ello la TRE individual es más adecuada a su manera de ser porque, de otra forma, no revelarían su material «secreto». Pero cuando más tarde deseen o sean más capaces de abrirse a los demás pueden pasar a otras modalidades terapéuticas.

2. La terapia individual, por su naturaleza diádica, proporciona una oportunidad para desarrollar una relación más cercana entre terapeuta y cliente de la que existiría si otras personas estuvieran presentes (ejemplo, un co-terapeuta y otras víctimas). Este factor es particularmente importante con clientes que no han podido relacionarse en profundidad con personas significativas y a quienes la terapia de grupo, por ejemplo, les asusta como comienzo.

3. En una terapia individual, la TRE puede ser la mejor forma de hacer avanzar a una persona. Por ejemplo, está particularmente indicada para personas que requieren una total atención de un terapeuta, debido a su situación mental, o a la velocidad de aprendizaje. Es especialmente importante hacer uso de esta técnica con personas que están muy confusos y que podrían distraerse con la complejidad de interacciones que se llevan a cabo en otras modalidades terapéuticas.

4. La TRE individual está indicada cuando los principales problemas de un cliente son consigo mismo más que con los demás.

5. variar el estilo terapéutico y adaptarse al cliente, con el fin de minimizar el riesgo de que su problema continúe.

6. La TRE individual proporciona una oportunidad para variar el estilo terapéutico sin peligro de que ello pueda tener efectos negativos en otros clientes, como podría ocurrir en otras modalidades terapéuticas.

7. La terapia individual está indicada para clientes que encuentran dificultad en compartir su tiempo terapéutico con otros.

8. La terapia individual también puede estar indicada por razones negativas.

De este modo, terminan en terapia individual los clientes que no obtienen beneficio de trabajar en otras modalidades terapéuticas, así como clientes que monopolizan un grupo terapéutico, o se cierran demasiado ante los demás miembros, o quienes son demasiado vulnerables para beneficiarse de una terapia familiar (Dryden W, Ellis A, (1989).

10.4. Etapas.

10.4.1. Etapa 1: Evaluación psicológica y psicodiagnóstico.

(De la primera a la quinta sesión)

La evaluación psicológica se inicia con la exploración inicial y el análisis descriptivo de la situación del adulto víctima indirecta de feminicidio, para esto se requiere un conocimiento profundo de sus antecedentes y problemas actuales; en este punto es importante señalar que el psicólogo debe contar con habilidades terapéuticas como: respeto, empatía, comprensión, estructuración de roles e interés, con el fin de entablar una relación terapéutica basada en el buen trato y asertividad, en la cual se cree un clima de confianza que favorezca el adecuado, eficaz y verídico flujo de información; cabe mencionar que se evitará en todos los casos imponer parcial o totalmente dominio sobre la víctima indirecta, en ninguna medida esta debe ser o sentirse coaccionada a incorporar valores o creencias personales del psicólogo, asimismo, dicho profesional no ha de indagar sobre información que no esté justificada o que no vaya a fin con la intervención.

Desde el primer contacto el evaluador debe estar atento al estado mental y al repertorio conductual de la víctima indirecta de feminicidio con el fin de diligenciar el formato de examen mental psicológico (ver anexo 8), a la par ha de socializar y llenar el consentimiento informado para adultos proporcionado por el Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSI) (ver anexo 1), asimismo, y con el objetivo de crear una alianza terapéutica estable el

profesional explicará a la víctima indirecta de feminicidio el procedimiento que se va a realizar, los objetivos y su rol como psicólogo, en este punto se podrá brindar un espacio en el cual se resuelvan las dudas que el paciente tenga del proceso psicoterapéutico que se ha de llevar a cabo; se recomienda enfatizar en la colaboración y honestidad que se debe tener durante la intervención psicológica; de forma consecutiva se obtendrá información que permita una visión general del caso, para lo cual el evaluador entrevistará a la víctima indirecta de feminicidio con el fin de diligenciar la entrevista semiestructurada creada por Mercedes García (2014) (ver anexo 10). Se recomienda que el profesional en psicología complemente la información recaba con el Cuestionario de Información Biográfica empleado por terapeutas del Instituto de TRE en Nueva York (ver anexo 12).

Una vez el psicólogo haya realizado el proceso respectivo a la obtención de los datos, proseguirá a analizarlos, con el fin de agrupar la información, organizarla y tener una óptica global de la víctima indirecta de feminicidio, para esta etapa se precisa avanzar en la formulación de hipótesis explicativas del caso que puedan ser contrastadas a lo largo de la evaluación psicológica. Cabe resaltar que para identificar los problemas inmersos en el caso y hacer un contraste de hipótesis más verídico, se sugiere al profesional en psicología aplicar las siguientes pruebas psicológicas que sirven como complemento a la exploración inicial:

Escala de inadaptación de -Echeburúa, corral y Fernández-Montalvo (2000). Es un instrumento de autoevaluación que consta de 6 áreas (familiar, laboral, social, personal, ocio, general), en cada área de mide en qué medida el evento traumático ha afectado la adaptación del individuo a los diferentes ámbitos de su vida, además mide la intensidad de cada una de estas, así como una escala global, donde recoge de manera general la afección y deterioro de la vida.

Cuestionario de Experiencias traumáticas (T.Q) por Davinson, Hughes y Blazer, 1990. Este instrumento facilita la identificación de eventos traumáticos que el peritado ha experimentado, constituyendo una herramienta fundamental para la detección de eventos que puedan incidir o tener relación con el malestar actual. Proporciona información sobre la forma que el evaluado reaccionó ante el evento que considere más traumático, así como el tiempo que estuvo expuesto, la edad que tenía y la presencia de síntomas adicionales del tipo reexperimentación, evitación, activación fisiológica y embotellamiento afectivo.

El proceso de evaluación psicológica continúa con la realización y entrega del análisis funcional al usuario, dado que este se refiere a "... la identificación de las relaciones funcionales entre estímulos y respuestas..." (Muñoz, 2006), para la realización de dicho análisis se sugiere diligenciar el formato llamado análisis funcional para adultos (ver anexo 11).

Cuando ya se ha decidido en mutuo acuerdo entre el terapeuta y la víctima indirecta la iniciación del tratamiento es importante y preciso tener en cuenta que la prioridad de esta etapa es la de "descubrir las creencias o "filosofías" irracionales" produciendo emociones o conductas contraproducentes que alteran el buen desempeño y rendimiento cotidiano de la misma; fijar y consensuar los objetivos de la intervención, dichos objetivos deben ser claros, descriptivos, realistas, individualizados y/o ajustados a las necesidades y posibilidades que tiene la víctima indirecta de feminicidio, para su redacción se recomienda que sea de manera positiva sobre lo que debe ocurrir "...en función del paciente y no del psicólogo (es mejor: el paciente deberá aprender a relajarse que: enseñar al paciente a relajarse)" (Muñoz. 2006).

Existe una alta probabilidad de que la víctima indirecta de feminicidio no conozca la terapia racional emotiva, por ende, esta debe ser una de las principales funciones del terapeuta, dar a conocer y ayudar a dicha víctima a entender la naturaleza de esta terapia, en qué consiste, la participación que tiene como profesional y el rol que cumple la víctima dentro del proceso de intervención.

El terapeuta brinda en esta etapa la orientación suficiente a la víctima para que esta logre identificar emociones y conductas problemáticas, posteriormente logre enlazarlos con los acontecimientos activadores y por último identifique sus principales creencias irracionales que se puede realizar mediante el diligenciamiento del formato de creencias irracionales y registro de debate racional (ver anexo 13) para luego mediante el anexo 14 realizar una identificación de algunas creencias racionales para que posterior a ello sea diligenciando los respectivos comentarios personales para cada creencia relevante, es preciso el uso de un registro anecdótico establecido como tarea terapéutica entre sesiones el cual necesita de la dedicación del paciente en su vida cotidiana primeramente para lograr un registro verídico y lo más parecido a la realidad de la víctima y segundo para identificar con mayor precisión los pensamientos y conductas irracionales del paciente y así adecuar el mejor tratamiento posible para una recuperación satisfactoria.

Se recomienda que el profesional en psicología dirija las sesiones hacia el desarrollo, análisis y solución de los problemas establecidos ya que es posible que en cada sesión se presente un problema diferente. Por ello, es preferible que exista una continuidad entre una sesión y la siguiente para tratar los problemas que se están solucionando en ese momento.

Es posible que a medida que las víctimas progresan con la superación y el manejo de toda la carga emocional y conductual asumida por el evento traumático, suele ocurrir que el grado de dirección del terapeuta se va debilitando, ya que la práctica de auto-terapia empieza a ser usada por las víctimas, además, les ayuda a ver que pueden resolver problemas similares que se den en diferentes contextos, para que lleguen a una generalización terapéutica a través de las situaciones (Roca E, 2014).

10.4.2. Etapa 2: Insight intelectual- psicoeducación.

(De la séptima sesión a la novena sesión)

En esta etapa el profesional ha de tener en cuenta la importancia de la constante evaluación de las tareas realizadas por el paciente las cuales deben ser analizadas y socializadas al inicio de cada sesión ya que las novedades en gran probabilidad pueden alterar el desarrollo de la sesión preparada, por ejemplo el terapeuta traza la sesión con el ánimo de tratar un pensamiento irracional que logró identificar partiendo de la información dada en sesiones anteriores, pero en la revisión y retroalimentación de la tarea el paciente manifiesta la superación del mismo, por lo tanto desde el inicio puede disponer el tiempo restante de la sesión para evaluar lo mencionado por la víctima y realizar la reestructuración o el debate con otra creencia irracional.

Es preciso tener en cuenta que el insight es un fenómeno cognitivo conocido también como “darse cuenta de”, que permite llevar a cabo mejoras en los pensamientos automáticos, cambios en esquemas cognitivos entre otros.

El “darse cuenta de” es el motor de los cambios cognitivos en su rol psicoterapéutico, permite que la víctima indirecta de feminicidio realice una introspección ahondando en las bases de sus creencias irracionales entendiendo lo perjudiciales que son para que así se pueda llegar a reestructurar. (Roca E, 2014).

Se postulan los siguientes Insight's para facilitar el dialogo entre el terapeuta y el paciente.

Insight's o Darse cuenta.

- Las creencias irracionales actuales son el principal determinante de sus problemas emocionales y conductuales.
- Aunque se adquiriesen en la infancia, se mantienen porque siguen reindoctrinándose en ellas.
- Comprender qué creencias irracionales causan sus problemas.
- Tomar conciencia de que no existes pruebas que apoyen las ideas irracionales y de que, en cambio, sí que existe evidencia de que el mantener esas actitudes son perjudiciales.
- Autoaceptarse, aunque siga manteniendo sus problemas.
- Comprender que, si quiere liberarse de sus creencias irracionales sobreaprendidas, han de trabajar mucho tiempo, e intensamente, para afianzar y mantener sus nuevas actitudes irracionales.

El terapeuta hace mención de cada insight y a medida que se referencia cada uno se va haciendo un dialogo con la víctima indirecta de feminicidio con el fin de:

1. Apoyar los insight's mediante ejemplos o haciendo mención de la aplicabilidad en la vida cotidiana para que el paciente permita una mayor apropiación del insight.
2. Indagar que tanta apertura existe en el paciente que facilite u obstruya el avance de la terapia.

Los eventos, emociones, pensamientos y sentimientos deben ser analizados y discutidos ampliamente a la luz de la TRE, donde, por medio del listado de creencias irracionales el terapeuta puede obtener una directriz para el análisis de las creencias identificadas por medio del cuestionario, ejercicios terapéuticos o tareas para la casa, (ver anexo 15).

La víctima indirecta de feminicidio refutará esas creencias realizando un debate racional el cual registrará en el formato de creencias irracionales y registro de debate racional (ver anexo 13) el cual fue diligenciado en sesiones pasadas donde solo se identificaban algunas creencias irracionales y finalmente pondrá en práctica la alternativa racional por medio de la ejecución de tareas importantes, en esta fase el terapeuta no sólo orienta al paciente a resolver sus problemas emocionales y conductuales, sino también a interiorizar los métodos científicos de la TRE, de identificación de problemas y solución de problemas. En el anexo

16 se permite observar un listado de distorsiones cognitivas que sin dificultad alguna pueden estar presentes en el paciente y mostrarse en el desarrollo de las sesiones.

En la TRE, A y C normalmente se evalúan antes que la B. La C abarca las consecuencias emocionales y conductuales de las evaluaciones perturbadoras o principales hechas en B. Para la TRE la valoración de las C emocionales debe realizarse con cuidado, ya que sirven como indicador del tipo de evaluaciones que tienen que encontrarse en B. Cuando se realiza esta observación es preciso realizar la siguiente distinción.

Emociones negativas apropiadas	Tristeza, dolor, disgusto, preocupación.
Emociones negativas inapropiadas	Depresión, culpabilidad, miedo ansiedad.

Para la evaluación de las C es preciso resaltar tres aspectos.

Aspectos a tener en cuenta en la evaluación de las C emocionales.
Los pacientes no utilizan necesariamente la terminología afectiva de la misma forma en que lo hacen los terapeutas de la TRE. Suele ser útil informales de la distinción entre emociones negativas «apropiadas» e «inapropiadas» para que terapeuta y cliente puedan usar un «lenguaje» emocional común.
Las C emocionales a menudo van “encadenadas”. Por ejemplo, el miedo suele ir unido a la ansiedad, en el sentido de que una persona puede experimentar miedo para encubrir sentimientos de inadecuación o se puede sentir deprimido después de haber sufrido una amenaza a su autoestima (Wessler, 1981).
Los terapeutas racional-emotivos se dan cuenta de que los clientes no siempre quieren cambiar todas sus emociones negativas inapropiadas como lo define la teoría TRE, es decir, que ellos pueden no ver una emoción inapropiada en particular (e.g., miedo) como realmente inapropiada o auto-castigadora. Por lo tanto, se necesita una buena dosis de flexibilidad y talento clínico en la evaluación de las C emocionales para prepararlas para el cambio (Dryden W, Ellis A. 1989).

Es importante en el cierre de la sesión la estipulación de las homeworkes o tareas para la casa, estas son: continuar llenando el registro anecdótico, apropiación y repaso de los insights, con el fin de que la víctima indirecta de feminicidio inicie una preparación basada en sus nuevos pensamientos para que de esta forma logre adaptarse con mayor facilidad al trabajo terapéutico y a la superación del evento y la pérdida.

10.4.3. Etapa 3: cambio de actitudes.

(Sesión 9 en adelante a sesión 12)

En esta etapa se busca un cambio de actitudes, de creencias, emociones y conductas, lo que implica que el profesional en psicología de a conocer a la víctima indirecta de feminicidio que las creencias irracionales son altamente dañinas y que las creencias racionales son buenas y agradables.

Como primera medida se pretende una decadencia de las ideas irracionales y un fortalecimiento de las racionales, a medida que se avanza es preciso ir detectando aquellos obstáculos mentales o actitudinales que presuntamente pueden llegar a atentar contra el progreso en el paciente, es pertinente que el terapeuta considere las ideas del paciente como hipótesis que deben ser comprobadas y por último debe valorar las nuevas ideas beneficiosas-racionales.

Para lograr un cambio filosófico, el terapeuta puede guiar a la víctima indirecta de feminicidio a entender los siguientes aspectos:

1. Darse cuenta de que son ellas las que crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas y que, aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, tienen, en general, una consideración secundaria en el proceso de cambio.
2. Reconocer claramente que posee la capacidad de modificar de una manera significativa estas perturbaciones.
3. Comprender que las perturbaciones emocionales y conductuales provienen, en gran medida, de sus creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas.
4. Descubrir sus creencias irracionales y discriminar entre ellas y sus alternativas racionales.
5. Cuestionar estas creencias irracionales utilizando los métodos lógicos empíricos de la ciencia.
6. Trabajar en el intento de internalizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos cognitivos, emocionales y conductuales de cambio.
7. Continuar este proceso de refutación de las ideas irracionales y utilizar métodos multimodales de cambio durante el resto de su vida.

Esfuerzo para que el paciente abandone las viejas creencias irracionales y adhiera las nuevas creencias racionales (es preciso usar un autoregistro que incluya los pensamientos racionales y consecuencias deseables). A continuación, se presenta un formato donde se describe las casillas.

A	B	C	D	E
Situación.	Pensamientos irracionales.	Consecuencias emocionales y conductuales.	Pensamientos y racionales.	Consecuencias emocionales y conductuales.

10.4.4. Etapa 4: Fortalecer los hábitos racionales.

(Finalización de la intervención, Sesión 13)

Para la última fase es preciso preparar al paciente en la automatización de los cambios adquiridos en la terapia, además, para que, en el futuro, él sea su propio terapeuta mediante las técnicas de habituación al debate mental y realizando por escrito sus creencias irracionales e intercambiarlas por creencias racionales, adicionalmente, se le debe animar a tener muchas experiencias en su vida cotidiana que sean consistentes y se relacionen con su nueva filosofía.

Para reforzar el fortalecimiento de los hábitos racionales y la aplicabilidad de los mismos en la vida cotidiana de la víctima indirecta, se recomienda el uso de otras técnicas que deben ser mencionadas y enseñadas por parte del terapeuta a la dicha víctima.

A continuación, se presenta un cuadro con técnicas cognitivas y conductuales:

Técnicas Cognitivas.
Discusión o debate de las ideas irracionales (las principales).
Tareas escritas para detectar y cambiar pensamientos.
Resolución de problemas.
Precisión semántica.
Frases de superación y autoindocinamiento en filosofías racionales
Intención paradójica.
Técnicas Conductuales
Tareas para la casa.
Premios y castigos autoimpuestos supervisados por el terapeuta y, o un familiar.
Exposición en vivo, tipo inundación más que gradual.
Entrenamiento en habilidades.
Control de estímulos.

Para esta fase final del proceso se hará necesario observar en compañía de la víctima indirecta de feminicidio los avances obtenidos en la intervención, identificando las ganancias

del proceso terapéutico y direccionando la emocionalidad hacia el fortalecimiento personal. Adicionalmente, se recomienda que, pasados tres meses, el terapeuta plantee una sesión de seguimiento en la cual pueda realizar una evaluación del proceso de reintegración social, laboral y familiar de la víctima indirecta de feminicidio.

11. Atención psicológica a menores de edad víctimas indirectas de feminicidio.

“La infancia tiene sus propias maneras de ver, pensar y sentir; nada hay más insensato que pretender sustituirlas por las nuestras”

(Rousseau 1712-1778)

Dar malas noticias.

Figura 1. Cuadro de orientación profesional para la atención infantil.

El entendimiento de la muerte no solo se adquiere mediante la razón de las personas, el componente emocional también permite a los seres humanos llegar a comprender de una forma más exacta su significado y sus repercusiones futuras. Los profesionales pueden explicarles a los niños lo que la muerte significa y, aun así, los niños pueden continuar creyendo sus teorías o construcciones fantaseadas.

Para poder entender por completo lo que significa la muerte, todos los niños deben conocer y entender algunas premisas básicas que conforman este concepto.

Principios universales de la muerte.

La muerte es universal: todos los seres vivos mueren

La muerte es irreversible. Cuando morimos no podemos volver a estar vivos nunca

¿Por qué nos morimos? Toda muerte tiene un porqué

Todas las funciones vitales terminan completamente en el momento de la muerte. Cuando morimos el cuerpo ya no funciona

A los niños pequeños les cuesta comprender el significado del fin de las funciones vitales, por lo que piensan que la persona que fallece sigue sintiendo y experimentando cosas, como si en realidad estuviera dormida.

