



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**PRONTUARIO PSICOLÓGICO PARA LA ATENCIÓN DE MADRES
CON HIJAS VÍCTIMAS DE FEMICIDIO/FEMINICIDIO**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

ARIANA ITZEL MOLINA MARTÍNEZ

JURADO DEL EXAMEN

DIRECTOR: MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA

ASESORA: DRA. ELSA SUSANA GUEVARA RUISEÑOR

ASESORA: DRA. ALBA ESPERANZA GARCÍA LÓPEZ

SINODAL: DR. ÁNGEL FRANCISCO GARCÍA PACHECO

SINODAL: MTRA. ENRIQUETA CECILIA RUEDA BOLAÑOS



CIUDAD DE MÉXICO

SEPTIEMBRE 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

No tengo que tener sangre derramada en el cuerpo para que me duelas, no tienes que ser mi amiga, mi madre, mi abuela o un ser querido. Me dueles porque tu alma vivaz no merecía ser masacrada ante manos frías y desgarradoras.

Cierro los ojos y puedo ver los tuyos llenos de terror, pidiendo conmisericordia y viendo tus sueños pasando una y otra vez por tu cabeza, mientras sientes por dentro como la sangre se enfría, como la piel se te eriza y tu cuerpo se mantiene inerte. ¿Y después? Ya no hay después, el ser ajeno te arrebató la esperanza, la paz, los sueños y la vida.

Anónimo.

Agradecimientos

Al mi director de tesina, el Maestro, Edgar Pérez Ortega, gracias infinitas por la paciencia y disposición que siempre han tenido para conmigo aún más en este periodo tan difícil para todos. También le agradezco al comité de esta tesina, la Doctora, Elsa Susana Guevara Ruiseñor, la Doctora, Alba Esperanza García López, el Doctor, Ángel Francisco García Pacheco y la Maestra, Enriqueta Cecilia Rueda Bolaños, por compartir su sabiduría, experiencia y conocimientos, por estar conmigo apoyándome en este momento tan importante y decisivo en mi vida profesional.

A mi madre, la Maestra, Martina del Carmen Martínez Landa, gracias, por tu amor infinito, por darme la vida tantas veces, por siempre cuidar de mí y apoyarme incondicionalmente, por nunca dejar de confiar en mí, por motivarme constantemente, eres la persona más resiliente que conozco, la mujer más fuerte, la profesional más comprometida, tu corazón es el más puro, noble y bondadoso, estoy orgullosa de ti de todo tus logros y victorias, mi corazón siempre será tuyo, te amo.

A mi padre, el Maestro, Hugo Molina Meléndez, gracias, por quererme tanto, por ser mi amigo y camarada, por ser tan paciente y comprensivo conmigo, por inculcarme el valor del respeto, la empatía, la compasión y el amor y cuidado por los demás, te quiero.

A mi ito, gracias, por enseñarme que lo más importante que tenemos es la familia, A mi ita, gracias, por todos los sacrificios que has hecho por mí y por la familia, por preocuparte por nosotros y cuidarnos siempre. A mi familia, gracias, por su cariño, por las risas, por las bromas, por los consejos, por estar conmigo en los buenos y malos momentos de la vida, los quiero.

A mi novio, Miguel, por ser mi compañero de viaje, por su amor verdadero, por la lealtad y respeto que me ha demostrado a lo largo de todos estos años, te quiero mucho.

Por último, Gracia a todas mis amigas por enseñarme, por aprender juntas, por su amor sororo, por transmitirme sus ideas de libertad, rebeldía y lucha, por compartir conmigo su entereza, fortaleza y valentía, las quiero y las admiro.

Índice de contenido	
Introducción	1
Resumen	2
Capítulo I Aspectos sobre la violencia hacia las mujeres	4
1.1 ¿Qué es la violencia?	4
1.2 ¿Qué es la violencia de género?	6
1.3 Desarrollo del concepto de femicidio y feminicidio	12
1.4 Tipos de femicidio/feminicidio	17
1.5 Cuando se considera Femicidio en México	23
1.6 Cifras	25
1.7 Justificación del prontuario	26
Capítulo II La persona en crisis	28
2.1 Conceptos de crisis	28
2.2 Síntomas presentes en la persona en crisis	30
2.3 Intervención en crisis	33
Capítulo III Primeros Auxilios Psicológicos	35
3.1 Concepto de Primeros Auxilios Psicológicos	35
3.2 Medidas y Objetivos	38
Capítulo IV Psicoterapia en Crisis	55
4.1 Concepto de Psicoterapia en Crisis	55
4.2 Medidas y Objetivos	57
Conclusión	78
Referencias Bibliográficas	79

Introducción

La violencia contra las mujeres representa una violación a los derechos humanos y constituye uno de los principales obstáculos para lograr una sociedad igualitaria y democrática. La violencia de género como fenómeno se ha debatido y estudiado desde hace décadas con la finalidad esencial de erradicar esta vivencia de sufrimiento y dolor que experimentan la mayoría de las mujeres a nivel mundial. Sin embargo, a pesar del esfuerzo de activistas, feministas, personal gubernamental, colectivos, organizaciones, instituciones, etc. sigue siendo una de las lacras que pudre el tejido social.

La violencia a causa de la expresión de género es marcadamente dañina para la sociedad, representa la existencia de patrones arraigados socio-culturales androcéntricos que naturalizan el sexismo, la inequidad y la misoginia a nivel público y privado.

Es preciso entender que la violencia de género es parte de un sistema que visualiza a las mujeres como objetos y no sujetos de esta manera se les despoja de sus derechos, convirtiéndolas en blanco fácil de la dominación y la violencia, por parte de los hombres. Es un asunto trágico que tiene distintas dimensiones, la más visible e irremediable es la que termina con la vida de las mujeres que se encuentran en una dinámica social en donde cotidianamente se propaga la violencia por parte de las instituciones fundamentales de integración como la familia, la iglesia, la escuela, el gobierno y el trabajo, cuyas interacciones se enmarcan en una visión estereotipada, donde se minimizan y naturalizan distintas formas de violencia. El femicidio/feminicidio representa la consecuencia de una extrema violencia de género, en la que no sólo es responsable la persona que comete el delito, también la sociedad y el estado, que además de acabar con la vida de las víctimas, también destruye la vida de las madres que pierden la vida de sus hijas.

Resumen

Este documento tiene como objetivo contribuir al apoyo psicológico de madres cuyas hijas han sido asesinadas debido a la violencia de género, mediante la elaboración de un prontuario psicológico. Prontuario viene del latín *promptuarium* ("despensa") y es aquel escrito que recopila información relevante, concisa y resumida de un tema para su consulta rápida, fácil y eficaz.

El primer capítulo de este prontuario contiene una síntesis, sobre la violencia hacia las mujeres, cuál es su origen y cómo se desarrolla, para explicar posteriormente como esta violencia termina en el asesinato de mujeres (femicidios/feminicidios) el grado más extremo de un conjunto de actos de violencia histórica y sistemática que padecen las mujeres, posteriormente explica las diferencia entre el concepto de femicidio término utilizado para describir la muerte de una mujer por razones de género en hispanoamérica y feminicidio término utilizado principalmente en México, desarrollado por Marcela Lagarde, en el año 2004 durante el Seminario Internacional sobre el Feminicidio, para describir la misma desgarradora situación añadiéndole la complicidad del Estado Mexicano, también se describen los diferentes tipos de femicidios/feminicidios, de acuerdo con las investigaciones antropológicas de diversas autoras, así mismo se anexa cuando se considera feminicidio en México, de acuerdo con el Código Penal Federal (2021), para finalizar este capítulo también se agregan las cifras oficiales dadas por el gobierno acerca del número de feminicidios.

El segundo capítulo, se titula "La persona en crisis" las madres que pierden una hija asesinada por razones de género entran en una crisis por lo que es indispensable exponer el concepto de crisis y los síntomas presentes.

El tercer capítulo, busca facilitar el conocimiento suficiente y necesario sobre los primeros auxilios psicológicos, como herramienta de primera instancia para aquellas personas encargadas de atender a estas madres que pueden entrar en crisis después de una noticia tan desgarradora como la muerte de una hija, es importante señalar que los primeros auxilios psicológicos pueden ser brindados no solo por

personas que hayan estudiado psicología, también son proporcionados por personal de enfermería, trabajadores sociales, líderes comunitarios, activistas, etc. El cuarto y último capítulo, brinda información para aquellos y aquellas terapeutas (públicos/ privados) que se encargan de la atención y el acompañamiento de estas mujeres durante su proceso de duelo, mediante la psicoterapia en crisis. Este prontuario delinea la definición de cada herramienta y especifica cuáles son sus medidas y objetivos como intervención psicológica.

Capítulo I. Aspectos sobre la violencia hacia las mujeres

1.1 ¿Qué es la violencia?

Es indiscutible que la violencia permea diversos aspectos de la vida social, condicionando y determinando su dinámica, hablar de violencia se refiere a relaciones de poder, necesariamente asimétricas (Ferrándiz y Feixa, 2004).

La violencia es una expresión cultural que se presenta de diferentes formas y magnitudes en cada población humana por consiguiente su percepción y aceptación depende de las características propias de cada cultura. La violencia tiene una connotación negativa, repudiada y busca ser eliminada o al menos controlada (Serrano, Hernández y Ortiz, 2005).

La violencia es una conducta agresiva que tiene como fin causar daño físico o psicológico, en donde la intención es central, ya que cualquier daño que se cause por accidente no puede considerarse violencia, esto significa que la violencia siempre será ejercida con el propósito de lastimar (Ostrosky, 2011).

La raíz etimológica del término “violencia” remite al concepto de fuerza y se corresponde con verbos tales como violentar, violar, forzar. A partir de esta primera aproximación semántica la violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir daño, busca la eliminación de los obstáculos que se oponen al propio ejercicio del poder, mediante el control de la relación obtenido a través de la fuerza. En el ámbito de las relaciones interpersonales, la conducta violenta es sinónimo de abuso de poder, en tanto y en cuanto el poder sea utilizado para ocasionar daño a otra persona (Corsi, 1995).

La OMS define la violencia en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud en el 2002 como:

“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 muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” p.5.

La violencia está presente en el día a día y tiene graves consecuencias sobre la salud de las personas que la sufren. Representa muertes, lesiones, secuelas, discapacidades y enfermedades físicas y trastornos mentales, además de generar sufrimiento la mayoría de las veces en las personas más vulnerables.

1.2 ¿Qué es la violencia de género?

La violencia de género, como se menciona al principio, tiene sus raíces en las relaciones de poder asimétricas entre hombres y mujeres en función del género. Es imprescindible conocer que la violencia contra la mujer se asienta en la propia estructura social y se sustenta en los valores y creencias respecto al papel que la sociedad ha asignado tradicionalmente a hombres y mujeres.

Según la OMS (2002) existen cuatro factores para explicar el conjunto de causas que determinan la violencia de género:

1 Factores individuales: Los aspectos biográficos, como personalidad, educación, historia de abusos y de violencia intrafamiliar, experiencia de rechazo parental, trastornos psicopatológicos y adicciones.

2 Factores relacionales: Conflictos familiares y en las relaciones conyugales o de pareja. Estilos de relación de pareja asimétricos, incluye control del dinero y de la toma de decisiones.

3 Factores comunitarios: Factores que actúan en el marco de las estructuras sociales que conforman la sociedad. Aquí se incluyen el aislamiento de la mujer; la falta de apoyo social; la falta de acceso a la educación, cultura y trabajo; la pobreza y la exclusión de la vida pública y del poder.

4 Factores sociales: Normas que autorizan el control de los hombres sobre las mujeres en el modelo social patriarcal. Continuidad de los estereotipos de masculinidad y feminidad, que justifican la relación de dependencia y sumisión de la mujer respecto al hombre, en función de los roles asignados y que se han ido transmitiendo y perpetuando de generación en generación a través del proceso de socialización claramente diferenciado en función del sexo (como se cita en Fernández, Herrero y Sánchez, 2009).

La violencia de género es un fenómeno global resultado de una estructura social de naturaleza patriarcal. A nivel internacional, la violencia contra las mujeres solo empieza a cobrar relevancia hasta finales del siglo XX, vinculándola gradualmente con la discriminación y desigualdad.

La violencia contra la mujer ha sido y es invisible e incluso está naturalizada por la propia sociedad; tiene su origen en las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres, es una práctica aprendida, consciente y orientada, producto de una construcción cultural que oprime a las mujeres y las conduce a la subordinación del hombre, convirtiéndola en objeto de sus propios intereses. Entendiendo que la cultura comprende las formas de nacer y morir; casarse y procrear; los patrones de conducta y de conciencia; de conflicto y de cómo encararlo; de interactuar y solidarizarse socialmente; también a los patrones de producción y de organización social y política; además de las ideas religiosas y morales, las leyes, las tradiciones y las costumbres (Puga, Peschard y Castro, 2007).

Para hallar las causas de la violencia hacia la mujer, es necesario analizar la influencia coercitiva de los modelos impuestos por la cultura patriarcal que asigna la sociedad, definiendo diferentes estatus según el género al que pertenecen sus miembros, manipulando de esta forma los rasgos sociales desde una política de género que afecta la distribución de trabajo, riquezas, derechos, responsabilidades, etc. (Corsi, 2003).

La cultura patriarcal es aquella que hace referencia al modelo de sociedades regidas por la dominación masculina por medio del género. Considera que la mujer carece de relevancia y valía en comparación con el hombre, esto quiere decir que el hombre, es la medida para todas las cosas, es prototipo y modelo del ser humano y todas las instituciones creadas socialmente responden a sus necesidades; es decir, todo gira a su alrededor.

El proceso de socialización diferenciado entre hombres y mujeres incorpora consignas distintas y desiguales. La construcción social del hombre se basa en la consigna de un ser que se construye y se relaciona en un mundo en el que él es verdaderamente indispensable y que se encuentra, allá afuera en la esfera de lo público, asociado a lo productivo. Mientras que la construcción social de la mujer se basa en la consigna “un ser para los otros”; en razón de su capacidad reproductiva,

su condición biológica que señala cuál debe ser su lugar “natural”, en la esfera de lo privado (como se cita en Arisó y Mérida, 2010).

El género representa las diferencias sexuales y las características atribuidas a estas, lo que ha ido conformando un ordenamiento social con asignación de roles, oportunidades y espacios distintos para hombres y mujeres, esto ha repercutido en la construcción de identidades y subjetividades tanto de lo masculino como de lo femenino (Salinas y Carvajal, 2006). Es decir, el género responde a construcciones socioculturales. El concepto roles de género designa los papeles, expectativas y normas que se espera que los hombres y las mujeres, cumplan en una sociedad, los cuales son establecidos social y culturalmente y que dictan pautas sobre la forma como deben ser, sentir y actuar unas y otros dependiendo en principio, del sexo al que pertenecen.

Los roles masculinos están vinculados con tareas que tienen que ver con el mantenimiento y sustento económico, de acuerdo con lo anterior, la expectativa sobre los hombres establece que sean fuertes, que no lloren, que sean independientes y competitivos. Los roles femeninos se asocian con las tareas relativas a la crianza y cuidados, por tanto, se espera que las mujeres sean cariñosas, emocionalmente expresivas, amables y que ayuden a los demás.

Los roles asignados a hombres y mujeres son valorados de manera distinta, lo que ha dado lugar a que las mujeres sean descritas como emocionales e ilógicas (“irracionales”) y los hombres como racionales; estas creencias suponen que ambos sexos piensan de manera diferente y que tienen una inclinación “natural” por actividades de distinto tipo.

Dadas estas edificaciones, se definen tipos de hombres y mujeres. Así, a las mujeres se asocian características tales como: debilidad, timidez, dulzura, sumisión, pasividad, sacrificio, resignación, abnegación, sujeción, *ser para otros*; por otra parte, el tipo de adjetivos con que se describe a los varones suelen ser, entre otros: fuerza, valor, autoridad, agresividad, iniciativa, distracción, placer, independencia, autonomía, *ser para sí* (Saldívar et al., 2015).

Los estereotipos de género, transmitidos y perpetuados por la familia, la escuela y los medios de comunicación, sientan las bases para el desequilibrio de poder entre hombres y mujeres. Este sistema de creencias tiene como consecuencia el hecho de que el hombre tenga la noción de imponer su voluntad y someter a la mujer a su control.

La violencia contra las mujeres, encuentra su origen y razón de persistencia en el conjunto de normas y códigos sociales que sustentan una dominación masculina y una asimetría de poder entre hombres y mujeres. Se ejercen por medio del uso abusivo del poder por parte un género sobre otro y surge por las grandes desigualdades que existen entre mujeres y hombres con el respaldo de las estructuras e instituciones socializadoras patriarcales (Casique, 2010).

Se identifica a las mujeres como personas o grupo vulnerable y a la estructura patriarcal ejercida por los hombres como personas o grupo dominante. La violencia de género tiene que ver con la violencia que se ejerce contra la mujer por el hecho de serlo y está ligada necesariamente a la cultura patriarcal que se manifiesta en las sociedades machistas como México.

La cultura patriarcal impuesta desde tiempos antiguos todavía sigue influyendo sustancialmente en la percepción del hombre y de la mujer en la sociedad actual y no se puede negar que los procesos de socialización son diferentes para el género masculino y para el género femenino; desafortunadamente, desde la estructura patriarcal sólo existe un modo de ver el mundo y ése es el dominante.

Como consecuencia de esta construcción de género, el modelo de relación social se basa en la dominación en el caso del hombre y en la sumisión en el de la mujer. La violencia es el mecanismo de control social sobre la mujer que pretende, producir y mantener el status de poder del hombre (Ruiz, 2008).

La Organización de las Naciones Unidas (2006) señala que el patriarcado se encuentra en normas sociales y culturales, los roles socialmente construidos de las mujeres y los hombres que han estado ordenados jerárquicamente, de modo que

los hombres ejercen poder y control sobre la mujer, de modo que la dominación masculina y subordinación femenina tiene bases ideológicas y materiales.

Según El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2011) los estereotipos sobre cómo deben comportarse los hombres y las mujeres, el entramado social, cuyos arraigados patrones culturales legitiman un inequitativo poder al fomentar la creencia de la posición superior del varón respecto a la mujer y por consiguiente el dominio de ellos sobre ellas, así como las vivencias que día tras día alientan estas conductas, han contribuido a que se originen y mantengan modelos de coacción y violencia contra las mujeres.

