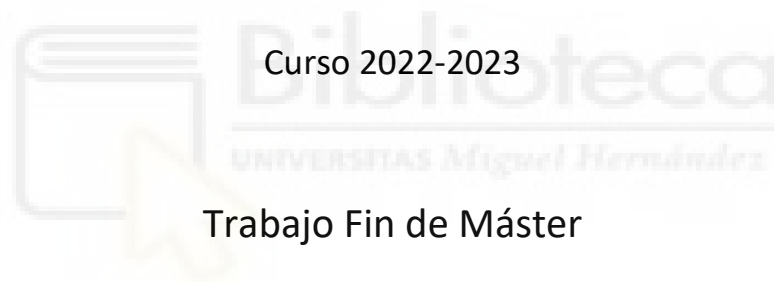




MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA



Intervención psicológica en estrés minoritario por orientación sexual. Un estudio de caso.

Autor/a: Ana María de la Guía Bastante
Tutor/a: María del Carmen Neipp López
Código de la Oficina de Investigación Responsable:
TFM.MPG.MDCN.AMDLGB.220916

Convocatoria: Enero 2023

Resumen

En el presente estudio de caso único se aborda la evaluación e intervención realizada a una paciente de 42 años de edad con sintomatología ansiosa, falta de asertividad y autoestima, consumo de alcohol, expectativas de rechazo y ocultamiento de su orientación sexual desde la perspectiva del estrés de las minorías (minority stress). La evaluación fue realizada mediante una entrevista semiestructurada, autorregistros y diversas escalas (Escala de Asertividad de Rathus, Escala de Autoestima de Rosenberg, SCL-90-R, Escala de autocuidado revisada SCPS-R y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI) para el malestar asociado. Anterior al tratamiento se llevó a cabo un análisis funcional con el objetivo de realizar una intervención adaptada al caso. El tratamiento de elección fue un híbrido de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y Terapia Centrada en la Persona (TCP) con un total de 17 sesiones durante las cuales se trabajaron técnicas de relajación, mindfulness, entrenamiento en habilidades sociales, experimentos conductuales y técnicas de solución de problemas entre otras. Respecto a los resultados, se observa la eficacia de la intervención individual adaptada a las necesidades de la paciente para la sintomatología asociada al estrés minoritario.

Palabras clave: Caso único, terapia centrada en la persona, terapia cognitivo conductual, estrés de las minorías, salud mental LGTBI

Abstract

The present case study introduces the evaluation and intervention of a 42-year-old patient with anxiety symptoms, lack of assertiveness and self-esteem, alcohol abuse, expectations of rejection and concealment of her sexual orientation from the perspective of minority stress. The evaluation was carried out through a semi-structured interview, self-reports and various scales (Rathus Assertiveness Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, SCL-90-R, Revised Self-Care Scale SCPS-R, and the State-Trait Anxiety Inventory STAI) to the associated distress. Prior to treatment, a functional analysis was carried out with the aim of implementing an intervention adapted to the case. The treatment of choice was a hybrid of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Person-Centered Therapy (PCT) with a total of 17 sessions. The techniques of convenience were relaxation techniques, mindfulness, social skills training, behavioral experiments and problem solving techniques among others. Regarding the results, it is observed that there is efficacy of the individual intervention adapted to the needs of the patient for the symptoms associated with minority stress.

Keywords: case study, person-centered therapy, cognitive behavioral therapy, minority stress, LGTBI mental health

Introducción

Aunque las cosas han mejorado durante los últimos años, en algunas ocasiones, la sociedad y las familias son poco comprensivas para una gran cantidad de personas LGTBI (Lesbianas, gays, transexuales, bisexuales, intersex). Dependiendo de la educación social, religiosa y familiar de cada persona, todavía a menudo, las personas LGTBI escuchan

mensajes en relación a enfermedad, pecado o suciedad y su orientación sexual o/e identidad de género (Borgogna et al., 2019). Muchas personas pertenecientes a este colectivo, aún hoy en día, son objeto de acoso, intimidación, rechazo, ostracismo y/o violencia (Gill y McQuillan, 2022). A medida que pasa el tiempo, algunos mensajes que vienen del exterior pueden llegar a internalizarse y dar lugar a pensamientos distorsionados sobre cómo las personas se ven a ellas mismas y sobre cómo las perciben los demás. Además, ocasionan el estigma, que puede afectar en múltiples niveles como el individual, interpersonal y estructural como se puede observar en la Figura 1, que hace referencia a las condiciones sociales, normas culturales y prácticas institucionales que limitan las oportunidades, los recursos y el bienestar de las poblaciones estigmatizadas (Hatzenbuehler et al., 2014).

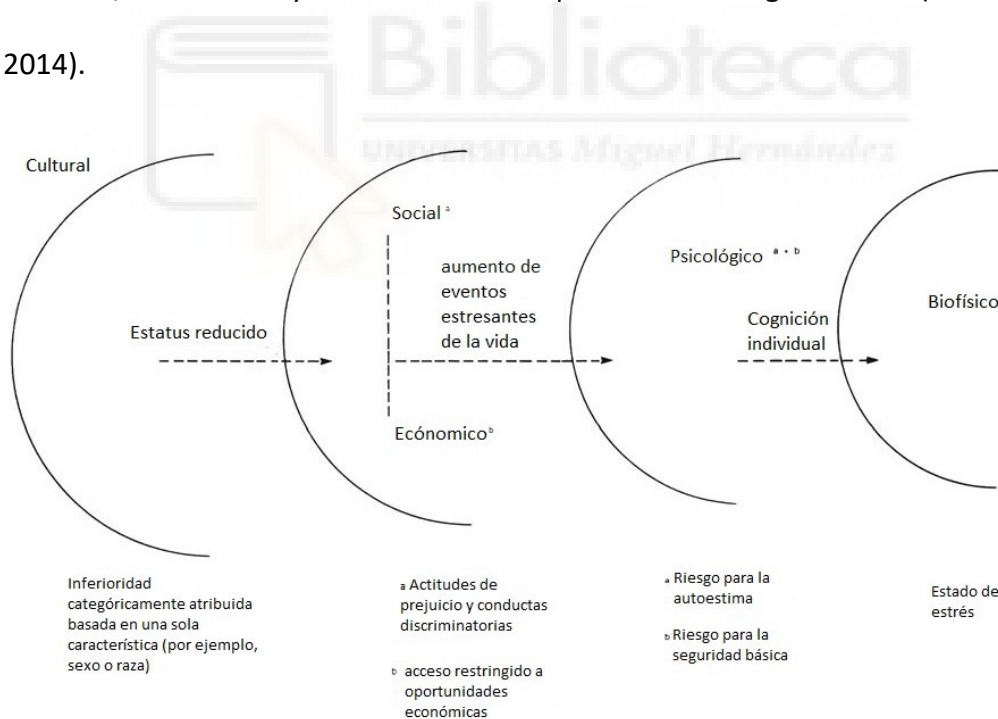


Figura 1: Secuencia de sistemas de antecedentes de estrés minoritario. Adaptación al castellano de Rich et al., (2020).

Salir del armario (tanto para uno mismo como para los demás) requiere un cambio de creencias fundamentales para que se pueda desarrollar un mayor sentido de autoaceptación y resiliencia emocional frente al posible rechazo. Pero incluso después de *salir del armario*, muchas personas LGTBI conservan la sensación de ser negativamente diferentes, no del todo correctas o aceptables en algunos aspectos, incluso entre otras personas del colectivo (Haslam et al., 2015). Suele ser una etapa donde estas personas se encuentran muy vulnerables emocionalmente y la aceptación o rechazo de su entorno puede ser crítica para su autoestima. Las personas comprenden que mostrarse abiertamente homosexual puede ser un detonante para sufrir exclusión social, persecución física y psicológica en ciertos entornos, además, en el ambiente familiar pueden llegar a ser victimizados por no ser heterosexuales, incluyendo reacciones de rechazo, negación y enfado (Mongelli et al., 2019.) Estas experiencias pueden tener efectos negativos y duraderos en la salud mental de las personas pertenecientes al colectivo LGTBI. Como ejemplos, las personas LGTBI reportan síntomas depresivos a una tasa 1,5 veces superior a la de la población general, con un 53,9 % de personas transgénero y un 33,4 % de personas LGTBI con niveles clínicamente significativos de síntomas depresivos. En cuanto a la ansiedad, los hombres homosexuales tienen un riesgo 4,7 veces mayor de sufrir un trastorno de pánico, y las mujeres lesbianas y bisexuales cumplen los criterios diagnósticos de ansiedad generalizada a una tasa tres veces mayor que la de las mujeres heterosexuales (Kaniuka et al., 2019). Con respecto a tales estadísticas, los investigadores enfatizan que las minorías sexuales no son inherentemente más propensas a desarrollar resultados negativos de salud mental. Más bien, el riesgo elevado de comportamiento suicidas y síntomas comórbidos de psicopatología probablemente se deriva de factores estresantes crónicos

específicos del colectivo LGTBI, como la discriminación y el acoso (Frost y Fingerhut, 2016; Mink et al., 2014). Hirsch, Cohn, Rowe y Rimmer (2017) describen que hay una relación entre la desesperanza y los síntomas depresivos y la orientación sexual minoritaria e identidad de género. Las consecuencias negativas derivadas de la condición de minoría, incluyendo el rechazo familiar y el aislamiento social, el estigma social y consiguiente internalización de mensajes negativos sobre uno mismo y una mayor incidencia de discriminación prejuicio y crímenes de odio, se cree que contribuyen a una mayor depresión y comportamiento suicida entre la comunidad LGTBI (Ryan et al., 2010).