Fuente: Cid Egea, Loreto, 2011. Fundación Mario Losantos del Campo, Explícame que ha pasado: guía para ayudarle a los adultos a hablar del duelo y la muerte con los niños.

Para facilitar el trabajo del profesional con menores se realiza la adaptación para dar malas noticias en ámbitos psicológicos del protocolo de seis etapas de los Doctores Robert Buckman y Walter F. Baile, diseñado en el 2002.

El profesional encargado de dar la noticia, respecto a un caso de feminicidio a su paciente, siendo este niño o niña, debe asegurarse de seguir las indicaciones expuestas a continuación.

Primera etapa.

En esta etapa se incluirían todos los aspectos relacionados con el momento más adecuado, lugar, profesional, niño o niña, etc., así como una pequeña evaluación del estado emocional del paciente para averiguar si es el momento más adecuado para dar la mala noticia; por ejemplo, ¿Cómo se encuentra hoy?, o ¿Qué tal, ¿cómo se siente?, o ¿Se siente hoy lo suficientemente bien para hablar un rato? (dependiendo de la situación se elegirá una de estas preguntas o alguna similar), además, puede apoyarse en el contexto del menor formulando preguntas relacionadas al estudio, compañeros de clase, amigos del barrio etc.

Segunda etapa.

Esta fase es fundamental a la hora de compartir información, se debe considerar el estado de ánimo y de salud de la víctima indirecta y sopesar de forma profesional, en que momento es posible dar la información que la víctima desconoce o sospecha.

Anotación: Si usted como profesional conoce la forma en que ocurrieron los hechos, es indispensable que tome el control de la situación y no cometa imprudencias tales como: explicar con gran detalle el evento (así el usuario lo solicite, el objetivo es que conozca por el momento la situación y asuma la realidad), evitar una expresión facial desagradable que pueda causar molestia al menor.

Por medio del siguiente cuento el profesional enseñará los principios universales de la muerte y a su vez ejemplificará la historia del niño en ella.

Cuento: JULIA TIENE UNA ESTRELLA

Por Eduard José

1. Julia tiene cinco años y sus mejores amigos son Cristina y Pablo, que, además, van a su misma clase.

Cristina quiere mucho a su perrita Luna, que tiene las patas muy cortas y las orejas tan largas que casi las arrastra por el suelo.

Cristina dice que cuando Luna crezca perseguirá conejos por la montaña.

2. Lo que Pablo más quiere es, además de sus amigos, una armónica que le regaló su tío el día de su cumpleaños. Ahora está aprendiendo a tocarla y ya casi le sale el estribillo del himno del Barça. Y es que Pablo es del Barça

3. Julia no tiene ni una perrita ni una armónica, pero tiene algo mejor: Julia tiene una estrella. No vayáis a creer que es una estrella de juguete, ni de esas dibujadas en un papel, que salen en los libros de geografía.

No, la estrella de Julia es de verdad, de las que hay en el cielo y se ven de noche.

Lo que ocurre es que Julia no puede decirle a nadie que tiene una estrella.

Prometió a su madre que sería un secreto entre las dos.

4. Tiempo atrás, hace ya unos cuantos meses, la madre de Julia, que se llama Paula, no se encontraba nada bien. Se quedaba siempre en la cama y tiene una carita blanca, muy blanca.

Un día, cuando Julia volvió del colegio, le pidió que se acercase a la cama.

- Julia, tengo que decirte algo – le dijo.

- Sí, mamá – respondió Julia.

- Mira, me han llamado por teléfono para ofrecerme un trabajo.

Julio se quedó de piedra. - ¡Pero si estás enferma!

- Eso no quiere decir nada.

Justamente, si hago este trabajo me encontraré mejor.

Debo ir a trabajar a una estrella.

5. Ahora sí que Julia no entendía nada de nada.

¿Ir a trabajar a una estrella?

¡Qué cosa más extraña!

Paula continuó hablando:

-Claro que lo de mi trabajo tendrá que ser un secreto entre las dos.

No puede saberlo nadie más – dijo la madre.

Es que... nunca había oído que pudiese ir a trabajar a una estrella – insistía Julia.

- Sólo en casos muy especiales.

He tenido mucha suerte.

- ¿Y cuándo volverás? – preguntó Julia.

- No lo sé, pero no te preocupes.

Cada noche abres la ventana de tu habitación, miras hacia el cielo, hacia la izquierda, y verás una estrella que brilla más de las demás. Allí es donde estaré. Y trataré de hacerte una señal que me reconozcas.

6. Julia quería preguntarle muchas cosas a su madre: si había alquilado un cohete para viajar hasta la estrella, si la podría acompañar, si no podría encontrar otro trabajo más cerca, o si lo podría ir a ver alguna vez, pero con todo aquel lío, sólo se le ocurrió preguntarle:

- ¿Y tiene que ser un secreto, mamá?

-Sí.

- ¿Y a papá tampoco puedo decírselo?

- Él ya lo sabe. Pero mira, el día que cumplas seis años y medio, se lo explicas y él ya te acabará de contar lo que haga falta.

Recuerda: la estrella que brilla más de la izquierda.

7. Julia abrió la boca para decir algo más, pero su madre ya se había quedado medio dormida

Y así sucedió.

Unos días después se llevaron a Paula y antes de irse, Julia le dio un beso. ¡Es tan pequeña que no se da cuenta de nada!

8. Ella, Julia lo único que quería era que se hiciera de noche y que la dejaran ir a su habitación.

Por fin lo consiguió.

Se quedó ante la ventana cerrada y de repente sintió un poco de miedo.

¿Y si mamá la había regañado?

No, su madre no habría hecho nunca algo así.

Abrió la ventana de par en par, miró hacia el recorte oscuro del cielo, un poco hacia la izquierda y... ¡allí estaba!

La estrella de su madre.

9. Y era verdad: brillaba más que las demás.

Y de repente, a Julia le pareció que incluso titilaba, como si le hiciese guiños.

Julia tiene una estrella.

Es suya, solamente suya, y es lo que más quiere en este mundo.

Claro que, algunos días, las nubes no se la dejan ver y ella se queda un poco triste, pero sabe que, al día siguiente, cuando desaparezcan las nubes, la estrella – su madre – le hará un guiño antes de que se meta en la cama.

10. Eso sí, Julia está nerviosa y ya querría tener seis años y medio para poder hablar de este secreto con su padre.

Entonces, tal vez pueda convencerlo para mirar juntos la estrella de mamá.

Cada noche, por la ventana de la habitación.

Tercera etapa.

Consiste básicamente en identificar y reconocer las reacciones de los niños y niñas luego de conocer el motivo de esta cita. Como elementos importantes hay que destacar aquí el papel de los silencios, la empatía no verbal, la escucha y el respeto al paciente.

Cuarta etapa.

En esta fase es importante tener presente que el tutor del menor decide sobre la continuidad del tratamiento.

Quinta etapa.

El seguimiento debe ser consensuado por ambos. El profesional debe dejar claro al tutor del menor los límites de su disposición y el oficio que le corresponde como profesional enfatizando en el buen sentir que le asiste para la pronta superación del evento, además, incluirá la atención a los problemas o preocupaciones que sean requeridos.

Intervención en crisis para menores de edad.

Al momento de tratar con niños y adolescentes es posible notar que las habilidades y funciones no están totalmente desarrolladas debido al ciclo evolutivo en el cual se encuentran, es por esto que se debe prestar cierta atención a aspectos relevantes propios de estas etapas (Ezpeleta 2011), estas son:

Tabla 3. Aspectos relevantes a tener en cuenta en la atención en crisis a niños y adolescentes.

Lenguaje	El desarrollo del lenguaje se completa alrededor de los 4 años y medio, el psicólogo debe realizar el esfuerzo de adaptar su lenguaje al lenguaje del niño. Atención: “A pesar de que el desarrollo del córtex frontal tiene un crecimiento gradual hasta la edad adulta, los niños tienen una gran capacidad de persistencia en aquellas tareas que les interesan, dependiendo su capacidad de atención, entre otras cosas, de cómo entienden las tareas” (Ezpeleta 2011 citado de Pool y Lamb, 1998).
Memoria	Un escaso número de personas poseen la capacidad de recordar acontecimientos ocurridos antes de los 3 años y algunos individuos recuerdan muy poco de lo sucedido antes de los 8 años. La calidad de la memoria mejora con la edad; un niño en período escolar tiene recuerdos de mejor calidad que un preescolar. Asimismo, a menor edad se proporciona menos información, por ende, es necesario realizar preguntas más específicas (Ezpeleta 2011 citado de Poole y Lamb 1998).

Concepto de sí mismo	Permite dar respuesta a preguntas sobre sí mismo y los demás, cuando el niño está en un rango de edad de 4 a 6 años puede brindar descripciones poco concretas basadas en la apariencia física, en las conductas y en actividades que se realizan. Posteriormente de 7 a 11 años puede referenciar características psicológicas, comparaciones sociales y capacidad de diferenciar entre aspectos físicos y mentales de uno mismo, hasta los 12 y 16 años, donde las descripciones son más abstractas, basadas en constructos psicológicos, características disposiciones, creencias y valores (Ezpeleta 2011 ctd en Stone y Lemanek, 1990).
Cognición social	Percepciones, sobre sí mismo y los demás. Hughes y Baker (1990) indican que los niños por debajo de los 8 años hacen descripciones de los demás principalmente en términos globales y autorreferenciales. Alrededor de los 7 u 8 años aparece la capacidad para pensar sobre lo que otros piensan de uno mismo y entre los 8 y los 11 años se incluirán términos más precisos y abstractos para describir a los otros, pero, como señalan estos autores, sus representaciones todavía no consisten en una percepción coordinada. Es en la adolescencia cuando el sujeto es capaz de integrar los distintos rasgos de una persona, incluso en el caso de que sean contradictorios. En un porcentaje considerable de casos, el niño llega a la entrevista sin saber por qué lo llevan a consulta. Si tampoco se le explica qué se va a hacer a continuación, tenemos a un individuo totalmente desorientado y desvalido (Ezpeleta 2011).
Comprensión de emociones	Stone y Lemanek (1990), y Zwiery y Morrissette (1999) afirman que evolutivamente el niño a los 3 años tiene una idea general de sí mismos y de los demás, han aprendido a comunicar emociones sencillas en las situaciones cotidianas. A los 5 años no comprenden que dos sentimientos puedan ocurrir juntos. Hacia los 7, creen que se pueden experimentar dos emociones simultáneamente siempre y cuando se dirijan a un solo objetivo. A los 8 años pueden experimentar dos sentimientos del mismo sentido (positivo o negativo) si los objetivos de la emoción son diferentes. Es a esta edad cuando se producen los cambios más importantes en la comprensión de las emociones, es a partir de entonces que el niño entiende las emociones basándose en su propia experiencia interna, percibe que las emociones pueden controlarse usando estrategias mentales y puede informar de manera fiable sobre sus propias emociones. A los 10 años es capaz de apreciar sus emociones de sentido opuesto dirigidas al mismo objetivo y a los 11 entiende que se puedan experimentar sentimientos positivos y negativos sobre la misma persona al mismo tiempo. A partir de los 11 años, tras observar determinados comportamientos, puede realizar inducciones sobre las personas (Ezpeleta 2001).

Nota: Ezpeleta 2001, Entrevista diagnóstica con niños y adolescentes.

A continuación, se determina las áreas a intervenir la crisis, con base a lo estipulado por Slaikeu y Caplan.

a) Contacto psicológico. El primer acercamiento del profesional con la víctima indirecta de feminicidio tiene como objetivo estabilizar y/o tranquilizar, además, estimular la confianza de dicha víctima, debido a que se encuentra afectada por una crisis emocional. El psicólogo debe tener en cuenta el recuerdo, es decir los antecedentes de la situación actual para comprender el contexto de la problemática, es importante mostrar interés teniendo en cuenta la empatía como base; adicionalmente, debe tener en cuenta la edad del niño o adolescente, asimismo, se requiere que el niño comparta las situaciones y emociones, dado que lo ayudarán a percibir que son algo normal o esperable para la situación que le tocó vivir.

Este proceso de normalización del evento tiene un efecto tranquilizador para ellos (Equipo de Intervención en Crisis del Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato de la Pontificia Universidad Católica de Chile 2010).

b) Examinar las dimensiones del problema. Se requiere efectuar la evaluación psicológica para que el profesional en psicología realice un diagnóstico certero según las características propias del caso. En primera instancia se debe explicar al menor en términos comprensibles para él, las acciones que se han de realizar en las sesiones, por tanto, se hace uso de la entrevista como herramienta elemental para la comunicación entre el psicólogo y el infante. Para que la información recabada sea útil debe estar basada en la sinceridad; según Zwiers y Morrissette (1999) los niños de 3 a 4 años tienen la facultad de diferenciar entre la verdad y la mentira, donde puede mentir voluntariamente para evitar un castigo, ya a los 5 años los niños reconocen que es indebido mentir y que es una tarea difícil, ya que esconder sus emociones también es difícil. Sólo un 5% de los niños de todas las edades miente a menudo. Es preferible que al momento de iniciar la entrevista sea explicando las reglas que van a dirigir la conversación, donde se indica al niño que: si no desea hablar respecto a un tema haga mención de la incomodidad que presenta por esto; siendo respetada la decisión de abstenerse de hablar sobre dicho tema.

Para este punto se sugiere usar los formatos de identificación de emociones ya que facilitan la expresión de las mismas por parte del menor de edad.

En el formato llamado “como estoy” se encuentran una serie de dibujos que expresan diferentes emociones, el profesional debe otorgar el formato al menor y explicarle que él debe señalar o encerrar en un círculo la imagen que refleje cómo se siente. Para el caso de los formatos llamados “cómo te sientes”, el profesional debe otorgar al infante el formato y explicarle que debe recortar la expresión facial que refleje cómo se siente, posterior a esto debe pegarla en la silueta de la cabeza que no tiene expresión facial. Para finalizar la actividad, el psicólogo puede retroalimentar formulándole al infante preguntas referentes a el por qué se siente de esa forma e indagar en que otras situaciones se siente similar.

c) Analizar las posibles soluciones. Implica identificar y examinar cuidadosamente lo que el menor podría hacer para solventar sus necesidades inmediatas y posteriores, a su vez brindar alternativas de solución donde el infante tenga esquemas mentales que pueda usar

para actuar en diversas situaciones de acorde con sus sentimientos y emociones. Es preciso usar la técnica de lluvia de ideas.

A continuación, se describe la técnica de lluvia de ideas que fue postulada en el año 1938 por Alex Faickney, cabe resaltar que se realizan unas modificaciones para ajustarla al análisis de las posibles soluciones con el menor de edad, víctima indirecta de feminicidio. Adicionalmente, se sugiere utilizar el formato llamado “Lluvia de ideas”.

Tabla 4. Fases de la técnica lluvia de ideas.

1. Presentación de la sesión de lluvia de ideas. Para aplicar la técnica lluvia de ideas se requiere que el profesional comience a darle al menor una explicación de la tarea a realizar, los objetivos y el procedimiento a seguir. Durante la aplicación se recomienda que el profesional le recuerde al menor el tema central de la lluvia de ideas con el fin de que este no se desvíe de él.
2. Generación de ideas. Es conveniente establecer un objetivo sobre el número de ideas alcanzar; como mínimo, proponer que se produzcan 6 o 10 ideas, en caso de que el niño no genere ideas, el profesional procederá a motivarlo dándole un ejemplo de cómo hacerlo.
3. Mejora de ideas. Una vez postuladas las ideas el psicólogo hará una retroalimentación con el menor, analizando cada una de las ideas postuladas y seleccionando las ideas que se adapten mejor a la situación y el contexto vivido por el infante.
4. Ordenando las ideas. Finalmente, el psicólogo debe crear una lista con las ideas seleccionadas, adicionalmente, debe socializarlas y trabajarlas con el menor.

Nota: Modificado de Aiteco consultores 2016, Tormenta de ideas: Creatividad para la mejora.

d) Informar al responsable del menor los procedimientos llevados a cabo. Es importante que el responsable del menor esté al tanto de los procesos que se han realizado, adicionalmente, se recomienda informar de las tareas dejadas al menor con el fin de que el acudiente pueda direccionarlo y ayudar en el cumplimiento de las mismas.

g. Realizar las remisiones correspondientes. El profesional en psicología debe hacer el análisis del caso, evaluar y determinar si la víctima indirecta de feminicidio requiere alguna remisión, como: psiquiatría (casos como pacientes con intento, ideas suicida, síntomas severos y persistentes como pérdida del apetito y aislamiento (Daphne M. 2009)), psicopedagogía casos donde el menor “...presenta dificultades en el manejo de tiempo, dificultades de carácter académico y déficit de atención y concentración” o trabajo social casos en los que el infante “...presenta una disfuncionalidad familiar moderada o severa y no existan redes de apoyo” (UIS, 2014).

11.1. Intervención clínica para menores de edad víctimas indirecta de feminicidio.

11.2. Terapia Inoculación de estrés.

La intervención clínica se encuadra como prioridad en el trabajo con menores víctimas indirectas de feminicidio frente a las posibles secuelas del flagelo vivenciado a raíz de la muerte de la mujer víctima directa de este delito con la cual el infante mantenía un vínculo estrecho ya fuese de tipo afectivo, económico y/o físico. Para una atención oportuna y de calidad desde la psicología se pretende evaluar el nivel de malestar emocional generado a partir del evento, los recursos psicológicos de la víctima indirecta, los estresores actuales y el encuadre con su nueva realidad; para esto se debe tener en cuenta los factores personales del menor víctima indirecta de este flagelo en cuanto a su capacidad de resiliencia y de afrontamiento a las crisis, el manejo que le da a las situaciones traumáticas, la edad que tiene, las redes de apoyo con las que cuenta, entre otras. Es importante resaltar que el hecho de vivenciar una situación negativa como ser víctima indirecta de feminicidio, no constituye exclusivamente generar un trauma, un cuadro clínico o un trastorno mental, sin embargo, tal como postula Echeburúa, E. y Corral. P. “el malestar emocional se suele expresar habitualmente en forma de trastorno de estrés postraumático o por medio de síntomas de ansiedad y de depresión”; por lo que se recomienda la adecuada revisión del CIE 10 o del DSM –V.

11.3. Fases.

11.3.1. Fase I. Reconceptualización.

(De la primera a la quinta sesión)

La evaluación psicológica infantil, se inicia con la exploración inicial y el análisis descriptivo de la situación del menor víctima indirecta de feminicidio, para esto se requiere un conocimiento profundo de la historia pasada del niño y de sus problemas actuales; en este punto es importante señalar que el psicólogo y el acudiente del menor deben trabajar en conjunto para ayudarlo, dado que la comunicación y las decisiones que se tomen serán más asertivas si el examinador y dicho acudiente comparten un vocabulario común. La entrevista será la principal herramienta que manejará el profesional en psicología, ya que como manifiesta (Sattler J. 2008) a través de ella “se obtendrá información valiosa para la evaluación mediante entrevistas al niño y sus padres... (el término padres se refiere a los progenitores u otros proveedores de cuidados del niño, tales como padres sustitutos, abuelos

o familiares que se encuentren criándolo)”, sin embargo, cabe resaltar que es el establecimiento de una relación terapéutica basada en la empatía, buen trato y asertividad lo que debe guiar el curso de la exploración, debido a que por medio de esta el menor víctima indirecta de feminicidio y su acudiente crearan un clima de confianza con el psicólogo, esto favorecerá el adecuado y eficaz flujo de información.