- Características de la cultura patriarcal:
 - El antagonismo genérico, aunado a la opresión de las mujeres y al dominio de los hombres y de sus intereses, plasmados en relaciones y formas sociales, en concepciones del mundo, normas y lenguajes, en instituciones y en determinadas opciones de vida para los protagonistas.
 - La escisión del género femenino como producto de la enemistad histórica entre las mujeres, basada en sus competencias por los hombres y por ocupar los espacios de vida que les son destinados a partir de su condición y de su situación genérica.
 - El fenómeno cultural del machismo basado tanto en el poder masculino patriarcal, como en la inferiorización y en la discriminación de las mujeres producto de su opresión. Exaltación de la virilidad opresora y de la feminidad oprimida, constituidos en deberes e identidades compulsivos e ineludibles para hombres y mujeres (Lagarde, 2015).
- La opresión de las mujeres está determinada por:
 - La división genérica del trabajo, basada en la valoración clasificatoria por sexo.
 - Por la división genérica de los espacios sociales.

- Por la definición social de las mujeres en torno a una sexualidad expropiada, procreadora y erótica, estructurada en torno a su cuerpo para otros (Lagarde, 2015).

1.3 Desarrollo del concepto de femicidio y feminicidio

La violencia contra las mujeres, primariamente, había sido concebida en el ámbito de la vida privada, por medio de violencia familiar o doméstica, sin embargo:

“El modelo de vida económico y social utiliza a la violencia como un mecanismo de control eficiente; la que se ejerce contra las mujeres funciona como un código universal, para que ellas no transgredan el orden social” (Bejarano, 2014, p. 14).

Debido a esto la violencia ha ido en aumento generando muerte a su paso.

A fin de abordar el Femicidio/Feminicidio como el tipo de violencia de género más extrema, es necesario analizar la evolución histórica del concepto. Femicidio proviene de la palabra en inglés femicide, según Diana Russell, apareció por primera vez en la literatura, hace dos siglos en Inglaterra, en el libro, *A Satirical View of London* (Una mirada satírica sobre Londres), de John Corry, para denominar “el asesinato de una mujer”, el texto del libro señala que “el hombre que traiciona a una virgen crédula y la condena a la infamia es en realidad un asesino esta especie de delincuencia se denomina femicidio”, el término se encontraba también en 1840 en los diccionarios jurídicos de la época; después se abandonó. Posteriormente la misma Russell, introduce el término femicidio en una ponencia sobre los asesinatos de mujeres por parte de hombres ante el Tribunal Internacional sobre Crímenes contra las Mujeres, realizado en Bruselas en marzo de 1976, inaugurado por Simone de Beauvoir (como se cita en Atencio, 2011). Acontecimiento que permitió la evolución del concepto.

En 1990, Diana Russell y Jane Caputi en el artículo *“femicide”: Speaking the Unspeakable (“femicidio”: Hablando lo Indescriptible)*, plantean el término de femicidio como:

“El asesinato de mujeres realizado por hombres motivado por el odio, el desprecio, el placer o por un sentido de propiedad sobre las mujeres”
(como se cita en Albarran, 2015, p. 76).

Diana Russel en 2012 describió la evolución del término femicidio en su discurso introductorio presentado en el Simposio de las Naciones Unidas sobre Femicidio, ella señaló: En el primer libro que coédite en 1992, titulado, *Femicide: The Politics of Woman Killing* (Femicidio: La política del asesinato de mujeres), Jill Radford y yo definimos el femicidio simplemente como:

“El asesinato misógino de mujeres cometido por hombres”.

Posteriormente en el 2001, lo modifique en el libro, *Femicide in Global Perspective* (Femicidio una Perspectiva Global), como:

“El asesinato de mujeres por hombres, por ser mujeres”.

Debido al hecho de que un pequeño porcentaje de mujeres también matan mujeres porque son mujeres redefiní el término por:

"el feminicidio es el asesinato de una mujer porque es una mujer. "

Ella, resalta que este término aplica no solo a el asesinato de una sola mujer por su género, también al asesinato de muchas mujeres. Por ello terminó definiendo femicidio como:

“La matanza de una o más mujeres por uno o más hombres porque son mujeres”.

En los “90’s” la antropóloga y activista feminista, mexicana Marcela Lagarde, promulgó la utilización del término feminicidio, para describir el asesinato sistemático de niñas y mujeres en Ciudad Juárez (Estado de Chihuahua). Como lo menciona Russell:

“Cuando fui invitada a un Seminario sobre Femicidio en Juárez, México, en 2004, que había sido iniciado por una antropóloga feminista radical y congresista, Marcela Lagarde, ella me pidió permiso para traducir el termino feminicidio al español como feminicidio. Por supuesto, yo lo consentí (2012).

Lagarde tradujo el término femicidio como feminicidio, por qué consideraba que femicidio hacía referencia a homicidios de mujeres y no tenía la carga política que merecía el término (como se cita en Argüello, 2017). Lagarde señala en la introducción del libro, “Femicidio: una perspectiva global” publicado en el 2006:

“En español, femicidio puede ser solo interpretado como el término femenino de homicidio; es decir, como un concepto que especifica el sexo de las víctimas. Mi intención fue aclarar, desde el término mismo, feminicidio, que no se trata solo de la descripción de crímenes que cometen homicidas contra niñas y mujeres, sino de la construcción social de estos crímenes de odio, culminación de la violencia de género contra las mujeres, así como de la impunidad que los configura. Analizado así, el feminicidio es un crimen de estado, ya que este no es capaz de garantizar

la seguridad de las mujeres en general, quienes vivimos diversas formas y grados de violencia a lo largo de nuestra vida” p.12.

Boira, Marcuello-Servós, Otero, Barbero y Vives-Cases en el 2005 indican:

“El concepto de feminicidio trata de incorporar la misoginia que hay en este tipo de asesinatos, así como la responsabilidad del Estado al favorecer la impunidad ante estos” p.30.

Los dos conceptos son utilizados para designar asesinatos de mujeres que expresan la violencia de género y representan una alternativa al tipo criminal homicidio, entonces, decir femicidio o feminicidio implica referirse a un fenómeno social cuya causa no está aislada de la estructura social y por lo tanto es un término teórico y con sentido político, en México y Guatemala, es más común decir feminicidio; en Costa Rica, El Salvador y Chile, se dice femicidio; en Brasil, donde el debate es reciente, es posible verificar el uso indiferenciado de los dos términos (Solyszko, 2013).

En 2004, se creó el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) para la evaluación multilateral sistemática y permanente de La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, realizada en Brasil, en 1994. Para el 2008, El Comité de Expertos (CEVI), del (MESECVI), en su Cuarta Reunión celebrada en Washington, D.C., reconociendo el grave problema del femicidio en América Latina y el Caribe declaró:

- Los altos índices de violencia contra las mujeres y su limitado o nulo acceso a la justicia e impunidad, así como la persistencia de patrones socioculturales discriminatorios, inciden en el aumento del número de feminicidios.
- Los femicidios son la muerte violenta de mujeres por razones de género, ya sea que tenga lugar dentro de la familia, unidad doméstica o en cualquier otra

relación interpersonal; que sea perpetrada o tolerada por el Estado, por acción u omisión.

- Las víctimas de femicidio son las mujeres en sus diversas etapas, situaciones o condiciones de vida.
- Los femicidios se producen como resultado de relaciones desiguales de poder, en las que la mujer ha sufrido violencia de forma grave o prolongada sin haber encontrado alternativas o apoyo para salir de ella.
- La situación de impunidad en femicidios se exagera cuando existen situaciones de emergencia.
- La mayoría de los femicidios quedan impunes debido, al limitado acceso de las mujeres a la justicia, así como a los prejuicios de género durante los procesos judiciales, policiales y fiscales.

1.4 Tipos de femicidio/feminicidio

La socióloga, mexicana Julia Monárrez en su artículo “La cultura del feminicidio en Ciudad Juárez, 1993-1999”, publicado en el 2000, considera la existencia de cuatro tipologías de feminicidio:

- Femicidios sexuales: Su motivo principal es asociar el deseo de la lujuria con el asesinato de la mujer.
- Femicidios sexistas: Están enfocados en el deseo de poder, el dominio y el control en contra de las mujeres, se refiere a la aniquilación de mujeres sin que exista una violación sexual, por ejemplo: "la mató por celos", "la mató porque no se quiso casar con él", "la mató porque terminó la relación", "la mato porque no lo obedecía".
- Femicidios por narcotráfico: Las mafias son instituciones masculinas. Por lo tanto, se mata a las mujeres por ocupar, genéricamente hablando, una posición inferior en estas organizaciones. Los motivos pueden ser la competencia con hombres en el mercado de los estupefacientes o por tratarse de mujeres que han quedado sin la "protección" de su pareja, que se dedicaba a esta clase de actividades y se ven expuestas a venganzas.
- Femicidios por adicción: Se refiere a las mujeres que mueren víctimas de adicciones; como género, son explotadas por hombres que las golpean, las abusan sexualmente a cambio de la droga y finalmente las asesinan.

En el 2000, Carcedo y Sagot, tipifican el femicidio basándose en las definiciones de las autoras Russell y Radford, de su libro *Femicide, the politics of woman Killing* (Femicidio: La política del asesinato de mujeres):

- Íntimo: Son los asesinatos cometidos por hombres con quien la víctima tenía o tuvo una relación íntima, familiar, de convivencia o afines.
- No íntimo: Son los asesinatos cometidos por hombres con quienes la víctima no tenía relaciones íntimas, familiares, de convivencia o afines (por lo general, éste involucra un ataque sexual previo).

- Por conexión: Se refiere a mujeres que fueron asesinadas “en línea de fuego” de un hombre tratando de matar a una mujer. Son casos de parientas, niñas y otras mujeres, que intervinieron para evitar el hecho, que fueron atrapadas en la acción del feminicida.

Para el 2001, Russell y Harmes, publican el artículo “El SIDA como feminicidio masivo: enfoque en Sudáfrica” donde describen:

- Feminicidio en masa: Debido a las creencias y comportamiento machista hacia las mujeres, estas mueren a causa del SIDA. Estas manifestaciones de sexismo y dominación masculina incluyen:
 - Hombres que se niegan a usar preservativo (condón) con su pareja mujer, a pesar de mantener relaciones sexuales con otras personas.
 - Hombres que niegan o no informan a su pareja mujer, acerca de sus múltiples parejas sexuales. Esto priva a estas mujeres de la oportunidad de protegerse con preservativos o decidir, no, tener relaciones sexuales con sus parejas.
 - Esposos que tiene derecho por costumbre “ley patriarcal” a obligar a sus esposas a mantener relaciones sexuales con ellos.
 - Hombres que desconocen que son portadores de VIH y no usan o se niegan a usar preservativo.
 - Hombres portadores de VIH que tiene relaciones sexuales con prostitutas y no le prestan importancia al uso de preservativos o prefieren no usarlo anteponiendo su placer antes que la salud de las mujeres.

Además, Russell y Harmes señalaron que la mutilación genital en niñas es un factor de riesgo que desencadena el contagio masivo de VIH que posteriormente conllevará a la muerte, debido a la utilización del mismo instrumento quirúrgico sin esterilización.

En el 2006, Russell, hace una nueva tipificación para el feminicidio, en la versión en español de su libro “*Femicide in Global Perspective*”, publicado en 2001, donde aparece como editora junto con Harmes, libro presentado por Lagarde donde lo clasifica de la siguiente manera:

- Femicidios de pareja íntima: Todos los hombres que tengan o hayan tenido una relación de pareja con la víctima.
- Femicidios de familiares: Cualquier pariente masculino ya sea consanguíneamente o político.
- Otros perpetradores conocidos de femicidio: Amigos de la familia o de la víctima, colegas masculinos, figuras masculinas de autoridad, conocidos masculinos.
- Femicidio de extraños: Hombres que la víctima no conocía.
- Femicidio social o encubierto: Mujeres a quienes se les deja morir por actitudes misóginas, por formas de funcionamiento de instituciones sociales o por ambas: abortos mal practicados, por histerectomías innecesarias y mutilación genital (en especial, escisión e infibulación); por métodos anticonceptivos carcinógenos que han sido insuficientemente probados, por prácticas peligrosas de relaciones sexuales forzadas.

En el 2010, Julia Monárrez, junto con Luis Cervera, César Fuentes y Rodolfo Rubio, publican el libro “Violencia contra las mujeres e inseguridad ciudadana en Ciudad Juárez” basándose en su investigación de los asesinatos de mujeres en Ciudad Juárez durante el periodo 1993 a 2005, distingue tres grandes categorías de femicidios:

- Femicidio Íntimo: Se refiere al asesinato de una mujer, cometido por aquel hombre con quien la víctima tenía o tuvo una relación íntima, de convivencia, noviazgo, amistad, compañerismo o relaciones laborales, etc. Se divide en dos categorías:
 - Femicidio Familiar Íntimo: Es la privación de la vida de una mujer, cometida por su cónyuge, pareja de hecho o sentimental, así como cualquier familiar, sabiendo el delincuente esta relación.
 - Femicidio Infantil: Es la privación de la vida cometida en contra de niñas menores de edad, cometida por aquel familiar que tenga alguna relación afectiva o de cuidado sabiendo el delincuente esta relación de

responsabilidad, confianza o poder que les otorga su situación adulta sobre la minoría de edad de la menor.

- **Feminicidio sexual sistémico:** Es el asesinato de niñas y mujeres por ser mujeres, cuyos cuerpos expropiados han sido torturados, violados, asesinados y arrojados en escenarios transgresivos, por hombres que hacen uso de la misoginia y el sexismo, por medio de un terrorismo Estado, secundado por grupos hegemónicos que refuerzan el dominio masculino, a través de un período continuo e ilimitado de impunidad y complicidades.
- **Feminicidio por ocupaciones estigmatizadas:** Se refiere a mujeres que son asesinadas por hombres debido a la ocupación o el trabajo que desempeñan. Por ejemplo: Bailarinas, meseras o trabajadoras sexuales. Aunque son agredidas porque son mujeres, lo que las hace aún más vulnerables es la ocupación desautorizada que desempeñan.

En el Modelo de protocolo latinoamericano de investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (femicidio/feminicidio) de 2014, elaborado por la Organización de las Naciones Unidas Mujeres (ONU Mujeres) y la Oficina regional para América Central del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) clasificó la muertes violentas de mujeres en dos categorías, feminicidios “activos o directos” y feminicidios “pasivos o indirectos”.

- **Feminicidios activos o directos:**
 - El asesinato de mujeres como resultado de la violencia de pareja.
 - Asesinato de mujeres y niñas en nombre del "honor".
 - Asesinatos de dotes relacionados con las mujeres y niñas.
 - Asesinato de mujeres y niñas debido a su orientación sexual e identidad de género.
 - El asesinato de mujeres y niñas por su etnicidad.
- **Feminicidios pasivos o indirectos:**
 - Muertes relacionadas con la mutilación genital.
 - Muertes debido a abortos inseguros y clandestinos.

- Muertes debido a actos u omisión deliberada por parte de funcionarios públicos o agentes del estado.
- Asesinato de mujeres y niñas relacionadas con pandillas, crimen organizado, tráfico de drogas, tráfico de armas y tráfico de mujeres.

Lo que tienen en común todas estas descripciones es la manera en la que los hombres violentos hacen uso del derecho patriarcal de perpetrar a las mujeres por medio del ejercicio de este poder de género para someterlas, el cual subsiste a través de los años hasta la actualidad.

Estos hechos, deben ser entendidos como parte de un lenguaje sustentado en la violencia, la sociedad en su mayoría ha optado por culpabilizar a las mujeres víctimas de su destino y justificar sus secuestros, torturas, vejaciones, violaciones y asesinatos poniendo en duda su comportamiento y moralidad, es una cadena de impunidad y misoginia que forma parte del sistema extremo patriarcal.

Como lo menciona Rita Segato, en su libro, *La escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez Territorio, soberanía y crímenes de segundo estado*, del 2013:

Así como es común que el condenado recuerde a su víctima con gran rencor por asociarla al desenlace de su destino y a la pérdida de su libertad, de la misma forma la comunidad se sume más y más en una espiral misógina que, a falta de un soporte más adecuado para deshacerse de su malestar, le permite depositar en la propia víctima la culpa por la crueldad con que fue tratada. Fácilmente optamos por reducir nuestro sufrimiento frente a la injusticia intolerable testimoniada, aduciendo que “debe haber una razón”. Así, las mujeres asesinadas de Ciudad Juárez se transforman rápidamente en prostitutas, mentirosas, fiesteras, drogadictas y en todo aquello que pueda liberarnos de la responsabilidad y la amargura que nos inocula depararnos con su suerte injusta p.35.

Por lo tanto los feminicidios sistemáticos, no son asesinatos de mujeres sin más, sino que representan un esquema de poder con un lenguaje específico articulado con la intención de intimidar y advertir (Juárez, 2017).

1.5 Cuando se considera Femicidio en México

El delito de Femicidio se encuentra tipificado en el Código Penal Federal, publicado el 14 de Agosto de 1931 (Nuevo Código Publicado en el Diario Oficial de la federación), modificado por última vez el 12 de Noviembre del 2021, en el Artículo 325.

Artículo 325. Comete el delito de femicidio quien prive de la vida a una mujer por razones de género. Se considera que existen razones de género cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:

- I. La víctima presente signos de violencia sexual de cualquier tipo;
- II. A la víctima se le hayan infligido lesiones o mutilaciones infamantes o degradantes, previas o posteriores a la privación de la vida o actos de necrofilia;
- III. Existan antecedentes o datos de cualquier tipo de violencia en el ámbito familiar, laboral o escolar, del sujeto activo en contra de la víctima;
- IV. Haya existido entre el activo y la víctima una relación sentimental, afectiva o de confianza;
- V. Existan datos que establezcan que hubo amenazas relacionadas con el hecho delictuoso, acoso o lesiones del sujeto activo en contra de la víctima;
- VI. La víctima haya sido incomunicada, cualquiera que sea el tiempo previo a la privación de la vida;
- VII. El cuerpo de la víctima sea expuesto o exhibido en un lugar público.

