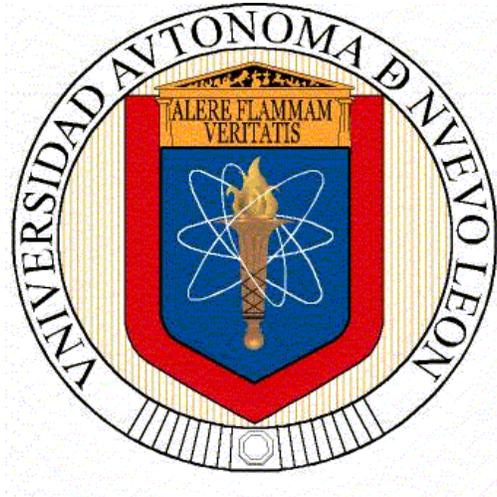


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**“TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y CENTRADA EN
SOLUCIONES PARA LA AUTO ACEPTACIÓN DE LA
ORIENTACIÓN SEXUAL EN UN PACIENTE HOMOSEXUAL”**

POR

GLORIA CATALINA SOLÍS FLORES

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN
PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN TERAPIA BREVE**

FEBRERO, 2016

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**“TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y CENTRADA EN
SOLUCIONES PARA LA AUTO ACEPTACIÓN DE LA
ORIENTACIÓN SEXUAL EN UN PACIENTE HOMOSEXUAL”**

**POR
LIC. GLORIA CATALINA SOLÍS FLORES**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN
PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN TERAPIA BREVE**

FEBRERO, 2016



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN®

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**MAESTRIA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN TERAPIA
BREVE**

**“TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y CENTRADA EN
SOLUCIONES PARA LA AUTO ACEPTACIÓN DE LA
ORIENTACIÓN SEXUAL EN UN PACIENTE HOMOSEXUAL”**

Aprobación del Producto Integrador

**Mtra. María Esther Fernández Solís.
Director**

**Dra. Claudia Castro Campos
Revisor**

**Mtra. Karla Daniela Dávila Rodríguez.
Revisor**

AGRADECIMIENTOS

A mi Dios que con su gran amor y misericordia siempre ilumina mi camino para seguir adelante a pesar de las adversidades de la vida.

A la Virgen de Guadalupe que con su precioso manto me ha protegido y guiado siempre para ser una buena madre.

A mí querido y amado esposo, por su gran comprensión, motivación y apoyo en todo momento.

A mi niña hermosa, que es la alegría y energía de mi vida.

A mis padres, preciosas personas que me han apoyado en cada uno de mis objetivos.

A mi amado hermano que siempre ha sido un ejemplo para mí, por su gran valentía y esfuerzo.

A mis adorables abuelos por compartirme de su gran sabiduría.

A mis maestros y amigos por ser parte de mi formación personal y profesional.

“La orientación homosexual no corresponde a ninguna experiencia previa. El negro siempre ha sido negro y lo han entrenado para eso. El homosexual que se asume como tal no tiene modelos, ni experiencia, ni aprendizaje previo, no conoce las reglas del juego. De repente descubre que ha incursionado en un país desconocido, sin mapas ni indicaciones, en el que tendrá que vivir”.

Marina Castañeda

INDICE

	Página
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	9
OBJETIVO.....	9
MÉTODO Y MATERIAL.....	9
RESULTADOS.....	17
DISCUSIÓN.....	23
CONCLUSIÓN.....	24
REFERENCIAS.....	25

RESUMEN

En el presente estudio la persona que se declara tener una orientación homosexual posee una dificultad en auto aceptarse como tal ya que teme ser rechazado por su propia familia y a la vez por la sociedad que lo rodea. Es por ello, que se realizó la intervención terapéutica adecuada a la demanda del paciente mediante la combinación de técnicas del enfoque cognitivo-conductual y el enfoque centrado en soluciones, para dar una reestructuración a sus ideas y disminuir su ansiedad, teniendo como resultado la auto aceptación, seguridad y firmeza de su orientación sexual, durante el proceso del tratamiento su familia logró comprender su gusto homosexual impactando esto en otras áreas de su vida como en la escuela, grupos sociales y trabajo.

Palabras Claves: Auto aceptación, homosexualidad, orientación sexual, terapia cognitivo-conductual, terapia centrada en soluciones.

SUMMARY

In the present study the person who claims to have a homosexual orientation has a difficulty in auto accepted as such because he fears being rejected by his own family and also by the surrounding society. It is for this reason that the appropriate therapeutic intervention to patient demand was made by combining techniques of cognitive-behavioral approach and solution-focused to give a restructuring ideas and lower your anxiety approach, resulting in the car acceptance, security and stability of their sexual orientation during the treatment process his family managed to understand its impact homosexual like this in other areas of his life and in school, social groups and work.

Keywords: Self-acceptance, homosexuality, sexual orientation, cognitive behavioral therapy, solution-focused therapy.

INTRODUCCIÓN

La auto aceptación al tomar la decisión de elegir la orientación homosexual es un aspecto difícil para las personas que se enfrenta a ello; ya que cuando un individuo decide aceptar su orientación sexual, atraviesa por un sinnúmero de situaciones psicosociales en la vida. (González & Toro, 2012).

La homosexualidad se visualiza como una condición emocional y erótica caracterizada por una inclinación hacia otra persona del mismo sexo, no como una entidad clínica, sino que es un comportamiento permanente e involuntario. (Stanton, 2012).

La orientación sexual es importante en la vida de cada ser humano esta define a cada individuo en su sexualidad y la atracción hacia otras personas. Por años la orientación homosexual ha sido un tema oculto y de mucha controversia esto debido a la crianza, religión y construcción social de cada individuo (González & Toro, 2012).

Hoy en día es común escuchar hablar de la homosexualidad, ya que cada vez las personas con esta orientación sexual se declaran como tal, por ese gusto y atracción que sienten por personas del mismo sexo. Muchos se enfrentan a una fuerte discriminación empezando por ellos mismo al no auto aceptar su orientación homosexual en su totalidad debido a la influencia de múltiples factores sociales que los rodea.

Para abordar este tema en el presente trabajo de auto aceptación de la orientación homosexual se utilizaron dos enfoques Cognitivo – Conductual y Centrado en Soluciones, de cada uno se emplearon técnicas para lograr el objetivo de intervención.

ANTECEDENTES

Es el temor de enfrentarse a la sociedad, a la familia y a las creencias religiosas cuando una persona identifica que su orientación sexual es homosexual, ya que se ve afectado por prejuicios debido al rompimiento de las normas establecidas. Es por esto que la orientación sexual es una de los diferentes bases que tienen los sujetos para construir su identidad y es de beneficio saber el impacto de los significados culturales que se tengan sobre la sexualidad en la vida de los individuos (González & Toro, 2012).

La gran mayoría de los homosexuales optan por tener una vida oculta, debido a la presión social, sufren por ser rechazados, despreciados y aún más por el temor de que sus familias no los acepten. Otros nunca aceptan su homosexualidad y recurren a refugiarse en el alcohol, las drogas y depresión, algunos más se sienten presionados a casarse y hacer una vida heterosexual teniendo hijos, para luchar contra algo que no depende de ellos y de lo que no son responsables (Álvarez, 2007). Ese miedo de enfrentarse a la discriminación se hace un obstáculo en la persona homosexual y muchos prefieren evitar u ocultar su orientación sexual que vivirla plenamente.

En la actualidad hablar de homosexualidad es un tema de gran debate, del cual aún no se ha dicho la última palabra. Desde la antigüedad es tratada desde diversos puntos de vista, relacionada con las distintas costumbres, es por ello que las personas homosexuales tienen conflictos al aceptarse como tal y esto suele aumentar al momento de mantener relaciones con personas de su mismo género (Romo & Leblanc, 2011).

