



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 22 No. 3

Septiembre de 2019

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y CENTRADA EN SOLUCIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTOESTIMA DE UNA MUJER HOMOSEXUAL

Mario Alberto Torres De Lamadrid¹ y María Esther Fernández Solís²
Universidad Autónoma de Nuevo León
México

RESUMEN

En el presente estudio el objetivo fue combinar técnicas cognitivo conductuales y del modelo centrado en soluciones para el tratamiento de una paciente homosexual, la cual acudió a terapia para tratar la ansiedad y su baja autoestima. El tratamiento duró 15 sesiones en un periodo de cuatro meses en las cuales se utilizaron las técnicas de reestructuración cognitiva, relajación, solución de problemas, entrenamiento asertivo, así como excepciones y algunas metáforas, con el fin de que la paciente pudiera lograr incrementar sus habilidades de afrontamiento, con el propósito de disminuir la ansiedad, fortalecer su autoestima y lograr definir su preferencia sexual. Los resultados obtenidos muestran claramente el logro de los objetivos planteados. También, se plantea la inquietud de la creación de un método que dé respuesta a situaciones como la planteada en el presente estudio, el cual se pretende tenga las condiciones para lograr un resultado satisfactorio e impulse a posteriores investigaciones.

Palabras Claves: preferencia sexual, homosexualidad, cognitivo conductual, centrado en soluciones.

¹ Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Maestría en Psicología por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo electrónico: mario_torresdl@hotmail.com

² Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Nuevo León, Maestría en Psicología laboral por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo electrónico: esfer53@yahoo.com.mx

COGNITIVE- BEHAVIORAL AND FOCUSED ON SOLUTIONS FOR THE STRENGTHEN OF THE SELF-ESTEEM IN A HOMOSEXUAL PATIENT

ABSTRACT

In the present study, the objective was to combine cognitive-behavioral techniques and the model focused on solutions for the treatment of a homosexual patient, who went to therapy to treat anxiety and low self-esteem. The treatment lasted 15 sessions in a period of four months in which the techniques of cognitive restructuring, relaxation, problem solving, assertive training, as well as exceptions and some metaphors were used, in order that the patient could increase their skills of coping, in order to reduce anxiety, strengthen their self-esteem and achieve her sexual preference. The results obtained clearly show the achievement of the objectives set. Also, there is a concern about the creation of a method that responds to situations such as the one presented in the present study, which is intended to have the conditions to achieve a satisfactory result and encourage further research.

Key words: sexual preference, homosexuality, cognitive behavioral, solution-focused

La decisión de una persona al inclinarse por una preferencia sexual puede tener efectos directamente en su entorno familiar, social y laboral. Esto queda demostrado por Romero (2011), el cual realizó una investigación para conocer el impacto en las familias con respecto a la preferencia sexual de sus hijos, y en base a sus resultados define tres tipos de respuesta: rechazo, indiferencia e integración. De acuerdo a su estudio la tendencia va mayormente orientada hacia el rechazo y enojo de los familiares.

Los prejuicios, la persecución, la discriminación y la burla son factores a los que la persona se enfrenta y tiene repercusiones directas en su capacidad de auto aceptación y en su equilibrio psico -emocional (Pecheny, 2002). Una cultura hostil y represora de las preferencias sexuales puede refutar y degradar a las personas (Cordero y Cordero, 2006). La sociedad que declara su preferencia sexual no duda en confesar su homosexualidad, pero se encuentran con ser rechazados en sus entornos laborales y educativos. (Cordero y Cordero, 2006)

La homosexualidad ha sido descrita por Marmor en 1980 y Green en 1974 como “una fuerte atracción preferencial hacia personas del mismo sexo”. Del mismo modo Álvarez Gayou la define como “él gusto o preferencia para relacionarse afectiva o eróticamente con personas del mismo sexo” (Álvarez Gayou, 2011).

Por lo cual, el individuo manifiesta una afinidad y/o atracción, ya sea física o sexual hacia individuos de su mismo sexo, lo cual lo lleva a buscar acercamientos con ellos, excluyendo una relación con el género opuesto (Álvarez-Gayou, 2000). Esto se traslada a su interacción en el entorno, el cual conduce hacia la búsqueda de un grupo o comunidad la cual comparta ésta preferencia formando un sentido de pertenencia, teniendo impacto en la formación de una identidad y teniendo efecto en la forma en la que el individuo se comunica (Uribe y Arce, 2004).

En general la sociedad está orientada hacia la reproducción, lo cual acrecienta la tendencia de hostigamiento hacia la población homosexual. Aunque también se puedan enfrentar a posturas ideológicas tradicionalistas y conservadoras las cuales son parte del constructo social que define la forma de vivir del lugar donde el individuo se desenvuelve (Heuveline, 2001). Cuando el contexto familiar está regido por una filosofía religiosa puede presentar un obstáculo para la persona. Los paradigmas religiosos y políticas determinan estos cambios y pueden influir sobre la rapidez en la que se desarrollan, tomando una postura de rechazo y/o aceptación (Moral, 2010). Esto a su vez tiene influencia sobre la autoestima, también llamada auto concepto que representa la forma en la que el individuo se visualiza, la manera en la que relaciona, sus aptitudes, y la manera en la cual define aspectos de su persona (Cerviño, 2008). Del mismo modo, Zuta (2018) define a la autoestima como: “la suma de juicios que una persona tiene de sí misma”. En consecuencia, al verse en una situación de rechazo el individuo puede verse afectado en la manera en la que se percibe a sí mismo creando un sentimiento de culpa y situaciones de estrés, lo que a su vez detona la presencia de sintomatologías físicas y mentales las cuales pueden ser angustia, depresión, etc. (Antezana, 2007)

El estrés es un elemento que altera el equilibrio de los individuos, Selye en el año de 1936, establece que estas situaciones conflictivas podrían ser un detonante

para la aparición de estrés en homosexuales, el cual puede verse reflejado en diferentes comportamientos y variaciones del estado de ánimo (Cassaretto, Chau, Oblitas, Valdez, 2003).