A quien cometa el delito de femicidio se le impondrán de cuarenta a sesenta años de prisión y de quinientos a mil días multa.

Además de las sanciones descritas en el presente artículo, el sujeto activo perderá todos los derechos con relación a la víctima, incluidos los de carácter sucesorio.

En caso de que no se acredite el femicidio, se aplicarán las reglas del homicidio.

Al servidor público que retarde o entorpezca maliciosamente o por negligencia la procuración o administración de justicia se le impondrá pena de prisión de tres a ocho años y de quinientos a mil quinientos días de multa, además será destituido e

inhabilitado de tres a diez años para desempeñar otro empleo, cargo o comisión públicos.

Es importante dejar en claro que cada uno de los estados contempla una serie de agravantes o modificaciones específicas en su Código Penal Local.

1.6 Cifras

En México el seguimiento de las cifras sobre el feminicidio se ha formalizado progresivamente desde 2012, esto conforme se fue tipificado el feminicidio en los distintos códigos penales de cada entidad federativa. El Estado de México fue la primera entidad federativa que tipificó el feminicidio en 2011, para 2017, todas las entidades federativas ya tenían clasificado el feminicidio como delito (INMUJERES, 2019).

Según el informe del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, en 2015 se registraron 412 presuntas víctimas de feminicidio, este número se incrementó para 2016 llegando a 607, en 2017 aumentaron a 742, para 2018 el número subió a 898, en 2019 la cifra se acrecentó a 947, para 2020 siguió aumentando a 949, en 2021 se sumaron 966. En el 2021, no hubo entidad, de las 32 en total, que no registrara feminicidios, el Estado de México documentó 143 casos, seguido por Veracruz con 69, Jalisco con 68, Nuevo León con 66 y La Ciudad de México con 65. En el apartado sobre los 100 municipios con presuntos delitos de feminicidio, Ciudad Juárez, Chihuahua, encabeza la lista con 17; Culiacán, Sinaloa, con 17; San Pedro Tlaquepaque, Jalisco, con 14; Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco, con 14 y la alcaldía de Gustavo A. Madero, en la Ciudad de México, con 13 (2021).

1.7 Justificación del prontuario

Es incuestionable que vivimos en un contexto generalizado de violencia machista, cuya expresión más extrema es la violencia feminicida que no distingue edades, nivel socioeconómico, educación, etnicidad, residencia etc. Inclusive Juárez (2017) señala que las características de las víctimas y el modus operandi de los victimarios ha ido cambiando a lo largo del tiempo en Ciudad Juárez, diferenciándose dos grandes momentos de 1993 a 2007 donde las mujeres victimadas eran secuestradas, violadas, torturadas, mutiladas y abandonadas muertas; eran todas mujeres jóvenes, de 16 a 22 años, con un físico similar, trabajadoras de maquilas, abordadas cuando se disponían a entrar o salir de su jornada laboral, pertenecientes a una clase social humilde, cuyos cuerpos eran dejados lejos de las ciudad. Posteriormente de 2008 a 2017, las víctimas pasaron a ser en su mayoría menores de 18 años, delgadas, de cabello lacio y ojos grandes, estudiantes o trabajadoras de pequeños comercios, a diferencia del primer momento ahora las víctimas eran captadas a plena luz del día en lugares concurridos, plagados de la autoridad policial o bien captadas sin ningún tipo de violencia atraídas por la oferta de empleos, ligados al modelaje o bien becas escolares, pertenecientes también a un sector económico vulnerable, garantía de impunidad, además de que los cuerpos ahora eran abandonados en lugares extremadamente remotos controlados por militares y de muy difícil acceso.

Esto demuestra que la violencia ha ido modificándose, la falta de acceso a la justicia, la impunidad, la corrupción, la desigualdad y la indiferencia colectiva, han generado que este delito desafortunadamente vaya al alza y que sea una de las peores herencias sistémicas con la que lidian día a día las mexicanas.

Cada uno de los actores que conforman esta sociedad tiene que reflexionar qué es lo que les toca hacer ante la violencia contra las mujeres. Las cifras con respecto a los feminicidios son estremecedoras por lo tanto este fenómeno constituye una problemática vigente por ello es necesario retomar este tema, visualizarlo y entenderlo.

En el primer capítulo de este prontuario, busca definir los conceptos de femicidio y feminicidio a partir de sus orígenes, la cuestión estructural de la violencia hacia las mujeres, los factores que la naturalizan y la incapacidad del Estado para castigarla. Es indudable que una madre que pierde una hija muy probablemente entre en un estado de crisis por ello, el segundo capítulo pretende concientizar del impacto de esta violencia y explica que es una crisis, cuáles son sus síntomas y en qué consiste la intervención en crisis, por último el tercer y cuarto capítulo de este prontuario pretende ser una guía de acción, preparadora para que se pueda dar acompañamiento, empática y profesionalmente a estas madres, mediante el uso de los primeros auxilios psicológicos y la psicoterapia en crisis.

Los primeros auxilios psicológicos, así como lo son los primeros auxilios médicos, salvan vidas. Los profesionales a cargo de la estabilidad mental, el sufrimiento humano y asesores públicos, tienen que estar preparados, para atender y proteger ya que tras una crisis la probabilidad de que conductas disfuncionales aparezcan es alta. Es importante mencionar que la ejecución de primeros auxilios no requiere profesionales, sino personas entrenadas con instrucciones y protocolos de acción, así que este trabajo plantea un plan de acción para poder brindar estos primeros auxilios psicológicos.

La intervención en crisis, que se retoma en este proyecto busca brindar a los y las terapeutas, un material de apoyo sobre cómo apoyar a estas madres en el proceso de duelo tras la pérdida de una hija.

Capítulo II. La persona en crisis

2.1 Concepto de Crisis

Slaikeu (1996) afirma:

“Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” p.16.

Los incidentes críticos son eventos estresantes que poseen la capacidad de colapsar el afrontamiento normal de la persona y generan un deterioro del habitual funcionamiento adaptativo. Una crisis psicológica es la reacción a un incidente crítico, en el que sus recursos de adecuación se interrumpen transitoriamente (como se cita en Azollini, Azzara, Depaula, Cosentino, GrinHauz, 2017).

Así mismo Slaikeu, explica que existen diferentes tipos de crisis, las crisis evolutivas; esta puede definirse como una situación causada internamente, la cual puede deberse al desarrollo físico (transiciones biológicas) y mental (transiciones de roles) y las crisis circunstanciales; las cuales se definen como aquellos sucesos que son accidentales o inesperados y su rasgo más sobresaliente se apoya en algún factor ambiental (1996). Este trabajo se enfoca en las crisis circunstanciales, el feminicidio de una hija es un ejemplo de una crisis inducida por situaciones circunstanciales.

Una crisis circunstancial surge con la ocurrencia de eventos raros y extraordinarios que una persona no tiene ninguna manera de prever o controlar, la clave para distinguir la crisis circunstancial de otras es que esta es azarosa, imprevista, conmovedora, intensa y catastrófica (como se cita Rubin y Bloch, 2000).

Una crisis es la respuesta a eventos peligrosos o amenazantes y es vivida como un estado de intenso dolor y sufrimiento. Es por eso que tiene que atenderse

inmediatamente para ayudar a la persona a aliviar su malestar y a recuperar el equilibrio.

Pittman, F. (1990) indica cinco características fundamentales para conceptualizar el concepto de crisis circunstanciales:

1. Aparecen de repente, pueden llegar en cualquier momento, lugar, día y hora.
2. Son inesperadas, en ningún momento se piensan o se planifican.
3. Tienen la característica de emergencia, requieren atención oportuna e inmediata, porque se puede ver afectada la vida, la madre que pierde una hija en un asesinato a manos de un hombre puede pensar en el suicidio.
4. Tienen el potencial de afectar a nivel individual y colectivo, las crisis tienen el potencial de amenazar la vida de una o varias personas, por ejemplo, los demás miembros de la familia.
5. Peligro y oportunidad, las crisis circunstanciales ponen en juego la capacidad de afrontamiento, resiliencia y adaptación.

Rotger (1999) señala que una crisis:

“Ocurre cuando una persona se enfrenta a una situación excepcional que le causa un perjuicio y para la cual no dispone de recursos propios para darle una respuesta adecuada. Es una reacción normal a una situación anormal” p.29.

2.2 Síntomas presentes en la persona en crisis

La persona que atraviesa por una crisis se encuentra en un momento vitalmente importante para continuar con el curso de su vida, el evento es emocionalmente significativo, implica un cambio radical en su vida, enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan satisfactoriamente, como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución (Deza, 2007).

La gravedad de las situaciones de crisis dependerá de la manera en que cada persona las perciba y las interprete, esto estará influenciado por los siguientes factores:

- Las diferencias individuales: Experiencias anteriores, los valores, las estrategias de afrontamiento, creencias, la capacidad de resiliencia, la manera en la que la persona se percibe, se identifica, se define, se evalúa etc.
- El contexto ambiental: Contexto familiar, grupo de relaciones próximo, redes de apoyo, condiciones socioeconómicas y culturales, etc.

Lo cierto es que ante una crisis hay personas que despliegan recursos y las afrontan y otras van a requerir apoyo del exterior. En el caso de las madres con hijas víctimas de feminicidio es innegable que es pertinente proporcionar ayuda psicológica para afrontar de la mejor manera posible los eventos vividos e integrarlos de manera funcional a la trama de su vida.

La respuesta ante una crisis circunstancial posee las siguientes características según Rubin y Bloch:

1. A nivel cognitivo: Se ven desbordadas las habilidades de resolución de conflictos y también los mecanismos de afrontamiento.
2. A nivel psicológico: El estado temporal de shock puede ser seguido por la negación y un “aplanamiento emocional” que alterara el equilibrio psicológico del individuo.

3. A nivel fisiológico: Se presentan reacciones de estrés y ansiedad general, arritmia cardíaca y respiratoria, temblor, sudoración o hipotensión (2000).

Los síntomas que aparecen más frecuentemente en las personas que atraviesan por una crisis son:

- Sentimientos de cansancio y agotamiento.
- Sentimientos de desamparo.
- Sentimientos de inadecuación.
- Sentimientos de confusión.
- Síntomas físicos.
- Sentimientos de ansiedad.
- Desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales.
- Desorganización del funcionamiento en sus relaciones familiares.
- Desorganización del funcionamiento en sus relaciones sociales.
- Desorganización en sus actividades sociales (como se cita en Aja, 2009).

Las situaciones que involucran violencia originan:

- Temor por la propia vida, salud y sentido de sí mismo.
- Crisis de la autoestima.
- Temor a perder el sentido de la identidad, temor que frecuentemente puede acompañarse de sentimientos de despersonalización y miedo a una desorganización del yo.
- Una intensa ansiedad.
- Gran enojo.
- Depresión (como se cita en Zalaquett y Muñoz, 2017).

Dicho lo anterior es necesario una intervención pronta y eficaz, para afrontar correctamente y en un tiempo oportuno la crisis, ya que si esto no sucede se corre el riesgo de que la persona que experimentó dicho evento pueda padecer graves problemas psicológicos.

Para las situaciones en crisis se han desarrollado técnicas que permiten ayudar a las personas, en este documento nos enfocaremos en los primeros auxilios

psicológicos, como la primera etapa de intervención dentro de una crisis para las madres que se enteran que su hija fue víctima de feminicidio y la terapia de crisis en una segunda etapa, para aquellas madres que necesiten ayuda para incorporar este suceso en su vida.

2.3 Intervención en crisis

Granados y Corral (2014) señalan:

“El objetivo de la intervención psicológica en una situación de crisis o de urgencia es contener, minimizando los naturales efectos de la situación y estabilizándolos con la ayuda emocional y el control ambiental inmediato” p.49.

Slaikeu (1996) define la intervención en crisis como un proceso orientado a apoyar a una persona o familia que vive una situación o evento traumático, de modo que la probabilidad de los efectos negativos, se reduzca y la probabilidad de crecimiento en términos de desarrollar nuevas habilidades y contar con una nueva perspectiva en la vida, se incremente.

La intervención en crisis se define como:

- Un proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, así como los recursos sociales, de la persona afectada directamente por la crisis para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés (como se cita en Rubin y Bloch, 2000).

Los objetivos de la intervención son:

- Amortiguar el evento estresante.
- Fortalecer a la persona en la recuperación de sus estrategias de afrontamiento e integración (Rubin y Bloch, 2000).

Se conceptualiza a la intervención en crisis como el cuidado temprano psicológico que se desarrolla con el objetivo de estabilizar y de reducir los síntomas de estrés y de disfunción, para lograr un estado de funcionamiento adaptativo. Una propuesta ampliamente aceptada es que las intervenciones en crisis deben tener los siguientes objetivos:

1. Estabilizar el funcionamiento psicológico a través de la indagación de las necesidades básicas de las víctimas y de la implementación de los recursos para poder satisfacerlas.
2. Mitigar el estrés psicológico de la víctima mediante la transmisión de seguridad, tranquilidad, empatía y contención.
3. Recuperar el funcionamiento psicológico autónomo y adaptativo de la víctima.
4. Facilitar el acceso a otros niveles de atención psicológica, en caso de que la víctima lo requiera.

El concepto de intervención en crisis abarca los primeros auxilios psicológicos, la intervención que se hace en un primer momento a causa de la vivencia de un evento traumático y también la terapia que se realiza posteriormente, la cual es conocida como terapia de crisis.

Por lo tanto, la intervención en crisis abarca dos grandes momentos:

- Primero: Dirigido a la expresión emocional y a su procesamiento, a la evaluación del daño y a la activación de las redes de soporte social.
- Segundo: Dirigido a la integración de la crisis a la vida de la persona, la toma de decisiones y el restablecimiento de excesos o déficit emocionales o conductuales producto de la crisis.

Existe la probabilidad de que una crisis sirva como desencadenante a largo plazo de alguna psicopatología. De igual manera a partir de ella la persona puede incrementar el consumo de sustancias, tener problemas alimentarios, desordenes del sueño, etc., el uso de la intervención en crisis de una forma responsable y completa, es una estrategia efectiva para disminuir la posterior aparición de estos problemas (Gantiva, 2010). Teniendo en consideración el afrontamiento y la planeación del futuro como indicadores de que la crisis podrá llegar a su fin y dar lugar a un "nuevo comienzo", ese es uno de los principales objetivos de los modelos propuestos a continuación.

Capítulo III. Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)

3.1 Concepto de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)

Martín y Muños (2009) aseguran:

“Se consideran PAP aquellas primeras intervenciones que, sin ser estrictamente formales, se producen ante cualquier circunstancia que la persona afectada percibe como desbordante y que tiene como objetivo amortiguar los primeros efectos de la situación, proporcionar recursos de contención ante la misma y prevenir que el cuadro empeore” p. 13.

Se considera que los Primeros Auxilios Psicológicos, son una estrategia psicológica que se aplica como una ayuda breve e inmediata de apoyo, a cualquier persona que haya sufrido de una desorganización grave, resultado de una crisis de cualquier índole que no se haya podido afrontar de manera eficiente para restablecer su estabilidad personal a nivel emocional, físico, cognitivo y conductual (Osorio, 2017). La técnica de los primeros auxilios psicológicos, se orientan al mantenimiento de la salud mental, la prevención de la desorganización emocional, el restablecimiento del equilibrio emocional, ayudan a la persona a recuperar el control de su vida y a participar activamente en su recuperación, ayudando a la persona en el preciso momento en que esta lo requiere o solicita, es sencilla y práctica; no es un procedimiento especializado, pero necesita un entrenamiento para su aplicación. Por esta razón, se debe capacitar el personal que potencialmente podría utilizar esta herramienta (Deza, 2007).

En relación a esto, lo que se pretende con la implementación de Primeros Auxilios Psicológicos es según Núñez (2005):

“Auxiliar a la persona para que en lo inmediato afronte la crisis, pudiendo restablecer el control sobre sus sentimientos para enfrentar la realidad y establecer contacto con la situación” p.8.

Los Primeros Auxilios Psicológicos, no necesariamente tienen que ser provistos por un psicólogo sino por cualquier persona entrenada, que tenga la disposición de proporcionar apoyo inmediato, evitar la muerte y direccionar a la persona hacia un servicio más profundo y especializado en el futuro (Pineda y López, 2010).

Características destacables:

- Duración aproximada: De minutos a horas.
- Ambiente informal: hospitales, iglesias, hogares, escuelas, lugar de trabajo, líneas telefónicas de urgencia, etc.

El objetivo de los primeros auxilios psicológicos, es el normalizar los síntomas psicológicos, el autocontrol y el conectar a la persona con los servicios de apoyo necesarios, trabajan bajo el concepto psicológico de crisis como un hecho no esperado que desequilibra la vida de la persona (Barrales, 2019).

Los objetivos que persiguen los Primeros Auxilios Psicológicos, son los siguientes:

- Amortiguar el impacto de la situación.
- Reducir el malestar psicológico.
- Prevenir en empeoramiento de la situación.
- Conectar emocionalmente con la persona.
- Generar un análisis realista de la situación.
- Proporcionar apoyo, facilitando que la persona se sienta escuchada y comprendida, facilitando la expresión de sentimientos y emociones negativas como el miedo, la tristeza, la angustia o el enfado.
- Reducir el riesgo de muerte, es preciso entender que el suceso estresor puede generar situaciones violentas como agresiones a otras personas o a sí mismo; por ello es necesario la atención inmediata y eficaz.

- Ser el nexo de unión con recursos de ayuda, proporcionándole información sobre los recursos necesarios y brindándole orientación sobre qué hacer y cómo hacerlo.
- Restablecer el equilibrio físico y mental (Martín y Muños, 2009).

3.2 Medidas y Objetivos

1. Generar Rapport

→ Medidas

Everstine y Everstine (1992) afirman:

“La primera medida importante para responder a una urgencia es establecer un buen rapport y obtener la confianza de la persona en crisis. Este punto es de vital importancia; significa que quien trabaje en el campo de la psicología de urgencia requiere la capacidad para establecer el rapport con diversas clases de personas procedentes de ámbitos distintos”
p.64.

→ ¿Qué es el rapport?