La orientación sexual conlleva a una conciencia de deseos, sentimientos, actos que culmina en la aceptación de uno como homosexual. Son elementos que surgen en épocas diferentes de la vida y no siempre se dan en el mismo orden, en una persona pueden aparecer primero los deseos, amor y actos; por ello los diferentes grados o fases de la homosexualidad: que van desde las conductas y los deseos aislados, hasta llegar a una relación amorosa y a un estilo de vida abiertamente homosexual (Castañeda, 2000).

Los factores medioambientales como las interacciones con padres y hermanos durante la infancia, interacciones sociales y sexuales en la adolescencia y en la vida adulta ejercen su influencia sobre la orientación sexual del individuo (Doña, García, et al, 2006).

Sin embargo ha aumentado el número de personas que se han atrevido a mostrar tener una condición sexual diferente a la tradicional, asumiendo en primera instancia todo el proceso de descubrimiento para una orientación homosexual o bisexual, para así construir una identidad sexual con la cual se sientan cómodos y seguros de sí mismo. Luego de haber tomado la decisión podrán compartirlo con su grupo más cercano como la familia y amigos. A este proceso se le conoce como “salir del closet”, etapa que se presenta con elementos estresantes para el sistema familiar, en especial para los padres (Romo & Leblanc, 2011).

La develación de la homosexualidad, es una noticia que probablemente ninguna familia o padres estarían preparados para afrontar, debido a la cultura que rige a cada familia, ya que desde el nacimiento se especifican los sexos masculino y femenino, así como los roles y funciones que debe de cumplir cada uno ya establecidos por la sociedad. Se suma una serie de expectativas para llevar una vida heterosexual, como el contraer matrimonio, hijos dentro del mismo, por lo que enfrentarse a la condición de homosexualidad, todos los proyectos y expectativas se ven truncados (González & Toro, 2012).

Los homosexuales son similares a los heterosexuales, sienten de la misma manera, desean y aman al experimentar la atracción por una persona. Los padres necesitan entender que la orientación homosexual no es un desorden mental, hoy por hoy no se saben claramente las causas de la homosexualidad, pero entre ellas están: los procesos biológicos, cerebrales y hormonales, situaciones emocionales y psicológicas; sin embargo, no importa cuál sea la inclinación, todos tienen la oportunidad de adoptar un comportamiento sexual y estilo de vida (Romo & Leblanc, 2011).

Llevar a cabo conductas opuestas a la heterosexualidad no es una situación fácil para el sujeto, ni para la familia, ya que la orientación sexual es muy personal pero lamentablemente se ve afectada por el medio social que no duda en ejercer la discriminación lo cual a veces se presenta como una amenaza (Jarrín, 2011).

Para el sujeto es un proceso difícil que algunas veces enfrenta solo, sin el apoyo de la familia en especial de la figura paterna, debido a que el padre se relaciona con el establecimiento de normas en el hogar y de la autoridad a nivel familiar, es por ello que a los homosexuales les causa temor, angustia y preocupación al decepcionar a él y a toda la familia; esto genera en los jóvenes problemas depresivos, intentos de suicidio, abandono escolar, expulsión del seno familiar, entre otros (Jiménez, Bonero & Nazario, 2011).

El conocimiento de que uno de los miembros de la familia presenta un comportamiento sexual diferente, como es la homosexualidad, lleva a la crisis de adaptarse a la nueva imagen del ser querido. Se presentan sentimientos de culpa por los cuales se da una búsqueda de explicaciones sobre el porqué de la orientación sexual, a pesar de la educación que recibió y también los padres experimentan el temor a ser discriminados (Stanton, 2012).

Los relatos han demostrado que los principales conflictos que experimentan los homosexuales es el no poder cumplir la expectativas de sus familias, al no ser las personas que ellos esperaban, ese miedo que los lleva a tener una doble vida, escondiéndose y realizando sus actividades por separado, son situaciones que han marcado la vida de estas personas y son las mismas razones por las que ellos piden que la sociedad se informe más para ver a los homosexuales como normales (Andrade, 2011).

Toro-Alfonso (2012), indica que *“aquellas que manifiestan más actitudes negativas hacia la homosexualidad poseen actitudes tradicionales sobre los roles de género; son*

mayores en edad, tienen menos educación formal y son conservadoras en asuntos religiosos". Aun en jóvenes profesionistas se pueden encontrar altos niveles de homofobia, lo que contradice que las personas con más educación son más tolerantes a la diversidad sexual.

Es de importancia saber que el grupo homosexual es vulnerable, vive una vida difícil sintiendo rechazo del ámbito parental y social, a consecuencia de pensamientos de mitos, tabús, prejuicios ante la visión de la homosexualidad. La autoestima y el aislamiento social se ven reflejados en un deterioro. Tomando en cuenta lo anterior es probable que requieran un apoyo externo mayor que sus pares (Romo & Leblanc, 2011).

Un fenómeno parecido ocurre con los padres muchos buscan ayuda externa con la esperanza de que sus hijos cambien de orientación sexual, lo que hay que dejar claro, es que la condición de su hijo no es una enfermedad y lo más conveniente es brindar a los padres la información necesaria sobre la homosexualidad para que así logren comprender a su hijo (Romo & Leblanc, 2011).

Aunque la sociedad ha excluido a este grupo, en base a argumentos religiosos, sociales y médicos; a pesar de ello, en la actualidad los homosexuales han ganado varias batallas como ser reconocidos y amparados por los derechos humanos, las constituciones y la legislación de algunos países, con el fin de proteger y castigar la discriminación. (Andrade, 2011).

Algunos ven su homosexualidad como una parte esencial de su naturaleza, pueden decir: yo nací así. Son capaces de dar testimonio sobre la atracción y deseo por personas de su mismo sexo. Otros declaran haber escogido su sexualidad o que han intentado establecer relaciones con el sexo opuesto y prefieren por algunas razones establecer relaciones con personas de su mismo sexo (Dominic, 2012).

Otros investigadores han mencionado que los niveles de prejuicio hacia la homosexualidad están relacionados con la percepción de que la persona tenga o no el control sobre su homosexualidad (Andrade, 2011).

Algunos aspectos asociados con la orientación homosexual son el rendimiento académico, las dificultades en las relaciones interpersonales, así como la confrontación con situaciones adversas en el contexto familiar y social los cuales se han incluido como factores de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos (Pinheiro & Mena, 2014).

También a diario las personas se enfrentan a situaciones en las que deben tomar decisiones importantes para la vida, lo que en muchas ocasiones genera altos niveles de ansiedad, esto mismo pasa cuando se decide ser homosexual, porque es un proceso de adaptación que implica una preparación para utilizar diferentes estrategias de afrontamiento y responder de manera eficiente a las situaciones estresantes generadas por el contexto que lo rodea. (Catellanos, Guarnizo & Salamanca, 2012).

En el campo de la investigación se encontró que el enfoque conductista también se ha interesado por estudiar la población homosexual. Desde una perspectiva cognitivo-conductual, se ha propuesto un modelo de cómo surge la homosexualidad a partir de los primeros años de la adolescencia. Así pues, podemos observar el desarrollo de la orientación homosexual de la siguiente manera:

1. Sensibilización: El pre-adolescente se siente diferente debido a que sus conductas no coinciden con el comportamiento tradicional de ser masculino o femenino, la orientación sexual aún no se percibe como relevante.

2. Confusión identitaria: Ocurre en la adolescencia, cuando sus pensamientos y sentimientos se relacionan con su orientación sexual. Se experimentan diferentes tipos de conductas, como negar sus sentimientos hacia el mismo sexo; evitar pensamientos, conductas e intereses relacionados con la homosexualidad; buscar ayuda para modificar sus sentimientos hacia individuos del mismo sexo y verlo solo como una etapa pasajera. En esta etapa es posible encontrar altos niveles de homofobia, manifestada como expresiones verbales y conductuales en contra de los homosexuales.

3. Asunción de la identidad: La homosexualidad llega a ser tolerada, luego aceptada y finalmente comunicada a personas con un vínculo cercano. Esta etapa usualmente comienza con un primer contacto social con otras personas homosexuales (Brizuela, Brenes, Villegas, & Zúñiga, 2010).