La teoría transaccional del estrés plantea la interacción dinámica del individuo-ambiente y considera al estrés como un efecto de relación entre estos dos elementos. La percepción del entorno como amenazante tiene como consecuencia la producción de síntomas físicos y el desequilibrio psicofisiológico en el individuo. Lazarus y Folkman en el año de 1986 mencionan que estos factores pueden ser determinantes para desarrollar estrés, por eso se remarca la importancia de una identificación oportuna de los estresores y qué es lo que los refuerza (Cassaretto et al. 2003).

Es de suma importancia el desarrollo de alternativas para hacer frente al desequilibrio provocado por el estrés, las cuales nos ayudan a afrontar de manera óptima éste fenómeno. Los estilos de afrontamiento son formas en las que el individuo puede enfrentar situaciones problemáticas, y que su resolución crea un efecto de estabilidad en la persona. Con la consolidación de estos estilos de afrontamiento el individuo puede hacer frente de manera oportuna a situaciones y/o eventos de su entorno que producen un desequilibrio las cuales dan a la persona homosexual elementos para encarar los prejuicios, rechazo y discriminación de su entorno. (Hernández, 1997 en Castaño y León del Barco, 2010).

Estudios como el realizado por Baena et. al. (2013), dan como resultado que el género femenino, en el contexto universitario, puede ser mayormente condeciente con la población homosexual, al relacionarlo con el caso en particular que en éste estudio se presenta.

La homosexualidad crea un tabú en torno a la persona dentro de esta orientación y a sí mismo dando pie al fortalecimiento de la discriminación por quienes lo rodean (Andrade, 2011). Este factor puede desarrollar en el individuo un sentimiento de culpa. En relación con lo anterior, en un estudio realizado a mujeres homosexuales de Cali, el cual tuvo como fundamento explorar el sentir de las personas (en relación a su preferencia sexual), se concluye que las personas

homosexuales experimentan un sentimiento de culpabilidad, lo cual genera un conflicto de no tener la certeza de lo correcto de su actuar y a su vez vergüenza por la elección de una preferencia diferente al resto. Así mismo expresaron angustia y temor al rechazo y preocupación por la opinión común (Cardona, 2002). Diversos estudios en el enfoque cognitivo conductual se han dado a la tarea de estudiar a la población homosexual buscando conocer el origen de ésta orientación desde los diferentes procesos por los que atraviesa en la adolescencia. Según lo referido por Brizuela, Brenes, Villegas y Zúñiga, (2010), lo han definido de la siguiente manera:

1. Fase de sensibilización: El comportamiento del pre-adolescente no se alinea con el estereotipo de la conducta masculina o femenina. Esto provoca que el sujeto difiera.
2. Fase de confusión identitaria: Durante la adolescencia se rechazan los sentimientos hacia su mismo sexo, los pensamientos e intereses que involucran la homosexualidad y se origina un desinterés por modificar su interés hacia sus pares. Ésta etapa es vista como transitoria pero puede presentar un alto grado de homofobia.
3. Fase de asunción de la identidad: Comienza con una tolerancia de la homosexualidad, se acepta y posteriormente se informa a las personas con las que se tiene una relación cercana. En ésta etapa ocurre la búsqueda de relacionarse con personas homosexuales.

Dentro del contexto familiar es muy común encontrar la desaprobación de la familia, la cual representa una oposición hacia la homosexualidad, por lo cual la relación padre-hijo se ve afectada provocando un distanciamiento, afectando la comunicación y no gozan del respaldo por parte de su familia y se considera poco probable que puedan aprender estrategias de afrontamiento en las diferentes formas de prejuicio hacia la homosexualidad (Ortiz y García, 2005).

Así mismo, es preciso recalcar la relevancia de la comunicación asertiva. En diversas investigaciones, como la realizada en universitarios por (Angarita et al, 2009), se pone de manifiesto la importancia de la asertividad en las relaciones interpersonales, dando como resultado el brindar a los individuos la capacidad de expresar su pensamiento sin afectar a otras personas, teniendo como efecto la capacidad de resolver conflictos de forma eficiente.

En la actualidad se considera importante sensibilizar a los que rodean al adolescente de la importancia de una sociedad de inclusión y de eliminar el estigma de percibir a la homosexualidad como una enfermedad o trastorno mental (Romero y Leblanc, 2011).

Algunos estudios, como el realizado por Parga et al (2010), empleando la técnica de reestructuración cognitiva, dan referencia de la utilización de las verbalizaciones empleadas y se demuestra que en base a esto puede moldearse la forma de pensamiento y lograrse la adaptabilidad en el sujeto.

Por ello, en el presente trabajo se utiliza la integración de dos enfoques, el cognitivo conductual y el centrado en soluciones para el tratamiento de la autoestima para lograr la auto aceptación de una preferencia sexual, con el objetivo de construir un tratamiento eficaz, dinámico y breve en el cual se busque lograr el objetivo terapéutico y poder desarrollar un método que se pueda generalizar hacia otros casos similares y otras problemáticas.

En otros estudios se utilizan otras técnicas como la desensibilización sistemática. Ésta técnica tiene como elemento la utilización de la imaginación. Con éste procedimiento se expone gradualmente al individuo al estresor y se plantea la solución del conflicto para reducir el nivel de ansiedad dando como consecuencia el aumento del nivel de relajación. Cuando se muestra al individuo imágenes relajantes el sujeto hace uso de información almacenada en su memoria (Cano y Tobal, 2003).