El éxito de los primeros auxilios psicológicos, dependerá al inicio de la interacción que se genere, en que la persona que los reciba pueda sentir comodidad con la persona que la está apoyando en ese momento.

Al principio, es de vital importancia establecer una buena relación para evaluar la gravedad y situaciones precipitantes. El rapport, se considera el clima, la calidez, amabilidad, comprensión y entendimiento mutuo, el cual es responsabilidad directa de la empatía de la persona que brinda la ayuda. En el encuentro es indispensable crear una atmósfera de seguridad, en donde a la persona se le transmita, que la privacidad, el respeto y la aceptación prevalecerán en el encuentro. Esto ayudará a que se facilite la comunicación y se impulse la colaboración.

“En nuestra vida empatizar es muy importante para el desarrollo intelectual y personal, es un concepto fundamental de la comunicación humana, es una capacidad única que nos permite tener percepciones sobre los sentimientos de otras personas (dolor, alegría, miedo, angustia,

esperanza, etc.) y ser solidario con ellas, así podemos entender sus comportamientos y el porqué de sus decisiones, esto permite dar una respuesta adecuada y un apoyo bien orientado en base a ese conocimiento y sentimiento mutuo” (Cardona y García, 2010, p. 121)

La respuesta empática incluye la capacidad para comprender a la otra persona y ponerse en su lugar. Así, la empatía debe favorecer a la percepción tanto de las emociones (alegría, tristeza, sorpresa) como de las sensaciones (tacto, dolor) de otras personas (Moya-Albio, Herrero, Bernal, 2010). Por ello, la empatía desempeña un papel central en el desarrollo de las relaciones personales y es una de las competencias básicas de cualquier persona que brinde los primeros auxilios psicológicos. Identificarse con el dolor de la persona crea un vínculo emocional que es, de por sí, curativo, representa una herramienta amortiguadora de la crisis por excelencia, ayuda a que el contenido emocional se manifieste a través de un cauce adecuado, previniendo complicaciones a medio y largo plazo (Martín y Muños, 2009).

Fases para una empatía eficaz:

- Imaginar cómo se siente la persona.
- Transmitir a la persona afectada que se reconoce su emoción.
- Legitimar los sentimientos de la persona.
- Mostrar respeto por los esfuerzos que está realizando la persona para afrontar su situación.
- Ser paciente al momento de ofrecer ayuda y apoyo (Díez y Rodríguez, 2017).

El rapport se ve facilitado por las fortalezas ofrecidas por la persona entrenada en primeros auxilios psicológicos para infundir confianza y generar una compenetración, tales como mentalidad positiva, flexibilidad, accesibilidad, creatividad, profesionalismo, fluidez verbal, paciencia, etc. (Roberts y Ottens 2005). Schubert y Chambers (2005) Señalan que construir un buen rapport implica

atención al clima emocional de la persona y estar en sintonía con sus necesidades. Durante esta fase de la construcción del rapport, hay varias habilidades que pueden facilitar el proceso para generar confianza, mostrar cuidado y empatía a lo largo del proceso. Las presentaciones apropiadas son una necesidad, para generar credibilidad, la persona quiere saber quién eres y que eres competente; saber el nombre de la persona con antelación ayuda a generar un sentimiento de cercanía y respeto, es muy importante ser conscientes de la importancia de la primera impresión.

Una vez completadas las presentaciones, debe realizarse una evaluación perspicaz de la situación junto con una determinación de la mejor manera de desarrollar el rapport. Una habilidad para conectarse rápidamente con la persona afectada es el llamado ritmo. El ritmo es el proceso de alineación con la otra persona. Para marcar el ritmo de alguien correctamente, se debe ser capaz de coincidir con su habla, estado de ánimo, postura, energía y otros comportamientos verbales y no verbales. Es importante ser flexible en la forma de acercarse y responder a las diferentes personas y situaciones. A través de esta sintonía se mejorará y facilitará la comunicación, obtener la confianza de la persona es una habilidad que se puede adquirir y un atributo que debe ser desarrollado. Para generar rapport se debe ser competente, consistente y responsable con la persona para acelerar el desarrollo de la confianza y a su vez, mejorar la relación y los resultados (Leach, 2005).

La conducta, tanto verbal como la no verbal, es el medio por el que la gente se comunica con los demás. La comunicación no verbal es inevitable, la gente se forma impresiones de los demás a partir de su cara y de su cuerpo. Las señales no verbales también regulan la interacción y tienen que ser congruentes con el contenido verbal para que el mensaje sea transmitido de forma precisa (Caballo, 2007).

Todas las acciones motoras, se denominan en conjunto lenguaje corporal, es un paralenguaje y acompaña a toda expresión verbal. Es muy importante ya que puede acentuar la información, modificarla o incluso anular su significado, el lenguaje del

cuerpo puede ser independiente del lenguaje de las palabras. Cuando se domina el cuerpo y se entienden las reglas del lenguaje corporal, su significado y efecto en determinadas situaciones, se puede reaccionar de forma adecuada; al ser conscientes del repertorio de movimientos, se aumentará de forma natural el poder de influir sobre los demás.

El lenguaje corporal transmite el 93 % de la información, se expresa más rápido que la comunicación verbal, los gestos comunican sentimientos, emociones, intenciones en fracciones de segundo antes de que la persona hable. El cerebro de forma innata e intuitiva confía más en lo que le demuestra el lenguaje corporal, por ello tiene tanto impacto en la percepción de credibilidad (Pons, 2015).

El lenguaje corporal es una herramienta fundamental para transmitir comprensión y empatía. Utilizar el contacto visual, la postura, los gestos y ademanes correctos, así como la utilización de contacto físico es parte esencial del rapport.

✓ **¿Qué hacer?**

- Procurar, llevar a la persona a un lugar tranquilo, seguro y amplio, proteger al afectado de personas curiosas, ruidos o distracciones que puedan alterar más a la persona (Tenorio, 2019).

❖ **Comunicación Verbal.**

- Presentarse formalmente con su nombre.
- Utilizar un lenguaje accesible y claro.
- Procure utilizar el mismo ritmo que la persona utiliza al hablar.
- Tono cálido y expresivo.
- Hágale saber que comprende su sufrimiento y que entiende que se puede estar sintiendo muy mal.
- Acompasar la respiración a la de la otra persona.

❖ **Comunicación no Verbal.**

➤ **Mirada.**

- Mirar a la persona al rostro.
- Mantener contacto visual.

➤ **Postura Corporal.**

- Relajada y natural.
- Orientación frontal, lo más centrados posible dentro de su campo visual.
- Utilice la técnica de reflejo, adoptando paulatinamente una actitud similar a la del afectado, que le comunique que usted está en la misma “sintonía afectiva”.
- Si la persona se encuentra sentada, siéntense y refleje la forma en que cruza las piernas o dobla las manos. Hagan esto sutilmente, para no llamar la atención.
- Si la persona se encuentra de pie, invítela a sentarse. Si continúa de pie póngase de pie usted también.
- Mantenga una distancia prudente (de 60 a 90 cm, aprox.).

➤ **Gestos.**

- Amable.
- Próximo.

➤ **Ademanes.**

- Utilizar las manos sutilmente al momento de expresarse.

➤ **Contacto Físico.**

- Sólo toque a la persona en actitud de apoyo si está consciente de que será bien recibido por esta. Puede preguntarle si le incomoda.
- Tomar de la mano o darle un abrazo a la persona puede tener un efecto fuerte, positivo, duradero si se hace en el momento adecuado.

× **¿Qué no hacer?**

❖ **Comunicación Verbal.**

- No preguntar por detalles que la persona no ha referido.
- No cuente la historia de otra persona o la suya propia, no sea auto referente.
- No dé falsas esperanzas.
- Ejemplo de lo que no se debe decir:

- *“puedo asegurarle que usted va salir adelante”.*
- *“ahora tiene un angelito que la cuida”.*
- *“Dios sabe porqué hace las cosas”.*
- *“no hay mal que por bien no venga”.*
- *“todo pasa por algo”.*
- No juzgue lo que la persona hizo o no hizo, ejemplo:
 - *“usted no debió haber hecho eso...”.*
 - *“no debería sentirse así...”.*
- Evitar usar una Jerga y lenguaje técnico
- ❖ **Comunicación no Verbal.**
 - **Mirada.**
 - No mire el reloj.
 - No mire insistentemente hacia otro lado.
 - **Postura Corporal.**
 - No se encorve.
 - **Gestos.**
 - Evite hacer gestos de desaprobación o desagrado.
 - **Ademanes.**
 - Evite hacer movimientos bruscos con las manos.
 - **Contacto físico.**
 - Abrazar o tomarle la mano a la persona bruscamente (Cortés y Figueroa, 2011).

➔ **Objetivos**

- Generar un clima de confidencialidad y confianza.
- Crear un entorno cálido y pacífico.
- Mostrar interés en las preocupaciones de la persona.
- Favorecer la conexión emocional a través de la empatía.
- Buscar que la persona se sienta comprendida y a salvo.

2. Ayudar a la persona a Respirar Profundamente

→ Medidas

La persona que acaba de recibir una mala noticia como la muerte de un familiar de manera violenta particularmente, como es el tema que nos compete entrara en un estado de crisis, sobrepasada por la situación es evidente que existirá una alteración física inmediata, se estimulara el hipotálamo, la parte del cerebro que controla el sistema nervioso autónomo, que, a su vez, se compone de dos troncos nerviosos distintos: el simpático y el parasimpático. El sistema nervioso simpático permite actuar en situaciones amenazantes, prepara al organismo para defenderse al estimularse influye en una serie de respuestas físicas teniendo así dificultades para respirar (se acelera la respiración), temblores, diaforesis, tensión muscular, enlentecimiento en el sistema digestivo, baja presión sanguínea, disminución de la temperatura según el organismo de la persona puede haber taquicardia (aumento del ritmo cardiaco), bradicardia (disminución) o arritmia entre otros síntomas (Egozue, 2005). El tipo de reacción que se va desencadenar puede ser de menor o mayor gravedad dependiendo de la configuración de neurotransmisores y estructura neuronal, características de la personalidad y las experiencias previas vividas de la persona en estado de crisis.

En este sentido, los Primeros Auxilios Psicológicos plantean aplicar la técnica de relajación de respiración profunda para ayudar a la persona a tranquilizarse, recordemos que la persona tras el conocimiento de una noticia adversa e inesperada, pueden obrar irracionalmente involucrándose en situaciones de peligro vital, que pueden dañar su integridad física como por ejemplo, atravesar sin el menor cuidado avenidas con tráfico de alta velocidad o conducir sus automóviles a velocidades elevadas e incluso en contravía, buscando consciente o inconscientemente lastimarse.

→ ¿Qué es la Respiración Profunda?

Todas nuestras células tienen funciones que cumplir y necesitan energía para poder desempeñarse, esta energía proviene de oxígeno cuya combustión sirve para metabolizar las sustancias que ingerimos del exterior. La respiración es el

mecanismo mediante el cual captamos el oxígeno del aire que nos rodea (inspiración) y expulsamos anhídrido carbónico que proviene del metabolismo celular (espiración).

La respiración puede presentarse como respiración externa (intercambio de gases entre la atmósfera y el organismo) o como respiración interna (intercambio de gases dentro del organismo).

Es importante señalar que aumentar el ritmo respiratorio no significa de ningún modo tomar una mayor cantidad de oxígeno, todo lo contrario. No todo el aire que llega a los pulmones durante la inspiración es procedente del exterior. Es decir, en los pulmones se mezclan dos tercios de aire fresco que proviene de la última inspiración y un tercio de aire residual cargado de anhídrido carbónico que se ha quedado en las vías respiratoria, sin llegar a ser expulsado, durante la anterior respiración. Si respiramos muy rápido y no dejamos que la espiración sea completa, esta proporción se verá alterada, llegando menos oxígeno a los pulmones. Por esta razón, es muy importante que la respiración sea lenta y prolongada, ya que cuanto menos aire residual quede en las vías respiratorias, más fresco será el aire que llegue a los pulmones y, por lo tanto, a las células (Ruibal y Serrano, 2001). Durante la respiración, rápida, el tórax no se expande tanto como durante respiraciones más profundas, de forma que la mayor parte del intercambio de aire se produce en la parte superior del tejido pulmonar hacia la cabeza, este tipo de respiración es llamada torácica y es ineficaz porque la mayor parte del flujo sanguíneo se produce en los lóbulos inferiores de los pulmones, zonas que tienen una limitada expansión de aire en personas con respiración torácica. La respiración torácica, rápida y superficial da lugar a un descenso del intercambio gaseoso causando una menor transferencia de oxígeno a la sangre, la posterior falta de suministro de nutrientes a los tejidos y una menor eliminación de los desechos metabólicos en forma de dióxido de carbono del organismo, por esta razón se busca que la persona consiga respirar profundamente para poder calmar los síntomas que produce un estado de crisis.

La respiración profunda, es el proceso de intervención en el que se busca retornar al equilibrio físico mediante la intervención del sistema nervioso parasimpático.

La respiración es una de las muchas funciones involuntarias de las que dispone nuestro organismo, en la cual podemos influir fácilmente con nuestra voluntad. Por ello la respiración es una herramienta excelente que contribuye en la tranquilización de la persona. Simplemente modificando la frecuencia y el volumen de la inspiración y espiración de aire es posible estimular directamente el sistema nervioso parasimpático, dando lugar a una relajación y a la inversión en los cambios físicos provocados por la sobreestimulación del sistema nervioso simpático como respuesta a una situación de estrés (Rakel y Adams, 2009).

✓ ¿Qué hacer?

Se darán las indicaciones claras y precisas, viendo a la persona a los ojos, si es preciso es sumamente aconsejable que tome a la persona de las manos, recuerde que es muy importante que la persona confíe en usted.

▪ Paso 1

Para empezar, explíquelo a la persona que es muy importante que se tranquilice para poder entenderla y auxiliarla en la categorización de necesidades y garantizarle redes de apoyo (medidas 4 y 5), de que la forma en que respiramos influye en nuestras emociones y es fundamental que realice el ejercicio con nosotros.

Puede decir, “La forma como respiramos modifica nuestras emociones, es muy importante que pueda calmarse para que podemos hablar de lo que sucede y podamos entendernos”.

“Ahora le mostraré la manera en que tiene que respirar para poder tranquilizarse y podamos hablar, primero vamos a inspirar el aire fuertemente, luego exhalar todo el aire, para después esperar un momento con los pulmones vacíos, lo importante es esta pausa luego de vaciar los pulmones, para después volver a inspirar.

▪ Paso 2

Posteriormente, pídale a la persona que adopte una postura relajada y cómoda, sentado con los pies en el piso, usted se pondrá enfrente de la persona igualmente

sentado. En este paso usted realizará el ejercicio para mostrarle a la persona en crisis como hacerlo.

Puede decir, “Relaje el cuerpo, los brazos y las piernas, ahora voy a realizar el ejercicio para que posteriormente podamos hacerlo juntos, inspiro en cuatro tiempos, exhalo en cuatro tiempos y aguanto cuatro tiempos más antes de volver a inspirar”. Ahora mire como yo lo hago... [hágalo usted mismo].

- Paso 3

Indíquele a la persona que es momento de realizarlo juntos, puede decir, “Ahora lo hará usted y yo lo acompañaré recordándole cómo debe hacerlo (puede recomendarle a la persona cerrar los ojos y si lo autoriza puede tomarla de las manos), ahora inspire (cuente cuatro tiempos mentalmente), exhale (cuente cuatro tiempos mentalmente), ahora aguante un momento (cuente cuatro tiempos mentalmente)”. Repita el ciclo hasta que note que la persona esté más tranquila, mientras acompaña a la persona puede repetirle las siguientes frases, “busque la calma, lo está haciendo muy bien, excelente trabajo, tranquilo estoy con usted” etc. (Cortés y Figueroa, 2011).

- × **¿Qué no hacer?**

No forzar a la persona a realizar el ejercicio, tal vez la persona prefiera ser escuchada en este caso lo mejor será permitirle hablar y posteriormente si se considera prudente proponerle nuevamente recibir la atención. Recuerde que este y otros pasos pueden aplicarse siempre y cuando la persona esté dispuesta a recibirlos.

- **Objetivos**

- Calmar a la persona.
- Ayudar a la persona a relajarse.
- Reducir el nivel de ansiedad y tensión.
- Generar estabilidad en el organismo.
- Sincronizarse con la persona.

3. Escucha Activa

→ Medidas

Después de que le hicimos saber a la persona que está segura y a salvo con nosotros en el paso 1 y le ayudamos a calmarse en el paso 2, con el ejercicio de respiración profunda, pasaremos a escuchar el testimonio de lo que sucede. La mayoría de las personas pueden oír, desafortunadamente esta capacidad no sirve de nada si no se escucha, se puede oír de forma superficial, sin prestar real atención a los estímulos, la información y el contexto, eso es una escucha pasiva, por el contrario, la escucha activa:

“Consiste justamente en un proceso en el cual quien recibe el mensaje auditivo se implica en lo que está escuchando. Al escuchar activamente se ponen a disposición del emisor todos los recursos con los que se cuenta, de forma que quien habla sabe positivamente que se le atiende y la recogida de información es más eficaz y completa” (Martín y Muños, 2009, p. 67).

Escuchar activamente a la persona afectada es de gran ayuda para calmarla, poder auxiliarla y atender sus necesidades. Es fundamental el ser capaz de transmitirle a la otra persona que en ese momento hay un ser humano empático que le importa lo que le sucede y está dispuesto a ayudarlo.

“Una de las cosas que agudiza una situación angustiante es no conseguir que nadie te preste un poco de atención y te comprenda cuando lo que deseas es expresar cómo te sientes. La desesperación es un posible resultado de esta falta de atención, y por eso es fundamental que los orientadores presten atención” (Hough, 1999, p. 171).

→ ¿Qué es la Escucha Activa?

“Escuchar es la capacidad de captar, atender e interpretar los mensajes verbales y otras expresiones como el lenguaje corporal y el tono de la voz. Representa deducir, comprender y dar sentido a lo que se oye. Es añadir significado al sonido. Escuchar es oír más interpretar” (Hernández y Lesmes, 2018, p. 85).