Según el modelo de estrés de las minorías (*minority stress model*) de Meyer (2003) las minorías sexuales se enfrentan a factores estresantes únicos y hostiles relacionados con su identidad de género u orientación sexual, en consecuencia, estos estresores tienen efectos negativos en su salud. De acuerdo con este modelo, la exposición a factores estresantes hace que estos individuos anticipen continuamente el rechazo y perciban el estigma dentro de la sociedad, lo que contribuye a la creación de distorsiones cognitivas así como homofobia o rechazo internalizados (Marshal et al., 2008).

Esto tiene a su vez un mayor riesgo de presentar psicopatología asociada al consumo de sustancias, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada o comportamiento suicida (Campo-Arias et al., 2017). Este concepto nos explica la relación de una minoría y los valores dominantes y por consiguiente el conflicto resultante con el entorno social que experimenta el colectivo LGTBI (Austin y Goodman, 2017). Las diferencias en la salud de las minorías LGTBI, según Cox et al., (2011) pueden explicarse en gran medida a los factores estresantes producidos por una cultura homófoba y hostil, que a menudo resulta en una vida de acoso, maltrato y discriminación. Las manifestaciones más

comunes de este tipo de estrés podrían presentarse como experiencias de prejuicio interno, expectativas de rechazo, ocultamiento, encubrimiento, homofobia internalizada, hipervigilancia y experiencia de vergüenza crónica al vivir en una sociedad heteronormativa, pudiendo conducir al desarrollo de trastornos comúnmente asociados a la ansiedad, depresión y síntomas de estrés post-traumático (Budge, 2014). Igualmente puede haber riesgo de paranoia intensificada o hiperconsciencia de cualquier posible rechazo o amenaza, irritabilidad, falta de sentido de conexión y aceptación, tendencia al aislamiento social (Cochran et al., 2003). Esta sintomatología puede llevar a que estas personas sean más propensas a usar y abusar de alcohol y otras sustancias estupefacientes, en muchos casos, puede haber una tendencia a evitar el tratamiento por temor a la discriminación (Lehavot y Simoni, 2011). Asimismo, el colectivo LGTBI, puede incrementar este tipo de sintomatología y problemática asociada debido a la intersección de más de una identidad marginada (etnia, discapacidad, obesidad, etc).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) puede ayudar a las personas LGTBI a desarrollar estrategias y habilidades para identificar, probar y cambiar estas creencias destructivas y suposiciones subyacentes (Flentje, 2020). En la TCC, se aprende a reemplazar estas formas de pensar poco saludables con creencias de autoafirmación que permitan que la paciente se sienta más cómoda y abierta cuando interactúa con los demás, y más resiliente cuando esas interacciones no van tan bien. Asimismo, la terapia centrada en la persona (TCP) se centra en el crecimiento y en el desarrollo de la comprensión por parte del paciente de su identidad sexual, y apoya una perspectiva holística de entender la conexión humana (Hope, 2019).

Método

Identificación del paciente y motivo de consulta

María es una mujer de 42 años que vive en su ciudad natal. Tiene tres hermanos, dos mayores, una mujer y un hombre, y un hermano menor. Su padre era profesor de instituto ya fallecido, y su madre es ama de casa, tiene 76 años.

Sus padres han pertenecido desde siempre a un grupo ultracatólico en el que han estado muy involucrados. María difiere mucho del enfoque religioso de sus padres. Desde la adolescencia fue presionada para asistir a campamentos de verano y otras actividades organizadas por la congregación religiosa. No se le permitía vestirse como quería y se sentía poco escuchada y con poco espacio para ser ella misma. A pesar de esto, tiene muy buena relación con su madre y su hermana, aunque expresa que no puede abrirse con ellas ya que son personas de carácter fuerte y pensamiento rígido. Trata de pasar tiempo con su madre y habla frecuentemente con su hermana, quien a menudo la llama por teléfono para hablarle de sus problemas familiares. Aunque a veces no tiene ganas de contestar el teléfono, le resulta difícil establecer límites. Su padre falleció hace unos años cuando ella estaba en el extranjero trabajando con programas educativos. Describe este evento como un golpe muy duro en su vida. Echa de menos a su padre y entiende que la comunicación con él fue tal vez la más profunda dentro del núcleo familiar, especialmente en la edad adulta. Sin embargo, durante la niñez y en la adolescencia su padre mostró un carácter autoritario. Además, el padre de María era su maestro, y le exigía un alto rendimiento en la escuela. Ella sentía una falta de espacio, abrumada, no podía expresarse y sentía una gran represión emocional. María describe a su padre como una

persona que cambió con los años, que fue perdiendo rigidez y se volvió más empático y cercano. En general, María siente que ella es el punto de conexión en su familia: todos recurren a ella para que les ayude a resolver sus problemas. Siente que su papel siempre ha sido el de mediadora. Sin embargo, María comenta que en varias ocasiones en las que ha necesitado el apoyo de su hermana y su hermano pequeño, con quienes tiene una relación más cercana, le fallaron, poniéndola en evidencia. María es una persona que le da mucha importancia a la lealtad, sintiéndose traicionada por sus hermanos. Esto la hace sentir falta de confianza y autenticidad hacia ellos.

Cuando tenía 18 años, dejó su ciudad natal y se fue a estudiar a una ciudad a una hora de distancia. Durante ese tiempo pudo encontrarse a sí misma, entablar amistad con personas con las que se sentía bien y con quien salía a menudo. Es durante aquella época cuando comenzó a consumir alcohol. María comenta que tal vez, debido al consumo de alcohol, a veces se encontró en situaciones peligrosas con extraños, aunque nunca sintió su integridad física en peligro. Es una persona que se describe a sí misma como sociable, con muchos amigos y feminista. Le gustan mucho los festivales y conciertos musicales, las excursiones, estar en contacto con la naturaleza y pasar tiempo con sus amigos, aunque le cuesta tener tiempo libre porque pasa demasiado tiempo en el trabajo. Vive en un piso que es de su familia y que comparte con otras dos chicas. Es pedagoga y trabaja como autónoma. Se exige mucho en el entorno laboral y alega una gran inestabilidad ya que su trabajo depende de programas financiados por instituciones públicas. María comunica que es lesbiana pero que aún no se lo ha comunicado a su familia, lo que le provoca una gran ansiedad y malestar. Debido a su estricta educación religiosa, siente que es sucio, pecaminoso y siente culpabilidad. Siente que su familia le rechazará si se entera. También muestra una gran

autoexigencia en su faceta profesional, buscando validación externa, pero aunque lo consigue, no le da importancia, centrándose muchas veces en los resultados negativos cuando recibe retroalimentación. Expresa un gran miedo a hacerlo mal. También le cuesta delegar trabajo a otras personas. Dice tener poca asertividad y por eso no pone muchos límites a las personas que la rodean. A menudo siente que hace lo que los demás quieren ya que tiene dificultad para expresar lo que necesita. Alude problemas de autoestima. Rompió con su pareja, a quien elogia y extraña, y muestra interés de retomar el contacto con ella como amiga. Estuvieron juntas durante cinco años de manera encubierta, para su familia su pareja era su amiga. María abusa del alcohol algunas veces, durante los fines de semana especialmente y consume con frecuencia entre semana.

Estrategias de evaluación. Variables e instrumentos.

Para la evaluación de este caso se utilizaron diferentes procedimientos (Virues-Ortega y Moreno-Rodríguez et al. 2008) para obtener la información con el objetivo de identificar y profundizar sobre los factores desencadenantes, predisponentes y que pudieran mantener la situación de malestar, así como la evolución del problema hasta el momento presente.

Para comenzar se utilizó una *entrevista semiestructurada* para recoger la información de inicio, que incluye sintomatología, historia clínica de la paciente y familiar así como el nivel de disfuncionalidad que le puede causar en su vida diaria. Durante la entrevista semiestructurada se identificaron los siguientes campos de intervención: problemas de autoestima, síntomas ansiosos y depresivos, falta de habilidades sociales y autocuidado.