El concepto de afrontamiento ha sido visto como las habilidades cognitivas y conductuales utilizadas por la persona para hacer frente y sobrellevar las situaciones internas o externas que son valoradas como amenazantes para su bienestar. La evaluación se da en dos momentos, la primaria hace referencia a la estimación de las consecuencias que estas situaciones traen después de que la persona ya las experimentó y en la secundaria

considera los recursos con los que cuenta para disminuir o impedir esas consecuencias; el resultado de estas dos evaluaciones determina que la situación sea valorada como un desafío, cuando percibe que sus capacidades son suficientes para enfrentar las situaciones estresantes y como amenaza cuando no cuenta con los recursos para enfrentar la situación (Catellanos, Guarnizo & Salamanca, 2012).

Ser homosexual también está asociado con algunos factores de protección. Por ejemplo, King y Noelle (2005) reportan que los jóvenes homosexuales desarrollan un mayor conjunto de habilidades interpersonales y de madurez, debido a las transiciones difíciles que conlleva la aceptación de serlo (Annicchiarico, 2009).

Respecto a la ansiedad cabe mencionar que se considera como un estado emocional desagradable como consecuencia de una valoración cognitiva que se realiza de la situación amenazante, y cuando el resultado es que no se cuenta con los recursos personales para afrontar la situación es cuando la ansiedad aparece. Y para ello existe una multiplicidad de estrategias que se pueden utilizar (Catellanos, Guarnizo & Salamanca, 2012).

Se ha señalado que la desensibilización sistemática como técnica de autocontrol producía mejoras notables en los sujetos con alta reactividad fisiológica como la ansiedad. La propuesta de clasificar las técnicas para la reducción de ansiedad es en función al sistema de respuestas sobre el que actúan de forma más específica, actúan de forma más directa y eficaz. Se trata de mantener la imagen que genera ansiedad, disminuyendo a esta con la utilización del dialogo interno mediante auto instrucciones y relajación (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 1990).

Por otro lado, la técnica de reestructuración cognitiva es una de las más utilizadas en el ámbito clínico para atacar el “error lógico” o “esquemas disfuncionales” de las personas y así poder cambiar a pensamientos funcionales o cogniciones adaptadas. (Froján, Vargas, Calero & Ruiz, 2010).

Al abordar la asertividad también es necesario explicar la influencia de la autoestima, por lo que autoestima hace referencia a confiar en las propias potencialidades con un complemento de dos componentes: la valía personal y el sentimiento de capacidad personal. La primera se refiere a la valoración positiva o negativa de su auto concepto, las actitudes hacia sí mismo; la segunda se refiere a las expectativas su capacidad de hacer de manera exitosa lo que tiene que hacer, es decir, su autoeficacia. Por ello muchas veces se

combinan asertividad con autoestima como elementos necesarios para que una persona pueda manejarse en la vida de una manera asertiva (León, Rodríguez, Ferrel & Ceballos, 2009).

Para explicar lo anterior, es necesario conocer el papel que juega el concepto de asertividad se hace referencia como el conocimiento y expresión de los deseos, valores, necesidades, expectativas y disgustos de una persona, no solo involucra estar en mejor contacto con uno mismo, sino también el modo de interactuar con otras personas. Por ello la asertividad requiere de dos elementos que actúan en forma simultánea: afirmarse con seguridad y hacerlo en armonía con el otro (León, Rodríguez, et. al., 2009).

La conducta socialmente habilidosa y asertiva es un conjunto de comportamientos emitidos por una persona en un contexto interpersonal, que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que resuelve los problemas inmediatos de la situación y que también ayuda a minimizar la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1987).

Para este tipo de intervención también se ha encontrado que la utilidad de la terapia Centrada en Soluciones es efectiva, ya que se centra en aprovechar las propias soluciones que los pacientes han empleado para resolver su situación; cuando es que el conflicto tiene menor intensidad o en los momentos en los que no está presente, a esto se le denomina excepciones; esto es, que todas las personas poseen recursos en los que ellos deben de confiar para llegar a una solución (Villanueva, 2015).

De esta terapia también parte el cambio pretratamiento, técnica que busca las mejorías en relación con la demanda del paciente, ocurridas en el intervalo de tiempo entre la solicitud de consulta y la primera sesión. Se puede plantear de la siguiente manera “La mayoría de gente que viene a consulta suele decir que entre el momento de hacer la pre consulta para pedir la cita y la primera sesión se producen algunas mejorías. ¿Qué mejorías han visto ustedes?” (Beyebach, 2006).

Al utilizar la escala de avance permite valorar cuantitativa y cualitativamente las mejorías que se van dando entre sesión y sesión (Villanueva, 2015).

JUSTIFICACIÓN

El tema de la homosexualidad ha estado en debate a lo largo del tiempo; algunos la han apoyado por considerarla como una orientación sexual que cada persona decide adoptar, otros la han condenado por considerarla como una perversión. En la actualidad este tema es aun controversial a pesar de los múltiples estudios que se han hecho al respecto (Stanton, 2012).

Cuando un individuo decide aceptar su orientación homosexual, atraviesa por un sinnúmero de situaciones psicosociales en la vida. Es por ello, que abordar el aspecto de la auto aceptación en el individuo que decidió ser homosexual es de suma importancia para lograr un equilibrio en los diferentes roles de su vida (González & Toro, 2012).

OBJETIVO

Lograr en el sujeto que se declara con una orientación homosexual, una completa auto aceptación impactando en los diferentes roles en los que se desenvuelve, para lograr un equilibrio en su estabilidad emocional.

METODO Y MATERIAL

METODO.

Diseño: estudio de caso.

Participante: sujeto de 20 años de edad, sexo masculino, estudiante de licenciatura.

Escenario: cubículo en una clínica de institución pública.

INSTRUMENTOS.

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI): Es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, se contesta de manera auto informada, con un tiempo de aplicación estimado de 5 a 10 minutos. Se puede aplicar a población adulta y adolescente de 13 años en adelante, no se aplica a personas con dificultades intelectuales o lingüísticas. La puntuación es la suma de las respuestas de cada uno de los 21 síntomas, cada uno de ellos

se puntúa en una escala de 0 a 3, con las categorías de mínima, leve, moderada y grave. La puntuación que indica la máxima ansiedad es de 63 puntos (Beck & Steer, 2011).

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI): Es un cuestionario auto aplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos, el marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Es utilizada en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática y es ampliamente utilizada en la evaluación de la eficacia terapéutica. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0 a 63 puntos (Beck, Steer & Brown, 1996).

ESCALA DE ASERTIVIDAD DE RATHUS (R.A.S): Se aplica con la finalidad de detectar la falta de asertividad ante las diferentes situaciones que se enfrenta el paciente. Contiene 30 afirmaciones, de ellas, 16 fueron elaboradas en sentido desfavorable y 14 en sentido favorable con respecto al nivel de destreza asertiva de la persona. Esta característica contribuye en alguna medida a controlar algunos estilos de respuesta poco deseables. El instrumento está diseñado para ser auto administrado, de tal forma que los sujetos evalúan cada afirmación de acuerdo con una escala de seis puntajes, la cual va de -3 muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo a +3 muy característico de mí, extremadamente descriptivo (León & Vargas, 2009).

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (EA-ROSENBERG): Evalúa el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma, la autoestima refleja la relación entre la autoimagen real y la autoimagen ideal. Se puede aplicar a la población de adolescentes, adultos y personas mayores. La escala consta de 10 ítems, 5 planteados en forma positiva y 5 en forma negativa, el tiempo estimado para la autoevaluación es de 5 minutos. Es una escala de tipo Likert de 4 puntos (de Muy de acuerdo a Muy en desacuerdo), de los ítems 1 al 5 las respuestas A, B, C, D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10 las respuestas A, B, C, D se puntúan de 1 a 4. La puntuación final es entre 10 y 40 puntos (Rojas, Zegers & Forster, 2009).