Finalmente, resulta de importancia mencionar lo referido por Beyebach y Rodríguez (1995), que dice, “desde el punto de vista del contenido de la terapia, ésta se centra activamente en los recursos de los clientes, es decir en aquellas ocasiones en las que no se da el problema o en aquellos aspectos relacionados

con un futuro sin el problema”. De ésta forma la persona percibe que cuenta con los recursos para solucionar la situación y así su perspectiva cambia enfocándose hacia aspectos positivos. Cabe mencionar que cuando se cuenta con la inclusión de una escala de avance se tiene una herramienta de gran ayuda, al respecto, Flores (2015), nos dice que “es otra forma de buscar excepciones, al mismo tiempo que permite valorar cuantitativa y cualitativamente las mejorías que se van dando entre sesión y sesión”. Del mismo modo, en éste trabajo se utilizó la pregunta escala para definir si se produce un avance o se deben plantear otras estrategias. Estas son herramientas para el trabajo terapéutico y son parte importante para el logro de los objetivos de este estudio.

MÉTODO

Diseño: Estudio de caso

Participante: Sujeto de 24 años de edad, sexo femenino, estudiante de licenciatura. Su nivel socio económico es medio-alto

Escenario: Cubículo de una clínica en una institución pública

Demanda del paciente: Ansiedad y depresión al sentirse rechazada por su preferencia sexual.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Nombre de instrumento	Descripción
LISTA DE IDEAS CENTRALES O NUCLEARES NEGATIVAS MÁS COMUNES	Está constituida de tres categorías, ideas acerca de la propia persona, acerca de los demás, del mundo y la vida. La puntuación se da del 0 al 100. Solamente son tomadas en cuenta las que tienen un puntaje arriba de 70. (Gómez, Plans, Sánchez y Sánchez, 2003)
IDEAS IRRACIONALES MÁS FRECUENTES	Está constituida por 11 ideas irracionales. Se califica cada pensamiento del 0 al 100. Y solamente son tomadas en cuenta las puntuaciones mayores a 70. (Gómez, Plans, Sánchez y Sánchez, 2003)

PREGUNTA ESCALA DE D'SHAZER	Está elaborada para evaluar la evolución en cuanto a la percepción del problema, la persona valora con un puntaje de 1 a 10, 1 es el peor momento en el que el problema se encuentra, y 10 es el mejor momento. (Beyebach, 2006)
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)	Es un cuestionario de auto aplicación, el cual está conformado por 21 ítems. Se utiliza para el diagnóstico de la depresión y proporciona una estimación de la gravedad de los síntomas. La puntuación es obtenida de la suma de las valoraciones de cada frase, las cuales van desde el 0 al 3. Los rangos de puntuación oscilan entre el 0 al 63. (Beck, Steer, y Brown, 1996)
INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)	Es un cuestionario conformado por 21 ítems. Se utiliza para identificar la presencia de ansiedad y valoración de la intensidad de los síntomas. Son sumadas las puntuaciones de cada una de las frases, las cuales se ponderan del 0 al 3. Los valores finales se definen en un rango del 0 al 63. (Beck, Steer, y Brown, 1996)
ESCALA DE ASERTIVIDAD DE RATHUS (R.A.S)	Este instrumento fue elaborado para autoadministración, los sujetos valoran sus afirmaciones en una escala de seis puntajes, desde -3 muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo, hasta +3 muy característico de mí, extremadamente descriptivo. Con los resultados se puede tener un parámetro de la capacidad asertiva con la que cuenta el individuo. (Madrigala, yHalabíb, 2009).

<p>ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (EA- ROSENBERG)</p>	<p>Ésta escala valora la auto aceptación de la persona. Consta de 10 items, los cuales 5 están estructurados en un sentido positivo y 5 en negativo, el tiempo de aplicación es de 5 minutos. El formato de la escala es Likert con 4 puntos desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo (Rojas, Zegers, y Förster, 2009).</p>
--	---

ANALISIS FUNCIONAL

<p>Factores predisponentes</p>	<p>Al cuestionarle sobre cómo fue su educación, la P.I. reporta haber sido criada dentro de un contexto religioso, sus padres pertenecientes a una iglesia, lo cual provocó que su educación fuera en base a la religión.</p>
<p>Factores desencadenantes</p>	<p>la P.I. reporta que la situación de ansiedad se detona cuando comienza su interés por una persona de su mismo sexo, quién es una integrante de la iglesia a la cual pertenecía en ese momento, lo cual al enterarse sus padres de ese hecho, les genera un disgusto, y comienza el conflicto con sus padres, los cuales desaprueban la relación.</p>
<p>Factores de control</p>	<p>La P.I. refiere que la situación de ansiedad se detona cuando se siente a sí misma juzgada por su entorno, esto incrementa su ansiedad. Cuando se presentan situaciones en las que debe socializar con nuevas personas, hablar de su sexualidad, exponer al frente su clase, que los demás se den cuenta de su preferencia sexual. Todos estos son factores que contribuyen al aumento de la ansiedad en su persona.</p>
<p>Situación problema</p>	<p>La paciente refiere sentir ansiedad y depresión producto de ésta falta de aceptación. Aunado a esto, reporta experimentar: una incapacidad para relajarse, molestias digestivas y abdominales, miedo a que suceda lo peor y nerviosismo.</p>

Factor de mantenimiento	La situación problema se refuerza con el pensamiento de no cumplir con las expectativas de sus padres así como los conflictos que produce en su entorno su relación, el darse cuenta de lo que piensan los demás de ella, el distanciamiento con sus padres, y la incapacidad para auto aceptarse.
--------------------------------	--

PROCEDIMIENTO

La estrategia de intervención se llevó a cabo de la siguiente manera.