Asimismo, se crearon *autorregistros* específicos a lo largo del proceso terapéutico con el fin de evaluar los pensamientos automáticos que pudieran acompañar la aparición de

emociones de difícil manejo. En estos registros se incluían variables tales como hora y fecha, situación desencadenante, pensamiento, emoción, intensidad de esa emoción, conducta desencadenante y consecuencia. Para la intensidad de la emoción se creó una escala subjetiva con valores comprendidos del 1 al 10.

Una vez identificados los campos para la intervención y tratamiento se utilizaron los siguientes instrumentos para una debida estandarización y posterior evaluación del proceso de intervención:

Para evaluar el nivel de ansiedad se administró el *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI* (Spielberger et al., 1982). Este cuestionario permite obtener medidas separadas de dos aspectos diferentes: la ansiedad estado (20 ítems) y la ansiedad rasgo (20 ítems). Este inventario cuenta con una consistencia interna de valores α comprendidos entre .94 y .98 (Ortuño-Sierra et al., 2016). Las puntuaciones pueden variar de 0 a 60 en una escala tipo Likert con valores del 0 al 3 con nada/mucho para Ansiedad Estado y casi nunca-casi siempre para Ansiedad Rasgo. Al obtener las puntuaciones directas se pasarán a la tabla de baremos para obtener el nivel de ansiedad. Con este instrumento se busca determinar si los síntomas ansiosos ligados a su forma de vida disminuyen después de la terapia.

Asimismo, se administró el cuestionario *SCL-90-R* (Derogatis, 2002) para valorar la sintomatología actual. Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala tipo Likert de cinco puntos (0-4). Los valores del coeficiente Alfa son elevados en todos los casos (cercaos o superiores a .80), lo que indica buenos niveles de consistencia interna (Sánchez y Ledesma, 2009). Se evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

Somatizaciones (SOM); Obsesiones y compulsiones (OBS); Sensibilidad interpersonal (SI); Depresión (DEP); Ansiedad (ANS); Hostilidad (HOS); Ansiedad fóbica (FOB); Ideación paranoide (PAR); y Psicoticismo (PSIC). El valor de cada dimensión sintomática se alcanza dividiendo la suma total por el número total de ítems que componen el inventario. A la hora de corregir, si dos o más dimensiones superan el centil 80 se utilizará el baremo de población clínica. A la hora de la interpretación de este instrumento, se tendrá en cuenta la puntuación centil que indica el tanto por ciento del grupo normativo al que la paciente es superior en la dimensión evaluada.

Para evaluar la asertividad (habilidades sociales) se aplicó la Escala de Asertividad de Rathus (1973) en la adaptación al castellano de León y Vargas (2009). Este test consta de 30 preguntas. La paciente se evalúa con cada afirmación de acuerdo con una escala de seis puntos tipo Likert, la cual va de -3 (muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo) a +3 (muy característico de mí, extremadamente descriptivo). La puntuación total se obtiene con la suma de los códigos numéricos de cada ítem, cambiándose el signo de los ítems marcados con asterisco. Las puntuaciones son oscilantes entre -90 y 90. Una puntuación mayor indica un mayor nivel de asertividad. Con esta escala se pretende evaluar si la asertividad aumenta con la terapia (reconocimiento de las deficiencias propias, dar y recibir cumplidos, iniciar y mantener interacciones con otras personas, expresar sentimientos positivos y negativos, externalizar expresiones no populares o diferentes, solicitar cambios de conductas de las otras personas y rechazar pedidos irracionales). La consistencia interna de las subdimensiones varía de .57 a .73 (León, 2014).

Asimismo, se utilizará la *Escala de autocuidado revisada (SCPS-R)* de González et al. (2018).

Esta escala atiende a la forma en la que la paciente cuida de sí misma en función de 31 ítems agrupados en 6 temas: Conducta Autodestructiva (AD); Falta de tolerancia al afecto positivo (TA); Problemas para dejarse ayudar (PA); Resentimiento por no reciprocidad (RE); No actividades positivas (NP) y no atender a las propias necesidades (NN). Cada dimensión nos da una puntuación por separado para evaluar de manera más concreta. Cada puntuación dimensional se divide por el número de ítems para tener la puntuación final. Un valor mayor de 3 nos indica que es necesario trabajar en esa dimensión. Esta escala muestra una alfa de Cronbach de .91 (Gonzalez et al., 2018).

Y, por último, la *Escala de autoestima* de Rosenberg (1965). Esta escala permite evaluar el concepto que la paciente tiene sobre ella misma. Cada uno de los ítems es una afirmación sobre la valía personal y la satisfacción personal con uno mismo. Este test consta de 10 preguntas. La paciente se evalúa con cada afirmación de acuerdo con una escala de seis puntos tipo Likert, la cual va de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). Las puntuaciones van de 0 a 40, indicando más autoestima cuanto más puntuación. La escala muestra una consistencia interna de $\alpha = .78$ (Góngora y Casullo, 2009).

Tratamiento

A continuación de recoger la información con los instrumentos anteriormente citados, se realiza un análisis topográfico y funcional del caso. Los datos se presentan en la Tabla 1 para tener una perspectiva de la paciente y de su caso. En esta tabla, también se muestran los antecedentes, respuestas y consecuencias que mantienen el problema.

Las variables disposicionales socio-ambientales que han acompañado a la paciente desde su infancia y adolescencia han influido en su imagen y en sus vivencias personales, por un lado el entorno opresivo en el que ha crecido, con padres estrictos y rígidos y por otra parte según el modelo de estrés de las minorías (Hatzenbuehler, 2009; Meyer, 2013), la exposición a factores estresantes específicos que podría llevar a la anticipación continua de rechazo y de percepción del estigma social, lo que contribuye a las cogniciones negativas, tales como homofobia internalizada, rechazo y riesgo elevado de psicopatología como abuso de sustancias (drogas o alcohol), síntomas depresivos o síntomas ansiosos (Kaniuka et al., 2019).

Hipótesis funcional

Como podemos observar en la Tabla 1, la paciente presenta una sintomatología ansiosa y depresiva ante la exposición a diversos estímulos que implican el descubrimiento de su orientación sexual. De esta manera, la paciente muestra conductas de evitación que refuerzan los síntomas a largo plazo, dificultad en las relaciones sociales sobre todo familiares y la comunicación, autoexigencia en el trabajo, alto consumo de alcohol, autocuidado deficiente, homofobia internalizada y baja autoestima. Esto produce diversas injerencias en su vida actual, propiciando la sensación de malestar general.

Tabla 1.

Análisis funcional del caso de María

Problema	Conducta	Consecuentes
<ul style="list-style-type: none"> Miedo al rechazo de la familia por su 	<i>Cognitivo</i>	<i>De las conductas de evitación:</i>

orientación sexual	“Prefiero no mostrarme tal como soy ante mi madre y demás familia”	Disminución de la ansiedad a corto plazo por refuerzo negativos
• Temor a no dar la talla en el trabajo	“Le daré un gran disgusto a mi madre	Incremento de las rumiaciones
• Temor a perder el trabajo	“La homosexualidad es algo sucio y pecado”	mantenimiento de la sintomatología ansiosa y depresiva a largo plazo
• Dificultad para expresarse y poner límites	“qué va a pensar la gente que me conoce de mí” “no puedo más” “es posible que pierda mi trabajo por mi orientación sexual”	Disminución de las interacciones familiares Falsa sensación de desinhibición a causa del alcohol. Falsa sensación de seguridad.
• Creencias de homofobia internalizada		<i>De la conducta de restricción emocional:</i>
• Estigma social	<i>Fisiológico</i> Dolor de cabeza Sueño insuficiente Entumecimiento de manos y pies Cansancio físico Estado de hipervigilancia Tensión muscular Cuidado nutricional empobrecido Disminución de la libido	Aumento del sentimiento de incompreensión Disminución de las relaciones sociales familiares Sentimientos invalidantes. De la conducta de autocuidado: Disminución de autestima. Disminución de autoeficacia. Pobre autoconcepto. Rechazo de imagen corporal.
	<i>Emocional</i> Ansiedad Frustración Angustia Desesperación Confusión Vergüenza Culpa Inseguridad Comportamental Evitación: Evitar hablar con la familia de su vida amorosa/sexual Beber alcohol	
	Restricción emocional:	

Reducción de actividades
placenteras
No expresar emociones
“negativas”

Autocuidado:

Alimentación no saludable
Conducta autodestructiva
Poco ejercicio físico

Tratamiento de elección

El tratamiento elegido para la intervención fue la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) como recomienda el National Institute of Mental Health (2021), y avalada en diversos estudios con sintomatología parecida en colectivo LGTBI (Hirsch et al., 2017; Perry et al., 2017; Flentje, 2020) junto a la terapia centrada en la persona (TCP) respaldada en diversos estudios de similares características (Bidell, 2013; Khdir y Latifoğlu, 2021; King et al. 2007; Gibbard y Hanley, 2008). La TCC se aplicará a modo de técnicas secundarias a la TCP subyacente. En lo que se refiere a la TCC se sigue los modelos de Labrador (2008), de Caballo (2015) y de Olivares Rodriguez et al. (2014) y en lo que se refiere a TCP los modelos de Merry (2020), Hope (2019), Cooper et. al (2013) y Freeth (2007).