Escuchar es un arte complejo que requiere esfuerzo y concentración, algo que no es necesario para oír, un hecho meramente fisiológico, es evidente que de esta manera se incrementa en gran medida la capacidad para empatizar. La escucha activa consiste en atender a la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención no sólo a lo que se dice (el contenido) sino también al "cómo se dice", fijándose en los elementos no verbales y paraverbales, mirarle, dedicarle tiempo, escuchar implica un proceso activo donde actúan nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva (Subiela, Abellón, Celdrán, Manzanares, Satorres, 2014).

Se refiere a la forma de escuchar en la que el oyente responde al dador de información reconociendo la información tanto verbal como no verbal. La persona que tome la gran responsabilidad de brindar auxilios psicológicos tiene que tener la habilidad de leer a la persona, con el fin de identificar sus prioridades y así el intercambio de información genere una comunicación efectiva en la que pueda dar respuesta clara y óptima a las necesidades de la persona en el paso 4 (auxiliar a la persona en la categorización de necesidades) y 5 (garantizar redes de apoyo).

✓ **¿Qué hacer?**

- Escuchar con toda la atención a la persona, con toda la carga afectiva, emocional y conductual que esto conlleva, lo mismo los hechos que los sentimientos o las emociones; sin juicio y sin reclamo (Osorio, 2017).
- Tener calma, este es un proceso que demanda paciencia dado que cualquier proceso curativo no es instantáneo, por ello se debe ser consciente y ser tolerante con el afectado.

- Es importante permitir a la persona que cuente su historia de manera tranquila y a su propio ritmo.
- Es indispensable permitir espacios de silencio en la conversación en ocasiones, estos espacios de silencio son importantes para que la persona cuente su historia en el momento que se sienta cómoda y preparada de manera espontánea, el silencio es un componente esencial en la escucha activa; guardar silencio no significa estar ausente, implica mantener una postura atenta, junto con una mirada que indique que se está ahí para escuchar y que lo que nos quiere decir importa, lo esencial es transmitir el mensaje de que allí hay otro ser humano que escucha y está dispuesto a ayudar en lo que se necesite porque comprende lo que pasa.
- Adoptar una posición abierta y activa.
- Manifestar claramente interés, lo que se suele hacer mediante movimientos afirmativos de cabeza y palabras del estilo de "sí, sí", "ya veo", resumir y confirmar el mensaje que se transmite, facilitando que exprese sus sentimientos.
- Dominar las emociones. Transmitir tranquilidad y seguridad es muy importante.

× **¿Qué no hacer?**

- Evitar distraerse, elimine las posibles interrupciones (llamadas, mensajes, puertas abiertas, ruidos, etc.)
- No interrumpir, conduzca la conversación, sutilmente, considere que para la persona es prescindible sentir que lo que le está diciendo es importante.
- Si la persona prefiere llorar, guardar silencio o no puede hablar es muy importante ser paciente, no presionarla, ya que esto la puede alterar más. Permanecer a su lado, en silencio, será de gran ayuda. Puede volver al paso dos para ayudar a la persona a tranquilizarse incluso si es prudente, solo si la persona de su consentimiento puede abrazarla, darle la mano o una palmada. Martín y Muños, menciona que la persona facilitadora de los

primeros auxilios psicológicos tiene que tener la habilidad de acompañar, es decir la capacidad de encontrar el sano equilibrio entre mantener a la persona acompañada en aquellos momentos que lo necesita y saber respetar, a la vez, su intimidad y su derecho a estar con su dolor en soledad (2009).

→ **Objetivos**

- Demostrar a la persona que se está con total disposición a escucharle.
- Identificación de los eventos que condujeron al desequilibrio.
- Establecer un abordaje y conexión empática en busca de una comunicación fluida.
- Comprender el marco de valores y creencias de la persona que se atiende.
- Indagar y recopilar toda la información posible que nos ayude a determinar los recursos de ayuda y protección que se pueden utilizar: Personales, familiares, profesionales, comunitarios, sociales y legales.

4. Auxiliar a la persona en la jerarquización de necesidades

→ **Medidas**

Luego de una tragedia es normal que se produzca una gran desorientación. Una alteración en el equilibrio que genera desesperanza, tristeza, confusión y pánico (Rubin y Bloch 2001).

Por ello los primeros auxilios psicológicos buscarán, evaluar las capacidades de la persona, determinando sus facultades (orientación temporal-espacial, estado emocional, procesamiento de lo ocurrido, etc.) para poder anticiparnos a sus necesidades. Lo más importante es la detección de las preocupaciones de la persona y ayudarla en la resolución de las mismas (facilitarle el contacto con las personas que precise, darle la información necesaria, etc.). Se busca ayudar a la persona a ordenar los diferentes pasos que deben seguir para solucionar sus problemas:

- Brindar opciones: La persona ante esta situación es incapaz de decidir, por lo que se la deberá ayudar en la elaboración de un plan de afrontación ante lo sucedido.

- Acciones concretas: Se busca establecer objetivos e incitar a la acción. (Rabelo, 2010).

→ **¿Qué es la categorización de necesidades?**

Consiste en el esfuerzo por entender las características del problema que han generado la situación crítica en la persona, averiguar acerca del pasado inmediato y el presente, así como los recursos personales, familiares y sociales, posibilidad de mortalidad y morbilidad (Universidad Industrial de Santander, 2014). Conocer estas características tiene el objetivo de ayudar a la persona en el proceso de jerarquización de sus necesidades, para luego ayudarla a contactar familiares, servicios de salud y seguridad social que podrán serle de ayuda.

✓ **¿Qué hacer?**

- Escuche el relato e identifique las necesidades de la persona.
- Preguntarle a la persona cuáles son sus mayores preocupaciones, que pasó y cómo se siente para ayudarlo a categorizar sus necesidades. Estas preguntas deben ser concretas sencillas y dirigidas a los hechos ocurridos, se debe tratar de conseguir descripciones que lleven al procesamiento cognitivo (ordenar, asimilar y aceptar lo ocurrido) evitando centrarse únicamente en los aspectos emocionales (Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, 2004).
- Identificar redes de apoyo.

× **¿Qué no hacer?**

- No decida arbitrariamente cuáles son sus necesidades, sin prestar consideración al relato del afectado. Ejemplo:
- “Antes que me diga otra cosa, yo creo que lo más importante que usted debería hacer es...”
- Resolver las necesidades a medida que la afectada las va diciendo, sin categorizar o jerarquizar (Cortés y Figueroa, 2011).

→ **Objetivos**

- Indagar rápidamente y recopilar toda la información que sea posible acerca de la persona afectada, es indispensable tener la habilidad de reconocer la información relevante que pueda ser útil para ayudar a la persona (Pineda, 2020). Así se podrá ayudar a priorizar las necesidades de la persona.

Ejemplo:

- Llamada a familiares.
- Trámites legales.
- Trámites funerarios.
- Realizar las denuncias pertinentes.

5. Garantizar redes de apoyo

→ Medidas

Una vez identificadas las necesidades, ayude a la persona a contactar a las personas y servicios de apoyo social que podrán ayudarle a satisfacer dichas necesidades ahora y más adelante. Generalmente la primera red de apoyo es la familia (Cortés y Figueroa, 2011).

→ ¿Qué son las redes de apoyo?

El concepto de redes de apoyo alude a las provisiones de contención, atención, recursos materiales, económicos, afectivos y psicológicos que ofrece la comunidad, las redes sociales y las personas con las que se establecen vínculos cercanos y de confianza. Las redes de relaciones de cualquier persona son un elemento indispensable para superar los problemas en circunstancias vitales difíciles y también para superar situaciones de violencia.

Dentro de las redes de apoyo se distinguen dos tipos de apoyo social:

- El formal: Otorgado por instituciones gubernamentales o no gubernamentales especialmente dirigidas a prestar servicios.
- El Informal: Procedente de la red familiar, del conjunto de pares o el otorgado por algunos miembros de la comunidad. Dentro de estos tipos de apoyo se han diferenciado:

- A. El apoyo emocional: Que refiere el sentimiento de cuidado y preocupación compartido con las personas cercanas.
- B. El apoyo de información: Centrado en la orientación dirigida a la necesidad de conocer más sobre el problema que aqueja a la persona solicitante de apoyo, proporcionando una guía de la identificación de a quién o a dónde se puede recurrir para resolver la dificultad.
- C. El apoyo instrumental: Se refiere a la ayuda concreta con aporte de recursos materiales que resuelven o disminuyen la crisis de la persona solicitante de apoyo (Estrada, Herrera y Rodríguez, 2012).

✓ **¿Qué hacer?**

- Ponga a la persona en contacto con familiares, amigos cercanos, pareja o quien la persona solicite en ese momento.
- Brinde a la persona la información necesaria respecto a asesoramiento psicológico y jurídico.

× **¿Qué no hacer?**

- Dar información que no está corroborada.

→ **Objetivos**

- Poner a disposición de la víctima el acceso a una atención psicológica y asistencia legal, si así la requiere y la acepta.
- Garantizan la continuidad de los servicios profesionales de salud.

Las personas en crisis necesitan que “*les echen una mano*” de tipo práctico, antes de nada; también necesitan información, lo que significa que se debe de tener un conocimiento razonable sobre los lugares a los cuales canalizar a una persona en crisis (Hough, 1999).

Capítulo IV. Psicoterapia en crisis

4.1 Concepto de Psicoterapia en crisis

La crisis:

“Es la reacción conductual, emocional, cognitiva y biológica de una persona ante un evento precipitante, que se constituye en un estado temporal de trastorno, desorganización y de necesidad de ayuda, caracterizado principalmente por un desequilibrio interno del individuo y que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales. En la crisis se pierde temporalmente la capacidad de dar una respuesta efectiva y ajustada al problema porque fallan los mecanismos habituales de afrontamiento y existe incapacidad para manejar las situaciones y/o dar soluciones a los problemas” (Universidad Industrial de Santander, 2014, p. 1).

Entenderemos la crisis como una condición inestable, que implica una transformación, es una experiencia puntual que fuerza a la persona a reconsiderar en un plazo breve de tiempo el sentido de su vida (González de Rivera, 2001).

En resumen, la crisis se trata de una combinación de situaciones de riesgo en la vida de una persona que representa tanto el peligro de la vulnerabilidad psicológica como la oportunidad para el desarrollo de una persona (Gómez, 1997). Como el fenómeno de fénix, el pájaro mítico que tenía la facultad para resucitar, de resurgir a partir de sus cenizas, la crisis tiene el potencial para cambiar la dirección de la vida positivamente, puede convertirse en un evento a partir del cual la víctima reorganice su vida previamente desorganizada, reorientando sus valores y metas, bajo la combinación correcta de recursos, la crisis puede convertirse en el catalizador de un cambio vital importante y favorable (Rubin y Bloch, 2000).

La intervención a una persona en crisis, implica un proceso de terapia, orientada hacia el enfrentamiento inmediato del problema, con el objetivo de producir un

cambio constructivo en la situación de la persona, tan rápida y directamente como sea posible, con lo que se busca influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades y los recursos sociales de la persona afectada para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés (Bravo, 2010). Es decir, se encamina a la resolución de la crisis, a adquirir el dominio cognitivo del incidente e integrarlo a la vida para establecer una mayor apertura y disposición hacia el futuro (Universidad Industrial de Santander, 2014).

Este modelo psicoterapéutico busca que la persona retorne a un equilibrio previo a través del logro de una comprensión de las características particulares de su respuesta y enfrentamiento a la crisis. Este es un modelo de intervención que busca ajustarse a las circunstancias particulares de cada paciente, también es importante destacar que requiere un nivel de competencias elevado propio de terapeutas entrenados y de un trabajo focalizado en los aspectos centrales de la crisis de la paciente (Martínez, 2020).

4.2 Medidas y Objetivos

Roberts y Ottens (2005) Afirman:

“La intervención debe constituir una oportunidad para enfocarse en el momento presente, evaluar ágilmente los problemas y recursos del individuo, plantear metas y estrategias de afrontamiento alternativas, desarrollar una alianza de trabajo y construir a partir de las fortalezas”
p.331.

La psicoterapia de crisis busca la estabilización, resolución y dominio de la crisis; busca preparar a la persona para gestionar las secuelas de un evento específico, ayuda a reconocer el impacto de lo sucedido y sus consecuencias emocionales y conductuales, además tiene como objetivo la identificación de las habilidades de afrontamiento y el descubrimiento de los recursos disponibles que luego puedan ser utilizados para enfrentar los desafíos posteriores. Para ello es esencial una construcción conceptual planificada de la interacción, en este prontuario se desarrollan 4 etapas retomadas de diferentes propuestas de especialistas en intervención en crisis las cuales son esenciales y secuenciales y proponen de manera resumida, el establecimiento de rapport, identificar que precipito la crisis, implementar un plan de acción que genere alternativas para la reintegración de la persona y por último buscar dar monitoreo. Este modelo de intervención en crisis propone un esquema sistematizado y está dirigido hacia el cumplimiento de objetivos.

“La intervención en crisis no es magia. Es una intervención sistemática, guiada por modelos. El trabajo de crisis de cualquier tipo requiere una estructura que permita intervenir de manera constructiva y profesional”
(Leenaars, 1994, p. 341).

1. Hacer contacto psicológico y rápidamente establecer la relación de colaboración

La intervención en crisis es un proceso sistemático de solución de problemas, la clave para trabajar con personas en crisis es la relación, es un proceso de alianza que proviene de la empatía, esta relación terapéutica especial, es vital, es la plena disposición de asumir la responsabilidad de apoyar a la persona mostrando disposición genuina y una profunda preocupación. A lo largo del transcurso de vinculación el o la terapeuta, fomentaran en la consultante la idea de que existen alternativas y promoverán el apego emocional a ellas (Leenaars, 1994).

La relación en sí misma es importante, la actitud comprensiva, integra y sincera del o la terapeuta es esencial, evitando muestras de compasión o conmiseración y haciendo patente su interés por la paciente y su crisis, lo que implica proporcionar respeto, aceptación y mostrar cercanía. Se busca la aprobación de la paciente en todas sus dimensiones, tanto en su sufrimiento como en sus capacidades de autorregulación, tanto en sus tendencias más creativas como en sus defectos más destructivos; para favorecer a la comunicación y a el desbloqueo (González de Rivera, 2001).

El concepto de "*lugar seguro*" es también decisivo para todo el trabajo en crisis, la pérdida de seguridad es fundamental en la experiencia de crisis. El lugar más seguro para la persona en crisis, es por encima de todo, la relación con el o la terapeuta y esto debe contemplarse como una verdad sagrada, por lo tanto, tiene que existir el profesionalismo en todo momento (Rubin y Bloch, 2000).

Es importante plantearse la responsabilidad ética del o la terapeuta que entrara en contacto con la paciente, para los motivos de este prontuario que involucra asesinatos con violencia, este vínculo implica proporcionar un espacio de relación basado en la colaboración y en el apoyo, una actitud no neutral frente al padecimiento de la paciente y supone comprender que la crisis que se presenta, es el resultado de una experiencia traumática infringida deliberadamente, un crimen perpetrado, que representa un dolor inmenso. Este tipo de vínculo terapéutico

contribuye a facilitar y restablecer la capacidad de confiar por parte de la paciente, estableciendo una relación real. Las emociones de odio, amor, tristeza y destrucción, son aceptadas no sólo como parte de la relación entre terapeuta y paciente, sino como un vínculo entre seres humanos (Lira, Becker, Castillo, 1989). La intervención en caso de crisis se centra en indagar sobre el evento precipitante, se busca resolver la crisis actual y prevenir crisis futuras, así como adaptar la intervención a la realidad del paciente. Se debe hacer una breve explicación del propósito de la intervención lo que le dará a la víctima un entendimiento de que las metas generales están diseñadas para restaurar a la víctima a un nivel de funcionamiento anterior a la crisis. En este sentido, la intervención en crisis tiene por objeto optimizar el funcionamiento de la víctima en todos los dominios sociales; como el hogar, el trabajo y los demás círculos donde se desenvolvía, así como devolver a la víctima una sensación de seguridad (Dykeman, 2005).

Este tipo de intervención en crisis a menudo exige respuestas rápidas para salvaguardar la integridad de la persona por lo tanto es importante:

- Informar a la víctima de la necesidad de que exista una disposición especial a comunicarse.
- Señalar lo valiente que ha sido por consultar ayuda y relatar lo ocurrido.
- Resaltar que se maneja la información con especial cuidado respetando la confidencialidad (Leenaars, 1994).

Se debe de realizar una evaluación biopsicosocial rápida pero completa y precisa, que pueda garantizar la seguridad de la consultante esta evaluación debe cubrir los siguientes aspectos:

- Obtener datos de la paciente que nos permita poder comunicarnos con ella, con familiares o con personas que formen parte de la recuperación de la crisis (nombres, teléfonos, direcciones).
- Preguntar por el estímulo que precipitó la crisis. Examinar las dimensiones del problema: mediante el diálogo obtendremos información sobre el ahora de su problema. En este paso se busca indagar acerca de la situación

presente, implica las preguntas de "*quién, qué, dónde, cuándo, cómo*" necesitamos investigar quién está implicado, qué pasó, cuándo, se buscar tener la narración completa de la persona.

- Informarse sobre las necesidades médicas y el uso de medicamentos e influencias biológicas.
- Indagar sobre el uso actual de drogas, alcohol, tabaco.
- Preguntar sobre los hábitos alimentarios y de sueño (Slaikeu, 1996).
- Evaluar sistemáticamente comportamientos, métodos y recursos internos y externos de afrontamiento (funcionamiento general, excesos, carencias, fortalezas y debilidades).
- Evaluar respuestas afectivas (sentimientos y emociones sobre la situación y la vida en general, sensaciones, imágenes y cogniciones sobre el pasado, el presente y el futuro).
- Identificar los factores estresantes de la paciente.
- Identificar las necesidades inmediatas y las preocupaciones.
- Conocer información sobre los apoyos ambientales y relaciones interpersonales (cantidad y calidad de relaciones sociales).
- Investigar sobre factores específicos de riesgo suicida. El o la terapeuta no debe temer preguntar directamente si la persona en crisis ha pensado en suicidarse, así como no debe subestimar el riesgo, ni asumir una actitud de burla, crítica, recriminación o minimización de los motivos argumentados (Rendón y Agudelo, 2011).