LISTA DE IDEAS IRRACIONALES MÁS FRECUENTES: Lista elaborada con la finalidad de saber cómo los pensamientos afectan los que hacemos y sentimos. Lista que consta de 11 ideas irracionales más frecuentes, las cuales se puntúan de 0 a 100 según si

están presentes en la persona. Solo se toman en cuenta las que tienen un puntaje arriba de 70 (Gómez, Plans, Sánchez & Sánchez, 2003).

LISTA DE IDEAS CENTRALES O NUCLEARES NEGATIVAS MÁS COMUNES: Lista que se asocia al desamparo, a no ser suficientemente bueno para conseguir logros o el respeto de los otros, a la imposibilidad de ser querido de no ser bastante bueno para ser amado. Lista que consta de 3 categorías, ideas acerca de mí mismo, ideas acerca de los demás e ideas acerca del mundo y de la vida. Se puntúan de 0 a 100 según si están presentes en la persona. Solo se toman en cuenta las que tienen un puntaje arriba de 70 (Gómez, Plans, Sánchez & Sánchez, 2003).

DISTORSIONES DE LA PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD MÁS COMUNES: Lista elaborada con la finalidad de detectar alteraciones en la forma de ver los hechos, la deformación de las percepciones; para lograr las creencias razonables. Lista que consta de 10 distorsiones más comunes, las cuales se puntúan de 0 a 100 según si están presentes en la persona. Solo se toman en cuenta las que tienen un puntaje arriba de 70 (Gómez, Plans, Sánchez & Sánchez, 2003).

PREGUNTA ESCALA DE SHAZER: Herramienta terapéutica diseñada para evaluar el nivel de cambio que el paciente percibe respecto al problema que lo llevó a terapia. Con un puntaje de 1 al 10, siendo el 1 el peor momento de la situación y el 10 cuando todo está solucionado (Beyebach, 2006).

ANÁLISIS FUNCIONAL Y RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DIAGNOSTICA.

Sujeto masculino de 20 años de edad. Sus primeros 6 años de vida los vivió con su madre y abuela materna, quien se encargaba de cuidarlo para que su madre pudiera trabajar, su madre no se casó con el padre biológico del paciente ni tampoco vivió con él, el paciente en sus primeros años no tuvo la figura paterna, cuando el paciente cumplió los primeros seis años de vida su madre se casó, el actual esposo de su madre pasó a ser su figura paterna, con el cual comenta el paciente que desde el momento en el que se casó con su madre tomó el rol de padre con él, por lo cual reporta tener una relación buena de padre e hijo. Después de unos meses nació su hermana, hija del matrimonio de su madre, con la cual reporta no tener una buena relación por algunas conductas que la hermana toma debido a que se encuentra en la etapa de la adolescencia. La relación con la madre comenta que es

buena y con la abuela materna reporta que es excelente. Actualmente vive con su madre, esposo de su madre, hermana y abuela.

A los once años de edad el paciente reporta haber tenido su primera conducta homosexual con algunos de sus vecinos, la cual se basó solo en caricias y besos, desde ese momento el paciente reporta haberle gustado, estas conductas se repitieron varias veces hasta la edad de 14 años, el paciente comenta haber tenido su primer novia con el fin de darse cuenta si sentía el mismo o mayor placer que al estar con un hombre, desde ese momento sintió mayor inclinación por una orientación homosexual, más no lo aceptó en su totalidad por la culpa de decepcionar a sus padres los cuales hacen comentarios de cuando el paciente les presente a su novia, se case y tenga hijos.

A los 17 años de edad el paciente reporta haber vuelto a tener la conducta homosexual completa (coito) con su pareja, en ese momento fue donde aumentó más su seguridad al elegir la orientación homosexual.

A la edad de 19 años tiene una pareja homosexual más formal, en la cual sus padres se dan cuenta de la situación debido a que escucharon al paciente hablando por teléfono con su pareja, en este momento fue donde el paciente les confiesa a sus padres de su orientación sexual, noticia que sus padres toman con calma sin reproches, diciéndole que si está seguro de lo que eligió y que lo piense mejor. El paciente les comenta a sus padres que esto es lo que él quiere y que lo hace feliz, y su padre le dice: “si estás seguro quiero que me presentes a mí y a tu madre a tu pareja para así estar convencidos de que lo que elegiste es lo que tú quieres”. El paciente se sintió muy avergonzado frente a sus padres y les dijo que no les presentaría a su pareja, el padre le responde que con eso demuestra no estar seguro de su decisión y que por lo tanto sus padres se declaran por no enterados de la situación, y continúan haciendo comentarios de cuando el paciente se case y tenga hijos. Desde lo sucedido el paciente reporta sentirse ansioso porque piensa que si no fue capaz de presentar su pareja a sus padres quiere decir que tampoco está seguro de su orientación homosexual y sigue sintiendo culpa por haberlos defraudado. Con este acontecimiento tomó la decisión de terminar la relación y desde ese momento no ha tenido conductas homosexuales.

El paciente comenta que está seguro de su orientación sexual pero que aún no se acepta como homosexual ya que le causa incomodidad imaginarse a futuro compartiendo su

vida con un hombre y que este conviva con su familia; el paciente comenta que lo anterior le parece ridículo y que por lo tanto está pensando mejor en ya no tener ninguna pareja.

Por todo lo anterior, el paciente declara querer trabajar con la auto aceptación para ya no sentir la culpa por haber elegido la orientación homosexual.

Factores predisponentes: Ausencia de la figura paterna hasta los 6 años de edad, conducta homosexual con amigos que comenzaba con un juego y que terminaban en besos y caricias.

Factores desencadenantes: El sentimiento de culpa por decepcionar a los padres cuando estos se dieron cuenta de su orientación sexual y por los constantes comentarios de los padres y abuela materna de cuando el paciente se case y tenga hijos.

Factores de control: Cuando sus padres hacen comentarios de cuando el paciente se case tenga una pareja heterosexual, cuando los compañeros hacen comentarios de discriminación hacia los homosexuales.

Situaciones Problema: Sentimiento de culpa al no poder ser lo que sus padres y abuela esperaban, desinterés en el aspecto académico ya que menciona sentir una apatía por las tareas y que solo las realiza por cumplir, pero que no les pone empeño ni entusiasmo, así como evitar cruzar palabra con algunos de sus compañeros de clase.

Factores de mantenimiento: Los comentarios de los padres de cuando tenga una pareja heterosexual como formar una familia con hijos, la angustia de no visualizarse en un futuro con una pareja homosexual y que esta conviva con su familia.

En base a lo anterior se abordará el problema de auto aceptación, con la técnica de relajación, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática como técnica de autocontrol, entrenamiento asertivo y solución de problemas; también se utilizó psicoeducación sobre ansiedad y autoestima.

PROCEDIMIENTO PARA CADA UNO DE LOS PROBLEMAS Y FASES DEL TRATAMIENTO.

Demanda del paciente: Auto aceptación de la orientación homosexual.

Cuando el paciente llegó a terapia, se realizó el formato de primera sesión, que se utiliza en la Maestría de Terapia Breve de la Facultad de Psicología de la UANL, empezando por la explicación del contexto o lugar donde se le atendería, estableciendo así

los horarios de las próximas sesiones. Después se continuó con la fase social, donde se le preguntó acerca de su familia, escuela, amigos, trabajo y actividades de su gusto; se preguntó el desempeño en cada uno de los roles antes mencionado, así como la relación en cada uno. Se continuó preguntando sobre la demanda, en donde mencionó el paciente querer trabajar su auto aceptación de la orientación homosexual dejando de sentir la culpa al haber elegido esa orientación sexual. Después se realizó la pregunta del cambio pre-tratamiento, donde comentó haberse sentido más tranquilo por recibir ayuda. En la pregunta escala de Shazer respondió estar en un 5.

En la segunda sesión se trabajó la aplicación de las evaluaciones mencionadas en el apartado de instrumentos, preguntas acerca de la historia de su vida con la orientación homosexual, de qué manera ha manejado la decisión de la orientación sexual, que conocimientos tiene acerca de la homosexualidad, como es la dinámica familiar antes y después de que sus padres se dieran cuenta de la orientación sexual del paciente, así como parejas que ha tenido. En la pregunta escala respondió estar en un 6.