En las técnicas utilizadas desde la TCC se utilizarán la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, búsqueda de soluciones, mindfulness y la relajación. En lo que se refiere al enfoque TCP se centrará en la creación de un vínculo terapéutico estable, la auto-realización, análisis de autoconcepto y análisis de condiciones de valor desde una perspectiva fenomenológica.

Para comprender este caso se propone analizar sus mecanismos de defensa, pensamientos intrusivos, dependencia y falta de confianza junto con una necesidad de autoaceptación y validación externa, y las implicaciones que tiene en la estructura del "yo", aspecto que será objeto de examen fenomenológico considerando el "ella misma" como voz simbólica de una identidad de la paciente disfuncional en el momento presente; una identidad que pone de relieve la posible brecha existencial entre su yo real, cargado de necesidades en proceso debido a su ciclo de vida, y las condiciones de valor en experiencias significativas con otros. Esta condición no le permite reconocer sus verdaderas necesidades orgánicas. En relación con las demandas de validación y aceptación que el yo ideal constantemente presenta. En la Figura 2 se puede observar este esquema.

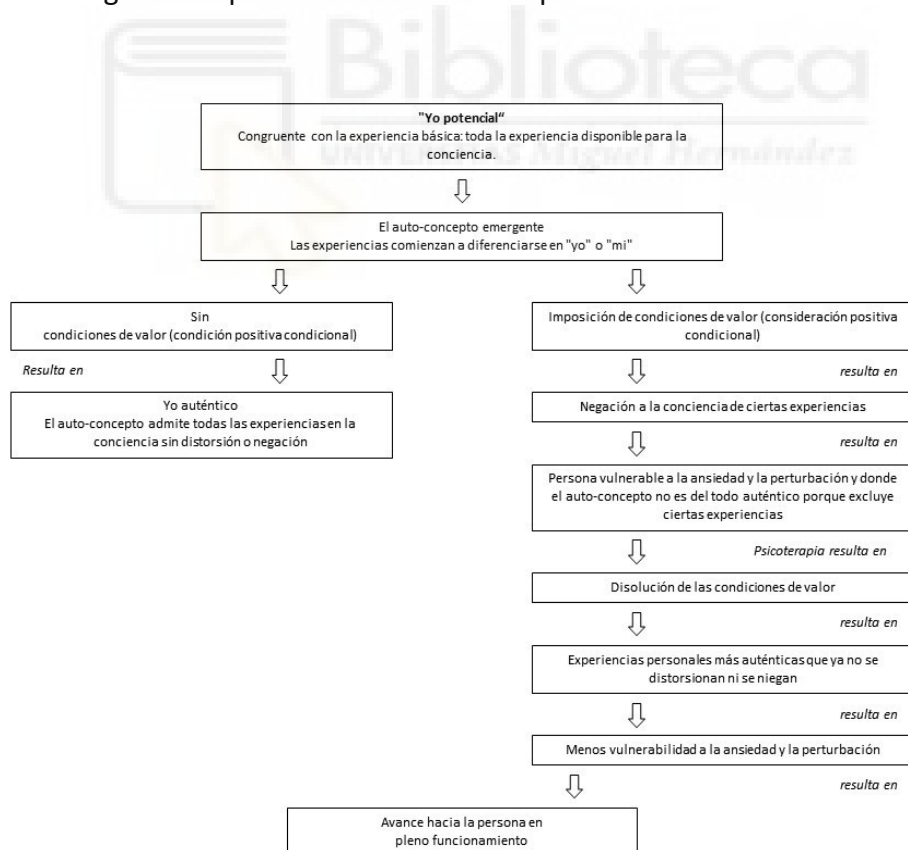


Figura 2: Adaptación al castellano de Merry (2020). Dos posibles caminos de desarrollo.

Objetivos del tratamiento

Los objetivos principales del tratamiento son los siguientes:

- Reducir los síntomas depresivos y ansiosos asociados al descubrimiento de la orientación sexual de la paciente.
- Reducir los pensamientos automáticos anticipatorios y expectativas negativas de rechazo.
- Modificar el estilo de afrontamiento tanto a nivel familiar como laboral.
- Fomentar el autocuidado.
- Reforzar la asertividad.
- Aumentar la autoestima.

Se resumen los objetivos y técnicas utilizadas en la Tabla 2.

Tabla 2.

Objetivos y técnicas

Objetivos	Técnicas TCC	TCP
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir los síntomas depresivos y ansiosos asociados al descubrimiento de la identidad sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> Relajación Mindfulness Psicoeducación Reestructuración cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> Alianza terapéutica (empatía, autenticidad y aceptación incondicional en el encuentro terapéutico).
<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir los pensamientos automáticos negativos y las expectativas negativas de rechazo 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación Búsqueda de soluciones Entrenamiento en habilidades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> Condiciones de valor Auto-concepto Comunicación no verbal Validación personal
<ul style="list-style-type: none"> • Modificar el estilo de afrontamiento tanto a nivel familiar como laboral 	<ul style="list-style-type: none"> Experimentos conductuales 	<ul style="list-style-type: none"> Tendencia actualizante Fortalecer la libertad y capacidades personales.
<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el autocuidado • Reforzar la asertividad • Aumentar la autoestima 		<ul style="list-style-type: none"> Experimentos conductuales.

Descripción

El tratamiento tuvo lugar durante 17 sesiones con periodicidad semanal durante las 12 primeras sesiones y quincenal durante las últimas 4. A los tres meses hubo una sesión de seguimiento. Cada sesión tuvo una duración de una hora. La totalidad de las sesiones siguió un abordaje individual.

Las sesiones se llevaron a cabo en cuatro etapas y una pre etapa de evaluación (véase Tabla 3) cuya finalidad fue, como se ha comentado anteriormente, mejorar la autoestima/ autoconcepto, disminuir los pensamientos automáticos con efecto negativo, reducir los síntomas ansiosos y depresivos, fomentar el autocuidado, entrenar en habilidades sociales para el aumento de la asertividad, favorecer el desarrollo personal y bienestar psicológico de la paciente en su entorno tanto familiar como laboral principalmente.

Tabla 3.*Plan de tratamiento*

Sesión	Fase	Objetivos	Componentes básicos
1, 2, 3	Evaluación	Entrevista semiestructurada y cuestionarios. Análisis funcional, objetivos y tratamiento	Entrevista Inventarios y tests Evaluación <i>pre</i>
4,5, 6,7	Primera Etapa. Intervención sobre sintomatología ansiosa.	Disminución de síntomas ansiosos y promoción de actividades placenteras. Disminución de la evitación como mecanismo de defensa.	Relajación progresiva de Jacobson. Ejercicios de meditación y técnicas de visualización. Mindfulness y respiración diafragmática. Experimentos conductuales.
8,9,10	Segunda Etapa. Intervención sobre pensamientos intrusivos y creencias internas	Identificar pensamientos intrusivos, generación de pensamientos alternativos Identificar y modificar reglas de	Registro de pensamientos automáticos. Cambio por pensamientos alternativos funcionales.

9, 10,	Tercera Etapa.	vida	Experimentos conductuales
11, 12,	Promover percepción	Mejora de la imagen personal y	Reestructuración cognitiva
13	positiva de	del bienestar psicológico.	Motivación para el cambio
	autoconcepto y hábitos	Promover auto-aceptación	Planificación del cambio
	saludables.	Promoción de hábitos	Experimentos conductuales
		saludables implicados en el	Identificación de puntos fuertes y
		mantenimiento de la salud	mejorar de la autoestima
		física y mental.	Refuerzo de los puntos fuertes
		Toma de conciencia de las	Diario de actividades
14, 15,	Cuarta etapa.	influencias socioculturales	Diario de gratitud
16	Entrenamiento en	Mejorar la calidad de las	Búsqueda de soluciones
	habilidades sociales.	relaciones interpersonales,	Entrenamiento afrontamiento de
		especialmente la comunicación	críticas
		asertiva	Modelado
			Experimentos conductuales
			Retroalimentación
			Refuerzos
			Exposición
			Implementación de
			autoinstrucciones
			Entrenamiento en comunicación
			no violenta
			Prevención de recaídas
17	Seguimiento	Monitoreo	Evaluación <i>post</i>
			Evaluación
			Prevención de recaídas

En la etapa de evaluación se lleva a cabo una entrevista clínica semiestructurada para recabar información relevante. También se le aportó a la paciente un autorregistro para la recogida de información en lo que refiere a las situaciones que le pudieran producir malestar. Se aplican los instrumentos de evaluación (STAI, SCL-90-R, Escala de Autocuidado, Escala de Autoestima y Escala de Asertividad). Se proponen los objetivos de tratamiento tanto de parte del terapeuta como de parte de la paciente.