En el primer contacto el psicólogo deberá socializar y diligenciar con el acudiente de la menor víctima indirecta de feminicidio, el consentimiento informado para menores de edad proporcionado por el Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSI) (ver anexo 2); asimismo, generar una alianza terapéutica con él, donde le explique el procedimiento que se va a realizar, los objetivos y el papel del psicólogo, se recomienda enfatizar en la colaboración y honestidad durante la intervención psicológica. Posteriormente, se obtendrá información que permita una visión general del caso, para lo cual el psicólogo entrevistará al acudiente de la menor víctima indirecta de feminicidio con el fin de llenar la historia clínica infantil multimodal (ver anexo 7).

En la primera entrevista con el niño, el psicólogo debe recoger la información correspondiente al motivo de consulta, es decir, de forma empática y asertiva ha de indagar sobre lo que el niño sabe acerca del por qué está allí; para esto se pueden realizar preguntas como: ¿sabes por qué has venido aquí?, ¿Hay alguna cosa en la que crees que te podemos ayudar?, ¿cuál es el problema?, ¿a quién preocupa este problema? (Morales C, y acompañantes 2015); a su vez, el profesional en psicología debe observar las variables que permitan diligenciar el examen mental psicológico (el formato fue elaborado por Mercedes García 2014 en la guía de evaluación forense. Para valoración de daños psicológicos en víctimas de delitos violentos, (ver anexo 7), paralelo a esto el profesional debe crear alianza terapéutica con el niño y resolver las dudas que este tenga sobre la terapia. Es importante entender que en la intervención con los niños pueden surgir situaciones de difícil manejo, por esta razón en la siguiente tabla se muestran situaciones de difícil manejo y algunas pautas para solucionarlas según lo planteado por Fernández, Zúñiga, 2014 citado en la guía para intervención infantil.

Tabla 5. Dificultades y estrategias en las sesiones infantiles.

Dificultades	Estrategias
Problemas en la comunicación. (Por exceso, defecto o inadecuación): no habla, no colabora, se queja, interrumpe...	Provocar y reforzar conductas de acercamiento mínimas (mirada, sonrisa...) y hablar de temas agradables para el niño en problemas de inhibición. Extinción de conductas de queja e interrupción.
Rabietas, llanto	Extinguir si es una rabieta, esperar a que disminuya y aprovechar para reforzar que no llora. Si el llanto es una respuesta emocional de tristeza o frustración, el terapeuta le ayudará a serenarse y llevará la conversación a otros temas menos aversivos para éste.
Cansancio, aburrimiento y/o falta de atención: hace comentarios sobre otros temas, inquieto a nivel motor, retira la mirada.	Anticiparse a estas posibilidades y diseñar la sesión acorde a las limitaciones y peculiaridades del niño (temporalización, tipo de actividades). Cambiar de actividad y finalizar pronto la sesión. No permitir el escape cuando se trate de conductas de evitación.
Negativas y falta de cooperación: negarse a seguir instrucciones del terapeuta o a hacer tareas concretas.	Negociar actividades o tareas similares (con el mismo objetivo) o plantear la actividad más tarde. Disminuir la complejidad de la tarea y garantizar el éxito en la misma.
Agresiones verbales o físicas	Preparar previamente el despacho (retirar objetos que se puedan lanzar, tirar...). Proponer conductas alternativas y reforzarlas. Pedir ayuda a un compañero durante la sesión.
Inventar, mentir intencionadamente	No atender a la mentira ni cuestionarla (no reforzar) cuando ésta tiene como objetivo la provocación y el juego. Orientar la conversación a otros temas. Si la mentira tiene otra función: evitar un castigo o algo desagradable, entonces sí enfrentarla y no permitir que se obtengan las consecuencias que anticipa al mentir. Contrastar información con los adultos.

Nota: modificado de Guía de intervención clínica infantil, de Universidad Autónoma de Madrid, CPA.

Una vez el psicólogo haya realizado el proceso respectivo a la obtención de los datos, debe proseguir a analizarlos, con el fin de tener una visión global de la situación del menor víctima indirecta de feminicidio, para esta etapa se precisa avanzar en la formulación de hipótesis explicativas del caso que puedan ser contrastadas a lo largo de la evaluación psicológica. Cabe resaltar que para identificar los problemas inmersos en el caso y hacer un

contraste de hipótesis más verídico, se sugiere aplicar las siguientes pruebas psicológicas que sirven como complemento a la exploración inicial:

BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (Reynolds y Kamphaus, 1992; adaptación española de González, Fernández, Pérez y Santamaría 2004). Es un instrumento que mide numerosos aspectos del comportamiento, tanto adaptativos como desadaptativos: ansiedad, depresión, autoestima, habilidades sociales, problemas escolares, actitud negativa hacia padres y profesores.

SENA. Sistema de Evaluación para Niños y Adolescentes (Fernández-Pinto, Santamaría, Sánchez-Sánchez, Carrasco y del Barrio). Instrumento que Evalúa un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta.

El proceso de evaluación psicológica continua con la realización y entrega del análisis funcional al acudiente, dado que este se refiere a "... la identificación de las relaciones funcionales entre estímulos y respuestas..." (Muñoz, 2006), para la realización de dicho análisis se sugiere diligenciar el formato llamado análisis funcional para niños (ver anexo 9). El siguiente paso corresponde a fijar y consensuar los objetivos de la intervención, para esto el psicólogo debe tener en cuenta que dichos objetivos deben ser claros, descriptivos, realistas, individualizados y/o ajustados a las necesidades y posibilidades que tienen las personas involucradas en el caso, para su redacción se recomienda que sea de manera positiva sobre lo que debe ocurrir "...en función del paciente y no del psicólogo (es mejor: el paciente deberá aprender a relajarse que : enseñar al paciente a relajarse)." (Muñoz, 2006).

A partir del proceso de evaluación se podrá identificar que la percepción de las víctimas indirectas de feminicidio varía dependiendo del entorno donde se encuentre, sus recursos y habilidades personales; por lo que no se puede concretar un esquema general frente a la intervención en los menores que son víctimas indirectas de este flagelo, no obstante, se presenta una guía de intervención desde la terapia Inoculación de Estrés con el fin de ayudar al profesional en psicología a realizar el trabajo psicoterapéutico.

Para concretar esta fase se requiere hacer la reconceptualización, que ha de ser desarrollada con base a la evaluación realizada al menor víctima indirecta de feminicidio. Como primera medida se recomienda que el terapeuta en conjunto con dicho menor

identifique, socialice y escriba los estímulos provocadores de estrés (ver anexo 17), este momento del proceso debe hacerse con gran detenimiento y análisis, dado que, dependiendo de los problemas que predominen se centrará el tratamiento; por ejemplo: si se identifica que la activación emocional y/o fisiológica son las problemáticas más relevantes entonces el tratamiento irá centrado en bajar los niveles de ansiedad y buscar la tranquilidad del menor víctima indirecta de feminicidio.

11.3.2. Fase II: Adquisición y ensayo de habilidades.

(De la sexta a la novena sesión).

En esta segunda fase se deben ensayar y refinar los componentes básicos de la intervención; teniendo en cuenta que estos deben ser ajustados y estructurados con base a la evaluación y teniendo en cuenta las características propias del caso.

Posteriormente y para dar inicio a esta fase, se recomienda que el profesional en psicología, le explique al menor de edad víctima indirecta de feminicidio qué es el estrés para lo cual se sugiere que sea explicado a través del siguiente fragmento (kidshealth, 2015).

La historia del estrés

¿Has tenido alguna vez dolor de barriga durante un examen? ¿Has tenido algún día en que estabas tan sobrecargado de trabajo que no podías conciliar el sueño? ¿Has estado alguna vez tan preocupado por algo que te acabó doliendo la cabeza?

En caso afirmativo, ya sabes qué es el **estrés**. Probablemente habrás oído decir a la gente: "Buf, estoy completamente estresado" o "Esto me está estresando mucho". Tal vez oigas a los adultos decir ese tipo de cosas constantemente. Pero los niños también tienen un montón de cosas en sus vidas que les pueden provocar estrés.

¿Qué es el estrés?

El estrés es lo que sientes cuando estás muy preocupado, nervioso o molesto por algo. Esa preocupación que te ocupa la mente puede hacer que te encuentres mal, repercutiendo en tu cuerpo. Tal vez estés enfadado, frustrado o asustado –y eso te puede provocar dolor de estómago o de cabeza.

Cuando estés estresado, tal vez se te quiten las ganas de dormir o de comer. También es posible que estés nervioso o tengas problemas para prestar atención en el colegio y recordar lo que habéis dado en clase al llegar a casa.

¿Qué provoca el estrés?

Hay muchas cosas que pueden provocar estrés en la vida de un niño. El estrés bueno o normal es el que puedes sentir cuando te preguntan en clase o cuando tienes que presentar oralmente un informe. ¿Se te ha hecho alguna vez un nudo en la garganta o te han sudado las manos? Ambos pueden ser signos del estrés bueno –el tipo de estrés que te ayuda a hacer las cosas bien. Por ejemplo, probablemente harás mejor la presentación del informe sobre un libro que has leído si la ansiedad te inspira a preparártelo bien antes de levantarte para leerlo.

El estrés malo ocurre cuando los pensamientos estresantes siguen bombardeándote durante un tiempo. Tal vez estés estresado si tus padres no dejan de discutir, si un miembro de tu familia está enfermo, si tienes problemas en el colegio o si te está ocurriendo cualquier otra cosa que te hace estar preocupado o te altera de algún modo día tras días. Ese tipo de estrés no puede ayudarte y, de hecho, puede hacerte enfermar.

Una vez reconozcas que estás estresado, hay diversas cosas que puedes hacer. Puedes probar a hablar sobre lo que te preocupa con un adulto de confianza, como uno de tus padres o un profesor. Explícale lo que te ronda por la cabeza y cómo te hace sentir. Un adulto puede tener ideas sobre cómo solucionar lo que te preocupa o te incomoda.

¿Estás demasiado ocupado?

Si te estás cansado y estresado porque tienes demasiadas cosas que hacer, como muchas actividades extraescolares, tal vez deberías dejar algo, aunque solo sea durante un semestre. A veces, un exceso de actividades –aunque sean divertidas- te puede hacer sentirte estresado al mantenerte ocupado todo el tiempo. Por otro lado, si los problemas que tienes en casa te preocupan o incomodan, algunas (¡pero no demasiadas!) actividades extraescolares pueden ayudarte a desconectar, relajarte y encontrarte mejor.

También hay ejercicios de relajación que puedes hacer para librarte del estrés. El más fácil de todos consiste en **inhalar** (inspirar) lenta y profundamente por la nariz y luego **exhalar** (expirar) lentamente por la boca. Hazlo de dos a cuatro veces, pero no inspires con demasiada fuerza ni demasiado deprisa porque te podrías marear.

Puedes hacer ejercicios como estos en cualquier momento, sin que nadie se dé cuenta. Puedes incluso hacer ejercicios de respiración mientras estás en clase si notas que te estás poniendo demasiado nervioso antes de hacer un examen.

Encontrar el equilibrio

La mejor forma de mantener a raya el estrés es llevar una vida equilibrada. Eso significa elegir bien en qué inviertes tu tiempo. Si solo te dedicas a los estudios y no te queda tiempo libre para jugar y explayarte, puedes acabar estresándote. Asegúrate de pensar en ti, cuidando las siguientes cuatro facetas: sueño, ejercicio, ocio (pasártelo bien) y alimentación. Si te cuidas, durmiendo lo suficiente, alimentándote bien, haciendo ejercicio y reservándote un tiempo para pasártelo bien, ¡probablemente estarás mucho menos estresado!

Revisado por: D'Arcy Lyness, PhD

Fecha de revisión: agosto de 2015

Posteriormente la tarea se centrará en que la menor víctima indirecta de feminicidio aprenda a relajarse con el fin de que este pueda tener control de la activación emocional y fisiológica, que se pueden generar en momentos de tensión y estrés; en este punto se comienza un entrenamiento en la habilidad de relajación como herramienta de afrontamiento, se recomienda al terapeuta enseñar técnicas de relajación como: la relajación progresiva (en la cual el paciente debe aprender a relajar la tensión muscular), relajación sin tensión (es decir, sin hacer tensión en los músculos, concentrarse en ellos e irlos soltando) y la relajación inducida por la respiración (en la cual se requiere que el paciente respire profundamente 3 o 4 veces y permitir que la tensión se escape por medio de la respiración) el profesional de psicología debe orientar al menor víctima indirecta de feminicidio en qué situaciones es conveniente utilizar las herramientas de afrontamiento basadas en la relajación.

Ahora bien, para la continuación de esta fase el terapeuta debe ayudar al menor de edad víctima indirecta de feminicidio a darse cuenta de aquellos pensamientos que llegan aparecer de forma automática, pueden generar gran malestar en el paciente y no son funcionales, cabe resaltar que en esta parte el menor y el terapeuta trabajan en conjunto para descubrir estas cogniciones disfuncionales, pero también las que son funcionales. A medida que van apareciendo las cogniciones disfuncionales, el profesional en psicología puede realizarle preguntas al menor como: ¿Eso qué me dices lo puedo comprobar?, ¿Qué es lo peor que podría pasar?, ¿Qué harías si eso sucediera?, ¿Existen modos de comprobarlo? Luego entonces, compara las incongruencias en la información y junto con el paciente desarrollan experimentos personales que permitan comprobar las antiguas y nuevas cogniciones; es importante mencionar, que el psicólogo ayuda al paciente a generar contra respuestas significativas, con las que el menor de edad pueda reemplazar las imágenes o pensamientos disfuncionales.

Resulta muy probable que los menores de edad víctimas indirectas de feminicidio carezcan de estrategias de solución de problemas, por lo que se recomienda al psicólogo que use la técnica de solución de problemas de D´Zurilla. A continuación, se describe la técnica: Consta de cinco fases.

1. Orientación general hacia el problema. Tener en cuenta

Percepción del problema: implica el reconocimiento, etiquetación del problema y situarlo dentro de la situación que lo produce.

Atribución del problema: las atribuciones causales que la persona tiene respecto a los problemas de su vida, es importante establecer si la atribución es positiva o negativa, debido a que si la valoración es positiva se tenderá a la solución y si es negativa se tenderá a la evitación o escape.

Valoración del problema: hará que el individuo se vea capaz de resolverlo o no a partir de sus propios esfuerzos

Compromiso tiempo/esfuerzo. El tiempo y el esfuerzo que el individuo dedica a diferentes actividades es una indicación del valor reforzante de tales actividades para ese individuo.

2. Definición y formulación del problema. “si tenemos un problema bien definido tenemos ya la mitad del mismo resuelto” (D´Zurilla 1986).

Se deben clarificar las siguientes variables para completar esta fase:

- Obtener información relevante sobre el problema

- Clarificar la naturaleza del problema
- Establecer una meta realista de solución del problema
- Reevaluar la importancia del problema.

3. Generación de soluciones alternativas. Se requiere para esta fase generar las cuantas alternativas de solución sean posibles, para que se amplíe la probabilidad de encontrar la mejor solución.

Guildford (1967) y Osborn (1963) postularon tres principios para facilitar la realización de esta fase:

a. El principio de cantidad. Propone que entre más alternativas de solución se den, será mayor la calidad de las ideas que estarán disponibles, por ende, habrá más probabilidad se encontrará la correcta.

b. El principio de aplazamiento del juicio. Hace referencia a que una persona ha de generar mejores soluciones si no debe evaluar dichas soluciones en ese momento.

c. El principio de variedad. Afirma que, a mayor rango de variedad de ideas de solución, mayor será la calidad la solución. Si a la persona le resulta difícil generar ideas, se le puede proponer ideas irrealistas para que él proporcione más alternativas y más realistas.

4. Toma de decisiones. El objetivo en esta fase es el de evaluar los indicadores de costes y/o beneficios de cada una de las soluciones, comparándolas y juzgándolas, de esta forma seleccionar la mejor (o mejores) para colocarlas en práctica en la situación problemática.

5. Puesta en práctica y verificación de la solución. Finalmente, se debe evaluar el resultado de la solución, verificando la efectividad de la solución escogida para practicarla en la vida cotidiana de la persona.

D´Zurilla propone cuatro componentes para tener en cuenta:

Ejecución. Hace referencia a la puesta en marcha de la solución.

Autoobservación. Implica la observación de la propia conducta de solución y de sus resultados.

Autoevaluación. Se requiere compara los resultados esperados con los obtenidos.

Autorreforzamiento. La persona se debe reforzar a sí misma, para esto se da autoinstrucciones como “trabajo bien hecho”.

Para finalizar esta etapa el psicólogo deberá entrenar al menor víctima indirecta de feminicidio en la autoeficiencia y la autorrecompensa, de forma tal que dicho menor pueda valorar y apoyar de forma realista sus propios esfuerzos e incluso alentar los intentos de afrontamiento, incluso cuando el resultado no sea positivo (Caballo V. 2015).

11.3.3. Fase III Aplicación y consolidación.

(Sesión decima a sesión doceava).

Para este punto la menor víctima indirecta de feminicidio debe desarrollar y ensayar los principios de las habilidades de afrontamiento necesarias para la superación del hecho traumático.

Los principales objetivos de esta fase son: el entrenamiento de las habilidades de afrontamiento necesarias para la puesta en práctica (aplicación) en los lugares que frecuenta el menor, además, el entrenamiento para la prevención de las recaídas, el mantenimiento de las conductas y cogniciones adquiridas, es preciso mencionar que en la medida que el paciente afronta repetidamente el estrés inducido en las sesiones, las habilidades se van transfiriendo sistemáticamente para ser usadas en el desarrollo de la vida cotidiana del paciente. A continuación, se presentan algunas técnicas que permiten el entrenamiento en la práctica para el desarrollo de esta última fase.

Escenas simuladas y ensayo de conducta.

El menor víctima indirecta de feminicidio debe ensayar las habilidades de afrontamiento que aprendió en la fase anterior, además, estas serán integradas a través de las representaciones escénicas simuladas en las sesiones. Por ejemplo, podría representarse un enfrentamiento con un miembro de la familia, del colegio o demás, representar un episodio de estado de ánimo bajo en alguna situación del día, etc. mientras ensaya, al mismo tiempo, habilidades cognitivas y de relajación.

Para la realización de las escenas simuladas es necesario definir de forma precisa la situación problema, de modo que la simulación sea lo más parecida a la realidad. Se

recomienda al psicólogo hacer una descripción de varios ejemplos o situaciones y ordenarlos en términos de una dificultad progresiva, en la que se inicie con la situación menos estresante, se discuten, se modelan las estrategias y, por último, las habilidades de afrontamiento conforme sea necesario. Posteriormente, el menor víctima indirecta de feminicidio ensaya las habilidades y las estrategias, mientras que el psicólogo (puede solicitar ayuda a un familiar que aporte positivamente a la sesión y represente algún personaje, para esto primero solicite la autorización del menor) representa partes de la situación. Después del ensayo, el profesional describe y refuerza los aspectos correctos, también señala las áreas que necesitan una mayor atención; posteriormente estos aspectos serán ensayados con las respectivas modificaciones repitiendo el proceso hasta que el paciente se comporte de forma tranquila y competente, con una sensación de autoeficacia, hasta representar todas las situaciones simuladas; de igual manera se recomienda que el terapeuta establezca tareas para que el menor practique en situaciones, que, son normalmente menos estresantes que las que se ensayan en la sesión, siempre teniendo como punto de referencia el avance del paciente. Se sugiere que el psicólogo retroalimente con el menor víctima indirecta de feminicidio las tareas propuestas y realizadas.