En la tercera sesión se trabajó el aspecto social: el rol de amigo, estudiante y hermano como se desenvuelve en cada uno con el fin de detectar todas las situaciones que le causan ansiedad. Se empleó la técnica de desensibilización sistemática como técnica de autocontrol (Labrador, Cruzado & Muñoz, 2006) para disminuir su ansiedad en las diferentes situaciones que se la causan, primero se le proporcionaron 20 tarjetas con la indicación de que el paciente escribiera en cada una de ellas las situaciones que le causa ansiedad, puede escribir cuantas situaciones quiera sin pasarse de veinte, después las calificará con un puntaje de 0-100 evitando que en cada una de las tarjetas no haya un intervalo de más de diez puntos, si esto llegase a suceder se le pregunta al paciente por otra situación que pueda haber para colocarla en ese espacio. Después se le proporcionó una psicoeducación con el fin de aclarar algunas dudas del paciente y a la vez reestructurar pensamientos, después se siguió con la relajación muscular progresiva de Jacobson, con el fin de tensar y relajar cada uno de los músculos del cuerpo al terminar se prosigue con imaginación guiada donde se le cometa al paciente que se le mencionaran las situaciones que le causan ansiedad empezando por el puntaje más bajo, mientras das en su mente las escenas que se están trabajando dando instrucciones de que si en el proceso llegase a experimentar ansiedad va a levantar su dedo índice de la mano que deseé para que el

terapeuta sepa el nivel de ansiedad, mientras que el paciente va a seguir reteniendo la imagen y se pide que se relaje dándose auto instrucciones para disminuir la ansiedad, cuando el dedo índice haya bajado completamente a su posición original entonces se pasara a la siguiente situación y así será con todas las situaciones. Para este paciente se aplicó todo lo anterior con una psicoeducación de información sobre ansiedad y homosexualidad. Solamente escribió cuatro tarjetas de situaciones que le causan ansiedad, donde puso:

1. Al escuchar hablar de la opinión que tiene las personas sobre los homosexuales. Con un puntaje de 80.
2. Que su amiga se le acerque con intenciones de querer abrazarlo y besarlo. Con un puntaje de 80.
3. Estar en lugares llenos de gente. Con un puntaje de 70.
4. Estar en lugares que no conoce. Con un puntaje de 60.

En esta sesión se empezó con dos tarjetas las de puntaje más bajo (4 y 3), donde se logró disminuir completamente la ansiedad que le causaba enfrentarse a ello. Ha reportado en la pregunta escala permanecer en un 7.

En la cuarta sesión, se prosiguió a continuar trabajando la técnica de desensibilización sistemática como técnica de autocontrol con las tarjetas que le seguían (2 y 1), donde se llevaron a cabo las indicaciones mencionadas en la sesión tres sobre el empleo de la técnica. Se logró disminuir completamente la ansiedad en ambas tarjetas; al final de la sesión se dispuso un espacio para que el paciente expresara como se sintió con la técnica empleada, con cada una de las tarjetas que se fueron trabajando para que lograra comparar la ansiedad que experimentaba antes de trabajar lo anterior y como se siente después de ello. Reporta tener en la pregunta escala un puntaje de 7.5

En la sesión cinco, se trabajó la técnica de Reestructuración Cognitiva de Albert Ellis, en la cual se trata de identificar, analizar y modificar los pensamientos e interpretaciones erróneas que las personas tienen en determinadas situaciones o hacia otras personas. Con el fin de orientar al paciente en base a las creencias irracionales, creencias centrales y distorsiones cognitivas que expresó en las evaluaciones aplicadas. Después de ello, se siguió a abordar información sobre homosexualidad mezclando esas ideas, creencias y distorsiones con relación al tema haciendo una reestructuración para que el paciente se diera cuenta de las falacias que él mismo tiene y que otros tienen respecto a su

orientación sexual y que realmente no es así, sino que es una condición natural. En la pregunta escala reporta tener un puntaje de 8.

En la sesión seis, se trabajó la técnica de Entrenamiento asertivo diseñada para ayudar a personas con déficits y dificultades en las relaciones interpersonales. Se le proporcionó al paciente una psicoeducación sobre asertividad: respuestas asertivas, derechos asertivos y técnicas asertivas. Después de ello se retomaron algunos reactivos de la evaluación de asertividad utilizando roll playing, donde el terapeuta hacía preguntas de posibles situaciones que el paciente enfrentaría con el fin de proporcionar la habilidad de responder de una manera asertiva ante lo que es difícil para el paciente. Reporta tener en la pregunta escala un puntaje de 9.

En la sesión siete, se trabajó la técnica de Solución de problemas de D'Zurilla y Golfried y revisada por D'Zurilla y Nezu. Con el fin de ayudar al paciente a resolver sus propios problemas con respuestas de afrontamiento efectivas siguiendo una serie de pasos:

1. Orientación hacia el problema.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generar soluciones alternativas.
4. Toma de decisiones.
5. Puesta en práctica y verificación de la solución.

Primero se le proporcionó al paciente una psicoeducación sobre que es solución de problemas y los pasos que tiene que seguir para encontrar la mejor alternativa de solución al problema, se elaboró un ejercicio con los pasos antes mencionados con la finalidad de practicar y desarrollar la habilidad de hacer este procedimiento cuando esté afrontando una situación problema. En la pregunta escala menciona tener un puntaje de 9.5

En la sesión ocho, se trabajó autoestima en base a la escala de autoestima aplicada. Se proporcionó una psicoeducación sobre el concepto de autoestima, después de ello se le aplicó la metáfora de árbol (Télez, 2007), estableciendo cada indicación para que lograra relajar e imaginar lo que se le iba diciendo. Reporta tener en la pregunta escala un puntaje de 9.8

La sesión nueve fue de seguimiento donde se trabajó prevención de recaídas; se llevó a cabo mediante situaciones que se le proporcionaron al paciente, donde se le dio la indicación de que comentara como le haría para resolver tal situación; esto con la finalidad

de detectar que estrategias de afrontamiento ha modificado y creado después de las sesiones de tratamiento y se le dejó claro que en algún momento de la vida podría enfrentarse a situaciones que lo hicieran sentir como la primera vez que llegó a terapia, pero que la clave de esto es que ahora posee los suficientes recursos para salir de ello con lo que aprendió en terapia. Menciona mantener en la pregunta escala un puntaje de 9.8

La sesión diez fue de cierre, donde se recapituló lo trabajado en las sesiones anteriores, lo que más le gustó, que cosas cambiaron o mejoraron desde que llegó hasta concluir el tratamiento, como se siente después de lo trabajado y sobretodo que el paciente se quede con la idea de que es un continuo trabajo pero que ahora le toca hacerlo solo, poner en práctica cada una de las cosas que aprendió cada vez que se enfrente a una situación problema y lo importante es mantenerse en el nivel de bienestar. Se le dejó la invitación a que si en algún momento de la vida se enfrenta a una situación que considera que no puede resolver solo a pesar de haber ejecutado las técnicas vistas en el tratamiento de terapia, puede volver a buscar ayuda terapéutica. Reporta mantener en la pregunta escala un puntaje de 9.8