En la *primera etapa*, el objetivo es aliviar los síntomas ansiosos y depresivos mediante la relajación y el mindfulness. Asimismo, se potencia la realización de actividades placenteras. Durante esta fase se presenta la relajación progresiva de Jacobson, ejercicios

de meditación y técnicas de visualización, mindfulness y respiración diafragmática.

También se revisan los autorregistros destacando el papel de la evitación, las emociones negativas que provoca la idea de rechazo, la importancia de la relajación y la exposición poco a poco a los estímulos estresantes.

En la *segunda etapa* el objetivo es la intervención sobre los pensamientos automáticos a través de estrategias de reestructuración cognitiva y psicoeducación. Se presenta la técnica de registro de pensamientos/emoción/ pensamiento alternativo, adaptación de Burns (2012). Durante esta etapa se analizan situaciones personales para abordar la interpretación de posibles cogniciones disfuncionales y distorsiones cognitivas y se fomenta la mejora de las distorsiones cognitivas aplicando nuevas estrategias en su día a día. Mediante la psicoeducación se le muestra a la paciente en qué consiste lo que está sintiendo, cómo funcionan las emociones y el aprendizaje, los factores que pueden influir en la expresión de las emociones. Se revisa el autorregistro para consolidar el proceso de psicoeducación y desarrollo personal.

En la *tercera etapa*, se busca promover la percepción positiva del autoconcepto intentado fortalecer las valoraciones positivas que pudiera hacer de sí misma a través de la práctica de la gratitud, de un diario personal donde pueda ir escribiendo actividades que le crean emociones positivas y momentos emocionales, así como ideas que se le ocurran que podamos explorar en terapia. Se busca modificar las ideas negativas que puedan ser base de comportamientos disfuncionales. Se explora la vida de la paciente desde la dialéctica para que pueda identificar posibles pautas que no le ayuden a avanzar de manera homogénea y sean acordes a sus valores e idea de ella misma y poder llevar a cabo

experimentos conductuales. Se sigue trabajando con los autorregistros para seguir indagando sobre posibles pensamientos desadaptativos. En esta etapa, también se busca fomentar el autocuidado, limitar el consumo de alcohol, ejercicio físico, hábitos saludables y alimentación sana.

La *cuarta etapa* tiene como objetivo mejorar las relaciones interpersonales de la paciente, especialmente las familiares y laborales. Se implementan técnicas de entrenamiento de habilidades sociales: fomentar la escucha activa, lenguaje no verbal, manejo de silencios y pausas de transición, desarrollar la autorrevelación y la comunicación no violenta (Rosenberg, 1999). Estos ejercicios se harán en consulta a través de role playing, retroalimentación y reforzamiento de las conductas deseadas. Se propondrá llevar a cabo lo hecho en terapia a su vida diaria. Al final de esta fase se pasarán de nuevo los instrumentos de evaluación y se llevará a cabo un repaso de las herramientas y recursos adquiridos durante el proceso terapéutico.

Durante las cuatro etapas se realizará un seguimiento de los autorregistros, de las tareas y los progresos que se irán consiguiendo. Las tareas para casa serán las actividades que se desarrollen durante las sesiones y que luego se convertirán en herramientas y recursos que podrá utilizar siempre que los necesite. Se finaliza la etapa con un diseño de prevención de recaídas a través de un enfoque psicoeducativo.

Una vez finalizada la cuarta etapa, se procederá a concertar una sesión complementaria tres meses después para evaluar de nuevo con los instrumentos de medida a la paciente y valorar el impacto del proceso psicoterapéutico.

Factores relacionados con la terapeuta

Las sesiones fueron conducidas por la autora del presente estudio. Se creó un clima propicio para cultivar la alianza terapéutica según la TCP basada en la aceptación incondicional, autenticidad y empatía.. Según diversos estudios, la alianza terapéutica es el predictor más consistente del éxito del tratamiento, independientemente del enfoque terapéutico. La relación terapéutica se conceptualiza comúnmente como un refugio seguro y una base segura para superar sus dificultades (Flückiger et al., 2018 y Totura et al, 2018). Se evitó la actitud condescendiente y se fortaleció la responsabilidad de la propia paciente en su tratamiento. La toma de decisiones y la creación de los objetivos terapéuticos se llevaron a cabo conjuntamente. Se le comunicó a la paciente el interés por su caso a la hora de realizar este estudio y firmó el consentimiento informado. Se llevó una continuidad en el caso, reforzando los logros, se revisaron periódicamente las tareas y se promovió la autoeficacia.

Resultados de la intervención

El diseño del trabajo expuesto es de índole cuasi experimental, con diseño A-B-A. Se realiza una evaluación inicial, final y de seguimiento con la finalidad de evaluar la efectividad de la intervención. De igual manera, los autorregistros nos proporcionan mediciones de la exposición de la paciente a diferentes estímulos que le pueden provocar diferentes emociones, pensamientos y conductas y que por consiguiente, pudieran generar malestar.

De modo cualitativo, la paciente comunica que el proceso le ha servido de ayuda y que ya ha cambiado patrones de comportamiento, así como creencias que le producían los síntomas ansiosos, depresivos y los pensamientos automáticos. El autoconcepto ha mejorado bastante, así como la forma de comunicarse. Ha logrado finalmente comunicar a su familia su homosexualidad, bajar el nivel de exigencia en el trabajo, disminuir a casi 0 el consumo de alcohol, ha adoptado hábitos saludables tales como salir a andar por el monte y una alimentación más sana.

Con respecto a los resultados obtenidos a través de los instrumentos de evaluación administrados antes, después y de seguimiento de la terapia híbrida TCC-TCP se observa una evolución positiva en todas las variables evaluadas:

Con respecto al *SCL-90-R* se puede observar una disminución de todas las dimensiones como se puede ver en la Figura 3. Entre los síntomas más significativos, la paciente manifiesta una disminución de los síntomas depresivos PT (pretest)= 2.15; PT (postest) = 0 y S (seguimiento)=0.15, en síntomas ansiosos PT(pretest)= 1.5; PT(postest) = 0 y S (seguimiento)=0, así como en la dimensión de síntomas de psicoticismo PT(pretest)= 1.5; PT(postest) = 0 y S (seguimiento)=0. Al inicio del tratamiento el PSDI era de 2, encontrándose en el percentil 25 de población psiquiátrica. Asimismo, se ha visto un decremento en el PSDI tanto en la medición post tratamiento como en la de seguimiento, situándose dentro de la población normal. El decaimiento de los síntomas quizá pueda ser debido al alivio que la paciente siente después de exponer su homosexualidad a la familia, foco de la mayoría de sus pensamientos y síntomas disfuncionales.

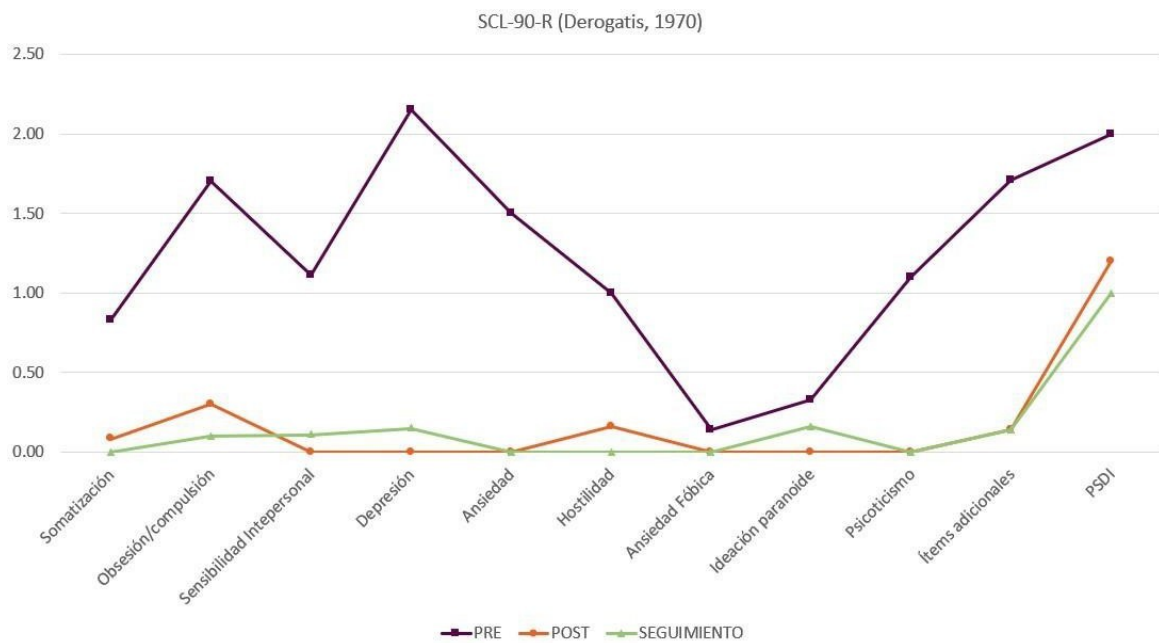


Figura 3: Resultados del SCL-90-R en las tres fases de evaluación.