Exposición graduada.

Para el desarrollo de esta técnica el psicólogo junto con el menor víctima indirecta de feminicidio deben proponer una serie de situaciones estresantes o difíciles que serán jerarquizadas, de la situación que el paciente considera la menos estresante a la más estresante, posteriormente, el profesional orienta y moldea la forma de afrontamiento apropiada para que el menor se exponga gradualmente a las situaciones previamente mencionadas. Finalmente, el menor procede a registrar sus experiencias para una discusión a priori en la siguiente sesión.

Ensayo por medio de la imaginación.

El menor ha de imaginar escenas que son definidas de forma concreta, es decir, en términos de detalles situacionales, emocionales, cognitivos y conductuales para que sean ordenados en función de la dificultad. El psicólogo describe la escena, empezando con la menos estresante y el paciente se la imagina de la forma más real posible y experimenta la activación estresante que le señala el psicólogo. Se inician las habilidades de afrontamiento apropiadas para la reducción del estrés; a medida que el menor demuestra dominio del afrontamiento y una sensación de autocontrol, el profesional procede a retirar de forma

gradual las instigaciones, de modo que en etapas posteriores sean los pacientes los que inicien las habilidades de afrontamiento mientras siguen visualizando la escena. Cuando se ha logrado realizar la reducción del estrés, el paciente lo señala y el terapeuta explica la escena. Se estructura la puesta en práctica en vivo y se lleva a cabo conforme el paciente va demostrando competencia con las presentaciones por medio de la imaginación de las situaciones problema.

Mantenimiento y prevención de las recaídas.

La descripción de esta fase se dirige al desarrollo de estrategias y habilidades de afrontamiento satisfactorias que aseguren un cambio fiable a lo largo del tiempo, para ello es preciso identificar y prevenir las recaídas, ya que en todo proceso se presentan como alternativas latentes que, según la voluntad y las medidas de cada persona, en este caso el menor víctima indirecta de feminicidio, se mostrarán como posibilidades con alta o bajas probabilidades de elección.

Para esto se presenta el siguiente dialogo que permitirá al psicólogo direccionar una sesión de mantenimiento y prevención de recaídas.

-Se espera que todo el mundo tenga retrocesos (traspies o errores), porque son criaturas de hábitos, porque el ambiente cambia de modo que no se puede prever o porque no había suficiente práctica. Esos errores son elementos naturales de la vida y, como tal, esperados. Constituyen simplemente oportunidades para aprender y los pacientes tienen la capacidad de analizar los retrocesos, de emplear las estrategias de afrontamiento y de decidir si necesitan más ayuda. Esto no significa que hayan tenido una recaída (es decir, que han vuelto a donde empezaron), sino sólo un retroceso cuya recuperación es completamente posible.

Además, el psicólogo puede hacer uso de la siguiente analogía donde se describe la historia de un individuo que ha perdido 20 kg siguiendo una dieta y un programa de ejercicios, pero que come en exceso en una reunión familiar.

Se le pregunta al menor qué pensaría esa persona sobre el comer en exceso y qué debería hacer.

La mayoría indicaría que casi todos en alguna ocasión dejarán de cumplir con la dieta sin que esto represente un asunto demasiado serio, no obstante, es importante que la persona no se desanime y que vuelva a seguir la dieta y los ejercicios.

Las reflexiones hechas por el menor se relacionan de forma análoga con los retrocesos que experimente el paciente o pueda llegar a presenciar.

Con el fin de lograr un afrontamiento habitual se pregunta al menor qué debería hacer la persona para mantener la pérdida de peso y posterior a la respuesta del menor se realiza de forma análoga la ejemplificación del afrontamiento y se permite enfatizar en la importancia del mismo.

Ensayo del enfrentamiento con los retrocesos.

Para invertir el efecto de los retrocesos es necesario abordar de forma directa el tema donde se inicia con la identificación de retrocesos reales (para este aspecto es pertinente clarificar que considera como retroceso el menor y que es un retroceso en realidad), recientes o pasados, de esta manera se discuten y posteriormente se desarrolla un plan específico para manejar cada retroceso. Para esto el menor debe ensayar estas estrategias ya sea mediante representaciones simuladas o imaginadas, además puede planificar y experimentar en vivo de forma intencionada los retrocesos para que de esta manera pueda adquirir práctica en el afrontamiento de los mismos.

12. Referencias Bibliográficas

Aiteco consultores. (2016). Aiteco consultores, sl: Tormenta de ideas: creatividad para la mejora. Recuperado de <https://www.aiteco.com/tormenta-de-ideas/>

American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagny Lifante, A. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana

Ana Isabel Garita Vílchez. (2222). La regulación del delito de EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, de Naciones Unidas recuperado de http://www.un.org/es/women/endviolence/pdf/reg_del_femicidio.pdf

Ángela Paola Díaz Prieto. (2015). EL Femicidio un estudio de revisión de los actores y circunstancias, recuperado de <http://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2711/1/EL%20FEMINICIDIO%20UN%20ESTUDIO%20DE%20REVISI%C3%93N%20DE%20LOS%20ACTORES%20Y%20CIRCUNSTANCIAS%20DESDE%20EL%20AN%C3%81LISIS%20DE%20DIANA%20.pdf>

Beatriz L, Sheila G, Ana M, Vanina M, María V M, Isabel G, Sandra M. (2014). Violencia contra las mujeres en tres ciudades de Colombia: Pasto, Cartagena y Cali. 2005-2009, de Universidad de Medellín recuperado de <http://revistas.udem.edu.co/index.php/opinion/article/view/860>

Cid Egea, Loreto. (2011). Explícame que ha pasado, de Fundación Mario Losantos del Campo Sitio web: [http://www.psie.cop.es/uploads/GuiaDueloFMLC\[1\].pdf](http://www.psie.cop.es/uploads/GuiaDueloFMLC[1].pdf)

Morales C, García M, Álvarez C, Gervás M, Pardo R, Pérez Ó, de la Torre Martí M y Santacreu M. (2015). Guía de intervención clínica infantil, de Universidad Autónoma de Madrid, CPA Sitio web: http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/guia_infantil.pdf

Caballo V. (2015). Técnicas cognitivas y de autocontrol. En Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, (627-653). España: Siglo XXI.

Claudia G, Rocío M y María C. (2013). HISTORIAS DE VIOLENCIA, ROLES, PRÁCTICAS Y DISCURSOS LEGITIMADORES. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN COLOMBIA 2000-2010, de Profamilia Sitio web: <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/7%20-%20VIOLENCIA%20CONTRA%20LAS%20MUJERES%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Daphne M. Keats. (2009). Entrevista, Guía práctica para estudiantes y profesionales, de Universidad de Newcastle, Australia. Sitio web: http://www.academia.edu/25334408/Entrevista_gu%C3%ADa_pr%C3%A1ctica_para_estudiantes_y_Keats_Daphne_profesionales-

Divulgación dinámica. (2017). Cómo controlar las emociones y los pensamientos automáticos [Entrada en blog]. Divulgación dinámica. Recuperado de <https://www.divulgaciondinamica.es/blog/controlar-emociones-pensamientos-automaticos/>

Dryden Windy, Ellis Albert. (1989). La teoría general de la RET. En *Práctica de la terapia racional emotiva* (13-38). España: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.

Dryden Windy, Ellis Albert. (1989). *Terapia Individual*. En *Práctica de la terapia racional emotiva* (83-105). España: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.

Enrique Echeburúa. (2007) ¿CUÁNDO EL DUELO ES PATOLÓGICO y CÓMO HAY QUE TRATARLO?, de Universidad del País Vasco Sitio web: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5804/Cuando_el_duelo_es_patologico.pdf?sequence=2

Esquivel R. y González L. (2014). Frecuencia de muertes violentas en mujeres por razón de género que ingresan al servicio médico forense en zona Toluca de enero 2011 a diciembre 2012. UAEM. México. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/handle/123456789/14701>

Inmaculada Montoya Castilla, Inmaculada Muñoz Iranzo. (2009). *Habilidades para la vida*, de *Revista de formación del profesorado Compartim* Sitio web: http://cefire.edu.gva.es/sfp/revistacompartim/arts4/02_com_habilidades_vida.pdf

José Enrique Marianetti. (1997). *El daño psíquico y moral, las normativas para ajustar las precisiones neuropsicofisiológicas y terapéuticas*. Argentina: Ediciones Jurídicas Cuyo.

JOSÉ PINEDA. (02/11/2017). 12 feminicidios en Santander se han cometido durante 2017. Vanguardia Liberal, 1. Recuperado de <http://www.vanguardia.com/area-metropolitana/bucaramanga/414522-12-femicidios-en-santander-se-han-cometido-durante-2017>

Joshua A. Calderón Marmolejo. (s.f). Femicidio, de Ministerio de la Mujer y población Vulnerable Perú Sitio web: http://www.mpfm.gov.pe/escuela/contenido/actividades/docs/2258_18_femicidio_joshua_calderon_marmolejo.pdf

Julia E. Monárrez Fragoso. (Abril 2008). Morir por ser mujeres Femicidio/Femicidio La violencia máxima. Mujer Salud / Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe RSMLAC, 1, 30-31. Recuperado de <file:///C:/Users/FREDY%20GARCIA/Downloads/Elinventariodelfemicidiojuarene.pdf>

Julia E. Monárrez Fragoso. (s.f). Capítulo 7 Las diversas representaciones del femicidio y los asesinatos de mujeres en Ciudad Juárez, 1993-2005, Recuperado de http://www.cieg.unam.mx/lecturas_formacion/relaciones_genero/modulo_8/M8_S1_L5.pdf

kidshealth. (2015). la historia del estrés, de kidshealth Sitio web: <https://kidshealth.org/es/kids/stress-esp.htm>

Loursdes Ezpeleta Ascasco. (2001). Estructura general del protocolo de entrevista diagnóstica. En La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes (pag 17- pag 48). España: Síntesis.

Moreno Nicolas. (2009). LAS 11 CREENCIAS IRRACIONALES BÁSICAS DE ALBERT ELLIS, de Centro de Psicología Clínica Nicolás Moreno Sitio web: http://www.nicolasmorenopsicologo.com/sd/3depre_albertellis.php

NU. Trata de Personas, de Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito Sitio web: https://www.unodc.org/pdf/HT_GPATleaflet07_es.pdf

OMS. (2002). Informe Mundial sobre la violencia y la salud, de Organización Mundial de la Salud, Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf

OMS. (2002). Violencia contra la mujer, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: http://www.who.int/topics/gender_based_violence/es

OMS. (Enero de 2018). Mutilación genital femenina, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>

Pamela López. (06/12/2017). Sí, todavía matan a una mujer cada tres días en Colombia. Publimetro, 1. Recuperado de <https://www.publimetro.co/co/bogota/2017/12/06/violencia-contra-la-mujer-en-colombia-2017.html>

Patsilí Toledo Vásquez. (2009). Femicidio, de Naciones Unidas derechos humanos Sitio web: <http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/wp-content/uploads/2015/09/P.-Toledo-Libro-Femicidio.compressed.pdf>

Patsilí Toledo. (2009). Femicidio, de Consultoría para la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos Sitio web: http://www.infosal.uadec.mx/derechos_humanos/archivos/15.pdf

Ramos A. (2015). Femicidio: Un análisis criminológico-jurídico de la violencia contra las mujeres. UAM. Barcelona. Recuperado de <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2016/01/doctrina42798.pdf>

Roca E. (2014). La Terapia Racional Emotiva TRE, de Centro de Asistencia Terapéutica Barcelona, Sitio web: <https://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/terapia-racional-emotiva/tre7.pdf>

Sattler Jerome M. (2008). Retos en la evaluación infantil. En Evaluación Infantil fundamentos cognitivos, (22). México: Manual Moderno

Salvador Moreno Pérez Kenya Atenas Nelly Lizárraga Morales. (2017). Femicidios: causas, consecuencias y tendencias, de Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública Sitio web: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/content/download/98975/495801/file/CE-SOP-IL-72-14-Femicidios-241117.pdf>

Veronica Smink. (8/3/2013). Las "víctimas colaterales" del femicidio. 9/3/2018, de BBC mundo, Argentina Sitio web: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/03/121114_femicidio_femicidio_argentina

Vicenta Alcantara. (Octubre 2010). "Las Víctimas invisibles" Afectación psicológica en menores expuestos a violencia de género, de Universidad de Murcia, España Sitio web: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/80599/TVAL.pdf>

Vicente Alberola Candel, Lina Adsuara Vicent y Nuria Reina López. (sin fecha).INTERVENCIÓN INDIVIDUAL EN DUELO, de Hospital Arnau de Vilanova. Valencia, recuperado de <https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo12.pdf>

Yuliana Vélez Guzmán. (2012). Femicidios en Medellín, 2010-2011: conceptualización, caracterización y análisis, de Secretaría de Seguridad de Medellín recuperado de: [file:///C:/Users/FREDY%20GARCIA/Downloads/Dialnet-FemicidiosEn Medellín 20102011-4190804.pdf](file:///C:/Users/FREDY%20GARCIA/Downloads/Dialnet-FemicidiosEn%20Medell%C3%ADn%2020102011-4190804.pdf) 9

Universidad Industrial de Santander. (2014). Guía de atención paciente en crisis emocional – primeros auxilios psicológicos. Recuperado de https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.80.pdf

Anexos.

(ANEXOS 1). Consentimiento informado para adultos.

NOMBRE DE LA INSTITUCION: _____		
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTO		
Datos generales		
Nombre:	C.C.	Edad:
Estado civil:	Escolaridad	
Dirección y teléfono	Barrio/ciudad	
Ocupación:	Empresa:	
Cargo		
Lugar de intervención:	Fecha:	
Solicitante ¹	No. Del proceso ²	

Certifico que he recibido y comprendido que la información que reciba el psicólogo es de carácter confidencial y que la podrá revelar si durante la evaluación o el tratamiento, el psicólogo detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros (se le explicará el destinatario y el manejo de la información y las consecuencias de la misma). En caso de ambientes legales, se hará especial énfasis en la no autoincriminación y la no observancia del secreto profesional. Se me indicó que el procedimiento a seguir es _____ (Especificar de manera clara y comprensible el procedimiento a seguir. Si es necesario, antes de la intervención terapéutica, indicar que se hará una evaluación mediante la aplicación de pruebas, se le explicará al consultante el tratamiento.) y el posible tiempo que lleve el tratamiento. También se me indicó que puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día ____ del mes _____ del año _____, en la ciudad de _____.

¹ Solo aplica para procedimientos solicitados por un tercero

² Aplica para procedimientos relacionados en el marco de la psicología jurídica

Firma del Usuario

Firma del psicólogo

C.C. No.

C.C. No.

T.P. No.

Certificado de Registro No.

(ANEXOS 2). Consentimiento informado para menores de edad.

NOMBRE DE LA INSTITUCION: _____		
CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD		
Datos generales		
Nombre:	T.I.	Edad:
Nacimiento:	Ciudad:	
Escolaridad:	Col./univer.	
Dirección y teléfono:	Barrio:	
Ocupación:	Ciudad:	
Padre:	Madre:	
Convive con:		
Lugar de intervención:		Fecha:
Solicitante ³ :	N° del proceso ⁴	

Nosotros, obrando en calidad de representantes legales del (la) menor _____, identificado (a) con la T.I. N°. _____, y en conjunto con él (ella), certificamos que hemos comprendido que la información que reciba el psicólogo es de carácter confidencial y que la podrá revelar si durante la evaluación o el tratamiento, el profesional detecta de manera clara que hay un evidente daño para el consultante o para terceros (se explicará quien es el destinatario potencial de la información en caso de verse la necesidad de revelarla, y el manejo de la información y las consecuencias de la misma. En caso de ambientes legales, se hará especial énfasis en la no autoincriminación y la no observancia del secreto profesional. Se nos indicó que el procedimiento a seguir es valoración y/o evaluación psicológica y posiblemente el tiempo de duración es de dos a cuatro sesiones. También se nos indicó que podemos revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo y nuestro (a) hijo (a).

³ Solo aplica para procedimientos solicitados por un tercero.

⁴ Aplica para procedimientos en el marco de la psicología forense.

En caso de no contar con el consentimiento de uno de los padres, explicar la razón

Cuando lo consideramos pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencias para nosotros.

Una vez leído y comprendo el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día _____ del mes _____ de año _____, en la ciudad de _____.

Firma del padre

C.C. No.

Firma de la madre

C.C. No.

Firma del/la adolescente

T.I. No.

Firma del psicólogo

C.C. No.

T.P. No.