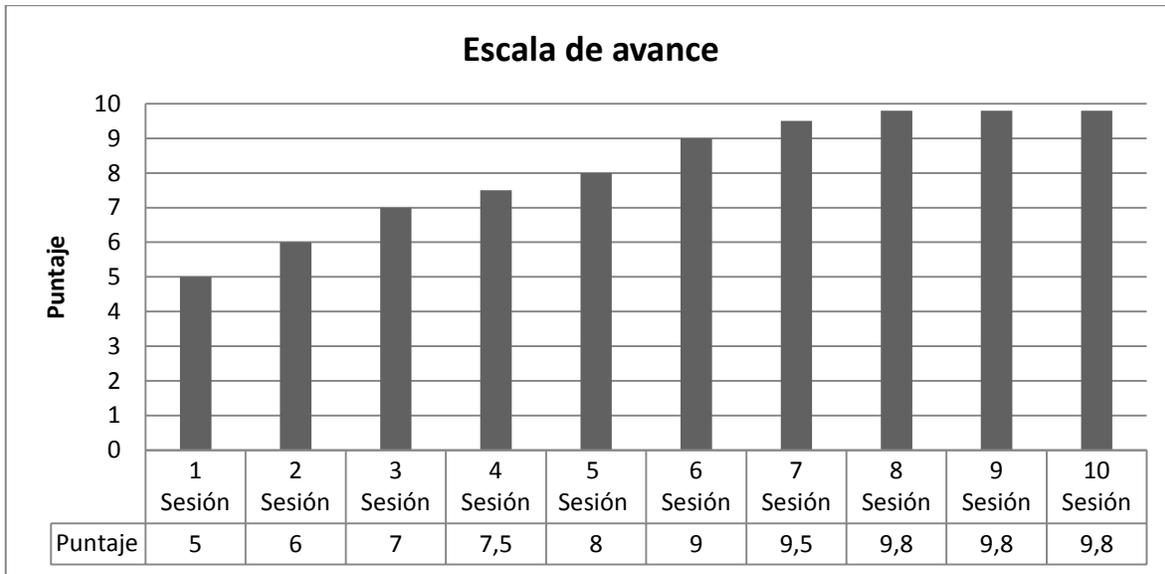
RESULTADOS

Actualmente los resultados son satisfactorios y esperados para el desarrollo de cada una de las sesiones (Gráfica 1). Las evaluaciones que se presentan en tablas y gráficas son significativas ya que muestran un notorio avance desde el inicio de las sesiones hasta la última sesión de culminación y cierre del tratamiento (Tabla 2, 3, 7 y 8 así como las gráficas 2, 3, 7 y 8). Las evaluaciones que solo contienen tablas se aplicaron también al inicio del tratamiento pero estas resultaron estar dentro del rango normal, tanto al principio como al final (Tabla 4, 5 y 6).

EVALUACIONES PRE – POST

ESCALA DE AVANCE

Gráfica 1



Gráfica 1. El avance de la pregunta escala que se realiza al final de cada sesión.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Rangos de puntaje

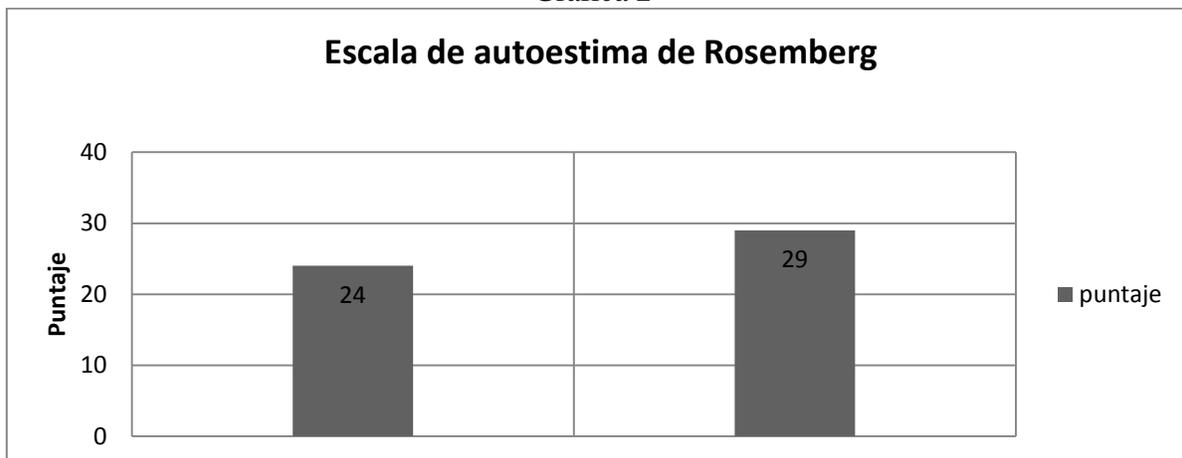
- **De 30 a 40 puntos:** Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.
- **De 26 a 29 puntos:** Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- **Menos de 25 puntos:** Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Tabla 2

Pre		Post	
Puntaje	24 puntos	Puntaje	29 puntos
Interpretación	Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.	Interpretación	Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Tabla 2. Puntaje de la primera aplicación en la sesión 2 a la segunda aplicación en la sesión 10.

Grafica 2



Gráfica 2. Avance de la primera aplicación en la sesión 2 a la segunda aplicación en la sesión 10.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Niveles de depresión

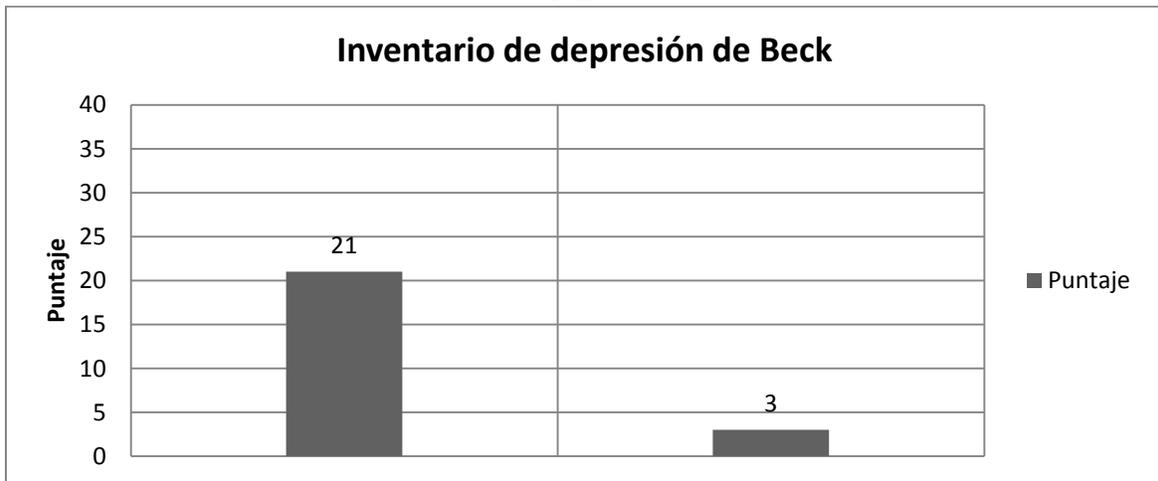
- **De 5 a 9 puntos:** Estos altibajos se consideran normales.
- **De 10 a 18 puntos:** Depresión leve a moderada.
- **De 19 a 29 puntos:** Depresión moderada a severa.
- **De 30 a 63 puntos:** Depresión severa.
- **Menos de 4 puntos:** Posible negación de la depresión.
- **Más de 40 puntos:** Esto es significativamente más aún que en personas seriamente deprimidas, sugiriendo una posible exageración de la depresión.

Tabla 3

Pre		Post	
Puntaje	21 puntos	Puntaje	3 puntos
Interpretación	Depresión moderada a severa.	Interpretación	Posible negación de la depresión.

Tabla 2. Puntaje de la primera aplicación en la sesión 2 a la segunda aplicación en la sesión 10.

Gráfica 3



Gráfica 3. La disminución de la primera aplicación en la sesión 2 a la segunda aplicación en la sesión 10.

INVENTARIO DE ANSIEDAD (BAI)

Rangos de puntaje

- **De 0 a 21 puntos:** Ansiedad muy baja.
- **De 22 a 35 puntos:** Ansiedad moderada.
- **Más de 36 puntos:** Ansiedad severa.

Tabla 4

Pre		Post	
Puntaje	7 puntos	Puntaje	2 puntos
Interpretación	Ansiedad muy baja.	Interpretación	Ansiedad muy baja.

Tabla 4. Puntaje de la primera aplicación en la sesión 2 a la segunda aplicación en la sesión 10.

ESCALA DE ASERTIVIDAD DE RATHUS (R.A.S.)