Respecto a la Autoestima EAR (Rosenberg, 1965), observamos en la Figura 4 un aumento en los resultados. Las puntuaciones de la escala van de 10 a 40 puntos, quedando los intervalos de la siguiente manera:

Menos de 25: Autoestima Baja

26-29: Autoestima Media

Más de 30: Autoestima Alta.

Antes del tratamiento la paciente presentaba una autoestima baja (21), aumentando a una autoestima media tanto en la fase posterior de evaluación como en la de seguimiento (29 y 28 respectivamente).

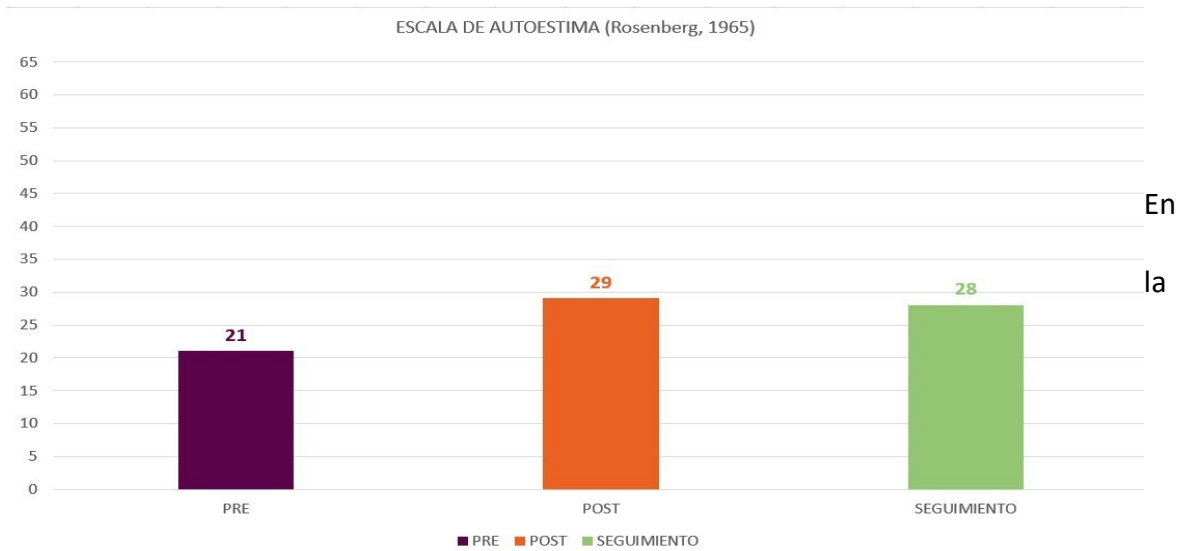


Figura 4: Resultados de la Escala de Autoestima en las tres fases de evaluación.

En Escala de Autocuidado (González, 2017) también se puede observar un cambio al finalizar el tratamiento. Un descenso especialmente significativo se puede observar en las variables de “No atender a las propias necesidades” (NN) y “Conducta autodestructiva” (AD) pasando de 5.85 y 6 a 1 y 1.5 respectivamente. No obstante, todas las variables de autocuidado se pueden observar mejoradas al final del tratamiento.

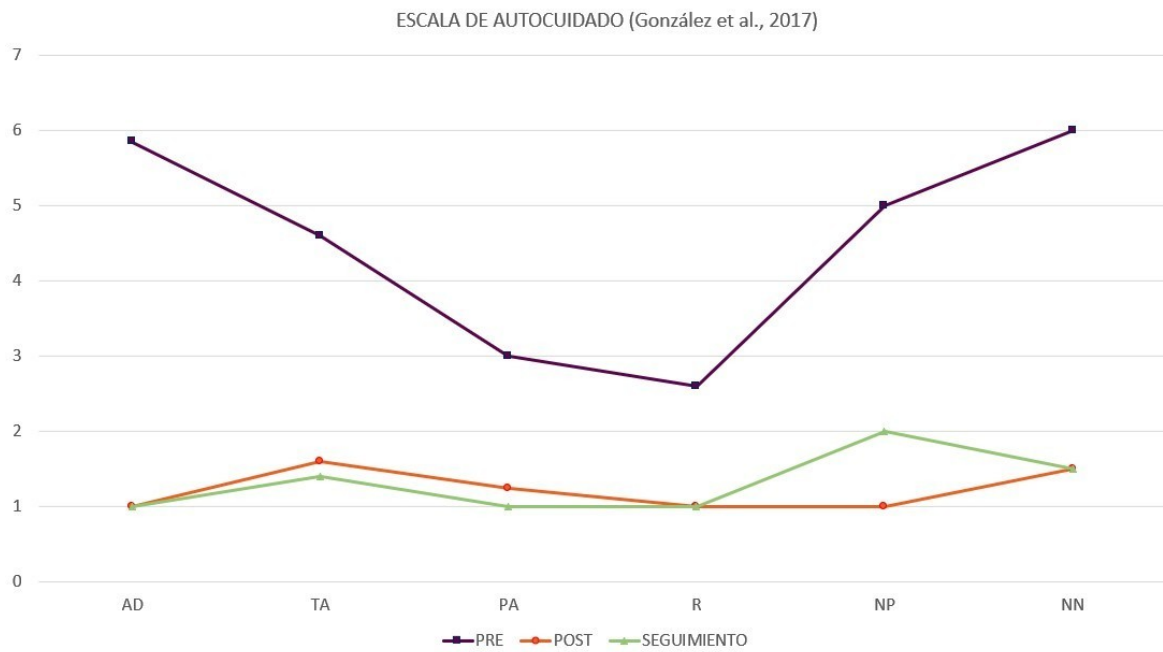


Figura 5: Resultados de la Escala de Autoestima en las tres fases de evaluación.

En lo que respecta a la ansiedad (State-Trait Anxiety Inventory, Spielberger et al., 1982) se puede observar en la Figura 6 un descenso tanto de la Ansiedad Estado como de la Ansiedad Rasgo en las mediciones de post-tratamiento y seguimiento.

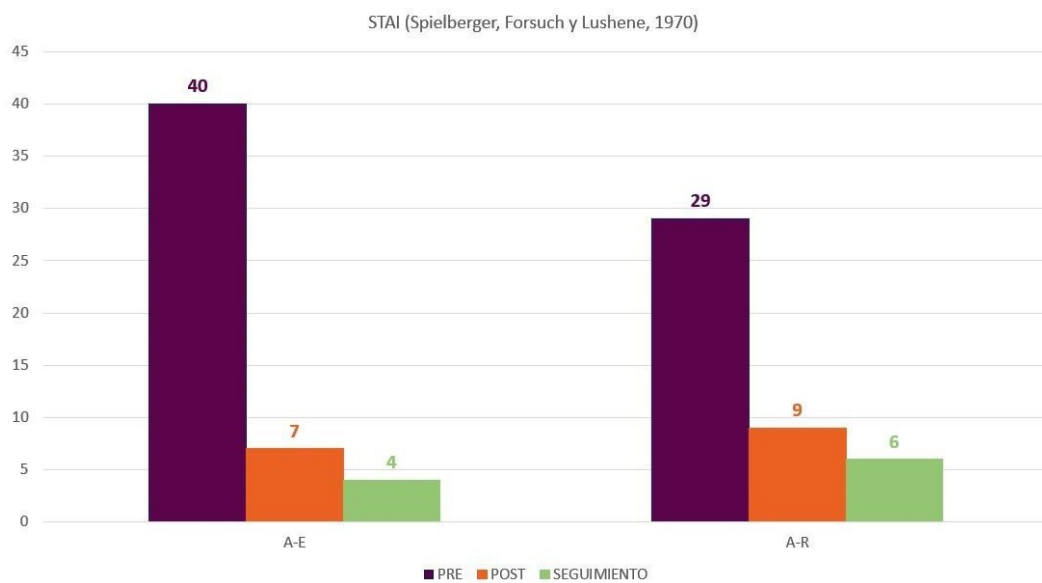


Figura 6: Resultados del STAI en las tres fases de evaluación.

En la asertividad (Rathus, 1973) también se puede observar (Figura 7) una mejora pasando de -40 (Muy inasertivo) en la evaluación previa al tratamiento a 29 y 27 (asertivo) al la evaluación posterior y de seguimiento.