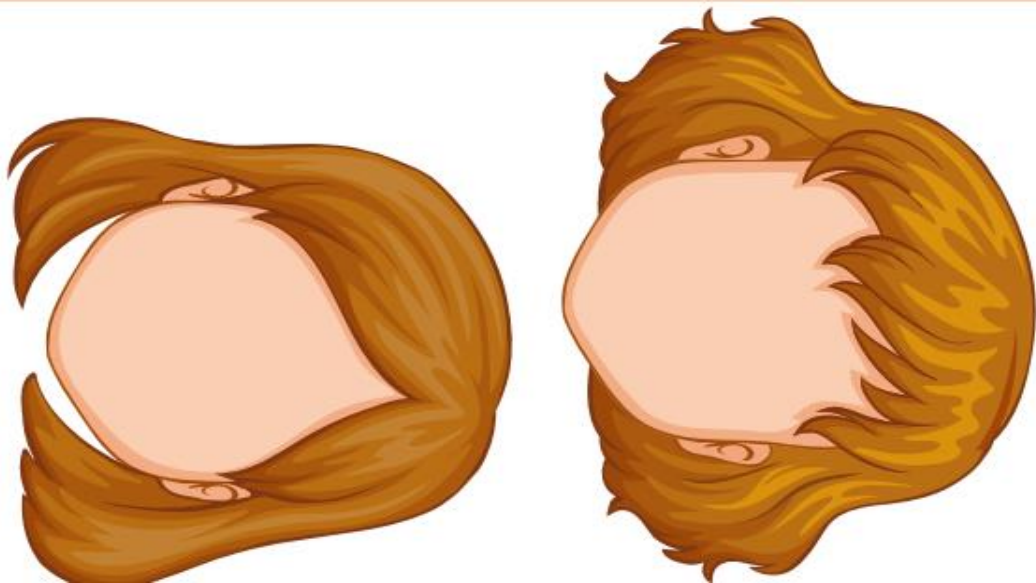
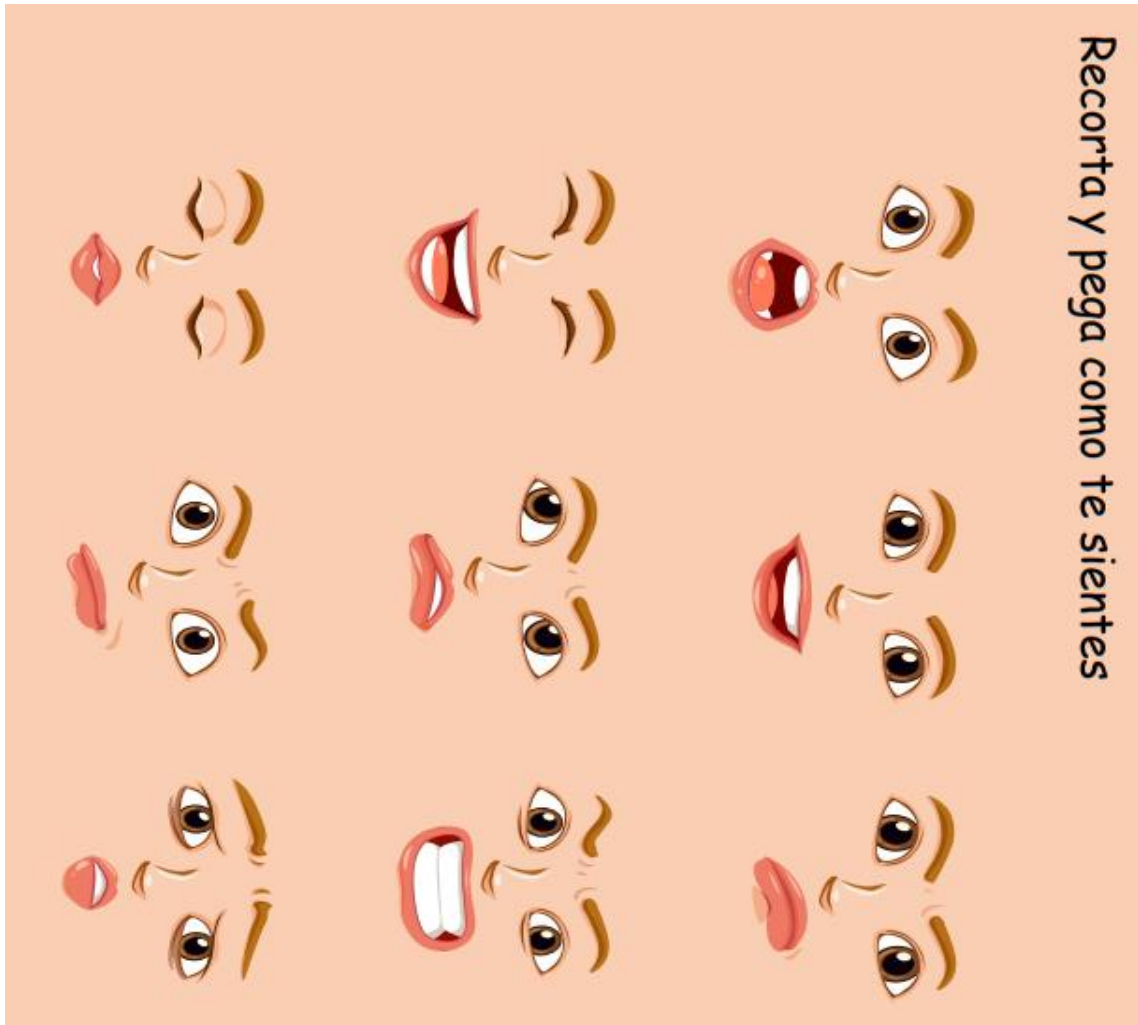
C. de R. No.

(ANEXOS 3). Como estoy; Formato de identificación de emociones para niños y niñas.



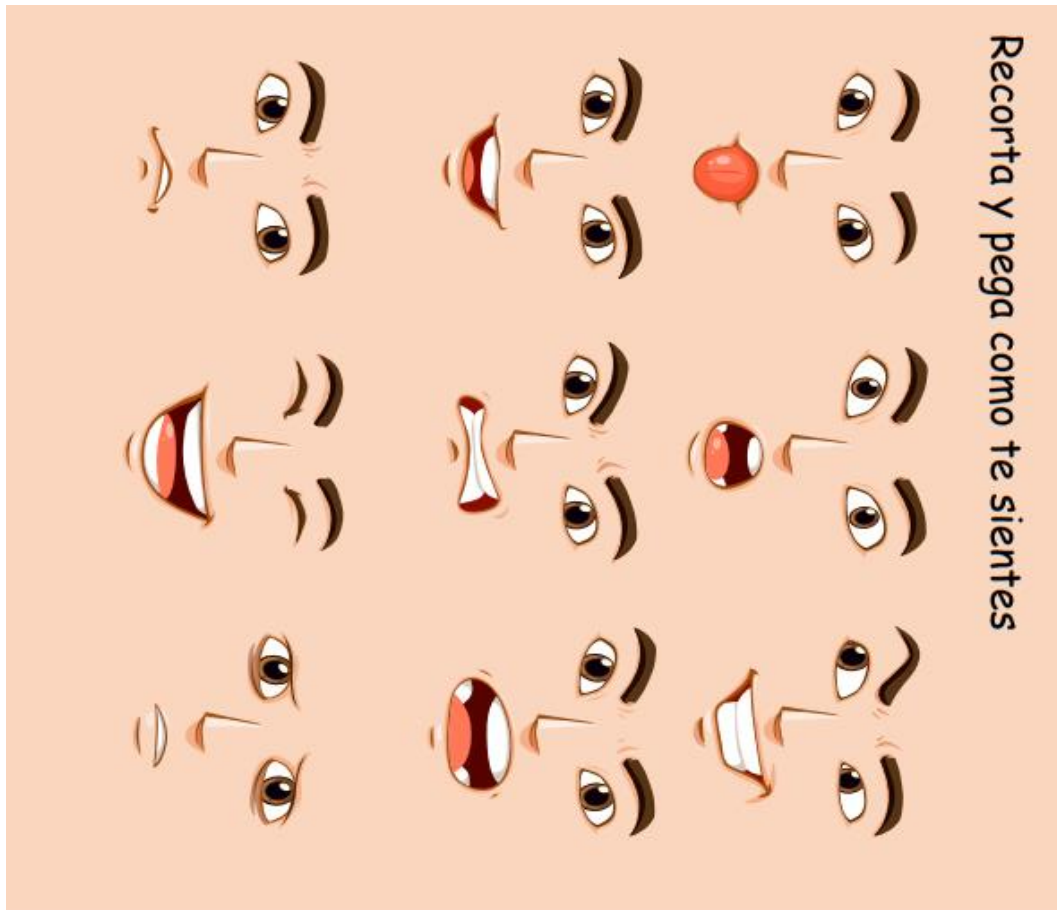
“imagen: Freepik.com”. La portada ha sido diseñada usando imágenes de Freepik.com

(ANEXOS 4). *Cómo te sientes. Aplicación para mujeres menores de edad. Formato de identificación de emociones para mujeres menores de edad.*



“imagen: Freepik.com”. La portada ha sido diseñada usando imágenes de Freepik.com

(ANEXOS 5). Cómo te sientes. Aplicación para hombres menores de edad. Formato de identificación de emociones para hombres menores de edad.



“imagen: Freepik.com”. La portada ha sido diseñada usando imágenes de Freepik.com

(ANEXOS 6). *Lluvia de ideas. Formato para la aplicación de la técnica lluvia de ideas para los menores de edad.*

LLUVIA DE IDEAS



Fuente. Autoras del documento

HISTORIA DE DESARROLLO INFANTIL	
Fecha: _____	H.D. No. _____
Consultorio Psicológico Nro. _____	
DATOS PERSONALES	
Nombre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> completo del	
Paciente: _____	Género: M F
F	
Documento de Identidad: C.C. / T.I./ R.C./ otro/	Nro. _____
Fecha y Lugar de Nacimiento: _____	
Edad: _____	
Dirección: _____	
fijo: _____	Teléfono Celular: _____
Institución Escolar: _____	Grado
Escolar: _____	
Empresa (EPS/ARS/Otra): _____	
Remitido por: _____	Cargo: _____
Motivo de Consulta: _____	

Nombre de la persona que llena éste formulario (madre/padre/otro): _____	

(En caso de otra persona explicar el motivo):	

Nombre de la Madre: _____			
Edad: _____			
Documento de Identidad: _____		Exp.: _____	

Grado		de	
Escolaridad: _____			

Ocupación: _____			

Teléfono de Residencia: _____		Teléfono de Trabajo: _____	

Nombre de la Padre: _____			
Edad: _____			
Documento de Identidad: _____		Exp.: _____	

Grado		de	
Escolaridad: _____			

Ocupación: _____			

Teléfono de Residencia: _____		Teléfono de Trabajo: _____	

Estado		Civil	
Padres: _____		de	
_____		los	
(Si los padres están separados y/o divorciados preguntar: ¿Qué edad tenía el niño(a) cuando ocurrió el divorcio ó la separación?			

¿Qué cambios noto en el niño?			

PROBLEMA ACTUAL

Describe de manera breve las dificultades actuales del niño:

¿Hace cuánto le preocupa a usted éste problema?

¿Cuándo notó por primera vez el problema?

¿Qué parece aliviar el problema?

¿El niño(a) ha recibido evaluación tratamiento para el problema actual y/o problemas similares? Sí _____ ¿Cuál?

NO _____

¿El niño(a) está recibiendo algún medicamento en éste momento? Sí _____ ¿Cuál? ¿Qué especialista lo refirió?

LISTA DE VERIFICACIÓN CONDUCTUAL Y SOCIAL

Marque con una **X** en cada uno de los Problemas Educativos y Conductuales que su hijo(a) manifieste en la actualidad.

Tiene dificultad para Hablar		Hace berrinches con frecuencia		Otras
Tiene dificultad para Escuchar		Tiene pesadillas frecuentes		
Tiene dificultad con el Lenguaje		Tiene dificultad para dormir		
Tiene dificultad de Visión		Se mece hacia delante y atrás		
Tiene dificultad de Coordinación		Se golpea la cabeza		

Marque con una **X** la(s) técnica(s) que utiliza usted en la mayoría de los casos cuando que su hijo(a) se comporta de manera inadecuada.

Ignorar la Conducta Problema	Redirigir el interés del (a) Niño (a)	Otras
Regañar al(a) Niño(a)	Decirle al (a) Niño (a) que se siente en una silla	
Nalguear al niño(a)	Mandar al Niño (a) a su recámara	
Amenazar al (a) Niño (a)	Retirarle algunas comida o actividad	
Razonar con el (la) Niño (a)	Enviar al Niño (a) a realizar una actividad desagradable para él (ella)	

¿Qué técnicas disciplinarias son efectivas en términos generales?

¿Con cuál(es) tipo(s) de problema(s)?

¿Qué técnicas disciplinarias son ineficaces en términos generales?

¿Con cuál(es) tipo(s) de problema(s)?

¿Cuáles han sido las maneras más satisfactorias que usted ha encontrado para ayudar a su hijo?

¿Cuáles son las ventajas o aspectos relevantes de su hijo(a)?

¿Existe alguna otra información que usted piense que puede ayudarnos a trabajar con su hijo(a)?

ANTECEDENTES MÉDICOS – FAMILIARES

Coloque una marca junto a cualquier enfermedad o estado que haya tenido cualquier miembro inmediato de la familia. Cuando marque una de las opciones, por favor anote la relación del miembro de la familia con el niño(a).

	Alcoholismo	
	Cáncer	
	Diabetes	
	Problemas Cardiacos	
	Problemas Nerviosos	
	Problemas Psicológicos	
	Depresión	
	Otro	

RELACIONES INTERPERSONALES, HÁBITOS Y PASATIEMPOS

¿Cómo considera que son las relaciones sociales de su hijo(a)?

¿Cómo es la relación de su hijo(a) con sus amigos y familia?

Amigos: _____

_____ Familia:

¿Cómo considera que influyó el evento traumático en las relaciones sociales y familiares en el niño (a)?

¿Cuáles son las actividades favoritas de su niño (a)? Enumérelas dándole el primer puesto a la actividad que más le gusta realizar al niño(a) y el último a la que menos.

¿En cuáles actividades le gusta participar su hijo(a) con más frecuencia en la actualidad?

¿Qué actividades le gusta realizar a su hijo(a) con menos frecuencia?

Considera ¿Qué ha habido alguna diferencia en estos pasatiempos antes del evento traumático y después de este?

¿Su niño (a) ha tenido alguna vez problemas con la autoridad? Sí ___ No ___
 (De responder SI, describa de forma breve la situación.)

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL NIÑO(A)

Coloque una **X** al lado de cualquier enfermedad o estado en el que haya tenido su hijo(a). Cuando marque una opción también anote la fecha aproximada (edad) de la enfermedad.

MARQUE	ENFERMEDAD	FECHA	EDAD
	Sarampión		
	Rubeola		
	Paperas		
	Varicela		
	Tos Ferina		
	Difteria		
	Escarlatina		
	Meningitis		
	Fiebre Elevada		
	Convulsiones		
	Alergia		

	Fiebre del Heno		
	Lesión en la Cabeza		
	Huesos Rotos		
	Hospitalizaciones		
	Operaciones		
	Problemas del Oído (Enfermedad, infección, lesión ó deficiencias)		
	Problemas Visuales		
	Desmayos		
	Pérdida de Consciencia		
	Parálisis		
	Mareos		
	Dolor de Cabeza (Frecuentes o Graves)		
	Dificultad para sentarse		
	Problemas de Memoria		
	Cansancio o Debilidad		
	Fiebre Reumática		
	Epilepsias		
	Tuberculosis		
	Enfermedades Óseas		
	Enfermedades de Articuciones		
	Gonorrea o Sífilis		
	Anemia		
	Ictérica Hepatitis		
	Diabetes		
	Cáncer		
	Presión Arterial Alta		
	Enfermedad Cardíaca		
	Asma		
	Problemas de Sangrado		
	Eccema ó Urticaria		
	Intento de Suicidio		
	Otros		

¿El niño(a) ha tenido problemas de alimentación? Sí _____ No _____
 (De responder **SÍ,** describa)

¿El niño(a) ha tenido problemas para dormir? Sí _____ No _____
 (De responder **SÍ,** describa)

¿Recién nacido el niño(a) era tranquilo(a)? Sí _____ No _____

¿Recién nacido el niño(a) le gustaba que lo(a) cargaran? Sí _____ No _____

¿Recién nacido el niño(a) estaba alerta? Sí _____ No _____

¿Hubo algún problema especial en el crecimiento y desarrollo del niño(a) durante los primeros años de vida? Sí ___ No _____ (De responder SÍ, describa)

La siguiente es una lista de conductas de Lactantes y Preescolares. Por favor indique la edad en la que su hijo(a) mostró por primera vez cada conducta. Si no está seguro(a) de la edad pero tiene cierta idea, escriba la edad seguida de un signo de interrogación (?).

CONDUCTA	EDAD
Mostró respuesta ante la madre	()
Rodó sobre sí mismo	()
Se sentó solo(a)	()
Gateó	()
Caminó solo(a)	()
Balbuceó	()
Dijo su primera palabra	()
Dijo varias palabras juntas	()
Se vistió solo(a)	()
Fue solo(a) al baño	()
Dejó de orinarse por las noches	()
Se alimentó solo(a)	()
Usó un triciclo	()

HISTORIA DE DESARROLLO

¿Durante el embarazo, la madre recibió algún medicamento? Sí ___ No ___
 De responder SÍ ¿Qué tipo de medicamento?

¿Durante el embarazo fumó? Sí ___ No ___
 De responder SÍ ¿Cuántos cigarrillos al día?

¿Durante el embarazo la madre tomó bebidas alcohólicas? Sí ___ No ___

De responder SÍ ¿Qué tipo de bebida? Describa la cantidad de alcohol consumido por semana

¿Durante el embarazo la madre utilizó drogas? Sí ___ No ___

De responder SÍ ¿Qué tipo de drogas?

¿Se utilizaron fórceps durante el parto? Sí ___ No ___

¿Se realizó cesárea? Sí ___ No ___

De responder SÍ ¿Por qué razón?

¿El niño(a) fue prematuro? Sí ___ No ___

De responder SÍ ¿Por cuántos meses?

¿Cuál fue el peso del (a) niño(a) al nacer?

¿Hubo defectos de nacimiento o complicaciones? Sí ___ No ___

Por favor, a continuación describa la conducta del (a) niño(a) escogiendo entre las opciones que se presentan:

CONDUCTA	MARQUE
Prefiere estar solo(a)	
No se lleva bien con los hermanos (as)	
Es agresivo(a)	
Es tímido(a) u opacado(a)	
Está más interesado(a) en las cosas (objetos) que en las personas	
Participa en conductas que pueda ser peligrosas para sí mismo o para otros Describe:	
Tiene temores, hábitos o manierismos especiales. Descríbalos:	

Se orina en la cama	
Se muerde las uñas	
Se chupa el dedo	
Usó un triciclo	
Sostiene la respiración	
Come poco	
Es necio(a)	
Tiene control deficiente de esfínteres (se defeca)	
Es demasiado(a) activo(a)	
Es torpe	
Tiene períodos en que se queda en blanco	
Es impulsivo(a)	
Muestra conducta arriesgada	
Es lento(a) para aprender	
Se da por rendido(a) con facilidad	
Otros Describa:	

HISTORIA EDUCATIVA

Coloque una marca **X** cerca de cualquier problema educativo que su hijo(a) manifieste en la actualidad.

PROBLEMA EDUCATIVO	MARQUE
Tiene dificultad en la Lectura	
Tiene dificultad en Aritmética	
Tiene dificultad en Ortografía	
Tiene dificultad para Escribir	
Tiene dificultad para otras Materias (Indique cuáles)	
Tiene pesadillas frecuentes	
No le gusta la Escuela	
¿Su hijo(a) está en clase de Educación Especial? SÍ ___ NO ___ De responder Sí ¿Qué tipo de Clase?	
¿Su niño (a) tuvo que haber repetido algún año? SÍ ___ NO ___ De responder Sí ¿En qué año(s) y por qué?	

¿El niño (a) alguna vez ha recibido alguna tutoría en especial o Terapia en la Escuela? SÍ ___ NO ___
De responder Sí, por favor describa:

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y REACCIONES ANTE EVENTOS ESTRESANTES

¿Qué reacciones observa que el niño(a) presenta ante situaciones con un alto nivel de estrés?

_____ Con qué aspectos positivos cuenta el niño(a) para hacer frente a un problema?

_____ Con qué aspectos negativos cuenta el niño(a) para hacer frente a un problema?

_____ Con qué recursos emocionales cree usted que cuenta el niño(a) para afrontar estos eventos?

_____ Qué emociones o sentimientos observa usted que el niño(a) utiliza para afrontar una situación estresante?

_____ ¿Es una persona pasiva o agresiva ante estas situaciones? De un ejemplo donde aclare este aspecto.

_____ ¿Cómo reaccionó emocionalmente el niño (a) para afrontar el evento traumático?

_____ ¿Mencione con qué personas y recursos cuenta el niño(a) para afrontar el evento traumático?

Psicóloga(o)

Nota: Los presentes datos se refieren a la información de síntomas actuales del paciente. Un cambio de las circunstancias o nuevos datos, exigirían un nuevas OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

(ANEXOS 8). Examen Mental.

EXAMEN MENTAL PSICOLÓGICO

Nombre.....**Edad**.....

Fecha y Lugar de Nacimiento..... **Grado de Escolaridad:**

.....

Ocupación.....**Estado Civil**.....