2. Fomentar la exploración de los sentimientos y ayudar a la persona en el proceso de duelo

La finalidad de la intervención terapéutica en la crisis circunstancial de este prontuario será en este punto la aceptación de la realidad de la pérdida y la adecuación en el proceso de duelo, para generar una sensación de alivio, equilibrio restaurado y una apertura para afrontar el futuro (Slaikeu, 1996).

Una vez que existe un vínculo consolidado, el o la terapeuta, ofrecerán su capacidad de contener, y es a través de la verbalización y del diálogo que se hará posible recuperar la experiencia que suscito la crisis (Lira, Becker, Castillo, 1989).

Elaboración del duelo

“Duelo es un término tanto cultural como científico con el que nos referimos, sobre todo, al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida afectiva” (Tizón, 2017, p. 9).

El duelo es una forma de vivencia social dramática ante la muerte de un ser querido, su función es expresar la tristeza y el dolor que siente el vivo por la partida de la persona fallecida. El duelo es el sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido y proviene del latín *dolos* que significa dolor. También es el estado en el que la persona transmite o experimenta una respuesta humana natural que implica reacciones psicosociales y psicológicas por lo tanto es fundamental entender el duelo como un proceso en movimiento, con cambios y múltiples posibilidades de expresión y no como un estado estático con límites rígidos. Como resultado del proceso de duelo el yo queda liberado de sus antiguos apegos y disponible para vincularse de nuevo con otra persona viva (Oviedo, Parra, Marquina, 2009).

“Por elaboración del duelo se entiende la serie de procesos psicológicos, el trabajo psicológico que, comenzando con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto y la readaptación biológica, psicológica y social del deudo, de la persona que ha sufrido la pérdida” (Tizón, 2017, p. 9).

El duelo incluye el dolor físico que mucha gente experimenta, el dolor emocional y el dolor conductual asociado con la pérdida. Es necesario reconocer y trabajar este dolor o éste se manifestará mediante algunos síntomas u otras formas de comportamiento disfuncional, cualquier cosa que permita evitar o suprimir de forma continua este dolor es probable que prolongue el curso del duelo. No todo el mundo experimenta el dolor con la misma intensidad ni lo siente de la misma manera, pero es imposible perder a alguien a quien se ha estado profundamente vinculado sin experimentar cierto nivel de dolor, la pérdida de un ser amado es psicológicamente tan traumática como herirse o quemarse gravemente en el plano fisiológico. El duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, se necesita un período de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio. Durante el duelo se puede restaurar el funcionamiento total o casi total, pero también hay casos donde el proceso de adaptación y curación es inadecuado. De la misma manera que los términos “sano y patológico” se aplican a los distintos cursos en el proceso de curación fisiológica, también se pueden aplicar al curso que toma el proceso del duelo (Worden, 2013).

El duelo es una de las situaciones más complejas de las que afectan al ser humano, tiene implicaciones biológicas (a las personas en duelo les duele el cuerpo), psicológicas (sienten un dolor psíquico insoportable), familiar (el dolor de las personas que amamos nos afecta) y espiritual (nos duele, como se suele decir, el alma) (Garciandía, 2013).

El tipo de muerte se puede clasificar en oportuna e intempestiva, la oportuna es aquella que se esperaba, la intempestiva es aquella que puede ser prematura, inesperada o trágica como en el caso de los feminicidios, la muerte intempestiva puede adquirir características de crisis y generar complicaciones en el desarrollo del trabajo de duelo, este o no comienza, o no termina (Girault y Dutemple, 2020).

Por lo tanto, la ayuda terapéutica buscará la forma de auxiliar a la persona en el proceso de duelo. Cuando alguien muere de manera catastrófica siempre hay cierta sensación de que no es verdad. La primera tarea del duelo es afrontar plenamente la realidad de que la persona está muerta, *que se ha marchado y no volverá*. Parte de la aceptación de la realidad es asumir que el reencuentro es imposible, al menos en esta vida. Algunas personas no aceptan que la muerte es real y se quedan bloqueados (Worden, 2013).

Dar salida a las respuestas emocionales contenidas es prioritario en el tratamiento de la crisis, la percepción y expresión de emociones relacionadas con la pérdida y el duelo son especialmente importantes, la actitud del o la terapeuta debe ser simultáneamente permisivas y contenedoras (González de Rivera, 2001).

El o la terapeuta, con paciencia tienen que ofrecer su capacidad de “escucha activa”; parafrasear, reflejar sentimientos e indagar será muy importante dejando que la paciente sea la guía principal, a través de la verbalización se hace posible recuperar la experiencia traumática, es importante cuando sea necesario ayudar a la facilitación, clarificación y catarsis. Se deben identificar los sentimientos que acompañan a la crisis (rabia, desamparo, privación, angustia, pena, culpa y especialmente desesperanza e impotencia), para ayudar a la persona a aceptar la realidad de la muerte es necesario pedirle que se permita sentir y manifestar el dolor de lo irreparable, hasta que no lo haya hecho, no logrará dominar e independizarse de este episodio de su vida (Caplan, 1966).

Para fomentar el hablar de la pérdida se pueden utilizar las siguientes preguntas: *¿dónde se produjo la muerte? ¿Cómo ocurrió? ¿Dónde estabas cuando te enteraste? ¿Cómo fue el funeral? ¿Qué se dijo en el servicio religioso? ¿Qué perdió usted de ella con su muerte? ¿Qué perdió usted, de usted misma, con su muerte? ¿Cuál es el dolor que le produjo su muerte?* todas estas preguntas se enlazan para ayudar a la persona a que hable, específicamente, de las circunstancias que rodearon a la muerte, mucha gente necesita repasar lo sucedido una y otra vez en su mente, revisar los acontecimientos que han ocurrido. Para esto se puede

necesitar algún tiempo, otra manera de auxiliar a la persona es mediante rituales de despedida, que marcaran límites en el tiempo para que la persona pueda aceptar lo sucedido y poder continuar con su vida (Worden, 2013).

Rituales de despedida

“Los rituales puntúan la vida, marcando públicamente momentos de transiciones significativas para los miembros de una comunidad”

(Neimeyer, 2000, p.99).

Los ritos son importantes porque hacen más llevadera la separación, sirven para facilitar la adaptación de los vivos a la nueva realidad, logrando aceptar que sí ocurrió el hecho y que se debe seguir adelante. Los ritos ponen límites que ayudan a guiar y confirmar las etapas de superación, ayudan a muchas personas a encaminarse hacia la aceptación (Worden, 2013).

Van der Hart y Goossens (1987) proponen el ritual terapéutico de la “despedida” el cual consisten en tres fases:

1.Preparación: El o la terapeuta explican cómo la realización de un ritual de despedida podría ayudarle a resolver su duelo. Es importante asegurarse de que la paciente este bien motivada para el ritual, ya que este será una ardua tarea emocional que requeriría de un gran esfuerzo y desencadenará emociones intensas hacia la difunta y hacia los responsables de su muerte, la persona puede debatirse entre la esperanza y el abatimiento. En esta fase, se buscará estimular a la paciente para que hable sobre su pérdida, la fase preparatoria termina con un contrato definitivo, que especifica los acuerdos del trabajo conjunto que se realizará, la paciente asumirá el compromiso de la realización de las tareas indicadas con la guía del o la terapeuta, así como asistir al menos una sesión a la semanal. Además, se le debe menciona que puede llamar por teléfono al terapeuta si surge la necesidad o el deseo.

2.Reorganización: Durante esta fase se lleva a cabo la mayor parte del trabajo sobre el duelo. Cuando este proceso inicia, normalmente, la persona experimenta un estado de profunda desesperación y tristeza cuando se da cuenta de que el significado de su existencia no puede continuar proviniendo de la persona fallecida y que tendrá que desligarse de los vínculos que la mantienen unido a ella o al menos conceder a la persona fallecida un lugar menos central en su vida. Como carece de una nueva perspectiva, en algunas ocasiones, puede desear poner fin a su propia vida. En ciertos casos, para que la paciente salga de este infortunio sin sufrir daños, se necesita un apoyo extra del o la terapeuta en forma de contacto más frecuente, explicaciones del proceso y en ocasiones medicación (ayuda psiquiátrica).

Durante esta fase, la paciente sigue ciertas reglas que separan el período de duelo de la vida “normal”. Por ejemplo, la persona puede abstenerse de beber alcohol o de participar en fiestas o celebraciones, renunciar a diversos lujos o placeres, inclusive puede realizar cualquier otro tipo de ritual asociado con sus creencias religiosas, es importante tener en consideración que es temporal.

Antes de poner en marcha el proceso del ritual es recomendable explorar con la paciente si visita alguna vez la tumba y qué supone eso para ella. Si no la visita, preguntar cuál es su temor respecto a ir, las visitas al cementerio tienen sus raíces en las expectativas y prácticas culturales y pueden dar también alguna pista respecto a cómo se está elaborando el duelo. Visitar el cementerio o el lugar en el que reposan o están esparcidos los restos, pueden hacer que la persona se dé cuenta de la realidad de la pérdida. El o la terapeuta tiene que animar a la persona a visitar la tumba como parte del trabajo del duelo. Esto se puede hacer con amabilidad, de una manera sensible y teniendo cuidado con el momento en que se hace la sugerencia también se puede incitar a la persona que lleve flores, agua, se disponga a limpiar el lugar, dependiendo la creencia religiosa que tenga (Worden, 2013).

Para poner en marcha el ritual, el o la terapeuta pide a la paciente que realice “Las cartas de despedida” es una forma de descargarse de los recuerdos dolorosos. Esta

tarea es extremadamente apropiada para las pacientes con un duelo conflictivo, así tienen una oportunidad para expresar e integrar sus sentimientos ambivalentes con respecto a la finada. La paciente escribirá dos veces a la semana, a una hora y en lugar fijados, durante treinta o cuarenta minutos; menos en caso de que la tensión se haga demasiado penosa después de escribir las cartas el paciente comentará las cartas con el terapeuta durante los momentos de sesión. Fijar un tiempo y un lugar dan a la carta un carácter ritual, proporcionando un encuadre en el que la persona expresara y elaborara sus emociones. La paciente puede requerir una asistencia especial y es posible que necesite al terapeuta, para ayudarle a escribir los pasajes relevantes en la carta. Las cartas deben de expresar (aquellos aspectos que no han sido comentados con nadie y que se piensa que nunca lo serán, es importante recalcar que no es importante preocuparse por la ortografía o redacción lo importante es el contenido):

- Lo que me gustaría poder decirte es...
- El primer recuerdo que tengo de ti es...
- Lo que más me gustaba de ti es...
- Lo que más te gustaba hacer era...
- Los mejores momentos que pasé contigo fueron...
- Cuando pienso en ti...
- Lo que los demás dicen de ti es...
- De lo que más me arrepiento de nuestra relación es...
- Lo que nunca te oí decir fue...
- Cuando más me decepcionaste fue cuando...
- El recuerdo que más me perturba de los que tengo de ti es...
- Lo que hago para mantener vivo tu recuerdo es...
- Sé que estoy progresando cuando... (Neimeyer,2000).

El terapeuta determinará cuando se finalizará el ritual, si la persona toma esta decisión por su cuenta, se arriesga a terminar demasiado pronto, evitando así la experiencia del dolor necesaria para poder despedirse, encontrar paz y recuperar el balance emocional. Las señales de que el proceso está finalizando son: una menor

preocupación por el pasado, sueños que implican despedirse del difunto y un mayor interés por las personas y cosas del presente. En esta etapa, se prepara una ceremonia para despedirse de las cartas (Worden, 2013).

3.Finalización: Esta fase abarca una ceremonia de despedida, un rito de purificación y un rito de reunión. La paciente se despide solemnemente de las cartas mediante una ceremonia de despedida, que con frecuencia adopta la forma de funeral, en el que se queman las cartas o se entierran. Esta es una ocasión apropiada para poder limpiar el cuarto de la persona fallecida. También es importante conservar ciertos objetos clave, el objetivo no es hacer desaparecer todos los símbolos existentes, ni borrar la memoria de la finada de la conciencia de la paciente.

Finalizada la ceremonia de despedida, la paciente realiza un ritual de purificación como bañarse. Esto marca el éxito de la fase de transición. Después, celebrará su entrada en la “vida normal” con una reunión ritual, que con frecuencia consiste en una comida especial con los familiares o personas cercanas. La reunión ritual tiene gran importancia, ya que expresa simbólicamente las relaciones más significativas en la nueva fase de su vida.

La familia como grupo es la mejor y más natural fuente de apoyo social por ello durante el periodo de escritura de cartas por parte de la paciente, el terapeuta también puede recomendar realizar un rito familiar. El duelo es un desafío que implica grandes cambios adaptativos que al realizarse acompañado puede ser más fácil de procesar, el objetivo del ritual será favorecer, el apoyo mutuo, el cuidado, aumentar la cohesión, abrir canales de comunicación de pensamientos y sentimientos, facilitando un ambiente de apoyo que fortalecerá los vínculos (Schuler, Zaider, Kissane, 2012).

Worden (2013) Propone el siguiente ritual para auxiliar a la familia durante en duelo: “Libro de recuerdos”

El objetivo es hacer conjuntamente un libro de recuerdos sobre la fallecida. Este libro puede incluir historias sobre los acontecimientos familiares, cosas memorables como fotografías, poemas y dibujos realizados por diferentes miembros de la familia incluidos los niños. Esta actividad puede ayudar a la familia a recordar viejas

historias y finalmente, a elaborar el duelo con una imagen más realista de la persona fallecida. Además, los niños pueden participar para integrar la pérdida en su vida de crecimiento y cambios. Al usar este procedimiento es muy probable que exista resistencia y negación por parte de la familia, pero si se supera esta resistencia la intervención será muy beneficiosa. Esta herramienta facilitar que expresen sus emociones y sentimientos ante la pérdida o sobre aquellos acontecimientos que no hayan podido resolver con ella, es importante que la familia haga comentarios abiertos sobre la fallecida, aceptando sentimientos de vulnerabilidad. Durante estos períodos de activación del duelo se anima a los miembros de la familia a compartir sus experiencias emocionales y a reaccionar empáticamente ante las emociones expresadas por los demás.

3. Restablecer el funcionamiento de la persona por medio del desarrollo de la resiliencia

Slaikeu (1996) señala:

“Translaborar el incidente de crisis de modo que éste se integre de manera funcional en la trama de la vida, para dejar al paciente abierto, antes que cerrado, para encarar el futuro” p. 153.

Cualquier situación de crisis afecta profundamente a la confianza de la persona en sí misma y en los demás, por ello, presentará dificultades de concentración, se mostrará irritable, se encontrará permanentemente en un estado de alerta y sobresaltada, frecuentemente se sentirá desbordada ante los acontecimientos cotidianos, estos síntomas derivan de la vivencia súbita de la indefensión, pérdida y humillación (Echeburúa, De Corral, Amor, 2005).

Por ello, los planes de acción concretos que se retoman en esta etapa a menudo puede ser los más difíciles de lograr, si la intervención es correcta es probable que en este punto la paciente ya se ubique en un ambiente que acepta el vacío que dejó

la difunta, la terapia en este punto implicara restaurar el desempeño de la paciente desarrollando su capacidad de resiliencia.

Resiliencia

La Real Academia Española (RAE) señala que la palabra resiliencia deriva del latín “resilīre” que significa, saltar hacia atrás, rebotar o replegarse y define este concepto como:

1. f. Capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos.
2. f. Capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido.

Las primeras definiciones del diccionario de la Resiliencia incluyen aquellas relacionadas con la física. Así, los físicos y los ingenieros aplican este concepto a todo aquello que tiene "la habilidad de recuperar o recobrar la forma, posición, etc", después este significado se extendió a las ciencias sociales (Ortunio y Guevara, 2016).

La resiliencia es la capacidad de superar los eventos desfavorables, la habilidad para resurgir, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva, es la capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla,1997).

La resiliencia es como una coraza que se va fortaleciendo con cada experiencia y con la forma en que la percibimos la realidad, la cual nos permite defendernos y poder levantarnos en situaciones que puedan afectarnos emocionalmente. La resiliencia es entendida como la capacidad para mantener el funcionamiento adaptativo de las funciones físicas y psicológicas en situaciones críticas. Es una habilidad que nos permite remediar situaciones desfavorables e incluso aprender de las mismas, esta capacidad es procedente de una interacción de la persona con el entorno, no es innata (Carretero, 2010).

El desarrollo de la resiliencia es el camino hacia la adaptación positiva a la vida que tiene como objetivo la recuperación después de la crisis. La mayoría de las personas no eligen lo que les sucede, sin embargo, pueden aprender lecciones valiosas para enfrentar con éxito los eventos negativos de la vida (Kumpfer, 1999).

Desarrollo de la Resiliencia

- **Ayudar a la persona a reajustarse luego de la pérdida y a sentirse cómoda volviendo otra vez a la vida (Worden, 2013).**

“Las víctimas no pueden, ni deben, olvidar el pasado, pero tampoco pueden quedar atrapadas en el túnel del tiempo” (Echeburúa y Cruz-Sáez, 2015).

Recuperarse de la crisis implica poder aceptar lo pasado, vivir el presente y estar dispuesto a encarar el futuro, para ello la paciente debe de tomar conciencia de que su vida debe continuar y de que es la única responsable de su felicidad (O'Connor, 2019).

El objetivo es que la persona reconozca que no importa cuanta guía o apoyo consiga del entorno debe de afrontar su vida sola y aprender que debe de asumir la responsabilidad por el modo en el que desea continuar (Yalom, 2000).

- ❖ Ejercicio “me hago responsable”.

Este método sirve para que la paciente se responsabilice de sus percepciones y actos, logra que la persona tome conciencia de que es ella la que decide la actitud que va a asumir ante lo que no puede cambiar, en este caso la muerte de su hija. De esta manera tiene el poder de hacer algo por sí misma para modificar o disminuir su malestar, el ejercicio trata de que la paciente exprese algo que le está sucediendo y añada la frase “me hago responsable” por ejemplo: "Me doy cuenta de que me siento nerviosa y preocupada, y me hago responsable de ello" (Martín, 2013).