Durante la primera sesión se le explicó al paciente el contexto en el cual se trabaja en la terapia, los componentes de la cámara Gesell, el modelo terapéutico, y la fijación de horarios. Después se prosiguió con la fase social, en la cual se busca conocer en rasgos generales al paciente, su entorno, y establecer una relación de confianza. Se continuó con la demanda, en la cual, se define como motivo de consulta al conflicto por su preferencia sexual, situación que la lleva a sentir culpabilidad. En ésta sesión se indagó sobre el origen del problema, el momento el cual se detonó, se recopiló información sobre la historia del problema, y como se desarrolla en la actualidad. Posteriormente, se realizó la pregunta escala de Steve de Shazer, (De Shazer, 1988), donde respondió encontrarse en un 2.

El objetivo de la sesión fue recopilar datos por medio de la evaluación, para conocer el momento actual en el que se encuentra la persona, los puntos clave que se deben atender en la terapia. Se amplió la información obtenida durante la entrevista inicial, y se procedió a aplicar los instrumentos de evaluación, en el siguiente orden: Inventario de ideas irracionales más frecuentes lista de ideas centrales o nucleares negativas más comunes, inventarios de depresión de Beck e inventario de ansiedad de Beck, escala de asertividad de Rathus y escala de autoestima de Rosenberg. Se encontró en un 2 en la pregunta escala

En la tercera sesión se efectuó la devolución de resultados de los instrumentos aplicados de la segunda sesión. En ésta sesión la paciente reporta la ruptura con su pareja, en respuesta a lo anterior se realiza un reencuadre, en el cual se le habló de la importancia del desahogo, y la inteligencia emocional. Fue trabajada la

técnica de relajación progresiva de Jacobson, basándose en la adaptación personal de Fernández S.M.E(2017), la cual consiste en una relajación progresiva que va desde los pies hasta la cabeza, trabajando varios grupos musculares, el objetivo es el mismo que la técnica de Jacobson, (1929), pero busca realizarse en menor tiempo. La cual combina ejercicios de tensión- relajación, así como ejercicios de respiración e imaginación guiada, para lograr una relajación más profunda. Se realizó la pregunta escala, y la paciente se ubicó en un 2.

Se llevó a cabo la cuarta sesión, se realizó una psico educación, la cual estuvo enfocada en conocer sobre la Homosexualidad. Todo esto para darle un panorama a la paciente de las posibilidades que existen, las diferencias entre orientaciones sexuales, aspectos referentes a la Homosexualidad, definir conceptualmente e identificar su preferencia. Finalmente se realizó la pregunta Escala en la cual se valoró a la situación en un 2.

Posteriormente en la quinta sesión se comenzó con excepciones (Beyebach, 1999), las cuales nos indican momentos en los que el conflicto no está presente. Se buscó rescatar los recursos del paciente. Durante ésta sesión se abordó la problemática, la repercusión en su entorno familiar y social de su elección de preferencia sexual. Se analizó lo visto en la sesión anterior para reestructurar algunas ideas falsas acerca de su preferencia sexual y destacar el derecho a manifestarse en uno o en otro sentido.

Posteriormente, se realizó la pregunta Escala, en la cual se valoró a la situación en un 3.

En la sexta sesión se trabajó con excepciones, la finalidad es corroborar los avances y efectos del tratamiento en la paciente. Durante ésta sesión se aplicó la técnica de Desensibilización Sistemática como técnica de autocontrol de Goldfried, la cual contempla la realización de la relajación que la paciente ya sabía, por lo cual en ésta se realizó la jerarquía de situaciones estresantes. Dentro de ésta lista se encontraron:

Mi sexualidad 90	Hablar al frente de un grupo 70
Mi físico 90	Exponer trabajos ante los demás 60
Socializar con nuevas personas 70	Liderar un grupo 60

Dentro de ésta sesión el objetivo terapéutico, fue determinar las situaciones que están provocando ansiedad, y confrontar a la persona con esos eventos, por medio de cuestionamientos que nos hacen ampliar la información sobre los elementos enlistados anteriormente. En la pregunta Escala se encuentra en un 3. En la séptima sesión se comenzó con la técnica de Desensibilización sistemática como técnica de autocontrol por la cual se procedió a relajar a la paciente y que imaginara cada una de las escenas estresantes, y a su vez, que reportara si experimentaba ansiedad, si esto se presentaba, se mantenía la imagen, y la paciente se relajaba ante ella hasta que ya no presentara ansiedad ante ese ítem, y así se continuaba hasta que se agotaran los elementos de la jerarquía. Se hizo la pregunta escala y reporto estar en un 4.5 en la pregunta con lo cual finalizo la sesión.

En la octava sesión se continuó con la técnica de Desensibilización sistemática como técnica de autocontrol, la cual se ha mencionado anteriormente, y poder dar seguimiento con los ítems de la jerarquía de estresores que se realizó. Trabajando con socializar con nuevas personas y hablar al frente de un grupo. Durante ésta sesión se encontró en un 5 en la pregunta Escala.

En la novena sesión se comenzó con la técnica de Desensibilización sistemática, la cual se ha mencionado anteriormente, con el fin de reducir el nivel de ansiedad de la paciente y poder trabajar con la jerarquía de estresores que se realizó con anterioridad. Durante ésta sesión se buscó comenzar con aquellas situaciones valuadas con mayor nivel de ansiedad, las mismas que nos hablan de situaciones como: “mi sexualidad” y “mi físico”. En la pregunta Escala la P.I. se ubicó en un 6. En la décima sesión se realizó una psico-educación en entrenamiento asertivo, con el fin de dar a la P.I. herramientas para fortalecer su capacidad para relacionarse con quienes ella interactúa y saber responder de forma correcta en el

sentido emocional a las situaciones que se producen en su entorno. En esta sesión la paciente se ubicó en un 6.5 en la Pregunta Escala.

En la décimo primera sesión se dio una psico-educación de reestructuración cognitiva. Con la finalidad de hacer consciente a la P.I. de las ideas racionales e irracionales que se presentan en su persona, como transformar las ideas irracionales en racionales y reestructurar sus pensamientos no racionales. Dentro de la pregunta Escala la PI se situó en un 8. Con esto, se pone de manifiesto el avance logrado, haciendo consciente a la paciente de sus recursos y de las estrategias que ella ha empleado en la resolución de la situación.