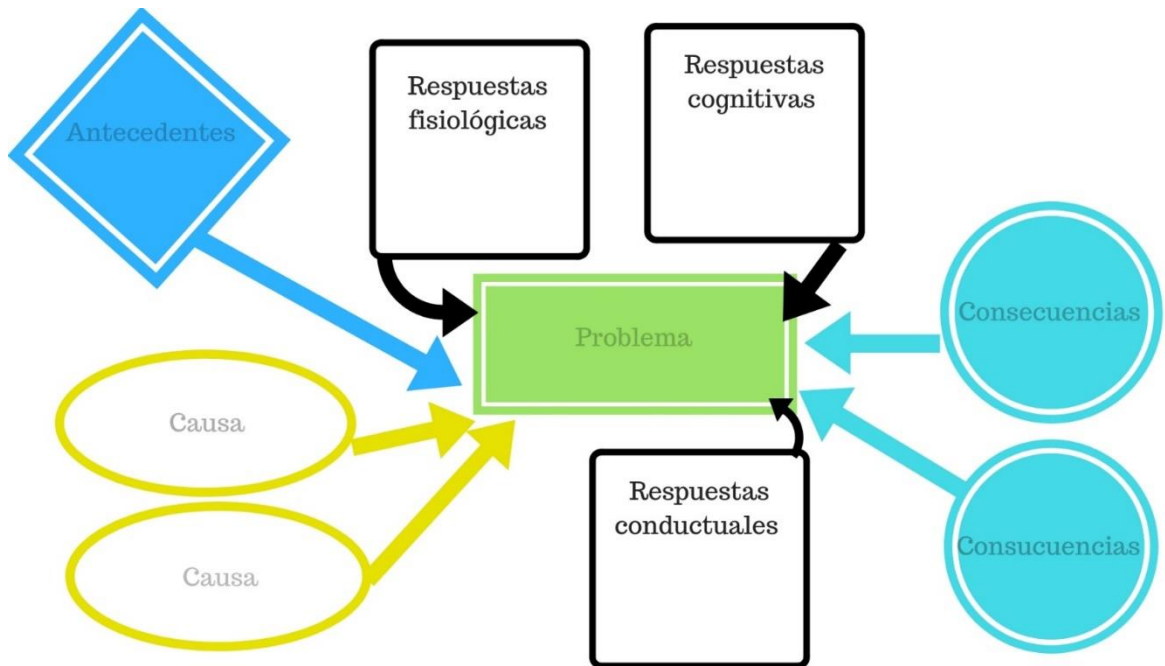
Lugar de Aplicación..... **Fecha de**

Aplicación.....

ASPECTOS GENERALES				
Apariencia General:	Vestimenta:			
	Higiene:			
	Nutrición:			
Comportamiento Expresión Facial	Alerta:			
	Tristeza:			
	Alegre:			
	Preocupación:			
	Otra:			
Gesticulaciones:				
Postura				
Relación con Psicólogo	Amable	Dependiente	Desconfiado	Indiferente
	Asequible	Altanero	Comunicativo	Colaborador
	Hostil	Sumiso	Agresivo	Respetuoso
	Temeroso	Evasivo	Irritable	Sarcástico
Actitudes	Actitud de interés	Gran confianza en sí mismo	Desinteresado	Perplejidad.
	Distante	Apatía	Extrañeza	Altiva
Orientación	En Persona	En Lugar	En tiempo	Observaciones
	Alerta	Letargia	Estupor	Coma
Lenguaje	Coherencia	Tono de Voz	Velocidad	Observaciones

Atención	Selectiva	No Selectiva
Estado afectivo	Estado de ánimo	Congruencia Afectiva (En lo que verbaliza y manifiesta).
Memoria	Corto plazo	Largo plazo

(ANEXOS 9). Análisis funcional para niños.



(ANEXOS 10). Formato de entrevista semiestructurada.

<p>Entrevista semiestructurada</p> <p>Información inicial: Duración aproximada: 45 minutos a 60 minutos. Población: adultos. Objetivo: conocer aspectos de la vida del evaluado (a) que faciliten la determinación de daños psicológicos producto de la exposición a un delito violento. Aplicación Individual. Recomendación: grabar en audio o video.</p>
<p>1. Ambientación y encuadre.</p>
<p>2. Recolección de datos sociodemográficos</p> <p>¿Cuál es su nombre completo? ¿Cuál es su número de documento de identificación? (Se recomienda que se le solicite al evaluado el documento que lo identifique, debido a que pueda corroborar la información relacionada con la identidad de este, al igual que para evitar errores en la transcripción de datos). ¿Cuál es su fecha y lugar de nacimiento? ¿qué edad tiene? ¿A qué religión práctica, a cuál pertenece o se siente más identificado? ¿a qué se dedica actualmente? ¿hace cuánto tiempo que se dedica usted a esto? ¿Cuánto tiempo tiene de estar trabajando en este lugar? ¿Cuál es su grado de escolaridad? ¿Hasta qué curso o grado llegó en su colegio? ¿Cuál es su estado civil? (si el entrevistado presenta confusiones puede darle opciones: soltero, viudo, casado, unión libre, etc) ¿Cuál es su procedencia? ¿en qué ciudad, departamento o municipio nació usted? ¿Hace cuánto tiempo se mudó de este lugar? ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta ciudad? (esta pregunta se hace si el evaluado o evaluada manifiesta que procede de una zona geográfica distinta a la que se realiza la evaluación, también vale la pena identificar si ha vivido gran parte de su vida en diferentes lugares.) ¿Cuál es la dirección actual de su casa? ¿Cuál es su número telefónico? ¿Cuál es el estrato socioeconómico de su vivienda? ¿se encuentra afiliada (o) a algún tipo de seguridad social, sisben, carnet de salud, etc? ¿Tiene usted preferencia sexual de que tipo? Homosexual, bisexual o heterosexual. ¿Se siente mujer, se siente hombre? ¿Se siente hombre transitando hacia mujer, se siente mujer transitando a hombre?</p>
<p>* Las preguntas 17 y 16 de esta área de la entrevista debe ser explicada al evaluador que puede no tener claridad de los términos antes expuestos, no obstante la presente guía considera que estos aspectos deben ser visibilizados e interrogados de forma empática, abierta y franca.</p>
<p>Por favor recuérdeme la fecha hoy.</p>
<p>*Esta pregunta permite identificar si el evaluado está ubicado en tiempo.</p>

<p>2. Resumen de los Hechos:</p> <p>-Por favor cuénteme cuales fueron los hechos por los cuales usted realizó una demanda o denuncia contra... (esta pregunta debe ser contextualizada de acuerdo al caso que se esté evaluando), por ejemplo se puede orientar la pregunta como <i>cuénteme por favor los hechos por los cuales usted realizó una denuncia a su ex pareja, cuénteme por favor ¿qué lo motivo a realizar una demanda en contra de la institución donde trabajaba antes?</i>. Esta pregunta es abierta y bastante general, de acuerdo a la información que suministre el evaluado focalice sobre aspectos que considere relevante en relación al objetivo de la evaluación.</p> <p>Recuerdas en ¿qué fecha ocurrió este evento que me cuentas?</p> <p>Puedes comentarme ¿dónde ocurrió y aproximadamente a qué hora? (estas dos últimas preguntas se realizan si el evaluado o evaluada no lo mencionó antes).</p> <p>Cuéntame por favor ¿cómo fue ese momento? ¿Cómo te sentiste? (esta pregunta debe ser profundizada de acuerdo a la respuesta del entrevistado)</p> <p>¿qué emociones sentiste o que sentimientos experimentaste en ese momento?</p>
<p>4. Reacciones frente al evento traumático:</p> <p>¿puede recordar cuanto tiempo aproximado duró esta situación que me has comentado?</p> <p>¿Cómo se sintió en ese momento?</p> <p>¿Cómo afectó su vida este suceso?</p> <p>¿Cómo afectó a su familia?</p> <p>¿Qué cambios identifica en su vida antes y después del suceso?</p> <p>¿Qué cambios identifica en la vida de su familia antes y después del suceso?</p> <p>Las dificultades que me has mencionado, ¿aún están presentes?</p> <p>Las dificultades que me has comentado que sientes, ¿cómo son ahora? ¿se han agravado? ¿Han mejorado?, o ¿son iguales?</p> <p>-Descríbeme por medio de un ejemplo la última vez que te sentiste así como me has contado.</p>
<p>5. Antecedentes:</p> <p>4.1 Área Médica</p> <p>Cuénteme ¿cómo ha sido su salud médica durante toda su vida?</p> <p>¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica?</p> <p>¿ha tenido algún tratamiento médico?</p> <p>¿Ha presentado fracturas?</p> <p>¿Ha estado hospitalizada?</p> <p>¿Ha presentado alguna enfermedad? ¿Cuál?</p> <p>¿Qué enfermedades se han presentado en su familia?</p> <p>¿Ha heredado alguna?</p> <p>¿Ha consumido alguna vez sustancias psicoactivas o alucinógenos?</p> <p>¿Ha consumido alcohol en algún momento de su vida? ¿Con que frecuencia?</p> <p>¿En la actualidad, consume algún tipo de droga psicoactiva?</p>

6. Hábitos y pasatiempos:
 ¿A qué dedica su tiempo libre?
 ¿Tienes alguna afición o actividad que te guste realizar?
 ¿Cuáles son su hobbies o pasatiempos favoritos?
 ¿Comparte tiempo con sus amigos?
 ¿Qué hábitos solía realizar en tiempos anteriores?
 ¿Cuáles conserva en la actualidad?
 ¿cuáles cree que han cambiado? Y ¿por qué?
 Consideras ¿qué ha habido alguna diferencia en estos pasatiempos antes del evento traumático y después de este?

7. Relaciones Interpersonales:
 ¿Cómo consideras que son tus relaciones sociales?
 ¿Cómo es su relación con sus amigos?
 A ¿qué grupo social se encuentra vinculado en la actualidad?
 ¿Cómo es su relación con sus familiares?
 ¿Tiene una pareja en la actualidad? ¿Cómo es la relación con su pareja?
 ¿Le gusta compartir tiempo acompañado de otras personas?
 ¿Qué tipo de actividades le gusta realizar con amigos o familiares?
 ¿Se considera una persona extrovertida o introvertida? ¿Y como cree que esto influye en sus relaciones sociales y familiares?
 ¿Presenta alguna dificultad en las relaciones interpersonales?
 ¿Cómo es su relación con las demás personas?

6.1 Relaciones de Pareja

¿En la actualidad tiene pareja sentimental?
 ¿Cómo es la relación con esta?
 ¿Hace cuánto tiempo que tiene esta relación?
 ¿Cuáles son las expectativas que tiene de esta relación?
 ¿Qué aspectos le disgustan de esta relación?
 ¿Qué aspectos positivos tiene esta relación?
 ¿ha presenciado algún cambio en esta relación antes del evento traumático y después de este?
 ¿Disfruta de actividades con esta persona?
 ¿Disfruta de las actividades sexuales con esta persona?
 ¿Ha disminuido alguna actividad que realizaba con su pareja antes y después del evento traumático?

8. Sistema Familiar.
 En la actualidad ¿cómo es la relación con su padres, hermanos y demás familiares?
 ¿Cuántos hijos tiene? ¿Cómo es la relación con ellos?
 ¿Con quien comparte más tiempo en su familia?
 ¿Con quién presenta dificultades en su familia en la actualidad?
 ¿Con quién vive en la actualidad?
 ¿Quiénes conforman su núcleo familiar actual?
 Como es la calidad de las relaciones con los miembros con quien convive actualmente
 ¿Con quién se lleva mejor?
 ¿Con quién no se lleva bien?
 ¿Cuántos miembros hacen parte de su conformación familiar actual? ¿Qué edades y ocupación tienen? ¿Cuál es su parentesco con ellos?
 ¿Quién lleva los Ingresos Económicos al hogar?
 ¿Cuál es el promedio de estos ingresos?
 ¿Tiene usted ingresos?
 ¿Cómo es su Tipo de Vivienda?
 La familia ¿se encuentra vinculada algún grupo?

9. Problemas y Dificultades:
 ¿Qué Problemas o dificultades ha presentado a lo largo de su vida?
 ¿Cómo ha manejado estos problemas o dificultades?
 ¿Presenta problemas o dificultades en la actualidad? ¿Siente que puede afrontarlos?
 ¿Qué estrategias utiliza para afrontar o superar los problemas que se le presentan?

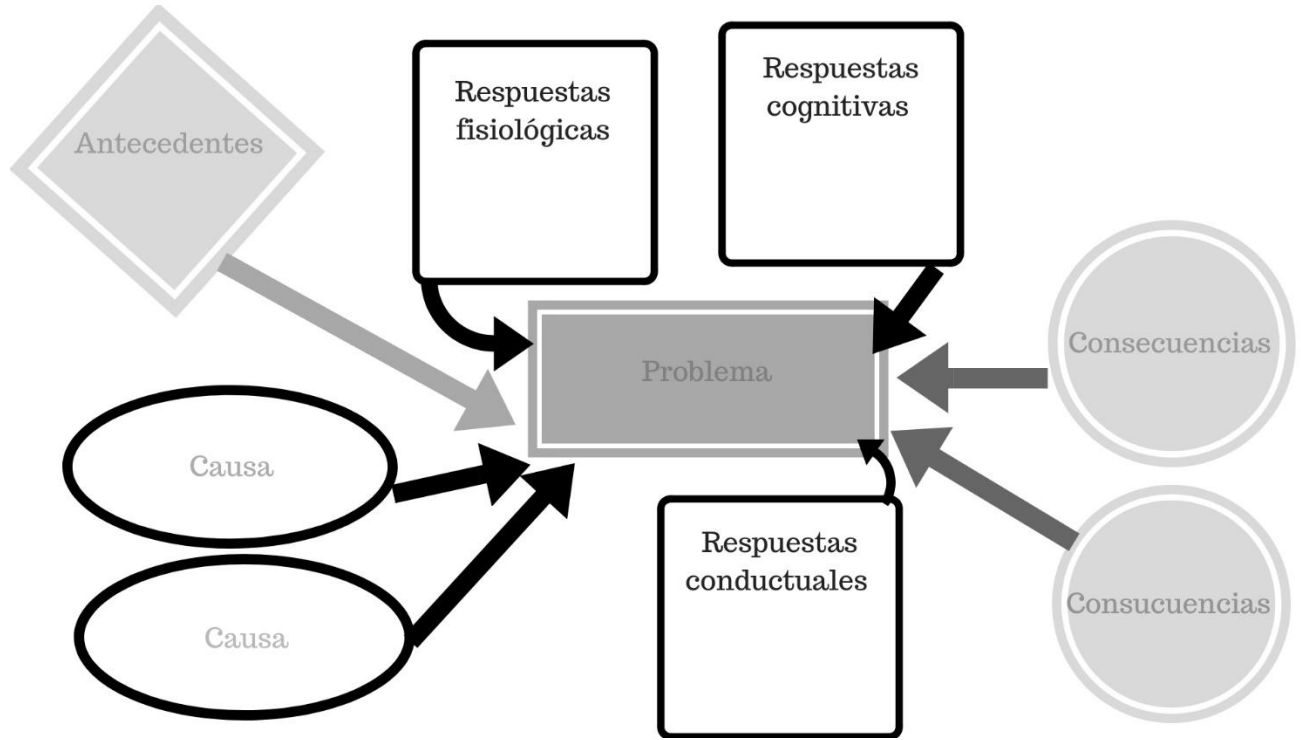
10. Estrategias de Afrontamiento y reacciones ante eventos estresantes

- ¿Qué reacciones presenta ante situaciones con un alto nivel de estrés?
 - ¿Cómo reacciona ante un problema o dificultad que sienta que no puede manejar?
 - ¿Con que aspectos positivos cuenta para hacer frente a un problema?
Que aspectos negativos posee que le dificultan hacer frente a un problema
 - ¿Con qué recursos emocionales cuenta usted para afrontar estos eventos?
 - ¿Qué emociones o sentimientos utiliza a la hora de afrontar una situación estresante?
 - ¿Se considera una persona pasiva o agresiva ante situaciones estresantes? De un ejemplo donde aclare este aspecto.
 - ¿Cómo reaccionas frente a un cambio de tipo social o laboral por ejemplo un cambio de residencia, trabajo, despido, etc.? De un ejemplo.
 - ¿Considera usted que tiene la habilidad de adaptarse fácilmente o no en cualquier lugar o situación que se le presente?
- Ante el evento traumático que presentó actualmente, ¿Qué mecanismos utilizó para afrontarlo?
- ¿Cómo se defendió ante este suceso?
 - ¿Cómo reaccionó emocionalmente para afrontar el evento traumático?
 - ¿Considera que la reacción ante el evento fue positiva o negativa? ¿Que consecuencias trajo para usted eso?
 - Considera que su reacción ante los eventos estresantes es distinta en la actualidad que antes del evento traumático?

11. Cierre:

- ¿Hay algún aspecto que quiera agregar o comentarme en relación al evento traumático que sufrió?
- ¿Cómo se siente en este momento?
- ¿Tiene alguna pregunta sobre lo que hasta ahora hemos realizado?
- ¿Desea un descanso o receso para continuar con la aplicación de las pruebas?

(ANEXOS 11). Formato de diligenciamiento del Análisis funcional para adultos.



(ANEXOS 12). Cuestionario de información biográfica.

Fecha _____ Nombre y Apellido _____

Centro de Consulta
Institute for Rational-Emotive Therapy
45 East 65th Street • New York, N.Y. 10021

Cuestionario de Información biográfica Instrucciones.

Por favor, rellene este cuestionario con la mayor sinceridad posible.

Puede estar seguro de que, lo que en él escriba, así como todo que diga en el Instituto, será mantenido en el más estricto secreto, y no se le permitirá a nadie de fuera ver su caso sin su consentimiento por escrito. POR FAVOR MECANOGRAFIE O IMPRIMA SUS RESPUESTAS.

1. Fecha de nacimiento-Día..... Mes..... Año Edad: Sexo: H M

2. Dirección:
.....

3. Teléfono domicilio: Teléfono trabajo.....

4. Dirección permanente (Si es distinta de la anterior):
.....

5. ¿Quién le remitió al Instituto? (elijá una)

- (1) Yo mismo (2) Centro de Estudios o profesor
- (3) Psicólogo o Psiquiatra (4) Asistente Social
- (5) Hospital o Clínica (6) Médico de Cabecera
- (7) amigo (8) pariente
- (9) otros (explique quién)

¿Ha estado él/ella aquí? SI..... NO.....

6. Estado Civil:

- (1) Soltero (2) Casado por primera vez
- (3) Casado por 2.a vez (o más) veces (4) Separado
- (5) Divorciado y sin volverme a casar (6) Viudo y sin volverme a casar
- Años casado/a con el actual esposo/a
- Años de los hijos Años de las hijas

7. Años de escolarización o de estudios (rodée el número de años):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 más de 20

8. ¿Es usted religioso? (rodée el número de la escala que más se aproxime a su grado de religiosidad):

Mucho Medio Ateo
1 2 3 4 5 6 7 8 9

9. Edad de la madre:
Si ha muerto, ¿Qué edad tenía usted cuando murió?

10. Edad del padre:
Si ha muerto, ¿Qué edad tenía usted cuando murió?

11. Si sus padres están separados, ¿Qué edad tenía cuando ocurrió?.....

12. Si sus padres están divorciados, ¿Qué edad tenía cuando ocurrió?.....

13. Número de divorcios de su madre
Número de divorcios de su padre

14. Número de hermanos vivos Número de hermanas vivas

15. Edades de los hermanos vivos de las hermanas vivas

16. Yo soy el hijo número en una familia de hijos

17. ¿Es usted adoptado? SI NO

18. ¿Qué tratamiento ha recibido anteriormente para sus problemas emocionales?
.....
.....
.....