- **Que la paciente pueda readaptarse, reinvente proyectos para la vida y vuelva a tener seguridad en sí misma y en el entorno (Echeburúa, De Corral, Amor, 2005).**

Primero es importante encontrar un nuevo sentido a la propia vida en base a las metas personales (ejemplo: involucrarse en esfuerzos legislativos y políticos) (Rubin y Bloch, 2000). Los objetivos que están relacionados con ayudar a los demás, crean un propósito para el dolor y sufrimiento, curarse ayudando o cuidando a los otros, ayuda a las personas a recuperar el dominio del entorno y el control percibido (como se cita en Kumpfer, 1999).

La indiferencia e insensibilidad de las autoridades de todos los niveles, los obstáculos e ineficiencia en la procuración de justicia y la impunidad en la que quedan los feminicidios, se reflejan en las cifras, por eso muy importante canalizar a la paciente con asociaciones de apoyo con las cuales pueda compartir su dolor encontrar empatía y sororidad, como en los diversos colectivos feministas que dan acompañamiento. Unirse a un grupo de apoyo, es fundamental para restaurar el equilibrio psicológico de la paciente (Roberts y Ottens 2005).

Es fundamental favorecer a la recuperación progresiva de sentimientos de competencia y eficacia (González de Rivera, 2001). Para recuperar la autoestima y la autoeficacia es necesario buscar la recuperación de lazos con familiares, amigos, compañeros, etc. así como generar nuevos vínculos afectivos de calidad esto debido a que a través de la interacción con nuestros pares adquirimos la valoración y el conocimiento propio (Forentino, 2008).

Para finalizar este paso es importante favorecer la realización de programas de actividades agradables y la planificación de la reintegración a las actividades de la vida diaria, el o la terapeuta tiene que proyectar a la paciente hacia el futuro de forma gradual, buscando la realización de actividades gratificantes, todo lo que suponga sacar al paciente de su estado de indefensión y hacerle sentirse útil ante sí mismo y ante los demás contribuye a su recuperación (Echeburúa, 2004).

- **Modular la intensidad del estrés que operan en la vida de la víctima en un esfuerzo por hacer frente a los desafíos actuales y posteriores de la crisis (Dass-Brailsford, 2007).**

El objetivo del tratamiento en este punto es facilitar que disminuya la sintomatología que le está produciendo malestar psicológico y físico, así como disminuir la activación y el estado de alerta:

- ❖ Desarrollo de habilidades del mantenimiento de la salud.

1 Incitar a la paciente a realizar ejercicios físicos, dependiendo de sus capacidades motoras, esto ayudara al paciente a modulara la tensión física

- Yoga.
- Ejercicios al aire libre.
- Natación.

2 Las deficiencias nutricionales pueden provocar consecuencias psicológicas adversas, como son dolores de cabeza, mareos, irritabilidad, por ello importante fomentar en la paciente una alimentación saludable.

- Regular sus patrones de dieta.
- Intentar, dentro de lo posible, comer sanamente y regularmente (Slaikeu, 1996).

3 Promover un patrón de sueño saludable, es fundamental ayudar al paciente a conciliar el sueño, el dormir cumple en el organismo humano una función reparadora es de gran importancia para la estabilidad ya favorece a la calidad emocional, social y conductual, hábitos a realizar:

- Establecer un horario específico para acostarse y levantarse, aunque no haya dormido bien.
- Evitar dormir siestas durante el día.
- Evitar el consumo de bebidas hipertónicas, azucaradas o con cafeína, durante la tarde, sobretodo antes de irse a la cama.
- No comer demasiado antes de disponerse a dormir.
- Procurara la creación de un ambiente adecuado para dormir.

- No fumar.
- No ingerir líquidos antes de dormir.
- No utilizar el celular, ni ver la televisión dos horas antes del horario establecido para dormir (Valverde, Agüero y Salazar, 2020).

4 Hablar con la paciente de los riesgos que implica el evadir el dolor o sufrimiento con el uso de drogas o alcohol.

- ❖ Enseñar a la paciente ejercicios para reducir el estrés.

1 Respiración: Algo indispensable para ayudar a la paciente a tranquilizarse es ayudarle a dominar la herramienta más poderosa que dispone su interior, la respiración. El empleo del ejercicio de respiración ofrecerá a la persona la posibilidad de modificar su nivel de estrés cuando la requiera. Este ejercicio puede realizarse sentado o acostado. Se le pedirá a la paciente que realice los siguientes pasos:

- 1 Sea consciente de su respiración.
- 2 Respire de forma cómoda y sencilla.
- 3 Imagine su respiración como presencia pacificadora que penetra en su cuerpo para traer calma.
- 4 Dirija su respiración hacia el *Hara* (bajo vientre), punto situado debajo del ombligo.
- 5 Imagine que su respiración desciende hasta el *Hara* (bajo vientre) y mientras llega calma todo su cuerpo.
- 6 Busque la parte de su cuerpo donde siente tensión, lleve su respiración hasta ese punto y sea consciente de lo mucho más relajado que puede llegar a estar cuando su respiración entra en contacto con esta zona.
- 7 Coloque su mano sobre la *Hara* (bajo vientre) y después llévela hasta donde se encuentra su respiración, sienta como esa parte se va relajando más y más, continúe hasta que se sienta totalmente calmado (Rubin y Bloch, 2000).

2 Centramiento: Se trata de un ejercicio bioenergético.

Se le pedirá a la paciente que realice los siguientes pasos:

- 1 Póngase en pie separándolos 25 cm.
- 2 Flexione las rodillas, permita que la parte superior de su tronco caiga hacia adelante, en una dirección descendente, hasta que su cabeza cuelgue tan cerca como sea posible de sus pies.
- 3 Levante los talones del suelo.
- 4 Experimente las vibraciones que atraviesan por sus piernas y se introducen en su cuerpo cuando hace esto, manténgase en esta posición tanto como sea posible y después vuelva a posar sus talones sobre el suelo, con las rodillas flexionadas.
- 5 Eleve lentamente la parte superior de su cuerpo y después levante sus brazos por encima de la cabeza.
- 6 Mueva los brazos explorando con ellos el espacio que lo rodea y sea consciente del espacio que usted ocupa en el mundo.
- 7 Cuando entre en contacto con su centro interior diga gritando fuerte ¡Estoy vivo! También puede decir otras frases que lo hagan sentir mejor como ¡Me siento vivo!, ¡Me siento fuerte!, ¡Estoy aquí!, etc.
- 8 Este ejercicio es tan práctico como la respiración, porque se puede realizar fácilmente en cualquier lugar. Este ejercicio ayuda a la paciente a volver a establecer contacto con su propio centro interior, encontrar la paz, reducir la tensión, calmar la ansiedad y revitalizar su nivel energético. Provee a la persona la sensación de tener poder y control sobre la situación que está viviendo (Rubin y Bloch, 2000).

3 Relajación progresiva: La ansiedad produce contracciones musculares, al lograr reducir esa tensión en los músculos, los niveles de ansiedad y estrés también disminuirán. La relajación progresiva consiste en aprender a cómo contraer y relajar diferentes partes del cuerpo al descansar el músculo voluntariamente la persona sacara el estrés.

1 Brazo como un palo

Se le pedirá a la paciente que realice los siguientes pasos:

- 1 Se le pedirá a la paciente que se acueste.
- 2 Tense lentamente todos los músculos de modo que el brazo quede rígido y levantado de la superficie donde esta acostado.
- 3 Posteriormente apriete el puño los más fuerte que pueda.
- 4 Sienta la tensión a lo largo del brazo durante unos momentos.
- 5 Para finalizar relájese abra el puño y deje caer los brazos lentamente sintiendo como sus brazos y su cuerpo se van relajando.

2 Tonificación de los hombros

Se le pedirá a la paciente que realice los siguientes pasos:

- 1 Se le pedirá a la paciente que se siente.
- 2 Levante los hombros como encogiéndolos como si quisiera alcanzar sus orejas, tensando la región del cuello.
- 3 Tómese un momento para sentir esta tensión registre la sensación.
- 4 Por último, deje caer los hombros poco a poco, despacio, hasta sentirlo completamente relajados, suelte todo el cuerpo, estírese, repita esta acción hasta que relaje todo el cuerpo y encuentre calma.

3 Tensado de la musculatura abdominal

Se le pedirá a la paciente que realice los siguientes pasos:

- 1 Concéntrese en los músculos abdominales.
- 2 Haga que esta área quede plana y dura, contrayendo los músculos hacia dentro.
- 3 Ahora, sienta la tensión debajo de las costillas, sobre los órganos y alrededor del dorso de la pelvis.
- 4 Por último, relájese, déjese ir, permitiendo que los músculos se extiendan, note una sensación de profunda relajación y deje que la relajación vaya siendo más profunda al transcurrir los segundos.

4 Flexión y extensión de los dedos de los pies

Se le pedirá a la paciente que realice los siguientes pasos:

- 1 Concentre su atención en sus pies.
- 2 Encorve los dedos de los pies hacia abajo lo más que pueda.

- 3 Tómese un momento para sentir la tensión en la planta del pie y la pantorrilla de la pierna.
- 4 Destense los dedos y tome conciencia de cómo se libera la presión, note como se sienten sus pies la relajación.

El ejercicio también se puede realizar poniendo las puntas de los pies en curva hacia arriba, aquí la tensión se siente en la parte superior del pie y la espinilla.

A medida que se vayan realizando estos ejercicios más seguido la relajación se obtendrá en periodos de tiempo cada vez más cortos, también es importante recalcar que estos ejercicios tendrán mayor eficacia si se acompañan con una respiración profunda en los momentos de soltar el músculo (Payne, 2002).

4 El lugar seguro: Se busca que la paciente pueda crear en su mente un espacio propio, único, donde pueda encontrar tranquilidad, para así disminuir sus niveles de ansiedad. Este ejercicio puede realizarse sentado o acostado. Se le pedirá a la paciente que realice los siguientes pasos:

- 1 Acuéstese tranquilamente, cierre los ojos y empiece a respirar profundamente.
- 2 Visualice una escena imaginaria un lugar especial en el que le gustaría estar en este momento, un lugar único donde usted encontrará paz y calma.
- 3 Esta escena debe estar rica, en imágenes sensoriales; Una playa, un prado, un lago o un bosque. La paciente debe de estar abierta a crear su propio concepto de lugar seguro.
- 4 A partir de la elección de la paciente se le invitará a imaginar cómo se siente su cuerpo en ese lugar, por ejemplo, si es una playa puede pedirle que imagine cómo se siente la arena sobre sus pies, como se siente el calor sobre su piel, etc. se debe dedicar tiempo suficiente para crear este lugar este lugar no tiene una secuencia especial puede contener cualquier quimera, puede haber cualquier elemento que la persona quiera y que le genera paz a fin de poder recrearla fácilmente en visualizaciones subsecuentes.

- 5 Recuérdale a la paciente que en este lugar no se le permitirá la entrada a nadie al menos que sea bienvenido.

Este lugar que creó la paciente será de gran ayuda ya que ahí encontrará un espacio de bienestar para poder calmar sus pensamientos, meditar y renovarse (Payne, 2002).

4. Seguimiento

El o la terapeuta deben planificar un contacto de seguimiento con la paciente, durante estas sesiones, se plantea un monitoreo, ya que incluso después de todo el trabajo de duelo y del ritual de despedida, ciertas fechas harán resurgir la pena (la fecha del aniversario luctuosa, el cumpleaños de la persona fallecida o los trámites legales que implican un feminicidio por ejemplo) (Worden, 2013).

Esta intervención servirá para evaluar el estado posterior a la crisis del cliente. Esta evaluación posterior a la crisis de la paciente incluye su condición física (sueño, nutrición, higiene) y psicológica una evaluación del funcionamiento general, incluido el familiar, social, espiritual, laboral, etc., este monitoreo busca saber si existe algún factor estresante en la actualidad y cómo se están manejando; para poder buscar las soluciones necesarias (Roberts y Ottens 2005).

Conclusión

El fin de este prontuario fue la recolección de información resumida, concisa y oportuna, para aquella persona que necesite dar asesoramiento en cuanto al fenómeno de los feminicidios. México es un país donde desafortunadamente la violencia sigue en aumento, la sociedad mexicana vive en una cultura en la que la violencia hacia el género femenino es predominante, los feminicidios representan el grado más extremo de violencia contra las mujeres y debe entenderse como parte de las construcciones sociales que legitiman la subordinación del sexo femenino. Retomar este tema es importante porque solo entendiéndolo y reconstruyéndolo día a día se podrá combatirlo.

Este prontuario busca ser una guía para aquella persona que necesite o tenga que brindar primeros auxilios psicológicos, en una primera instancia al momento de atender casos de feminicidios. Es común que muchas madres que han sido víctimas de este delito se quejen de la falta de empatía y profesionalismo que las personas encargadas de dar estas noticias y llevar estos casos, por ello considero importante retomar este tema en busca de desarrollar en esas personas empatía y herramientas claves que puedan ayudarlos a mejorar su labor.

Por otro lado, brinda conocimientos elementales para aquellos o aquellas terapeutas encargados de estas crisis, para que puedan ayudar a las personas víctimas de este delito en el apoyo de la elaboración del duelo. Se utilizó como base la terapia en crisis ya que esta se enfoca en ayudar a la paciente a que pueda salir lo más rápido posible de su estado y pueda reincorporarse a la vida diaria, esta guía muestra algunos ejercicios que ayudaran a persona a sobrellevar no solo el duelo, si no a las complicaciones que implican la búsqueda de justicia ya que hablamos de un delito.

Referencias Bibliográficas

- Aja, L. (2009). *Intervención en crisis. Diplomado factores psicosociales y trabajo saludable*. Recuperado de http://buscandoanimo.org/Descargas/suicidio/04_Intervencion_en_crisis.pdf
- Albarran, J. (2015). Referentes conceptuales sobre femicidio/feminicidio. Su incorporación en la normativa jurídica venezolana. *Comunidad y Salud*, 13 (2), 75-80. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375743552010>
- Argüello, D. (2017). El femicidio: Una forma de violencia extrema. *RESISTENCIA*, 5, 16-19. Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/5597/1/05-TC-Arg%C3%BCello.pdf>
- Arisó, O. & Mérida, R. (2010). La violencia contra las mujeres. En Autor (Ed.), *Los géneros de la violencia: Una reflexión queer sobre la violencia de género* (pp. 13-43). Madrid, España: EGALES.
- Atencio, G. (04 de Marzo del 2011). Femicidio-Femicidio: un paradigma para el análisis de la violencia de género (Mensaje en un blog). Femicidio.net. Recuperado de <https://femicidio.net/articulo/femicidio-femicidio-un-paradigma-para-el-an%C3%A1lisis-de-la-violencia-de-g%C3%A9nero-0>
- Azzollini, S. C., Azzara, S. H., Depaula, P. D., Cosentino, A. C. & GrinHauz, A. S. (2017). Modificación del Protocolo de primera ayuda psicológica en situaciones de crisis. *Acta Psiquiátrica Psicológica de America Latina*, 63 (2), 139-147. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=10e24232-b32a-4361-a17d-1fe2792ac0a5%40sdc-v-sessmgr03>
- Barrales, C. (2019). Atención psicológica en situaciones de emergencias y desastres. *Horizonte Sanitario*, 18 (1), 5-6. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200774592019000100005
- Bejarano, M. (2014). El feminicidio es sólo la punta del iceberg. *Región y sociedad*, 26 (4), 13-44. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S187039252014000600002&lng=es&nrm=iso
- Boira, S., Marcuello-Servós, C., Otero, L., Barbero, B. & Vives-Cases, C. (2015). Femicidio y feminicidio: Un análisis de las aportaciones en clave iberoamericana Femicide and Feminicidio: an analysis in Latinoamerican perspective. *Comunitania: International Journal of Social Work and Social Sciences*, 10, 27-43. DOI: <https://doi.org/10.5944/comunitania.10.2>
- Bravo, M. C. (2010). Intervención en crisis ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13 (3), 67-82. Recuperado de <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num3/Vol13No3Art4.pdf>

- Caballo, V. E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Recuperado de <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/Caballo-V.-Manual-de-evaluaci%C3%B3n-y-entrenamiento-de-las-habilidades-sociales-ebook.pdf>
- Carcedo, A. & Sagot, M. (2000). Femicidio en Costa Rica, 1990- 1999. Recuperado de file:///C:/Users/arimo/Downloads/445-MFN_2966_CIEM_2166.pdf
- Carretero, R. (2010). Resiliencia. una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 27 (3). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/181/18113757004.pdf>
- Caplan, G. (1966). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Casique, I. (2010). Factores de empoderamiento y protección de las mujeres contra la violencia. *Revista Mexicana de sociología*, 72 (1), 37-71. Recuperado de <http://www.ejournal.unam.mx/rms/2010-1/RMS010000102.pdf>
- Cardona, L. M. & García, M. L. (2010). La Empatía, un Sentimiento Necesario en la Relación Enfermera-Paciente. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 18 (3), 120-124. Recuperado de <http://www.index-f.com/dce/18pdf/18-120.pdf>
- Código Penal Federal (CPF). Art. 325. 14 de junio 2012 (México).
- Corry, J. (1809). A satirical view of London. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=gqABAAAAYAAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_su_mmary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Corsi, J., Dohmen, M. L., Sotés, M. A. & Bonino, L. (1995). El varón violento. En Autores (Eds.), *Violencia masculina en la pareja: Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención* (pp.11-29). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Corsi, J. (2003). La violencia en el contexto familiar como problema social. En Autor (Ed.), *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico: Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares* (pp.15-40). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cortés, P. & Figueroa, R. (2011). Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos En crisis individuales y colectivas. Recuperado de https://www.preventionweb.net/files/59897_auxiliar.pdf
- Dass-Brailsford, P. (2007). *A Practical Approach to Trauma: Empowering Interventions*. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=vzIGvkcOIMUC&oi=fnd&pg=PP1&dq=A+Practical+Approach+to+Trauma&ots=A0tIIAUCul&sig=WfBfHTkPmkifN51DG_Svo8P8ZEA#v=onepage&q=A%20Practical%20Approach%20to%20Trauma&f=false
- Deza, S. (2007). Intervención en crisis: primeros auxilios psicológicos. *UNIFE*. 3 (1), 37-43. Recuperado de <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/tematicapsicologica/article/view/896/809>