En la décimo segunda sesión se comenzó trabajando con excepciones (Beyebach, 1999), para después proseguir con un análisis del inventario de ideas irracionales más frecuentes y la lista de ideas centrales o nucleares negativas más comunes. Con esto se busca conocer las ideas que ella considera irracionales en ella misma y poder confrontarla con esa forma de pensamiento por medio del debate socrático.

En ésta sesión la paciente afirmaba haber solucionado sus conflictos, modificado sus formas de pensamiento, así como actitudes que estaban en relación con el motivo de consulta y que a su vez eran factores que reforzaban la problemática. Durante ésta sesión la P.I. declara abiertamente su homosexualidad, lo cual da la pauta para la auto aceptación de la misma. Durante la pregunta Escala, la paciente se sitúa en un 9.

En la décimo tercera sesión se comenzó trabajando con excepciones. En ésta sesión se aborda con la P.I. la forma en la que se puede fortalecer la autoestima, por medio de una psico-educación. Durante la pregunta Escala, la paciente se sitúa en un 9.5

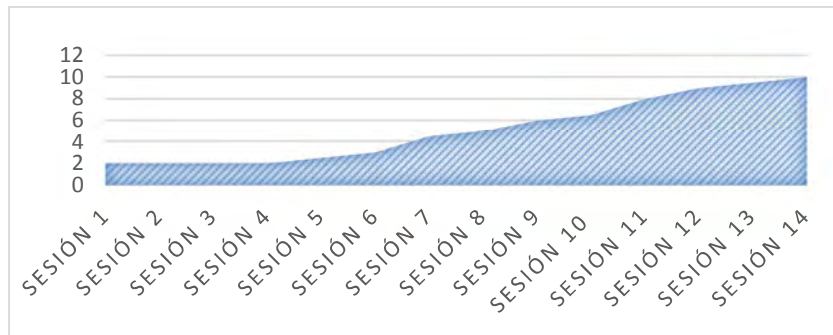
En la décimo cuarta sesión se comenzó trabajando con excepciones. En ésta sesión se dio una retroalimentación sobre la progresión de la PI durante el proceso, los diferentes escenarios que se han presentado dentro del mismo y los logros que ella ha alcanzado. En el transcurso de ésta sesión pudo denotarse un notable cambio de su percepción de sí misma, mostrando una solidez en su autoestima y en sus recursos. En la pregunta Escala se situó en un 10

En la décimo quinta sesión se realizó la aplicación de las pruebas post- test. También, se realizó el alta de la paciente. Con esto se da por resuelto el motivo de consulta.

RESULTADOS

Los resultados son satisfactorios y coinciden con la situación de cada sesión. Las evaluaciones se expresan en tablas representativas y demuestran un avance en el transcurso de las sesiones, hasta la última sesión. Las tablas se refieren solamente a los resultados pre-test y post test

GRAFICA 1. ESCALA DE AVANCE



Nota: Ésta escala muestra las puntuaciones obtenidas en cada sesión.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Rangos de puntaje

30-40 puntos: Autoestima elevada. Se considera autoestima normal

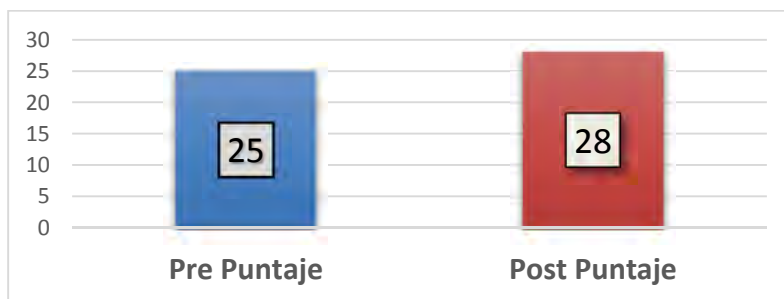
26-29 puntos: Autoestima media. Sin problemas de autoestima grave

Menor a 25 puntos: Autoestima baja. Pueden presentarse problemas significativos de autoestima.

Pre Puntaje	25
Interpretación	Existen problemas significativos de autoestima

Post Puntaje	28
Interpretación	Autoestima media

GRÁFICA 2. PUNTAJE DE LA APLICACIÓN DE LA SEGUNDA SESIÓN A LA SEGUNDA APLICACIÓN EN LA DÉCIMO QUINTA SESIÓN.



ESCALA DE ASERTIVIDAD DE RATHUS

Rangos de puntaje

De 61 a 90 puntos: Definitivamente asertivo

De 31 a 60 puntos: Muy asertivo

De 16 a 30 puntos: Asertivo

De -15 a 15 puntos: Asertividad confrontativa

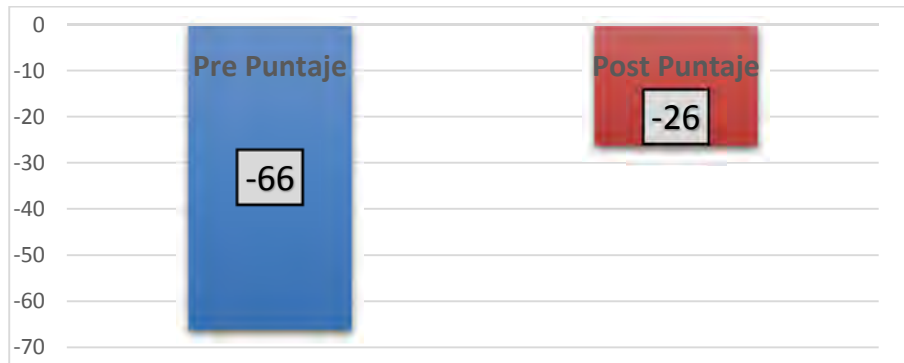
De -16 a -30 puntos: Inasertivo

De -31 a -60: Muy inasertivo

De -61 a -90: Definitivamente inasertivo

Pre Puntaje	-66
Interpretación	Definitivamente inasertivo
Post Puntaje	-26
Interpretación	Inasertivo

GRÁFICA 3. PUNTAJE DE LA APLICACIÓN DE LA SEGUNDA SESIÓN A LA SEGUNDA APLICACIÓN EN LA DÉCIMO QUINTA SESIÓN.



INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

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

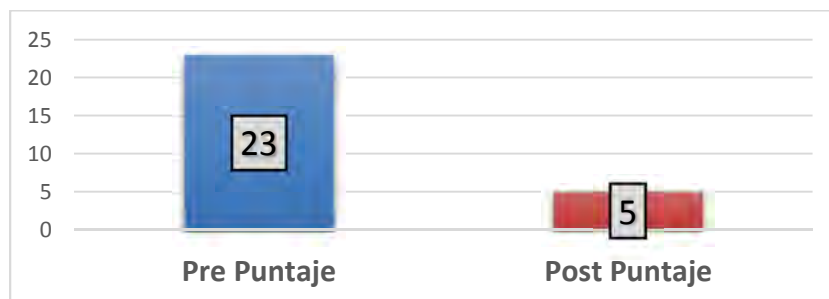
Menos de 4 puntos: Posible negación de la depresión

Más de 40 puntos: Esto es significativamente más alto aún que en personas seriamente deprimidas, sugiriendo una posible exageración de la depresión

Pre Puntaje	23
Interpretación	Depresión de moderada a Severa

Post Puntaje	5
Interpretación	Altibajos considerados normales

GRÁFICA 4. PUNTAJE DE LA APLICACIÓN DE LA SEGUNDA SESIÓN A LA SEGUNDA APLICACIÓN EN LA DÉCIMO QUINTA SESIÓN.



INVENTARIO DE ANSIEDAD (BAI)

De 0 a 7 puntos: Mínima

De 8 a 15: Leve

De 16 a 25: Moderada

De 26 a 63: Severa

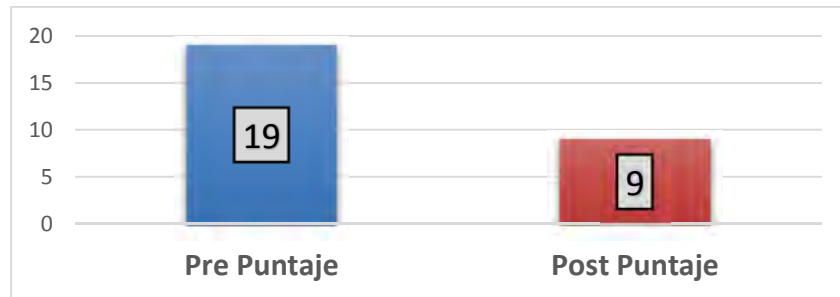
De 22 a 35 puntos: Ansiedad moderada

Mayor a 36: Ansiedad Severa

Pre Puntaje	19
Interpretación	Moderada

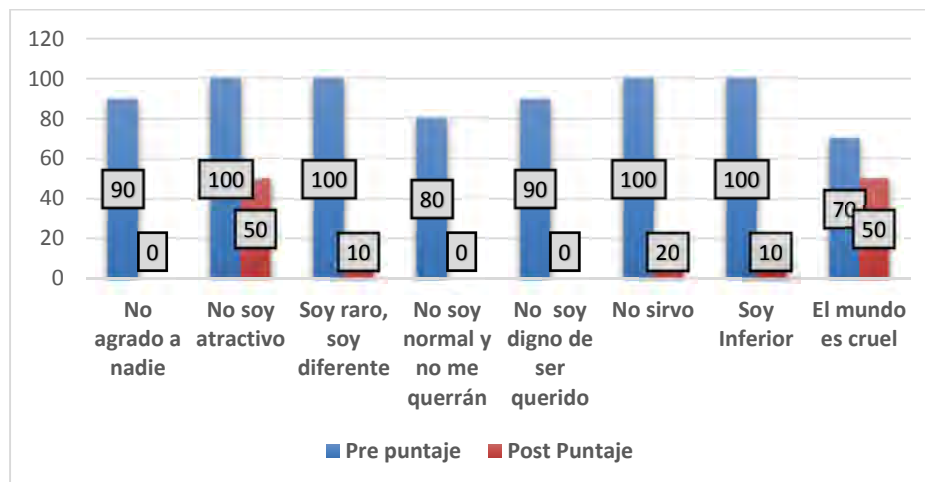
Pre Puntaje	9
Interpretación	Mínima

GRÁFICA 5. PUNTAJE DE LA APLICACIÓN DE LA SEGUNDA SESIÓN A LA SEGUNDA APLICACIÓN EN LA DÉCIMO QUINTA SESIÓN.



LISTA DE IDEAS CENTRALES O NUCLEARES NEGATIVAS MÁS COMUNES

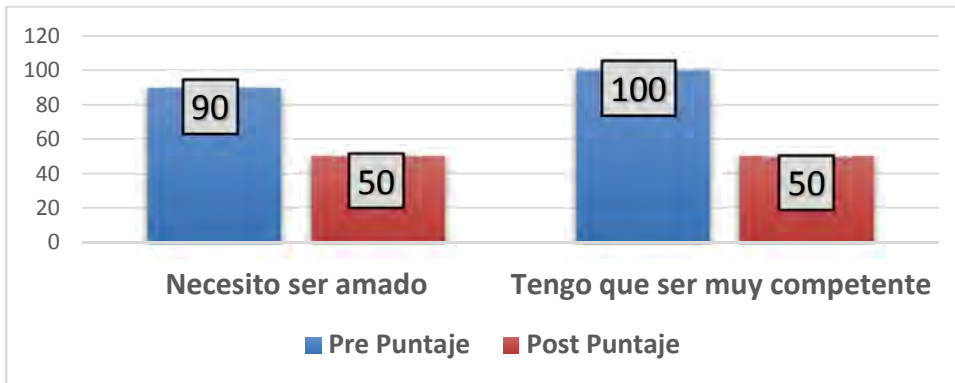
GRÁFICA 6. PUNTAJE DE LA APLICACIÓN DE LA SEGUNDA SESIÓN A LA SEGUNDA APLICACIÓN EN LA DÉCIMO QUINTA SESIÓN.