Horas de Terapia Individual..... durante.....años, terminó hace..... años.

19. Horas de Terapia de Grupo.... Meses de hospitalización psiquiátrica

20. ¿Actualmente sigue tratamiento en algún otro sitio? SI..... NO.....

21. Número de veces que ha tomado antidepresivos el año pasado.....

22. Tipo de psicoterapia que ha recibido principalmente (describa brevemente el método de tratamiento —ej., análisis de sueños, asociación libre, drogas, hipnosis, etc.).....
.....
.....
.....

23. Haga una breve lista de los principales problemas, síntomas y quejas actuales:.....

.....
.....
.....

24. Haga una breve lista de cualquier problema, síntoma o queja adicional pasada:.....

.....
.....
.....

25. ¿Bajo qué circunstancias empeoran sus problemas?

.....
.....
.....

26. ¿Bajo qué circunstancias mejoran?

.....
.....
.....

27. Haga una lista de las cosas que más le gusta hacer, la clase de cosas o personas que le proporcionan placer:

.....
.....
.....

28. Haga una lista de sus virtudes y aspectos positivos:

.....
.....
.....
.....

29. Haga una lista de sus defectos:

.....
.....
.....
.....
.....

30. Haga una lista de sus dificultades sociales más importantes:

.....
.....
.....
.....

.....
.....

31. Haga una lista de sus principales dificultades amorosas y sexuales:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

32. Haga una lista de sus principales dificultades en el trabajo o escuela:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

33. Haga una lista de sus principales metas en la vida:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

34. Haga una lista de las cosas que más le gustaría cambiar de sí mismo:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

35. Haga una lista de sus principales dolencias, enfermedades, quejas o defectos físicos:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....

36. ¿Para qué trabajo está especialmente preparado?.....

Trabajo actual Dedicación total

Dedicación parcial

37. Profesión del cónyuge Dedicación total.....

Dedicación parcial

38. Profesión de la madre Profesión del padre.....

39. Religión de la madre Religión del padre

40. Si sus padres no le criaron cuando era pequeño, ¿Quién lo hizo?.....

.....

41. Describa brevemente qué clase de persona era su madre (o madrastra o la persona que substituyó a su madre) cuando usted era niño y cómo lo pasaba con ella:

.....
.....

42. Describa brevemente qué clase de persona era su padre (o padrastro o la persona que substituyó a su padre) cuando usted era niño y cómo lo pasaba con él.....

.....
.....

43. Si hay algo especialmente perturbador en su relación con cualquiera de sus hermanos, descríballo brevemente:

.....
.....

44. Si hay algo especialmente perturbador en su relación con cualquiera de sus hermanas, descríballo brevemente:

.....
.....

.....
.....

.....

45. Número de parientes cercanos varones que han tenido perturbaciones emocionales serias: ¿Cuántos han sido hospitalizados por tratamiento psiquiátrico, o intento de suicidio?: Número de parientes cercanos mujeres que han tenido perturbaciones emocionales serias: ¿Cuántas han sido hospitalizadas por tratamiento psiquiátrico o intento de suicidio?

46. Añada cualquier información que crea que puede ser útil:

.....
.....
.....

(ANEXOS 13). Formato de creencias irracionales y registro de debate racional.

N o	<i>Creencia Irracional</i>	<i>Verdadero o falso.</i>
1	Necesito amor y aprobación de todos cuantos me rodean.	
2	Para ser valioso debo conseguir todo lo que me propongo.	
3	Los "malos" deben ser castigados por sus malas acciones.	
4	Es horrible que las cosas no salgan como yo deseo.	
5	Los humanos no podemos hacer nada para evitar las desgracias y sufrimientos, pues son producidas por causas externas e incontrolables (externalidad-in-controlabilidad).	
6	Debo pensar constantemente que puede ocurrir lo peor.	
7	Es más difícil afrontar dificultades que evitar responsabilidades (o es más fácil evitar responsabilidades que afrontar dificultades).	
8	Hay que tener a alguien más fuerte, en quien confiar.	
9	Mi pasado es determinante de mi presente y futuro.	
10	Debo preocuparme constantemente de los problemas de los demás.	
11	Cada problema tiene una solución acertada, y es catastrófico no encontrarla.	

Nota: en la casilla frente a cada creencia irracional escriba si es falsa la apreciación presente.

N o	<i>Debate Racional</i>	
N o	<i>Debate Racional</i>	
N o	<i>Debate Racional</i>	
N o	<i>Debate Racional</i>	
N o	<i>Debate Racional</i>	

N o	<i>Debate Racional</i>
<p>Nota: En esta segunda parte el paciente debe diligenciar las conclusiones de cada debate realizado junto con el psicólogo sobre cada ítem seleccionado como verdadero.</p>	

(ANEXOS 14). Formato de actitudes racionales y registro de comentarios personales.

N°	Actitudes Racionales
1	Primero debe estar el interés por uno mismo , y luego por los demás.
2	Interés social : defendiendo y respetando a los demás, obtendremos bienestar.
3	Auto-dirección : las personas sanas saben manejarse sin apoyo ajeno.
4	Tolerancia a la frustración : existe el derecho de equivocarse, aplicable tanto a uno mismo como a los demás.
5	Flexibilidad : las personas sanas, evitan reglas rígidas para ellas y para los demás.
6	Aceptar la incertidumbre de la vida es saludable , saber que no existen verdades absolutas.
7	Compromiso creativo : uno se siente más sano al implicarse en un proyecto ajeno.
8	Pensamiento científico : el individuo sano es más objetivo y científico, autorregula sus emociones, reflexiona sobre sus acciones, razona lógicamente y utiliza el método científico.
9	Auto-aceptación : el individuo sano no se valora en función de sus logros externos; intenta disfrutar, en lugar de probarse constantemente.
10	Asumir riesgos : la gente sana es aventurera, pero no temeraria.
11	Hedonismo en sentido amplio : los individuos sanos no renuncian al beneficio futuro por las dificultades presentes, ni al beneficio presente por los posibles temores a dolores futuros. No están obsesionados con la obtención de placer inmediato.
12	No utopismo : los individuos sanos evitan la elección de metas poco realistas.
13	Auto-responsabilidad por el malestar emocional, en lugar de culpar a los demás, y a las condiciones.

N°	Comentario personal
N°	Comentario personal
N°	Comentario personal
N°	Comentario personal
N°	Comentario personal

<p>Nota: En esta segunda parte el paciente debe diligenciar las conclusiones de cada debate realizado junto con el psicólogo sobre cada ítem seleccionado como verdadero.</p>	

(ANEXOS 15). Las 11 creencias irracionales básicas de Albert Ellis.

LAS 11 CREENCIAS IRRACIONALES BÁSICAS DE ALBERT ELLIS

Albert Ellis, es el creador de la Terapia Racional Emotiva (TRE). Su método terapéutico intenta descubrir las irracionalidades de nuestros pensamientos y con ello sanar las emociones dolorosas, dramatizadas y exageradas que son consecuencia de los esquemas mentales distorsionados. Ellis parte de la hipótesis de que no son los acontecimientos (A) los que nos generan los estados emocionales (C), sino la manera de interpretarlos (B). No es A quien genera C, sino B. Por tanto, si somos capaces de cambiar nuestros esquemas mentales (D) seremos capaces de generar nuevos estados emocionales (E) menos dolorosos y más acordes con la realidad, por tanto, más racionales y realistas.

Creencia Irracional	Porqué es irracional	Alternativas racionales
<p>Idea irracional nº 1:</p> <p><i>"Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de la sociedad"</i></p>	<p>El exigir ser aprobado por todos es una meta inalcanzable. Si se necesita de forma extrema la aprobación siempre se generará una preocupación por el cuánto le aceptarán a uno. Es imposible que uno sea siempre simpático o agradable cara a los demás.</p> <p>Aunque uno pudiera alcanzar la aprobación de los demás, eso exigirá una enorme cantidad de esfuerzo y energía. El intentar ser aprobado por los demás generaría un servilismo donde se tendría que abandonar las propias necesidades.</p> <p>La incertidumbre de no conseguir la aprobación de los demás generaría un comportamiento inseguro y molesto perdiéndose con ello el interés de los demás.</p>	<p>Es preferible que no intentes erradicar todos tus deseos de aprobación, sino las necesidades excesivas de aprobación o de amor.</p> <p>Es adecuado que busques más la aprobación por tus hechos, actividades y comportamientos que por ti mismo.</p> <p>El no ser considerado por los demás es algo frustrante pero no horroroso o catastrófico. Es bueno que te preguntes: ¿Qué quiero hacer en el curso de mi relativamente corta vida?, más que ¿Qué creo que les gustaría a los demás que hiciera?</p> <p>Para conseguir el amor de los demás, una de las mejores formas es darlo.</p>

Idea irracional nº 2:

"Para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles".

Ningún ser humano puede ser totalmente competente en todos los aspectos o en la mayor parte de ellos.

Intentar tener éxito está bien, pero el exigirse que se debe tener éxito es la mejor manera de hacerse sentir incompetente e incapaz. Forzarse más de la cuenta acarrea estrés y enfermedades psicosomáticas.

El individuo que lucha por el éxito total está en continua comparación con otros ante los que se siente invariablemente inferior. El ambicionar el éxito conlleva el querer ser superior a los demás, con lo que invariablemente se entra en conflicto con los otros.

El buscar el éxito distrae al individuo de su auténtico objetivo de ser más feliz en la vida.

La preocupación por el éxito acarrea el miedo al fracaso y a cometer errores, con lo que es fácil generar un disgusto por el trabajo y una tendencia al fracaso real en éste.

Concéntrate en disfrutar más del proceso de actuar más que del resultado.

Cuando intentes actuar bien es más para tu propia satisfacción, que para agradar o ser mejor que los demás.

Debes cuestionarte con frecuencia si estás luchando para alcanzar un objetivo propio, o para agradar a otros.

En la lucha por alcanzar tus objetivos debes aceptar tus propios errores y confusiones en vez de horrorizarse por ellos.

Debes aceptar la necesidad de practicar y practicar las cosas antes de conseguir el éxito.

Te debes forzar a hacer de vez en cuando aquello en lo que temes fracasar, aceptando el hecho que los seres humanos no somos perfectos.

Idea irracional nº 3:

"Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad".

Las personas somos seres limitados que la mayoría de las veces actuamos de manera automática e inconsciente sin una "maldad consciente".

El individuo que actúa mal en la mayoría de los

No debes criticar o culpar a los otros por sus fallos, sino comprender que éstos son cometidos por simpleza, ignorancia o perturbación emocional.

Cuando alguien te culpabilice de algo,

casos, es una persona ignorante o perturbada que no es consciente de las consecuencias de sus comportamientos para los demás y para si misma.

El castigar o culpabilizar severamente al que comete errores normalmente le conduce a seguir cometiéndolos, por el contrario una actitud más tolerante y racional a la hora de considerar sus errores le favorece más el cambio positivo.

El culpabilizarse uno genera depresión, angustia o ansiedad, y el culpabilizar a los demás rabia y hostilidad, todo esto no conduce a otra cosa más que al conflicto personal o social.

deberás preguntarte si realmente lo hiciste mal, y si es así, intentar mejorar tu conducta, pero si no lo has hecho, comprender que la crítica de los demás es un problema de ellos, por algún tipo de defensa o perturbación.

Es positivo comprender el porqué la gente actúa como lo hace desde su punto de vista, y si hay una manera calmada de hacerle entender sus errores, practicarla. Si no es posible tendrás que decirte "esto es malo, pero no necesariamente catastrófico".

Deberás intentar comprender que tus propios errores como los de los demás son el resultado de la ignorancia o de la perturbación emocional.

Idea irracional nº 4:

"Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen".

No hay razón para pensar que las cosas deberían ser diferentes a lo que realmente son, otra cosa es que nos agrade o no.

El estar abatidos por las circunstancias no nos ayudará a mejorarlas, y sí es posible que de esta forma las empeoremos.

Cuando las cosas no nos salen, está bien luchar por cambiarlas, pero cuando esto es imposible, lo más sano es aceptar las cosas como son.

Aunque nos veamos frustrados o privados de algo

Debes discernir si las circunstancias son realmente negativas, o si estás exagerando sus características frustrantes.

El sentido catastrófico se lo das a veces con estas expresiones: 'Es terrible', 'Dios mío', 'No puede soportarlo'. Haz de aprender a cambiar estas expresiones por otras más racionales y realistas: 'Son negativas pero no catastróficas', 'Estoy convencido de que puedo soportarlo'.

que deseamos, el sentirnos muy desdichados es sólo consecuencia de considerar erróneamente nuestro deseo como una necesidad fundamental.

Haz de intentar tomar las situaciones difíciles como un desafío del que tienes que aprender.

Idea irracional nº 5:

"La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna de controlar sus penas y perturbaciones"

Los ataques verbales de los demás nos afectarán sólo en la medida en que con nuestras valoraciones e interpretaciones le hagamos caso.

La expresión "me duele que mis amigos no me hagan caso" está mal dicha, ya que lo que me duele es que yo me lo diga dándole un valor de terrible o insoportable.

Aunque la mayoría de la gente pueda creer que las emociones negativas no se pueden cambiar y simplemente hay que sufrirlas, la experiencia demuestra que es factible el poderlas cambiar.

Cuando experimentes una emoción dolorosa, debes reconocer que eres el creador de dicha emoción, y que como la originas, también puedes erradicarla.

Cuando observes de forma objetiva tus emociones dolorosas descubre los pensamientos y frases ilógicas que están asociados con esa emoción.

Y cuando eres capaz de cambiar tus propias verbalizaciones de forma radical, podrás transformar las emociones autodestructivas.

Idea irracional nº 6:

"Si algo es o puede ser peligroso o temible, se deberá sentir terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra"

Si se está muy preocupado por un asunto de riesgo, el nerviosismo impide ver realmente la gravedad del asunto.

La ansiedad intensa ante la posibilidad de que un peligro ocurra, impide afrontarlo con eficacia cuando realmente ocurre.

El preocuparse mucho de que algo suceda no solo no evita que ocurra, sino que a menudo contribuye a su aparición. El inquietarse por una situación peligrosa conlleva el exagerar las

Debes comprender que la mayoría de las preocupaciones no las causan los peligros externos, sino la manera que tienes de hablarte a tí mismo.

Te tienes que dar cuenta que los miedos no nos ayudan a evitar los peligros, más bien todo lo contrario.

Debes comprender que la mayoría de los miedos tienen en su origen el miedo a lo que los demás piensen de mí. Por tanto

posibilidades que ocurra, aunque sea esto muy improbable.

Cuando han de venir acontecimientos inevitables como la enfermedad o la muerte de nada sirve el preocuparse anticipadamente por ellos.

La mayoría de los hechos temidos y peligrosos (como las enfermedades) son mucho menos catastróficos cuando ocurren de verdad, pero la ansiedad o el miedo de que sobrevengan si constituye algo incluso más doloroso que la propia situación temida.

date cuenta de lo irracional de este argumento.

Deberás, de vez en cuando, hacer las cosas que más miedo te dan (como hablar en público, defender tus derechos o mostrar tus puntos de vista con superiores) para demostrarte que no son tan terribles esos miedos.

No deberás afectarse de que miedos que parecían ya superados vuelvan a aparecer de nuevo, deberás trabajar para erradicarlos afrontándolos hasta que ya no te afecten.

Idea irracional n° 7:

"Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida"

Aunque a veces resulta cómodo abandonar determinadas actividades por considerarlas desagradables, esto trae grandes consecuencias negativas, por ejemplo el dejar de estudiar, de trabajar o de realizar cualquier actividad que requiere esfuerzo físico o psíquico.

El proceso de tomar la decisión de no hacer algo que se considera difícil pero provechoso, habitualmente es largo y tortuoso y suele conllevar más sufrimiento que el hacer la actividad desagradable.

La confianza en uno mismo sólo proviene de hacer actividades y no evitarlas. Si se evitan, la existencia se hará más fácil pero a la vez aumentará el

Deberás esforzarse en realizar las cosas desagradables que sea necesario hacer y terminarlas lo más pronto posible.

No debes suponer que detrás de cada evasión de nuestros problemas existe una actitud indolente 'por naturaleza', sino suponer que ésta es el resultado de creencias irracionales que debes descubrir y cambiar.

No deberás imponerte una autodisciplina rígida ni exagerada pero sí planificar las actividades y objetivos de un modo razonable, estableciendo metas a corto, medio y largo plazo.

Un individuo racional acepta la vida con lo que

grado de inseguridad y desconfianza personal.

Aunque mucha gente supone que una vida fácil, evasiva y sin responsabilidades es algo apetecible, la experiencia demuestra que la felicidad del ser humano es mayor cuando está comprometido en un objetivo difícil y a largo plazo.

ésta conlleva de dificultades, el descansar o evitar los problemas sólo sirve para agradarlos.

Idea irracional nº 8:

"Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar"

Aunque en normal el tener un cierto grado de dependencia de los demás, no hemos de llegar al punto de que los demás elijan o piensen por nosotros. Cuanto más se depende de los demás, menos se elige por uno mismo y más se actúa por los demás con lo que se pierde la posibilidad de ser uno mismo. Cuanto más se dejan las decisiones en los demás, menos oportunidad tiene uno de aprender. Por lo que actuando así se genera más dependencia, inseguridad y pérdida de autoestima. Cuando se depende de los demás se queda uno a merced de ellos, y esto implica que la vida toma un cariz incontrolable ya que los demás pueden desaparecer o morir.

Debes aceptar el hecho de que estás solo en el mundo, y que no es tan terrible apoyarte en ti mismo y tomar decisiones. Comprende que no es terrible el fracaso en la consecución de los objetivos, y que los fracasos no tienen que ver con la valía como ser humano. Es preferible arriesgarse y cometer errores por elección propia que vender el alma por una ayuda innecesaria de los demás. No debes, de forma rebelde o defensiva, rechazar cualquier ayuda de los demás, para probar lo 'fuerte' que eres. Es positivo que aceptes la ayuda de los demás cuando sea necesaria.

Idea irracional nº 9:

"La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que le ocurrió alguna vez y le

Aunque una persona haya tenido que sufrir los excesos y condicionamientos de otros, por ejemplo ser excesivamente complaciente con los padres, eso no quiere decir, que por ejemplo 20

Un individuo racional acepta el hecho de que el pasado es importante y sabe de la influencia de éste en el presente, pero sabe a la vez que su presente es el pasado del mañana y que esforzándose

conmoción debe seguir afectándole indefinidamente"

años después haya que seguir siéndolo.

Cuanto más influenciado se está por el pasado, más se utilizan soluciones a los problemas que fueron utilizadas entonces pero que hoy pueden ser ineficaces y por tanto se pierde la oportunidad de encontrar otras actuales y más útiles.

El pasado se puede utilizar de excusa para evitar enfrentarse a los cambios en el presente y de esa manera no realizar el esfuerzo personal requerido.

Se exagera la importancia del pasado cuando en vez de decir "por mi pasado me resulta difícil cambiar", se dice "por mi pasado me resulta imposible cambiar".

en transformarlo, puede conseguir que su mañana sea diferente, y presumiblemente más satisfactorio.

En lugar de realizar los mismos comportamientos del pasado de forma automática, deberás parar y desafiar esos comportamientos tanto verbal como activamente.

En vez de rebelarte con rencor contra todas y la mayoría de las influencias pasadas, debes valorar, cuestionar, desafiar y rebelarte sólo con aquellas ideas adquiridas que son claramente perjudiciales.