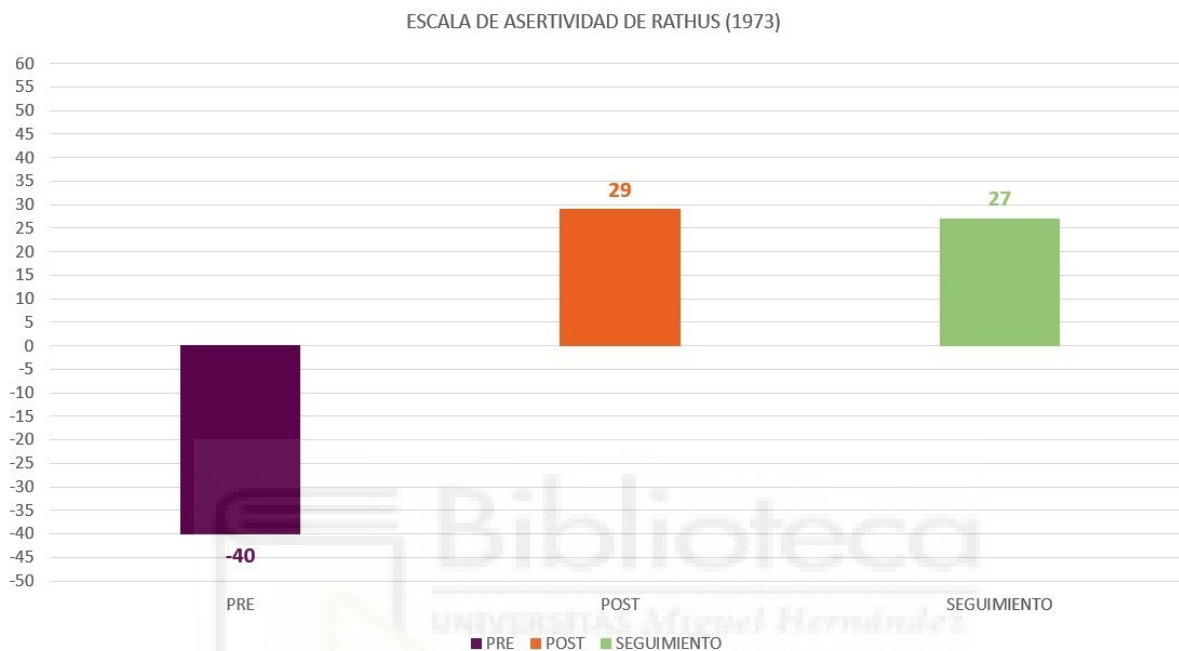


Figura 7: Resultados de la Escala de Asertividad de Rathus (1973) en las tres fases de evaluación.

Los autorregistros que la paciente realizaba muestran como, con el progreso de la psicoterapia, puede detectar las distorsiones cognitivas y los mecanismos de defensa que utiliza de manera disfuncional. Además de identificarlos pudo ir exponiéndose poco a poco e ir cambiando hacia conductas más adaptativas usando las herramientas y recursos vistos en terapia. En el momento en el que la paciente fue cogiendo más conciencia de sí misma, creando una nueva imagen: El yo ideal. Al igual que el yo real, es una estructura sujeta a cambios constantes, por lo que requiere una redefinición continua. Cuando el yo ideal difiere significativamente del yo real, como pasaba con la paciente, se sentía

insatisfecha y disidente y se mostraban signos de incongruencia que pueden dar lugar a diversa sintomatología. Para Rogers (1961) la tendencia actualizante es el impulso que se manifiesta en todas las formas de los seres orgánicos: expandirse, extenderse, adquirir autonomía, desarrollarse, madurar; y es la tendencia a expresar y activar todas las capacidades del organismo.

En la actualidad María ha hablado de su homosexualidad a su familia, se siente más libre, menos ansiosa y preocupada y no se exige tanto en el trabajo. Los síntomas han desaparecido casi por completo. No siente rechazo hacia su homosexualidad y ya no bebe (salvo en ocasiones muy especiales) además de llevar un estilo de vida saludable.

Después de acabar la intervención, se citó a María para que volviera a una sesión de seguimiento para ver su progreso a los tres meses.

Discusión y conclusiones

Tras la comparación de los resultados mediante los instrumentos de evaluación al inicio, final y después de tres meses del proceso terapéutico, se puede concluir que la intervención híbrida TCC-TCP para este caso ha sido eficaz.

De acuerdo con las puntuaciones obtenidas podemos decir que los objetivos terapéuticos se han cumplido al haber un aumento de la asertividad, autoestima y autocuidado así como una disminución de los síntomas ansiosos y depresivos y de los pensamientos automáticos que daban lugar al malestar. Asimismo, el descenso de los síntomas psicopatológicos se ve también reflejado en los autorregistros llevados a cabo por María.

Durante el progreso de la terapia se puede ver una disminución de pensamientos que generan malestar y menor intensidad emocional.

La psicoeducación ha ayudado a María a entender que la situación biopsicosocial a la que se veía sometida debido por un lado al estrés de las minorías y por otro a sus vivencias personales le producía en gran medida el malestar y los síntomas asociados, así como sus creencias y la sensación de rechazo junto al estigma.

Con respecto a la evitación, María desarrolló notablemente su estilo de afrontamiento en las situaciones que le provocan malestar debido a su orientación sexual. María ha podido enfrentarse a situaciones familiares y laborales que le causaban angustia y desasosiego, disminuyendo de igual modo los síntomas ansiosos y depresivos sin ocultarse en el consumo de alcohol y otras conductas autodestructivas. La autoconfianza y su sensación de control en dichas situaciones es mayor como se ha visto reflejado en los resultados de las pruebas realizadas. Se observó una adherencia terapéutica adecuada por parte de María, que mostró una evolución positiva debido en gran medida a la participación activa en el proceso y la motivación que la llevaban a trabajar en el proceso de manera constante y eficaz.

En lo referente a las limitaciones, al tratarse de un diseño de caso único, la generalización de los resultados se ve condicionada, por lo que sería interesante desarrollar nuevas investigaciones que pudieran reproducir los efectos en una muestra amplia de población LGTBI que pudiera sufrir de estrés de las minorías para así avanzar en el estudio del fenómeno en población española, de la que hay poca bibliografía. Asimismo, sería oportuno realizar un seguimiento a largo plazo y evaluar el caso y los efectos del tratamiento.

Una última limitación se podría referir al origen del malestar de María, teniendo un carácter social y por tanto de difícil observación individual. Esto se debe en gran medida a la falta de comprobación sobre el ambiente pudiendo las variables desencadenantes variar de sujeto a sujeto y en un sujeto en diferentes entornos y contextos dificultado así la generalización de los resultados a gran escala.



Referencias

- Austin, A., y Goodman, R. (2017). The Impact of Social Connectedness and Internalized Transphobic Stigma on Self-Esteem Among Transgender and Gender Non-Conforming Adults. *Journal of homosexuality*, 64(6), 825–841.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1236587>
- Borgogna, N. C., McDermott, R. C., Aita, S. L., y Kridel, M. M. (2019). Anxiety and depression across gender and sexual minorities: Implications for transgender, gender nonconforming, pansexual, demisexual, asexual, queer, and questioning individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(1), 54–63. <https://doi.org/10.1037/sgd0000306>
- Bidell, M. P. (2013). Addressing disparities: The impact of a lesbian, gay, bisexual, and transgender graduate counseling course. *Counseling and Psychotherapy Research*, 13(4), 300-307. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/263159721_Addressing_disparities_The_impact_of_a_lesbian_gay_bisexual_and_transgender_graduate_counseling_course
- Budge, S. L. (2014). Navigating the balance between positivity and minority stress for LGBTQ clients who are coming out. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 350–352. <https://doi.org/10.1037/sgd0000077>
- Burns, D. (2012). *Adiós, Ansiedad*. Argentina: Paidós.
- Caballo, V. (2015). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI.
- Campo-Arias, A., Vanegas-García, J., y Herazo, E. (2017). Orientación sexual y trastorno de

ansiedad social: una revisión sistemática. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55(2), 93-102. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272017000200004>

Cochran, S. D., Mays, V. M., y Sullivan, J. G. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(1), 53–61. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.71.1.53>

Cooper, M., O'Hara, M., Schmid, P. F. y Wyatt, G. (2013). *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling*. Houndmills, England: Palgrave.

Cox, N., Dewaele, A., van Houtte, M., y Vincke, J. (2011). Stress-related growth, coming out, and internalized homonegativity in lesbian, gay, and bisexual youth. An examination of stress-related growth within the minority stress model. *Journal of homosexuality*, 58(1), 117–137. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.533631>

Derogatis, R.L. (2002). Cuestionario de 90 síntomas. SCL-90-R: TEA Ediciones.

Flentje, A. (2020). AWARENESS: Development of a cognitive-behavioral intervention to address intersectional minority stress for sexual minority men living with HIV who use substances. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 57(1), 35–49. <https://doi.org/10.1037/pst0000243>

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., y Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 55, 316–340. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>

Freeth, R. (2007). *Humanising Psychiatry and Mental Health Care – The Challenge of the Person-Centred Approach*. Oxford: Radcliffe Publishing.

