



Centro Universitario
Cardenal Cisneros

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Propuesta de intervención en
homofobia interiorizada y
necesidad de aprobación en
hombres adultos
homosexuales**

Javier Bohoyo Aramburu

Directora: Virginia Martín Romera

Máster en Psicología General Sanitaria
Centro Universitario Cardenal Cisneros
Universidad de Alcalá
Año 2020

Índice

1.	Resumen y palabras clave	2
2.	Introducción y justificación	3
3.	Objetivos generales y específicos	5
3.1.	Objetivos generales	5
3.2.	Objetivos específicos	5
4.	Marco teórico	5
4.1.	Método de búsqueda de información	5
4.2.	Homosexualidad	6
4.3.	Homofobia	7
4.3.1.	Homofobia interiorizada	8
4.3.2.	Plumofobia y machismo	9
4.3.3.	Estrés de minorías	11
4.3.4.	Intervenciones en homofobia interiorizada	11
4.4.	Homosexualidad y Ansiedad social	15
4.4.1.	Necesidad de aprobación	16
4.4.2.	Dependencia emocional	17
4.4.3.	Apoyo social en personas no heterosexuales: familia y amigos	18
5.	Propuesta de intervención	18
5.1.	Presentación de la propuesta	18
5.2.	Objetivos que persigue la propuesta	19
5.3.	Contexto en el que se podría aplicar la propuesta	20
5.4.	Metodología y recursos	21
5.5.	Cronograma de aplicación	22
5.6.	Actividades	23
5.7.	Evaluación de la propuesta	34
6.	Conclusiones	35
7.	Referencias	37

1. Resumen y palabras clave

Resumen:

A pesar del avance en las actitudes hacia la diversidad sexual por parte de la ciudadanía, aún sigue habiendo un gran estigma en torno a la homosexualidad. Este estigma ha generado sobre las personas no-heterosexuales lo que se denomina estrés de minorías, favoreciendo el desarrollo de trastornos de ansiedad, depresión o de personalidad. Estas consecuencias llevan a una interiorización de la homofobia exponiendo a las personas a un mayor nivel de necesidad a aprobación y temor a la valoración negativa de los demás, llegando a desarrollar un trastorno de fobia social. En este trabajo se propone un programa de intervención cognitivo-conductual desde la Psicología Afirmativa Gay, cuyo objetivo es la reducción de homofobia interiorizada y necesidad de aprobación en hombres adultos homosexuales.

Palabras clave: homofobia interiorizada, necesidad de aprobación, estrés de minorías, intervención cognitivo-conductual, psicología afirmativa gay.

Abstract:

Despite the improvement on attitudes towards sexual diversity by society, there is still a great stigma around homosexuality. This stigma has made non-heterosexual people suffer from minority stress, increasing the development of anxiety, depression or personality disorders. This leads to an internalization of homophobia by exposing people to a higher level of need for approval and fear of negative assessment of others, which could eventually lead to social phobia disorder. This project settles a cognitive behavioral intervention program based on Gay Affirmative Psychology, targeting both internalized homophobia and the need for approval in adult gay men.

Key words: internalized homophobia, need for approval, minority stress, cognitive behavioral therapy, gay affirmative psychology.

2. Introducción y justificación

La creación de leyes que amparan a las personas no-heterosexuales es uno de los grandes avances en la aceptación de la diversidad sexual y de género que ha conseguido nuestra sociedad. De manera que los derechos humanos de cualquier persona independientemente de su orientación sexual son defendidos. Sin embargo, la homofobia sigue sin ser erradicada, e influye significativamente a nivel interpersonal en gran parte de la población.

Las personas homófobas argumentan que la homosexualidad atenta contra la naturaleza del ser humano y su reproducción, no obstante, esto no siempre ha sido así. Si nos remontamos a la Antigua Grecia, no existían los términos de heterosexualidad y homosexualidad, de hecho, se asumía que un hombre se acostaba tanto con hombres como con mujeres. La única distinción que hacían era simplemente por el rol que adoptada cada persona dentro de las relaciones afectivo-sexuales. Esta asignación de roles no dependía del sexo biológico, sino del nivel socioeconómico de cada persona y de la edad (Bullough, 2019).

Para explicar a qué se debe entonces el rechazo hacia la homosexualidad, nos remontamos nuevamente al pasado, concretamente al surgimiento del cristianismo, donde se crearon las primeras leyes en contra de la práctica homosexual. Es desde entonces, cuando un incremento en la influencia de esta religión perpetuó el estigma hacia las relaciones del mismo sexo. Esto ha llevado a la asunción de la heteronormatividad y a que gran cantidad de personas homosexuales hayan tenido que esconder su condición (Nkosi y Masson, 2017).