Idea irracional nº 10:

"Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás"

Los problemas de los demás con frecuencia nada o poco tienen que ver con nosotros y no hay ninguna razón por la que debamos estar preocupados por ellos.

Aunque los demás realicen comportamientos que nos perturban, nuestro enojo no proviene de su conducta sino de lo que nos decimos a nosotros mismos.

Por mucho que nos disgustemos por la conducta de los demás, esto probablemente no la cambiará, hemos de aceptar que no tenemos el poder de cambiar a los demás. Y si acaso lo conseguimos,

Debes preguntarte si realmente merece la pena preocuparte por los comportamientos de los demás, y debes interesarte sólo cuando te preocupen lo suficiente, cuando pienses que puedes ayudar a cambiar o que tu ayuda puede ser útil realmente.

Cuando aquellos que te preocupan estén actuando erróneamente, no debes preocuparte por sus comportamientos y hacerles ver de forma tranquila y objetiva sus errores.

Si no puedes eliminar la conducta autodestructiva

hemos pagado un alto precio con nuestra perturbación, y hemos de buscar otras formas menos destructivas de intentar, sin alterarnos, que los demás corrijan sus errores.

El involucrarnos en los problemas de otros a menudo se usa como una excusa sutil para no afrontar nuestros propios problemas.

de otros, debes al menos no estar enojado contigo mismo por no conseguirlo y renunciar a la ideas de mejorar esa situación.

Idea irracional nº 11:

"Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe"

No existe ni seguridad ni perfección ni verdad absoluta en el mundo. La búsqueda de seguridad sólo genera ansiedad y expectativas falsas.

Los desastres que la gente imagina que le sobrevendrán si es que no consiguen una solución correcta a sus problemas, no tienen una existencia objetiva sino que son desastres creados en su mente, que en la medida en que se los crean le ocurrirá algo catastrófico (como un intenso estado de pánico o de desesperanza).

El perfeccionismo induce a resolver los problemas de forma mucho menos "perfecta" que si no se fuera perfeccionista.

Un individuo racional no comete la estupidez de decirse que se debe conocer la realidad totalmente, o tiene que controlarla, o deben existir soluciones perfectas a todos los problemas.

Cuando se enfrenta a un problema, un individuo racional pensará en varias soluciones posibles a elegir, y elegirá la más factible y no la 'perfecta', sabiendo que todo tiene sus ventajas e inconvenientes.

Deberás buscar entre las opciones extremas (blanco o negro) los puntos intermedios y moderados (grises).

Debes saber que errar es de humanos y que tus actos no tienen nada que ver con tu valor como ser humano.

Sabiendo que sólo aprendemos de realizar intentos y equivocaciones, deberás experimentar una y otra vez hasta dar solución a tus problemas.

Estas 11 creencias irracionales básicas fueron sintetizadas posteriormente por Ellis (1977a) en:

Con respecto a	Idea irracional
Uno mismo	"Debo hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones"
Los demás	"Los demás deben actuar de forma agradable, considerada y justa"
La vida o el mundo	"La vida debe ofrecerme unas condiciones buenas y fáciles para que pueda conseguir lo que quiero sin mucho esfuerzo y comodidad"

Tomado del Blog de Nicolás Moreno de Granada Psicólogo clínico

(ANEXOS 16). *Distorsiones cognitivas.*

<i>Distorsiones Cognitivas</i> Tipo	Ejemplo
Pensamiento de todo o nada	“Si fracaso en una tarea importante, como debo hacerlo, soy un fracaso total y nadie me puede apreciar”.
Saltar a conclusiones	“Ya me han visto fallar, y bajo ningún concepto debí hacerlo, me verán como un gusano incompetente”.
Adivinar el porvenir	“Se burlan de mí por haber fracasado, pues saben que debía haber tenido un éxito total, por lo que me despreciarán para siempre”.
Descalificar lo positivo	“Cuando me felicitan por algo bueno, sólo están siendo amales, olvidando las cosas locas que no debería haber hecho, de ninguna manera”.
Totalidad y nunca	“Ya que las condiciones de mi vida deben ser buenas y en la actualidad son tan malas e intolerables, siempre van a ser sí, y nunca seré feliz”.
Etiquetado y sobregeneralización	“Ya que no debo fracasar en un trabajo importante, y lo he hecho, soy un perdedor y un fracasado total”.
Perfeccionismo	“Me doy cuenta que lo he hecho bastante bien, pero debería hacerlo hecho totalmente perfecto en una tarea como ésta, y por lo tanto, soy un incompetente total”.

Fuente: Nicolas Moreno

(ANEXOS 17). Formato “estímulos provocadores de estrés”.

Estímulos provocadores de estrés

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____



6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

Nota: Para diligenciar el presente formato el psicólogo debe identificar los estímulos que provocan estrés en el menor y colocarlos en orden, desde, el más predominante hasta el que menos predomina.

Estímulos provocadores de estrés

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____



Nota: Para diligenciar el presente formato el psicólogo debe identificar los estímulos que provocan estrés en el menor y colocarlos en orden, desde, el más predominante hasta el que menos predomina.

Fuente. Las imágenes fueron modificadas de Freepick

(ANEXOS 18). Validación por expertos del Protocolo de atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio. Experto 1.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
EXTENSIÓN UNISANGIL**

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

**INSTRUCCIONES PARA LA VALIDACIÓN DE LOS
INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

1. Los Instrumentos deberán ser validados por 4 especialistas
 - Dos (2) Expertos del área del conocimiento psicológico al que está enfocada la investigación.
 - Un (1) Experto del área del conocimiento de derecho
 - Un (1) Experto del área del conocimiento de investigación
 -
2. Al validador deberá suministrarle, además de los instrumentos de validación
 - La página contentiva de los Objetivos de Investigación
3. Una vez reportadas las recomendaciones por los sujetos validadores, se realiza una revisión y adecuación a las sugerencias suministradas
4. Finalizado este proceso puede aplicar el Instrumento
5. Validar un instrumento implica la correspondencia del mismo con los objetivos que se desean alcanzar.



San Gil, Octubre 21 de 2018.

DOCTOR
EVER JOSÉ LÓPEZ CANTET
Universidad Católica de Colombia
Bogotá

Estimado Validador:

Nos es grato dirigirnos a Usted, a fin de solicitar su inapreciable colaboración como experto para validar el "PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS INDIRECTAS DE FEMINICIDIO"; por cuanto consideramos que sus observaciones y subsecuentes aportes serán de utilidad.

Esto con el objeto de presentarlo como requisito para obtener el título de Psicólogo de los estudiantes Fredy Reynel García Pico y Karen Melissa Rojas Pabón.

Para efectuar la validación del instrumento, Usted deberá leer cuidadosamente y dar su opinión a partir de su saber profesional. Por otra parte se le agradece enviar a este correo antes del 31 de octubre cualquier sugerencia relativa a redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que se considere relevante para mejorar el mismo.

Gracias por su aporte

Mg. SANDRA MILENA RUIZ GUEVARA
Docente – Asesora Proyecto de Grado.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA EXTENSIÓN UNISANGIL

OBJETIVOS DEL TRABAJO DE GRADO

Objetivo general.

Crear un protocolo de atención psicosocial a víctimas indirectas de feminicidio.

Objetivos específicos.

Realizar una revisión teórica que permita conceptualizar las temáticas referentes al feminicidio.

Hacer una construcción legal de las normas vigentes que previenen y castigan el feminicidio.

Construir una propuesta de intervención psicosocial dirigido a las víctimas indirectas del feminicidio.

Hacer una revisión del protocolo de atención psicosocial a víctimas indirectas de feminicidio con un experto en investigación, derecho y dos en psicología.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
EXTENSIÓN UNISANGIL**

JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES:

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple el protocolo, según los criterios que a continuación se detallan.

E= Excelente / B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

	ASPECTO CUALITATIVO	OBSERVACIONES
Congruencia del Protocolo	Excelente	El protocolo aborda la problemática a atender de manera integral y ofrece alternativas variadas frente a las respuestas institucionales y profesionales en la edad adulta y la infancia-adolescencia.
Amplitud de contenido	Bueno	El protocolo hace un recorrido por los desarrollos normativos y empíricos que soportan la necesidad de intervención en problemáticas específicas como el feminicidio. Sería preciso ofrecer una mirada desde lo Psicosocial y el trabajo en redes familiares.
Redacción	Bueno	La redacción es adecuada, en ocasiones se presentan textos amplios o listados de categorías que requieren una mejor referenciación.
Claridad y precisión	Excelente	La integralidad de las respuestas desde una perspectiva psicológica permite a los usuarios del protocolo comprender los pasos planteados y su uso justificado en consideración a las necesidades específicas de cada caso.
Pertinencia	Excelente	No sólo los informes estadísticos, también las demandas sociales y la ausencia de herramientas como estas dar validez al protocolo.

Evaluado por: Ever José

Nombre y Apellido: López Cantero _____

C.C.: 17.948.839 _____

Firma: _____



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
EXTENSIÓN UNISANGIL**

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Ever José López Cantero titular de la Cédula de Ciudadanía N° 17.948.839, de profesión Psicólogo, ejerciendo actualmente como docente, en la Universidad Católica de Colombia.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación “**PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS INDIRECTAS DE FEMINICIDIO**”.

En San Gil, a los 30 días del mes de octubre de 2018


Firma

(ANEXOS 19). Validación por expertos del Protocolo de atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio. Experto 2.



San Gil, noviembre 4 de 2018.

DOCTORA
ERIKA ROCIO PATIÑO DÍAZ
Abogada

Estimado Validador:

Nos es grato dirigirnos a Usted, a fin de solicitar su inapreciable colaboración como experto para validar el "PROCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A VÍCTIMAS INDIRECTAS DE FEMINICIDIO"; por cuanto consideramos que sus observaciones y subsecuentes aportes serán de utilidad.

Esto con el objeto de presentarlo como requisito para obtener el título de Psicólogo de los estudiantes Fredy Reynel García Pico y Karen Melissa Rojas Pabón.

Para efectuar la validación del instrumento, Usted deberá leer cuidadosamente y dar su opinión a partir de su saber profesional. Por otra parte, se le agradece enviar a este correo antes del 6 de noviembre cualquier sugerencia relativa a redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que se considere relevante para mejorar el mismo.

Gracias por su aporte

Mg. SANDRA MILENA RUIZ GUEVARA
Docente – Asesora Proyecto de Grado.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA EXTENSIÓN UNISANGIL

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

INSTRUCCIONES PARA LA VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Los Instrumentos deberán ser validados por 4 especialistas
 - Dos (2) Expertos del área del conocimiento psicológico al que está enfocada la investigación.
 - Un (2) Expertos del área del conocimiento de Derecho
2. Al validador deberá suministrarle, además de los instrumentos de validación
 - La página contentiva de los Objetivos de Investigación
3. Una vez reportadas las recomendaciones por los sujetos validadores, se realiza una revisión y adecuación a las sugerencias suministradas
4. Finalizado este proceso puede aplicar el Instrumento
5. Validar un instrumento implica la correspondencia del mismo con los objetivos que se desean alcanzar.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA EXTENSIÓN UNISANGIL

OBJETIVOS DEL TRABAJO DE GRADO

Objetivo general.

Crear un protocolo de atención psicosocial a víctimas indirectas de feminicidio.

Objetivos específicos.

Realizar una revisión teórica que permita conceptualizar las temáticas referentes al feminicidio.

Hacer una construcción legal de las normas vigentes que previenen y castigan el feminicidio.

Construir una propuesta de intervención psicosocial dirigido a las víctimas indirectas del feminicidio.

Hacer una revisión del protocolo de atención psicosocial a víctimas indirectas de feminicidio con un experto en investigación, derecho y dos en psicología.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
EXTENSIÓN UNISANGIL**

JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES:

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple el protocolo, según los criterios que a continuación se detallan.

E= Excelente / B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

	ASPECTO CUALITATIVO	OBSERVACIONES
Congruencia del Protocolo	E	El protocolo es coherente, tiene una relación lógica con la problemática que se pretende atender y con las alternativas de solución de la misma desde el área profesional de la psicología, se establece un tratamiento diferente y especial tanto para la edad adultez y niñez.
Amplitud de contenido	E	El protocolo es amplio, comprende conceptos (marco teórico), necesarios de conocer su significado, contiene los objetivos a cumplir con el protocolo, la justificación, el planteamiento del problema, el marco legal y normativo que regula el tema a tratar y la metodología a utilizar para la atención de las víctimas indirectas del feminicidio. Por lo que la extensión y contenido del documento es el necesario y suficiente.
Redacción	E	La redacción del protocolo es de fácil comprensión, tiene coherencia y cohesión textual.
Claridad y precisión	E	El protocolo es claro y preciso, se puede captar las ideas principales, lo que se pretende con el mismo
Pertinencia	E	El contenido de protocolo es oportuno, adecuado y conveniente, toda vez que se señala lo correspondiente y perteneciente en relación al tema tratado.

Evaluado por:

Nombre y Apellido: Erika Rocío Patiño Díaz.

C.C.: 1.099.547.352 de Cimitarra (S).

Firma:



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
EXTENSIÓN UNISANGIL**

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Erika Rocío Patiño Díaz, titular de la Cédula de Ciudadanía N° 1.099.547.352 expedida en Cimitarra Santander, de profesión Abogada, ejerciendo actualmente como asesora en el área judicial, contractual, y gestión administrativa en entidades Territoriales.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación “**PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS INDIRECTAS DE FEMINICIDIO**”.

En San Gil, a los seis (6) días del mes de noviembre de 2018.

Firma

(ANEXOS 20). Validación por expertos del Protocolo de atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio. Experto 3.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
EXTENSIÓN UNISANGIL**

**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE
INFORMACIÓN**

**INSTRUCCIONES PARA LA VALIDACIÓN DE LOS
INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

1. Los Instrumentos deberán ser validados por 4 especialistas
 - Dos (2) Expertos del área del conocimiento psicológico al que está enfocada la investigación.
 - Un (2) Expertos del área del conocimiento de Derecho
2. Al validador deberá suministrarle, además de los instrumentos de validación
 - La página contentiva de los Objetivos de Investigación
3. Una vez reportadas las recomendaciones por los sujetos validadores, se realiza una revisión y adecuación a las sugerencias suministradas
4. Finalizado este proceso puede aplicar el Instrumento
5. Validar un instrumento implica la correspondencia del mismo con los objetivos que se desean alcanzar.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA EXTENSIÓN UNISANGIL

OBJETIVOS DEL TRABAJO DE GRADO

Objetivo general.

Crear un protocolo de atención psicosocial a víctimas indirectas de feminicidio.

Objetivos específicos.

Realizar una revisión teórica que permita conceptualizar las temáticas referentes al feminicidio.

Hacer una construcción legal de las normas vigentes que previenen y castigan el feminicidio.

Construir una propuesta de intervención psicosocial dirigido a las víctimas indirectas del feminicidio.

Hacer una revisión del protocolo de atención psicosocial a víctimas indirectas de feminicidio con un experto en investigación, derecho y dos en psicología.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
EXTENSIÓN UNISANGIL**

JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES:

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple el protocolo, según los criterios que a continuación se detallan.

E= Excelente / B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

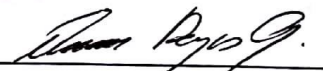
	ASPECTO CUALITATIVO	OBSERVACIONES
Congruencia del Protocolo	Excelente	Evidencia congruencia en general, siendo objetivos en el proceso realizado y su finalidad.
Amplitud de contenido	Excelente	Se encuentra adecuada amplitud respecto al contenido, pues va acorde con los procesos propios de la intervención clínica en psicología.
Redacción	Excelente	No se evidencia dificultades de redacción, demostrándose lenguaje y expresión concisa y congruente.
Claridad y precisión	Excelente	Se evidencia claro y preciso siendo puntual y amplio en la argumentación inherente al tema de trabajo.
Pertinencia	Excelente	Pertinente para el contexto psico social en el cual el protocolo será utilizado.

Evaluado por:

Nombre y Apellido:

AMERICA RAQUEL REYES GALVIS

C.C.: 37.899.198 de San Gil

Firma: 



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
EXTENSIÓN UNISANGIL**

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, América Raquel Reyes Galvis, titular de la Cédula de Ciudadanía N° 37.899.198, de profesión Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica, ejerciendo actualmente como Psicóloga Clica, en la Institución Foscalmagisterio, San Gil.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación "PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS INDIRECTAS DE FEMINICIDIO".

En San Gil, a los 29 días del mes de Octubre de 2018.

Firma

(ANEXOS 21). Validación por expertos del Protocolo de atención psicológica a víctimas indirectas de feminicidio. Experto 4.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
EXTENSIÓN UNISANGIL**

**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE
INFORMACIÓN**

**INSTRUCCIONES PARA LA VALIDACIÓN DE LOS
INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

1. Los Instrumentos deberán ser validados por 4 especialistas
 - Dos (2) Expertos del área del conocimiento psicológico al que está enfocada la investigación.
 - Un (2) Expertos del área del conocimiento de Derecho
2. Al validador deberá suministrarle, además de los instrumentos de validación
 - La página contentiva de los Objetivos de Investigación
3. Una vez reportadas las recomendaciones por los sujetos validadores, se realiza una revisión y adecuación a las sugerencias suministradas
4. Finalizado este proceso puede aplicar el Instrumento
5. Validar un instrumento implica la correspondencia del mismo con los objetivos que se desean alcanzar.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA EXTENSIÓN UNISANGIL

OBJETIVOS DEL TRABAJO DE GRADO

Objetivo general.

Crear un protocolo de atención psicosocial a víctimas indirectas de feminicidio.

Objetivos específicos.

Realizar una revisión teórica que permita conceptualizar las temáticas referentes al feminicidio.

Hacer una construcción legal de las normas vigentes que previenen y castigan el feminicidio.

Construir una propuesta de intervención psicosocial dirigido a las víctimas indirectas del feminicidio.

Hacer una revisión del protocolo de atención psicosocial a víctimas indirectas de feminicidio con un experto en investigación, derecho y dos en psicología.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
EXTENSIÓN UNISANGIL**

JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES:

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple el protocolo, según los criterios que a continuación se detallan.

E= Excelente / B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

	ASPECTO CUALITATIVO	OBSERVACIONES
Congruencia del Protocolo	E	El protocolo se muestra congruente y suficientemente fundamentado en términos teóricos.
Amplitud de contenido	B	El Contenido es amplio y aborda comprensivamente la problemática.
Redacción	M	Se debe mejorar la redacción, revisar tildes, y demás signos de puntuación.
Claridad y precisión	B	El documento es claro, preciso y de fácil comprensión.
Pertinencia	E	Es urgente el desarrollo de propuestas como la presentada.

Evaluado por:

Nombre y Apellido: Jaher Steven Torrado Niño

C.C.1.95802001

Firma:



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
EXTENSIÓN UNISANGIL**

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

JAHER STEVEN TORRADO NIÑO titular de la Cédula de Ciudadanía N°1095802001 de Floridablanca, profesión abogado, ejerciendo actualmente como Docente de tiempo completo en la Fundación Universitaria de San Gil UNISANGIL. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación "PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS INDIRECTAS DE FEMINICIDIO".

En San Gil, a los 7 días del mes de noviembre de 2018

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jaher Steven Torrado Niño', is written over a horizontal line. Below the signature, the word 'Firma' is printed in a small, black, sans-serif font.