IDEAS ACERCA DE MÍ MISMO	PRE PUNTAJE	POST PUNTAJE
No agrado a nadie	90	0
No soy atractivo	100	50
Soy raro, soy diferente	100	10
No soy normal y no me querrán	80	0
No soy digno de ser querido	90	0
No sirvo	100	20
Soy inferior	100	10
El mundo es cruel	70	50

IDEAS IRRACIONALES MÁS FRECUENTES

GRÁFICA 7. PUNTAJE DE LA APLICACIÓN DE LA SEGUNDA SESIÓN A LA SEGUNDA



APLICACIÓN EN

LA DÉCIMO QUINTA SESIÓN.

Nota: Son tomadas en cuenta las ideas con puntaje superior a 70.

Ideas irracionales	Pre Puntaje	Post Puntaje
Necesito ser amado	90	50
Tengo que ser muy competente	100	50

DISCUSIÓN

Durante el proceso terapéutico se logró un notable avance en la auto aceptación y la definición de la preferencia sexual por parte de la paciente la cual pudo realizar un trabajo de reestructuración de su pensamiento, clarificando sus ideas, mejorar su autoestima, disminuyendo su juicio hacia su persona, aceptando sus fortalezas y debilidades. Todos estos factores eran elementos que presentaban una barrera para avanzar durante el proceso, los mismos que la paciente fue superando con el paso de las sesiones y al llevar a la práctica las técnicas y las recomendaciones que se le daban.

Éste trabajo expresa que la conjunción de las teorías cognitivo conductuales y la terapia centrada en soluciones puede ser una alternativa efectiva para la solución de conflictos, así como se pueden adaptar para diferentes situaciones. Se ha trabajado anteriormente en la conjunción de éstos dos enfoques, existen investigaciones que nos han dado un punto de partida para la consecución de éste

estudio, las cuales son la realizada por Valadez y Fernández (2018), y la elaborada por Solís y Fernández (2017), se demuestra en los anteriores trabajos la eficacia de la conjunción del modelo cognitivo conductual y centrada en soluciones, mismos que involucraron el trabajo con pacientes homosexuales y dieron como resultado la resolución de sus problemáticas. Por otro lado, estudios como el realizado por Pérez (2017), nos dan como referencia la correlación entre la consolidación de la identidad sexual en los individuos para lograr una complacencia en las relaciones de pareja, lo cual queda de manifiesto en los resultados obtenidos. Guerrero y Rosero (2017), reportan que por medio de la reestructuración cognitiva se busca como finalidad el reconocimiento de la preferencia sexual en individuos homosexuales, pero se deja de lado otros factores que pueden estar correlacionados y pueden coadyuvar a la mejoría de otros aspectos de importancia, los cuales son el trabajo con la asertividad, los síntomas de depresión y la ansiedad. Estas variables se trabajaron en el presente estudio, aunque el propósito primordial era lograr la definición de la preferencia sexual y la auto aceptación de la misma. Es preciso destacar que los logros más significativos fueron la eliminación de la depresión, la ansiedad y el fortalecimiento de la auto aceptación, lo cual hizo modificar los esquemas de pensamiento de la participante y afrontar las situaciones de discriminación y homofobia de forma favorable.

En el transcurso del trabajo terapéutico se presentaron diversas dificultades que amenazaban el desarrollo del proceso terapéutico, tales como las dificultades que se presentaban en el entorno de la paciente, los conflictos en sus relaciones afectivas- familiares, y que la paciente reportaba experimentar el proceso sin cambios evidentes. Todo esto daba como resultado que la paciente se sintiera desalentada y en algún momento planteándose la posibilidad de abandonar el tratamiento.

Durante el desarrollo de la intervención se buscó contar con estrategias e intervenciones adaptables a éste caso, las mismas que han sido utilizadas anteriormente en diferentes contextos y que su eficacia ha sido demostrada

previamente. Esto da la garantía de tener resultados favorables y proyecta el estudio hacia obtención de los resultados esperados.

En la aplicación de la pregunta Escala se pudo denotar un avance al comenzar con situarse con un 2 y avanzar en el transcurso de las sesiones hasta llegar a un 10. Cuando se le cuestionó a la paciente sobre la posibilidad de llegar a un 9 ella lo consideraba algo poco accesible, no se consideraba capaz de alcanzar esa puntuación, situación que se trabajó con ella para poder ampliar sus posibilidades y recursos para poder llegar a esa meta. De acuerdo a la gráfica 3 se manifiesta la importancia de seguir trabajando en la asertividad, misma que brinda la capacidad de saber expresar sus necesidades y su punto de vista de forma eficaz sin afectar la interacción con otras personas, y que a su vez, ayudará al fortalecimiento de la autoestima.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade Molina, C. E. (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* (Bachelor's thesis, Quito: Universidad de las Américas, 2011.).
- Angarita, C. R., Ortega, F. R. F., Ferrel, R., Ospino, G. A. C., Ceballos, A., y Camargo, A. L. (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 Marta (Colombia)/Assertiveness and self-esteem freshmen from the health sciences faculty in a public univer. *Psicología desde el Caribe*, (24).
- Antezana, S. G., y Marlene, L. (2007). Homosexualidad, familia y apoyo social. *Gaceta Médica Boliviana*, 30(1), 30-35.
- Álvarez-Gayou, J.L. (2000). Homosexualidad. En J. y S. MacCary (Eds.): *Sexualidad humana* (pp. 295-312). México: El Manual Moderno.
- Álvarez-Gayou, J.L. (2011) *Sexo terapia Integral* segunda Edición México. Editorial Manual Moderno