Rangos de puntaje

- **De 29 o menos:** Muy inferior al promedio.
- **De 30 a 39 puntos:** Inferior al promedio.
- **De 40 a 60 puntos:** Rango de promedio.
- **De 61 a 70 puntos:** Superior al promedio.
- **De 71 o más:** Muy superior al promedio.

Tabla 5

Pre		Post	
Puntaje	57 puntos	Puntaje	58 puntos
Interpretación	Rango promedio.	Interpretación	Rango promedio.

Tabla 5. Puntaje de la primera aplicación en la sesión 2 a la segunda aplicación en la sesión 10.

LISTA DE IDEAS CENTRALES O NUCLEARES NEGATIVAS MÁS COMUNES

Tabla 6

Pre		Post	
Idea acerca de mí mismo	Puntaje	Idea acerca de mí mismo	Puntaje
No agrado a nadie.	50	No agrado a nadie.	0
No soy atractivo	50	No soy atractivo	10
Soy raro, soy diferente	50	Soy raro, soy diferente	0
Idea acerca del mundo y de la vida	Puntaje	Idea acerca del mundo y de la vida	Puntaje
La vida no tiene sentido	50	La vida no tiene sentido	10

Nota: Solo se toman en cuenta las ideas con puntaje arriba de 70.

Tabla 6. Puntaje de la primera aplicación en la sesión 2 a la segunda aplicación en la sesión 10.

LISTA DE IDEAS IRRACIONALES MÁS FRECUENTES

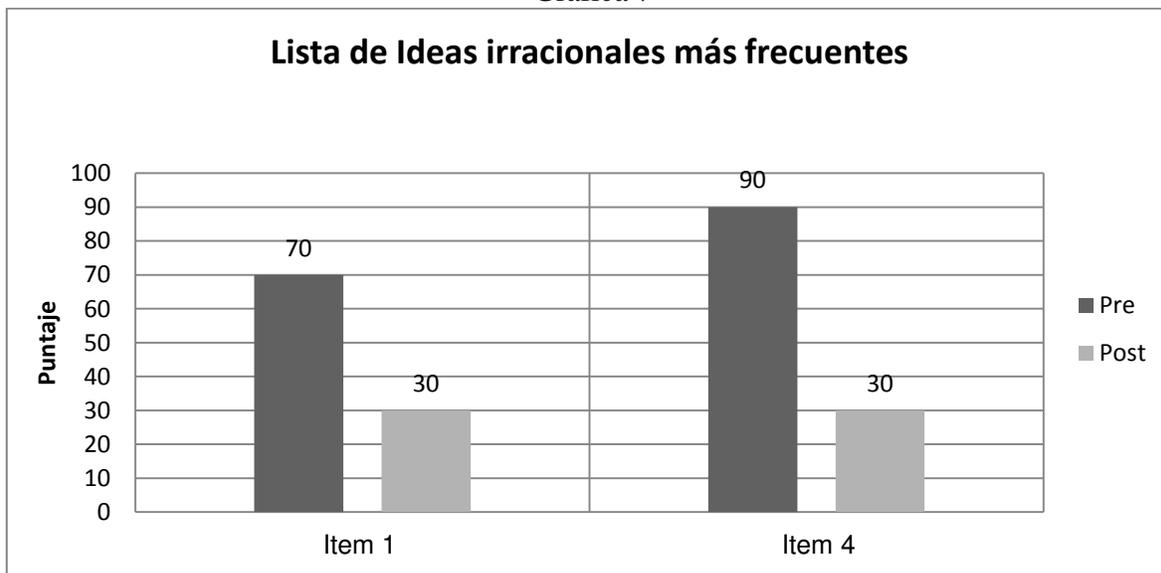
Tabla 7

Pre		Post	
Idea irracional	Puntaje	Idea irracional	Puntaje
1. Necesito ser amado/a y aceptado/a por las personas significativas de mi entorno.	70	1. Necesito ser amado/a y aceptado/a por las personas significativas de mi entorno.	30
4. Es tremendo y catastrófico que las cosas no salgan como uno quiere.	90	4. Es tremendo y catastrófico que las cosas no salgan como uno quiere.	30

Nota: Solo se toman en cuenta las ideas con puntaje arriba de 70.

Tabla 7. Puntaje de la primera aplicación en la sesión 2 a la segunda aplicación en la sesión 10.

Gráfica 7



Gráfica 7. La disminución de la primera aplicación en la sesión 2 a la segunda aplicación en la sesión 10.

LISTA DE DISTORSIONES DE LA PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD MÁS COMUNES

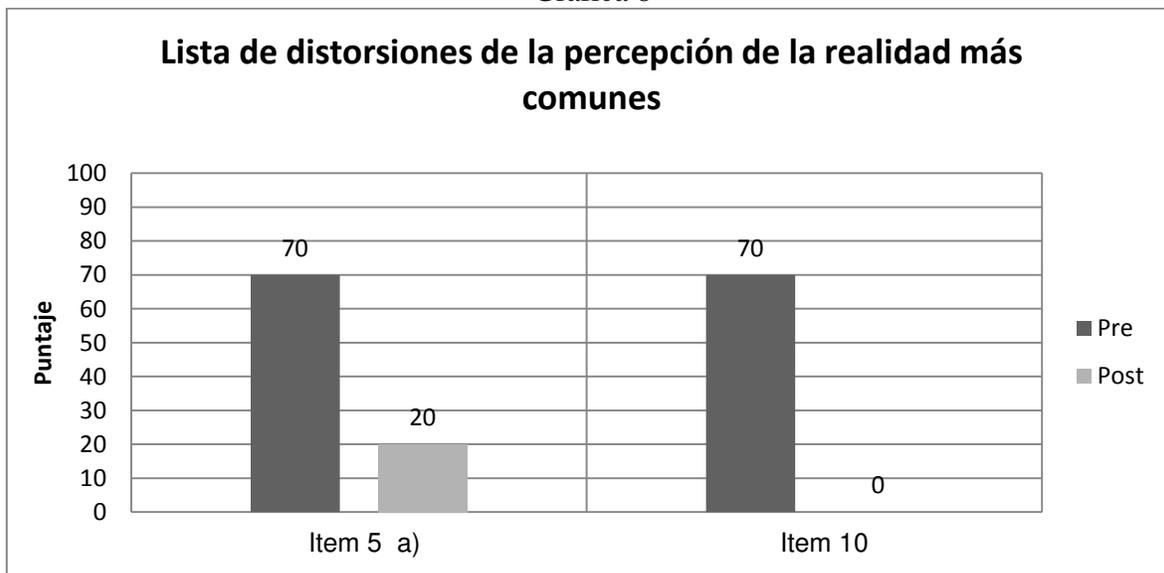
Tabla 8

Pre		Post	
Distorsiones	Puntaje	Distorsiones	Puntaje
5. Conclusión precipitada (Inferencia arbitraria). a) Lectura del pensamiento, pensar mal.	70	5. Conclusión precipitada (Inferencia arbitraria). a) Lectura del pensamiento, pensar mal.	20
10. Personalización.	70	10. Personalización.	0

Nota: Solo se toman en cuenta las ideas con puntaje arriba de 70.

Tabla 8. Puntaje de la primera aplicación en la sesión 2 a la segunda aplicación en la sesión 10.

Gráfica 8



Gráfica 8. La disminución de la primera aplicación en la sesión 2 a la segunda aplicación en la sesión 10.

DISCUSIÓN

El presente escrito declara haber trabajado un tema revelador en la actualidad, como lo es la orientación homosexual. Respecto a ello se abordó en específico el objetivo de la auto aceptación como homosexual, donde se reportó tener un gran avance en el proceso de auto aceptación impactando para una mejoría en los diferentes roles de vida del paciente, así como también en la aceptación de la orientación sexual por parte de sus padres.