Este hecho a su vez ha castigado severamente a cualquier persona fuera de esos límites establecidos a lo largo de mucho tiempo, desde estar perseguido por la ley y, consecuentemente, tener que cumplir años de prisión, hasta ser ejecutado o torturado.

En la actualidad, es a consecuencia de los estigmas sociales heredados, lo que dificulta a muchas personas la aceptación de su condición. Este hecho se denomina *homofobia interiorizada* o *internalizada*. Y por ello, las personas no-heterosexuales están expuestas a un mayor nivel de ansiedad, depresión y mayores índices de acoso y suicidio (Pérez, 2014).

Del mismo modo, es muy común que una persona homosexual haya sufrido ciertos episodios de acoso homofóbico, ya sea en casa, en el trabajo, en la escuela o en la calle (Espelage, Basile, De La Rue, y Hamburger, 2015). Estas personas se han

tenido que adaptar a las diferentes situaciones para evitar posibles consecuencias negativas. Esto da la posibilidad de que puedan desarrollar una mayor necesidad de aprobación y temor a la valoración negativa por parte de los demás.

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2011) eliminó la homosexualidad de su manual diagnóstico y reconoció en 2011 que las personas homosexuales han vivido circunstancias diferentes a las heterosexuales y que, como consecuencia de estas secuelas, requieren de una atención especializada de la psicología. Es por ello, que entre el 18 y el 20 de febrero de ese mismo año se reemplazaron las directrices originales adoptadas en el año 2000, para una práctica correcta con personas LGTB de los profesionales de la psicología (Esteban, Gómez, y Martín, 2012).

Muchos profesionales, de diferentes disciplinas, describen o proponen algunas pautas generales para el abordaje de la homofobia interiorizada, sin embargo, es debido las grandes limitaciones presentes en los programas de intervención psicológicos existentes, lo que impulsa la elaboración del presente trabajo. El fin de reunir todas aquellas técnicas cognitivo-conductuales que han mostrado su eficacia en un único programa de intervención.

Por otro lado, el segundo motivo para la realización de esta propuesta es a causa del gran número de hombres homosexuales que no aceptan completamente su condición, y se sienten limitados en el ámbito laboral, familiar o de amigos por temor a la evaluación negativa y rechazo que puedan recibir de los demás.

En esta propuesta de intervención se proponen diferentes pautas, desde la corriente cognitivo-conductual como la reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, la exposición en vivo o el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, para que las personas adquieran una mayor seguridad y confianza sobre ellas mismas, reduzcan los niveles de ansiedad que les producen las diferentes situaciones y puedan desempeñar una vida totalmente normal, sin limitaciones ni prejuicios. Así como disfrutar de la sexualidad con total naturalidad y libertad.

Han sido varias las limitaciones que se han experimentado a la hora de realizar este trabajo. En primer lugar, debido a la situación sanitaria actual y al estado de alarma, se tuvo que modificar el tipo de trabajo. La intención en un primer momento fue la realización de un estudio empírico, cuyo objetivo era relacionar la homofobia interiorizada y la necesidad de aprobación en una muestra madrileña, con la ayuda de la asociación COGAM.

Y en segundo lugar, otra limitación ha sido la poca cantidad de programas de intervención relacionados con este tema y la muy limitada eficacia mostrada en ellos.

3. Objetivos generales y específicos

3.1. Objetivos generales

El objetivo del presente trabajo consiste en diseñar una propuesta de intervención en homofobia interiorizada y necesidad de aprobación en hombres adultos que experimentan dificultades para asumir su homosexualidad y que, de alguna manera, este factor condiciona el desarrollo de sus vidas de forma natural y satisfactoria.

Hay estudios que han verificado la fiabilidad de las técnicas de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la homofobia interiorizada y sus respectivas limitaciones sociales en hombre homosexuales. No obstante, el deseo de diseñar un programa de intervención que reúna todas aquellas técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de estos hombres es lo que motiva la realización de este trabajo.

3.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos para que esta intervención sea lo más precisa posible son los siguientes:

- Conocer el origen y evolución de la homosexualidad a lo largo de la historia.
- Identificar los tipos de homofobia, y de forma específica, proporcionar información de la homofobia interiorizada.
- Revisar las diferentes intervenciones existentes en homofobia interiorizada.
- Investigar la influencia de la homofobia interiorizada en el desarrollo de otros trastornos.
- Analizar la relación entre la necesidad de aprobación y la homosexualidad.
- Proponer una intervención psicológica cognitivo-conductual desde la psicología afirmativa gay.

4. Marco teórico

4.1. Método de búsqueda de información

Para la realización del presente trabajo se han utilizado las siguientes fuentes: *Google Scholar, PsycINFO, Dialnet, Web of Science y PubMed.*

Los operadores booleanos utilizados han sido “AND” y “OR”.