- Bados, A., y García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, 15.*
- Baena Pérez, D., Calvente Pérez, M. D. R., y Díaz Sánchez, M. (2013). Homosexualidad, ¿Qué actitud tienen los universitarios al respecto?
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory.
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones. *Intervención y prevención en salud mental. Salamanca: Amarú.*
- Beyebach, M. y Rodríguez, A. (1995). Terapia centrada en soluciones: Trabajando con los recursos de las personas. *Psicoterapia, modelos contemporáneos y*
- Brizuela Rodríguez, A., Brenes, A., Paula, M., Villegas, B., y Zúñiga, P. (2012). El abordaje teórico y clínico de la orientación sexual en Psicología. *Revista Wimb Lu Vol. 5 Núm. 1.*
- Cordero Serrano, C., y Cordero Serrano, M. J. (2006). *Discriminación social de homosexuales masculinos en la ciudad de Cuenca* (Bachelor's thesis, Universidad del Azuay).
- Cano-Vindel, A., y Miguel-Tobal, J. J. (2003). Ansiedad y estrés. *Revista de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS).*
- Cardona, C. (2012). Padecimiento psíquico relacionado con la elección de objeto en la homosexualidad masculina. Tesis para título de psicólogo, no publicada. Universidad de San Buenaventura. Cali.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., y Valdéz, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología, 21(2), 363-392.*
- Castaño, E. F., y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy, 10(2).*
- Campo-Arias, A., y Herazo, E. (2013). Homofobia en estudiantes de trabajo social. *Salud Uninorte, 29(1).*
- Cerviño, C. (2008). Autoestima y desarrollo personal. Influencia en el rendimiento escolar. Módulo del Programa de Doctorado 700H Psicología de la

Educación y Desarrollo Humano de la Universitat de València. Lima: ISPP Crea.

De Shazer, S.(1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. WW Norton y Co.

Española, R. A., y Madrid, E. (1992). Diccionario de la lengua española.

Gómez, A., Plans, B., Sánchez-Guerra, M y Sánchez, D. (2003). Cuadernos de terapia Cognitivo- Conductual: Una orientación pedagógica e integradora. Madrid: EOS

Green, R. (1974) *Sexual Identity Conflict in Children and Adults*. Baltimore: Penguin.

Guerrero, C. A. Z., Mora, A. K. C., y Rosero, D. E. O. (2017). Reconocimiento de la orientación sexual homosexual. *Psicoespacios*, 11(19), 67-83.

Fernández S.M.E. (2017) comunicación personal

Flores, L. V. (2015). Terapia centrada en soluciones: un triángulo equilátero. *Revista de psicología*, 9(1), 121-125.

Solís, F. G.C., y Fernández. M.E. (2017). Terapia Cognitivo –Conductual y Centrada en Soluciones para la Auto aceptación de la Orientación Sexual en un Paciente Homosexual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3), 1173.

Jacobson, E. (1929). Progressive relaxation.

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 21(3), 26-31.

Madrigala, M. L., yHalabíb, T. V. (2009). Validación y estandarización de la Escala de Asertividad de Rathus (RAS) en una muestra de adultos costarricenses Validation and Standardization of theRathusAssertiveness Schedule (RAS) in a Costa RicanAdultSample. *Revista Costarricense de Psicología*, 28(41-42), 187-205.

Marmor, J: "Overview": The Multiple Roots of Homosexual Behavior. New York, 1980

Ortiz-Hernández, L., y García, M. I. (2005). Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales

- de la Ciudad de México Effects of violence and discrimination on the mental health of bisexuals, lesbians. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 913-925.
- Parga, M. X. F. (2010). Categorización de la conducta verbal del cliente durante la reestructuración cognitiva. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36(153-154).
- Perez-Wicht Arispe, J. A. (2017). Identidad sexual y satisfacción de pareja en hombres homosexuales de Lima Metropolitana.
- Pecheny, M. (2002). Identidades discretas. *Arfuch L, compilador. Identidades, sujetos y subjetividades: narrativas de la diferencia. Buenos Aires: Prometeo*, 5-17.
- Rojas-Barahona, C. A., Zegers, B., y Förster, C. E. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137(6), 791-800.
- Romero, D., y Leblanc Castillo, C. (2011). *Homosexualidad y familia: ¿Integración o rechazo?* (Doctoral dissertation, Universidad Academia de Humanismo
- Romero, D. (2011). *Homosexualidad y Familia: ¿Integración o Rechazo?* Tesis de Trabajo Social, no publicada. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Chile.
- Cristiano, Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137(6), 791-800.
- Sánchez de Gallardo, M., y Pirela de Faría, L. (2009). Propiedades psicométricas de la prueba: matrices progresivas de Raven, en estudiantes de orientación. *Laurus*, 15 (29), 76-97.
- Valadez, S. Ruíz., y Fernández, M. E. S. (2018). TERAPIA BREVE COGNITIVO-CONDUCTUAL Y CENTRADA EN SOLUCIONES EN UN CASO DE DUELO POR RUPTURA AMOROSA EN UN PACIENTE HOMOSEXUAL. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 723.
- Uribe R, Arce A (2004). Subiendo escalones: reflexiones a partir del trabajo grupal con adolescentes gay. *Tramas*, VII. Revista de Psicología de la UAM-X. 2004.
- Zuta Mendoza, K. D. R. (2018). Autoestima y nivel de consumo de alcohol en estudiantes de enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas—2017.