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios, tomando como base la combinación de técnicas del enfoque cognitivo-conductual y el enfoque centrado en soluciones. Cabe mencionar que no se encontró ningún trabajo donde se hayan fusionado estos dos enfoques para trabajar la orientación homosexual y las técnicas utilizadas en cada una de las sesiones se pueden trabajar en otras situaciones dando a entender que no son exclusivas para trabajo con orientación homosexual, si no que se pueden generalizar a otras problemáticas porque han sido validadas en muchos otros tratamientos.

En otros trabajos como el de González y Toro (2012), donde la intervención fue asumir la orientación homosexual con una toma de decisión, logrando lo anterior siendo honesto consigo mismo para tener una seguridad de la elección; fue una intervención del enfoque cognitivo-conductual mediante la implementación de la técnica de reestructuración

cognitiva, donde se trabajaron los pensamientos irracionales de los participantes sobre su gusto por la orientación homosexual. Otro trabajo de Mohr y Fassinger (2003), donde se aborda un modelo de intervención en la auto aceptación y auto revelación de la orientación homosexual mediante diversas variables como: la experiencia de apego en la infancia con los padres, percepciones de apoyo de los padres, trabajo general de la unión y las variables entre lesbianas, gays y bisexuales. Donde se encontró que la relación y apego con los padres tiene un impacto directo con la auto aceptación y el apoyo de los padres tiene un impacto directo en la auto revelación de la orientación homosexual. Al lograr lo anterior disminuye la ansiedad y evita caer en una depresión.

Los aspectos que influyeron en los resultados favorables del presente trabajo fueron la disposición y compromiso por parte de ambos, tanto del terapeuta como del paciente en todo el proceso terapéutico, así como, la empatía que generó un buen clima de confianza.

Como limitaciones del estudio se encontró que no se aplicó ninguna evaluación en específico sobre el tema de la orientación homosexual. Para continuar la investigación sobre los tratamientos para la auto aceptación de la orientación sexual se recomienda seguir combinando los dos enfoques utilizados para hacer la evidencia de su efectividad.

CONCLUSIÓN

Me parece importante mencionar los resultados obtenidos en esta intervención para la auto aceptación de la orientación homosexual.

En primer lugar el procedimiento utilizado para la intervención resultó ser eficaz para lograr la auto aceptación de la orientación homosexual en el paciente, así como el impacto de manera favorable en el rol de estudiante tanto en las relaciones interpersonales con los compañeros y en el aspecto académico aprobando algunas materias en oportunidades extraordinarias.

En segundo lugar las técnicas utilizadas de ambos enfoques tienen un reflejo positivo en la convivencia con la familia, desde una comunicación asertiva sabiendo cómo responder ante comentarios no agradables por parte de ellos. Dejando ir la culpa por ser así, supliendo con un pensamiento más racional sobre lo que implica ser homosexual y sobre todo que no es el único con esta orientación. Todo contribuyó a una disminución de ansiedad al miedo de ser discriminado y una estabilidad en su autoestima.

En tercer lugar, el objetivo principal antes mencionado se cumplió de manera satisfactoria, sin embargo hay aspectos que no dependen del trabajo terapéutico como son la aceptación por parte de los demás y que esto muchas de las veces llegan a dejar una huella indeleble en la vida del paciente. Es por ello que a pesar de haber logrado el objetivo terapéutico planteado queda la sensación de seguir trabajando en pro de la auto aceptación de la orientación homosexual.

REFERENCIAS

- Álvarez, N. (2007, 27 marzo). *Seguimos sin entender la homosexualidad*. *El Nuevo Día*, p. 9.
- Andrade, C. (2011). *Análisis de los posibles conflictos y discriminación que puede darse en el contexto familiar, social y consigo mismo en homosexuales (hombres) que deciden asumir su orientación sexual*. (Tesis de pregrado). Facultad de Ciencias Sociales Escuela de Psicología. Quito. UDLA, Sede Ecuador.
- Annicchiarico, I. (2009). Psicobiología de la homosexualidad masculina: hallazgos recientes. *Univ. Psychol.* 8 (2), 429 – 446.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación española de Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Brizuela, A., Brenes, M., Villegas, M. & Zúñiga, B. (2010). El abordaje teórico y clínico de la orientación sexual en Psicología. *Rev. electrónica de estudiantes Esc. de psicología, Univ. de Costa Rica.* 5 (1), 9-35.
- Caballo, V. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1990). Progresos en el tratamiento de la ansiedad. Adecuación de las técnicas terapéuticas a las características individuales. In C.O.P. (Ed.), *Psicología y Salud: Psicología de la Salud* (pp. 270-274). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos (COP).

- Castañeda, M. (2000). *La experiencia homosexual: para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera*. México, DF.: Paidós.
- Castellanos, M. T., Guarnizo, C. A., Salamanca, Y., (2011). Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, 4 (1), 50-57.
- Dominic, D. (2012). Orientación Sexual. *Pink Therapy*. 1-7.
- Doña, R., García, A., et al. (2006). Homosexualidad en mujeres estudiantes universitarias. *Fundamentos en Humanidades. Universidad Nacional de San Luis*. 7 (1,2), 169 - 81.
- Froján, M., Vargas, I., Calero, A. & Ruiz, E. (2010). Categorización de la conducta verbal del cliente durante la reestructuración cognitiva. *Análisis y Modificación de Conducta*. 36 (153,154), 105-114.
- Gómez, A., Plans, B., Sánchez-Guerra, M. & Sánchez, D. (2003). *Cuadernos de terapia Cognitivo-Conductual: Una orientación pedagógica e integradora*. Madrid: EOS.
- González, J. & Toro, J. (2012). El significado de la experiencia de la aceptación de la orientación sexual homosexual desde la memoria de un grupo de hombres adultos puertorriqueños. *Eureka*. 9 (2), 158-170.
- Jarrín, O. (2011). *Estilos de socialización padre-hijo desde edades tempranas y la comunicación de su orientación sexual al padre por adolescentes varones homosexuales*. (Tesis de pregrado). Facultad de Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.
- Jimenez, M., Bonero, N. & Nazario, J. (2011). Adolescentes gays y lesbianas en Puerto Rico: procesos, efectos y estrategias. *Revista Puertorriqueña de psicología*. 22.
- King, L. & Noelle, S. (2005). Happy, mature, and gay: Intimacy, power, and difficulty times in coming out stories. *Journal of Research in Personality*. 39, 278-298.
- Labrador, F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (2006). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. España: Psicología Pirámide.
- León, A., Rodríguez, C., Ferrel, F. & Ceballo, G. (2009). Asertividad y autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de una

- universidad pública de la ciudad de Santa Martha (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 24.
- León, M., & Vargas, T. (2009). Validación y estandarización de la escala de asertividad de Rathus (R.A.S.) en una muestra de adultos costarricenses. *Revista costarricense de psicología*, 28 (41-42), 187-205.
- Mohr, J. & Fassinger, R. (2003). Self-Acceptance and Self-Disclosure of Sexual Orientation in Lesbian, Gay, and Bisexual Adults: An Attachment Perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 50 (4). Doi: 10.1037/0022-0167.50.4.452
- Pinheiro, C. & Mena, P. (2014). Relación parental, autoestima y sintomatología depresiva en jóvenes adultos. Implicaciones de los conflictos interparentales, coalición y triangulación. *Universitas. Psychologica*, 13 (3), 907-922. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-3.rpas>
- Rojas-Barahona, C., Zegers, B., & Forster, C. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Med Chile*. 13, 791-800.
- Romo, D. & Leblanc, C. (2011). *Homosexualidad y familia: ¿integración o rechazo?*. (Tesis de pregrado). Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.
- Staton, L. (2012). Homosexualidad: lo que la ciencia no dice. *First Things*. 220.
- Téllez, A. (2007). *Hipnosis Clínica: un enfoque ericksoniano*. México: Tillas.
- Toro-Alfonso, J. (2012). El estado actual de la investigación sobre la discriminación sexual. *Terapia Psicológica*. 30 (2), 71-76.
- Villanueva, L. (2015). Terapia Centrada en Soluciones: un triángulo equilátero. *Revista de Psicología*. 9 (1), 121-125.