- Díez, N. & Rodríguez, M. C. (2017). ¿Por qué es importante la enseñanza de la empatía en el Grado de Medicina? *Revista Clínica Española*, 217 (6), 332-335. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2017.01.005>
- Dykeman, B. F. (2005). Cultural Implications of Crisis Intervention. *Journal of Instructional Psychology*, 32 (1), 45-48. Recuperado de <https://eds-p-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=0dfceb8f-546b-43eb-a88f-8801031ab936%40redis>
- Egozue, M. M. (2005). *Primeros Auxilios Psicológicos*. México: Paidós.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. & Cruz-Sáez, M. S. (2015). De ser víctimas a dejar de serlo: un largo proceso. *Revista de victimología*, 1, 83-96. Recuperado de <http://www.huygens.es/journals/index.php/revista-de-victimologia/article/viewFile/9/2>
- Echeburúa, E., De Corral, P. & Amor, P. J. (2005). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. Recuperado de [https://www.academia.edu/16911236/18 LA RESISTENCIA HUMANA EN EL PROCESO DEL DUELO Echeburua?from=cover_page](https://www.academia.edu/16911236/18_LA_RESISTENCIA_HUMANA_EN_EL_PROCESO_DEL_DUELO_Echeburua?from=cover_page)
- Estrada, C., Herrero, J. & Rodríguez, F. J. (2012). La red de apoyo en mujeres víctimas de violencia contra la pareja en el estado de Jalisco (México). *Universitas Psychologica*, 11 (2), 523-534. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/647/64723241014.pdf>
- Everstine, D. & Everstine, L. (1992). Principios de comunicación para situaciones peligrosas o de mucha tensión. En Autores (Eds.), *Personas en crisis* (pp. 39- 56). México: Pax.
- Fernández, M. C., Herrero, S. & Sánchez, S. (2009). Atención en situaciones de violencia en atención primaria. Parte I: Violencia contra la mujer en la pareja. *FMC – Formación Médica Continuada en atención primaria*, 16 (5), 5-32. Recuperado de <https://www-scienceDirect-com.pbidi.unam.mx:2443/science/article/pii/S1134207209725964>
- Ferrándiz, F. & Feixa, C. (2004). Una mirada Antropológica sobre las Violencias. *ALTERIDADES*, 14 (27), 159-174. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/747/74702710.pdf>
- Forentino, M. T. (2008). La Construcción de la Resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida. *Suma Psicológica*, 15 (1) 95-113. Recuperado de <file:///C:/Users/arimo/Downloads/18-918-1-PB.pdf>
- Gantiva, C. A. (2010). Intervención en crisis: una estrategia clínica necesaria y relevante en Colombia. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 4 (2), 143-145. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/hevila/PsychologiaAvancesdeladisciplina/2010/vol4/no2/11.pdf>

- Garcíandía, J. A. (2013). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42 (1), 71-79. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80638951010.pdf>
- Girault, N. & Dutemple, M. (2020). Duelo normal y patológico. *EMC - Tratado de Medicina*, 24 (2), 1-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(20\)43789-4](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(20)43789-4)
- Gómez, J. (1997). *Intervención en crisis: Manual para el entrenamiento*. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=VE1hWzqJd1wC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- González de Rivera, J. L. (2001). Psicoterapia de la crisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI (79), 35- 53. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2650/265019672004.pdf>
- Granados, G. & Corral, A. (2014). Conductas en la pérdida de salud y estrategias de cuidados. En Autor (Ed.), *Aplicación de las ciencias psicosociales al ámbito del cuidar* (pp. 39-58). Barcelona, España: ELSEVIER. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com.pbi.unam.mx:2443/science/article/pii/B9788490224502000162>
- Hernández, K. A. & Lesmes, A. K. (2018). La escucha activa como elemento necesario para el diálogo. *Convicciones*, 9 (1), 83-87. Recuperado de <file:///C:/Users/arimo/Downloads/272-Texto%20del%20art%C3%ADculo-564-1-10-20181028.pdf>
- Hough, M. (1999). *Técnicas de orientación psicológica*. Madrid, España: narcea.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2011). Panorama de violencia contra las mujeres en México. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100962.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). (2019). Desigualdad en cifras. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BA5N10.pdf
- Juarez, J. (2017). *Sororidad. Mujeres deconstruyendo los códigos y lenguajes patriarcales existentes tras los feminicidios de Ciudad Juárez, México*. Medellín, Colombia: Sello.
- Kotliarenco, M.A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en resiliencia*. Recuperado de <http://www.ugr.es/~javera/pdf/2-3-resiliencia%20libro.pdf>
- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and Processes Contributing to Resilience: The Resilience Framework. En M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 179- 180). New York, United States of America: Kluwer Academic Publishers.
- Lagarde, M. (2015). Las operaciones patriarcales y clasistas. En Autor (Ed.), *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas* (pp.93-108). D.F., México: Siglo XX.
- Leach, M. (2005). Rapport: A key to treatment success. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11, 262-265. DOI: [doi:10.1016/j.ctcp.2005.05.005](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2005.05.005)

- Leenaars, A. (1994). *Psychotherapy with suicidal people: A Person-centred Approach*. Recuperado de <http://www.al-edu.com/wp-content/uploads/2014/05/Leenaars-Psychotherapy-with-Suicidal-People-A-person-centered-approach.pdf>
- Lira, E., Becker, D. & Castillo, M. I. (1989). Psicoterapia de víctimas de represión política bajo dictadura: un desafío terapéutico, teórico y político. En Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos (Ed.), *Derechos humanos: todo es según el dolor con que se mira* (pp.18-41). Recuperado de <https://biblioteca.iidh-jurisprudencia.ac.cr/index.php/documentos-en-espanol/prevencion-de-la-tortura/1231-derechos-humanos-todo-es-segun-el-dolor-con-que-se-mira/file>
- Neimeyer, R. A. (2000). *Aprender de la pérdida Una guía para afrontar el duelo*. España: Paidós.
- Núñez, D. O. (2005). Introducción. En Autor (Ed.), *Primeros auxilios psicológicos y emocionales. Material de uso para bomberos voluntarios ante situaciones operativas de: emergencias, crisis, pánico y catástrofes* (7-8). Argentina: Dunken.
- Martín, A. (2013). *Manual Práctico de Psicoterapia Gestalt*. Bilbao: Desclée De Brower.
- Martín, L. & Muñoz, M. (2009). *Primeros Auxilios Psicológicos*. Madrid: Síntesis.
- Martínez, C. (2020). Intervención y psicoterapia en crisis en tiempos del coronavirus (para psicólogas/os clínicos y psicoterapeutas). Recuperado de http://midap.org/wp-content/uploads/2020/04/INTERVENCION-Y-PSICOTERAPIA-EN-CRISIS_Claudio-Martinez_abrio2020.pdf
- Mecanismo de Seguimiento Convención Belém Do Pará (MESECVI), Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Organización de la Naciones Unidas (ONU). (2018). *Ley Modelo Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Muerte Violenta de Mujeres y Niñas (Femicidio/Feminicidio)*. Recuperado de <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/LeyModeloFemicidio-ES.pdf>
- Monárrez, J. E. (2000). La cultura del feminicidio en Ciudad Juárez, 1993-1999. *FRONTERA NORTE*, 12 (23), 87-117. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/fn/v12n23/v12n23a4.pdf>
- Monárrez, J. E., Cervera, L. E., Fuentes, C. M. & Rubio, R. (2010). Las diversas representaciones del feminicidio y los asesinatos de mujeres en Ciudad Juárez, 1993-2005. En Autores (Eds.), *Violencia contra las mujeres e inseguridad ciudadana en Ciudad Juárez* (pp.353-398). Baja California Norte, México: Porrúa.
- Moya-Albiol, L., Herrero, N. & Bernal, M. C. (2010). Bases neuronales de la empatía. *Revista de Neurología*, 50 (2), 89-100. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/a0f0/919cd7d8dd720addbe8a4cc3f8dfcd18191b.pdf?qa=2.219928282.251110705.1590605910-1763555809.1590605910>
- O'connor, N. (2019). *Déjalos ir con amor, la aceptación del duelo*. México: Trillas.

- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2006). Poner fin a la violencia contra la mujer, de las palabras a los hechos. Recuperado de http://www.ceipaz.org/images/contenido/Poner%20fin%20a%20la%20violencia%20contra%20la%20mujer_de%20las%20palabras%20a%20los%20hechos.pdf
- Organización de las Naciones Unidas Mujeres (ONU Mujeres) y la Oficina regional para América Central del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH). (2014). Modelo de protocolo latinoamericano de investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (femicidio/feminicidio). Recuperado de <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/ProtocoloLatinoamericanoDeInvestigacion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). Informe mundial sobre la violencia y salud: Resumen. Recuperado de https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Osorio, A. (2017). Primeros Auxilios Psicológicos. *Integración Académica en Psicología*, 5 (15), 4-11. Recuperado de <https://integracionacademica.org/attachments/article/173/01%20Primeros%20Auxilios%20Psicologicos%20-%20A%20Osorio.pdf>
- Ostrosky, F. (2011). Comprender la violencia. En R. Villanueva (Ed.), *Mentes asesinas: la violencia en tu cerebro* (pp. 21-54). Naucalpan de Juárez, Edo. de México: Quinto Sol.
- Ortunio, C. M. & Guevara, R. H. (2016). Aproximación teórica al constructo resiliencia. *Comunidad y Salud*, 14 (2), 96-105. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3757/375749517012.pdf>
- Oviedo, S. J., Parra, F. M. & Marquina, M. (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería Global*, 15, 1-9. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/reflexion1.pdf>
- Payne, R. A. (2002). *Técnicas de Relajación, Guía Practica*. Recuperado de https://www.academia.edu/32438227/Tecnicas_De_Relajacion_PDF
- Pittman, F. (1990). *Momentos Decisivos: Tratamiento de Familias en Situaciones de Crisis*. Argentina: Paidós.
- Pineda, M. S. (2020). *Guía de intervención para primeros respondientes frente a potenciales suicidas, un enfoque diferencial* (Trabajo de Grado, Universidad Católica de Colombia). Recuperado de <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/24789/1/GU%c3%8dA%20DE%20ATENCI%c3%93N%20PARA%20PRIMEROS%20RESPONDIENTES%20ARCHIVO%20DE%20REVISION.pdf>
- Pineda, C. & López, W. (2010). Atención psicológica postdesastres: más que un "guarde la calma". Una revisión de los modelos de las estrategias de intervención. *Terapia psicológica*, 28 (2), 155-160. Recuperado de

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848082010000200003&lng=en&tlng=en

-Pons, C. (2015). *Comunicación no verbal*. Recuperado de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=FO6bDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=lenguaje+corporal+y+empatia&ots=c_CfrmppR&sig=u3wLvrJrM9rCSnNyByw1_9KfsYc#v=onepage&q=lenguaje%20corporal%20y%20empatia&f=false

-Puga, M.C, Peschard, J. & Castro, T. (2007). Sociedad y Cultura. En L. Gaona (Ed.), *Hacia la sociología* (pp.129-139). Naucalpan de Juárez, Edo. de México: Person Educación.

GON-Real Academia Española. (s.f.). Resiliencia. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 27 de abril de 2022, de <https://dle.rae.es/resiliencia?m=form>

-Rabelo, J. (2010). Primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis desde el trabajo social. *Documentos de trabajo social*, 47, 121-133. Recuperado de [file:///C:/Users/arimo/Downloads/Dialnet-PrimerosAuxiliosPsicologicosEIntervencionEnCrisis-3655753%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/arimo/Downloads/Dialnet-PrimerosAuxiliosPsicologicosEIntervencionEnCrisis-3655753%20(1).pdf)

-Rakel, D. & Adams, M. (2009). Ejercicios de respiración. En D. Rakel (Ed.), *Medicina Integrativa* (pp. 973-980). España: ELSEVIER MASSON. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com.pbidi.unam.mx:2443/science/article/pii/B9788445819111500920>

-Rendón, M. I., Agudelo, J. (2011). Evaluación e intervención en crisis: retos para los contextos universitarios. *Hallazgos*, 8 (16), 219-242. DOI: <https://doi.org/10.15332/s1794-3841.2011.0016.14>

-Rubin, B. & Bloch, E. (2000). *Intervención en crisis y respuesta al trauma teoría y práctica*. España: DESCLÉE DE BROUWER.

-Ruibal, O. & Serrano, A. (2001). *Respira unos minutos: Ejercicios sencillos de relajación*. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=9c7qup4meUIC&oi=fnd&pg=PA7&dq=respiraci%C3%B3n+toracica+y+respiracion+diafragm%C3%A1tica&ots=2JwKs763tN&sig=01P6aJzCEipZr1m8GZF1csP95io#v=onepage&q=respiraci%C3%B3n%20toracica%20y%20respiracion%20diafragm%C3%A1tica&f=false>

-Ruiz, Y. (2008). La violencia contra la mujer en la sociedad actual: análisis y propuestas de prevención. *Fòrum de Recerca*, 13, 188-200. Recuperado de https://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/wpcontent/uploads/Revista_Nova_IustitiaMayo_2019Final.pdf#page=7

-Roberts, A. R. & Ottens, A. J. (2005). The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5 (4), 329-339. Recuperado de https://pdfs.semanticscholar.org/da77/1c1a5410253ee8dda656f36ca41eedf159e0.pdf?_ga=2.177718949.1446900026.1587071528-1205450463.1587071528

-Rotger, D. (1999). La preparación psicología del bombero y otros grupos de rescate. Su aceptación al estrés y los primeros auxilios psicológicos a las víctimas. *MAPFRE SEGURIDAD*, 74 (6), 23- 33.

Recuperado de

<https://psicologosemergenciasbaleares.files.wordpress.com/2016/01/preparacion-psico-bombero-david-rotger.pdf>

-Russell, D. E. & Harmes, R. (2001). AIDS as Mass Femicide: Focus on South Africa. *Off our backs a women's newsjournal*, 31 (1), 6-9. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/pdf/20836769.pdf>

-Russell, D. E., Harmes, R. A. & Lagarde, M. (2006). *Feminicidio una perspectiva global*. Recuperado de

https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=Aq1yKJQFjLYC&oi=fnd&pg=PA11&dq=Feminicidio:+una+perspectiva+global&ots=VDFCmfUvAl&sig=gAaWz_RNXABuDUC7LB8_IJZWIE&redir_esc=y#v=onepage&q=Feminicidio%3A%20una%20perspectiva%20global&f=false

-Russell, D. (Noviembre, 2012). Defining Femicide. *Symposium on Femicide*. Simposio llebado a cabo en Las Naciones Unidas en Viena. Recuperado de

http://www.dianarussell.com/f/Defining_Femicide_United_Nations_Speech_by_Diana_E._H._Russell_Ph.D.pdf

-Saldívar, A., Díaz. R., Reyes. N., Armenta. C., Moreno. M., Romero. A., Hernández. E. & Domínguez, M. (2015). Roles de Género y Diversidad: Validación de una Escala en Varios contextos culturales. *Acta de investigación psicológica*, 5 (3), 2124 - 2147. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/pdf/3589/358943649003.pdf>

-Salinas, P. & Carvajal, S. (2006). Discursos Masculinos sobre el Poder de las Mujeres. *Última década*, 14 (25), 65-90. Recuperado de

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071822362006000200004

-Schubert, C. J. & Chambers, P. (2005). Building the Skill of Delivering Bad News. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 6, 165-172. DOI: [doi:10.1016/j.cpem.2005.05.001](https://doi.org/10.1016/j.cpem.2005.05.001)

-Schuler, T. A., Zaidler, T. I. & Kissane, D. W. (2012). Family grief therapy A vital model in oncology, palliative care and bereavement. *Family Matters, Australian Institute of Family Studies*, (90), 77-86.

Recuperado

de

https://www.researchgate.net/publication/287867116_Family_grief_therapy_A_vital_model_in_oncology_palliative_care_and_bereavement

-Segato, R. L. (2013). *La escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez Territorio, soberanía y crímenes de segundo estado*. Recuperado de

https://www.feministas.org/IMG/pdf/rita_segato_.pdf

- Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP). (2021). Información sobre violencia contra las mujeres. Recuperado de <https://testigopurpura.files.wordpress.com/2022/01/info-delict-violencia-contra-las-mujeres-dic21.pdf>
- Serrano, C., Hernández, P. O. & Ortiz, F. (2005). Antropología de la Violencia. *Estudios de antropología bilógica*, XII, 41-63. Recuperado de <file:///C:/Users/sala%20web.catalogob-HP/Downloads/18843-28816-1-PB.pdf>
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis manual para la práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Solyszko, I. (2013). Femicidio y feminicidio: Avances para nombrar la expresión letal de la violencia de género contra las mujeres. *Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género*, 20 (39) 23-41. Recuperado de <http://revistasacademicas.ucol.mx/index.php/generos/article/view/698/610>
- Subiela, J. A., Abellón, J., Celdrán, A. I., Manzanares, J. Á. & Satorres, B. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería Global*, 13 (34), 276-292. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200013
- Tenorio, K. (2019). *Primeros Auxilios Psicológicos en crisis emocionales desde la psicología corporal*. (Tesina de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México) Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2019/mayo/0789682/Index.html>
- Tizón, J. L. (2017). Los procesos de duelo en atención primaria de salud: Una actualización. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 24 (1), 1-66. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2016.02.011>
- Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. (2004). Guía de primeros auxilios psicológicos para psicólogos. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/recursos/guiaprimerosauxilios2008.pdf>
- 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
- Valverde, A., Agüero, A. & Salazar, J. (2020). Manejo del insomnio en el adulto. *Ciencia y Salud*, 4 (6), 18-24. Recuperado de <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/169/311>
- Van der Hart, O. & Goossens, F. A. (1987). Leave-taking Rituals in Mourning Therapy. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 24 (1-2), 87-98. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.582.5100&rep=rep1&type=pdf>
- Worden, W. J. (2013). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. España: Paidós.
- Yalom, I. D. (2000). *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo*. Barcelona: Paidós.

-Zalaquett, P. & Muñoz, E. (2017). Intervención en crisis para pacientes hospitalizados. *CONDES*, 28 (6), 835-840. Recuperado de <file:///C:/Users/sala%20web/Downloads/S0716864017301578.pdf>