Frost, D. M., y Fingerhut, A. W. (2016). Daily exposure to negative campaign messages decreases same-sex couples' psychological and relational well-being. *Group Processes & Intergroup Relations*, 19(4), 477–492. <https://doi.org/10.1177/1368430216642028>

Gill, E. K., y McQuillan, M. T. (2022). LGBTQ+ Students' Peer Victimization and Mental Health before and during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 19(18), 11537. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811537>

Gibbard, I., y Hanley, T. (2008). A five-year evaluation of the effectiveness of person-centred counselling in routine clinical practice in primary care. *Counselling & Psychotherapy Research*, 8(4), 215–222. <https://doi.org/10.1080/14733140802305440>

Góngora, V. C., y Casullo, M. M. (2009). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1, 179-194. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645443010.pdf>

González-Vazquez, A. I., Mosquera-Barral, D., Knipe, J., Leeds, A. M., y SantedGerman, M. A. (2018). Construction and Initial Validation of a Scale to Evaluate SelfCare Patterns: The Self-Care Scale. *Clinical Neuropsychiatry*, 15(6), 373–378.

Recuperado de:

<https://www.clinicalneuropsychiatry.org/download/construction-and-initial-validation-of-a-scale-to-evaluate-self-care-patterns-the-self-care-scale/>

Haslam, C., Cruwys, T., Haslam, S.A. y Jetten, J. (2015). Social Connectedness and Health. In:

Pachana, N. (eds) *Encyclopedia of Geropsychology*. Singapore: Springer.

https://doi.org/10.1007/978-981-287-080-3_46-1

Hatzenbuehler, M. L., Bellatorre, A., Lee, Y., Finch, B. K., Muennig, P., y Fiscella, K. (2014).

Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations.

Social science & medicine (1982), 103, 33–41.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.005>

Hirsch, J.K., Cohn, T.J., Rowe, C.A., y Rimmer, S.E. (2017). Minority Sexual Orientation,

Gender Identity Status and Suicidal Behavior: Serial Indirect Effects of

Hope, Hopelessness and Depressive Symptoms. *International Journal of*

Mental Health and Addiction, 15, 260-270. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7237718/>

Hope, S. (2019). *Person-Centred Counselling for Trans and Gender Diverse People: A*

Practical Guide. London: Jessica Kingsley Publishers.

King, M., Semlyen, J., Killaspy, H., Nazareth, I., y Osborn, D.P. (2007). *A systematic review of*

research on counselling and psychotherapy for lesbian, gay, bisexual &

transgender people. London: British Association for Counselling and

Psychotherapy. Recuperado de:

<https://www.bacp.co.uk/media/1965/bacp-research-relating-to->

counselling-lgbt-systematic-review.pdf

- Khdir, R.A., & Latifoğlu, G. (2021). Hopelessness And Pessimism Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgenders (Lgbt): Effect of Counseling on Problem Coping Strategies. *Propósitos y Representaciones*, 9(SPE2), e1004. <https://doi.org/10.20511/pyr2021.v9nSPE2.1004>
- Kaniuka, A., Pugh, K. C., Jordan, M., Brooks, B., Dodd, J., Mann, A. K., Williams, S. L., y Hirsch, J. K. (2019). Stigma and suicide risk among the LGBTQ population: Are anxiety and depression to blame and can connectedness to the LGBTQ community help? *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 23(2), 205–220. <https://doi.org/10.1080/19359705.2018.1560385>
- Mink, M. D., Lindley, L. L., y Weinstein, A. A. (2014). Stress, stigma, and sexual minority status: The intersectional ecology model of LGBTQ health. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 26(4), 502–521. <https://doi.org/10.1080/10538720.2014.953660>
- National Institute of Mental Health – NIMH. (2021). Anxiety disorders, treatment and therapies. Recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>
- Labrador, F.J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Lehavot, K., & Simoni, J. (2011). The Impact of Minority Stress on Mental Health and Substance Use Among Sexual Minority Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 159-170. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4059829/>
- León, M. y 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), 169-185. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4767/476748706001.pdf>

León Madrigal, M. (2014). Revisión de la escala de asertividad de Rathus adaptada por León y Vargas (2009). *Revista Reflexiones*, 93(1), 157-171. Recuperado de: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-28592014000100012

Marshal, M.P., Friedman, M.S., Stall, R., Kling, K.M., Miles, J., Gold, M.A. y Morse, J.Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: A metaanalysis and methodological review. *Addiction*, 103, 546-556. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680081/>

Merry, T. (2020). *Learning and Being in Person-Centred Counselling*. London: PCCS Books.

Meyer, I. H., y Frost, D. M. (2013). Minority stress and the health of sexual minorities. In C. J. Patterson & A. R. D'Augelli (Eds.), *Handbook of psychology and sexual orientation* (pp. 252–266). Oxford University Press.

Mongelli, F., Perrone, D., Balducci, J., Sacchetti, A., Ferrari, S., Mattei, G., y Galeazzi, G. M. (2019). Minority stress and mental health among LGBT populations: An update on the evidence. *Minerva Psichiatrica*, 60(1), 27–50. <https://doi.org/10.23736/S0391-1772.18.01995-7>

Myer, I. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. *Psychological Bulletin*, 674-697. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072932/>

Olivares Rodríguez, J. Macià Antón, D. Rosa Alcázar, A. y Olivares-Olivares, P. (2014)

Intervención psicológica. Estrategias, técnicas y tratamientos. Madrid: Pirámide.

Ortuño-Sierra, J., García-Velasco, L., Inchausti, F., Debbané, M., & Fonseca-Pedrero, E.

(2016). Nuevas aproximaciones en el estudio de las propiedades psicométricas del STAI. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(3), 83–92.

Recuperado de <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/18/101/ESP/18-101-ESP-83-92-488201.pdf>

Perry, N. S., Chaplo, S. D., y Baucom, K. J. W. (2017). The impact of cumulative minority

stress on cognitive behavioral treatment with gender minority individuals: Case study and clinical recommendations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(4), 472–483.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.12.004>

Rich, A. J., Salway, T., Scheim, A., y Poteat, T. (2020). Sexual Minority Stress Theory:

Remembering and Honoring the Work of Virginia Brooks. *LGBT health*, 7(3), 124–127. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0223>

Rathus, S.A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*,

4(3), pp. 398–406. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(73\)80120-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(73)80120-0).

Rogers, C. (1961). *El Proceso de Convertirse en Persona*. Argentina: Editorial Paidós.

Rosenberg, M. B. (2006). *Comunicación no Violenta. Un lenguaje de vida*. Argentina: Gran Aldea.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., y Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 23(4), 205–213.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>

Sánchez, R. y Ledesma, R. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII(3), 265-274. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921775007.pdf>

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.

Totura, C. M. W., Fields, S. A., & Karver, M. S. (2018). The role of the therapeutic relationship in psychopharmacological treatment outcomes: A meta-analytic review. *Psychiatric Services*, 69, 41–47. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201700114>

Virúes-Ortega, J. y Moreno-Rodríguez, R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 765-777. Recuperado de :
https://www.researchgate.net/publication/41805658_Guidelines_for_clinical_case_reports_in_behavioral_clinical_Psychology

ANEXOS



ANEXO I. Autorización OIR.

<https://drive.google.com/file/d/1nO6dfOTRYaSkvdibhckbxRUyMUQ2qLki/view?usp=sharing>

ANEXO II. Consentimiento informado.

https://drive.google.com/file/d/1729eEVxP_MmOehN0xI5_Ub7qo5pSQeFD/view?usp=sharing

ANEXO III. Escala de Asertividad de Rathus, (1973)

<https://drive.google.com/file/d/1xbeBQejKcNctR9RkqDfoa1f93n3qsfwt/view?usp=sharing>

ANEXO IV. Escala de Autoestima de Rosenberg, (1965)

<https://drive.google.com/file/d/16SBMIQN3b0SOaV-qOSDEFISaHsQ5mY3M/view?usp=sharing>

ANEXO V. Cuestionario SCL-90-R de Derogatis, (2002)

https://drive.google.com/file/d/1FFcmRIS9cpMOzz_f_7DVNVD1KWY4xwZS/view?usp=sharing

ANEXO VI. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI de Spielberger et al., (1982)

https://drive.google.com/file/d/1Uhp4gHnNZKJb488dnh__fUkeiavRVyj/view?usp=sharing

ANEXO VII. Escala de autocuidado revisada (SCPS-R) de González et al., (2018)

https://drive.google.com/file/d/132d6lne-Jg_w2-oO1aU5lqzR9P635_W_/view?usp=sharing

ANEXO VIII. Registro de pensamientos/emoción/ pensamiento alternativo, Burns (2012)

<https://drive.google.com/file/d/14uVyC8Xb94QECpgMMSkxrNZjFdFu0jIY/view?usp=sharing>