Los criterios de inclusión y de exclusión para la criba de publicaciones han sido los siguientes:

- Tipo de publicación: artículos de revistas científicas, libros y tesis doctorales.
- Fecha de publicación: en mayor medida el rango seleccionado ha sido desde el año 2000 hasta 2020. No obstante, se ha ampliado el rango para información específica y estudios concretos.
- Idioma: se excluyeron las publicaciones que no estuvieran escritas en inglés o español.

Los términos de búsqueda fueron los siguientes:

“Homofobia interiorizada”, “internalized homophobia/heterosexism”, “estrés de minorías”, “minority stress”, “homofobia interiorizada AND intervención”, “internalized heterosexism AND cbt”, “ansiedad social AND homofobia interiorizada”, “social anxiety AND internalized heterosexism”, “necesidad de aprobación AND homofobia interiorizada” y “need for approval AND heterosexism”

4.2. Homosexualidad

En la actualidad, difícilmente una persona desconozca el significado de la homosexualidad, no obstante, aun parece que no se conoce del todo bien en qué consiste, pues su significado está condicionado por una gran variedad de prejuicios e ideas erróneas sobre su naturaleza (Toro y Varas, 2004). Popularmente, se identifica la homosexualidad con el hecho de acostarse con otras personas del mismo sexo o practicar actividades socialmente asignadas al sexo contrario (como jugar a fútbol para los hombres y maquillarse para las mujeres)(Santi, 2000).

La Asociación Psicológica Americana (APA, 2020), define la homosexualidad como una atracción emocional, romántica o afectiva duradera hacia personas del mismo sexo. Define la identidad de género como el sentido psicológico de ser hombre o mujer. Y define el rol social del sexo como el respeto de las normas culturales de conducta femenina y masculina.

También, hace una distinción entre orientación sexual y conducta sexual, lo que se refiere a que el hecho de mantener relaciones sexuales con personas del mismo sexo no es indicativo de ser homosexual, como comúnmente se piensa. Es decir, las personas pueden o no expresar su orientación sexual en sus conductas. Lo que define a una persona ser de una orientación sexual o de otra es en función de la persona de la que se enamora, no con la que mantiene relaciones sexuales (Yagüe, 2012).

Por esta razón, es especialmente importante informar a la población sobre lo que es realmente la homosexualidad, así como en qué consiste el resto de las orientaciones sexuales. De manera que se reduzcan todos los prejuicios que existen sobre no ser heterosexual. Y de igual manera, se reduzcan el tipo de agresiones y acoso de carácter homófobo.

4.3. Homofobia

La homofobia se define como el miedo o aversión irracional hacia las personas homosexuales. De igual manera hacia bisexuales, gais, lesbianas y transexuales (LGTBfobia). Este tipo de aversión es consecuencia de prejuicios religiosos o ideológicos heredados durante décadas. Igualmente debido al machismo, miedo a la propia homosexualidad o por problemas psicológicos (Martín, 2016).

Uno de los grandes hitos de la historia de la lucha por los derechos del colectivo LGTB comenzó en lo que se denomina *Los disturbios de Stonewall*, situados el 28 de junio de 1969 en Nueva York. Fue una de las primeras ocasiones en las que el colectivo LGTB luchó contra un sistema de personas que vulneraban sus derechos. Un gran grupo de personas siguió luchando por demostrar que las personas LGTB eran parte de una sociedad corriente, ya que no se permitía la entrada a personas por el hecho de ser homosexual, como ocurrió en el bar Stonewall Inn, donde tuvieron lugar estos primeros disturbios. Es por ello que cada 28 de junio se celebra la marcha del Orgullo LGTB, para conmemorar el inicio de la lucha por los derechos del colectivo (Armstrong y Crage, 2006).

Han pasado ya varias décadas desde que la Asociación de Psiquiatría Americana (APA, 1973) retiró la homosexualidad de la clasificación de trastornos mentales (DSM-II) y dejó de considerarse una enfermedad mental. Fue a partir de ese acontecimiento cuando se impulsó la defensa contra las personas homosexuales hasta el día de hoy, logrando una mayor aceptación entre la población (Costa, Peroni, Bandeira, y Nardi, 2013). A pesar de ello, las personas homosexuales siguen sufriendo situaciones de acoso, discriminación y rechazo, además de seguir habiendo numerosos países que penalizan la homosexualidad (Garrido y Morales, 2014).

A finales del siglo XX, las investigaciones comenzaron a descartar las evaluaciones e intervenciones para la curación de la homosexualidad, redirigiendo el foco hacia la defensa de los derechos humanos de todas las personas (Ahmad y Bhugra, 2010). Al inicio de los años 80, se plantea que el problema no radica a nivel individual,

sino que es un problema ideológico social y que es su abordaje psicológico (Bullough, 2019).

En cuanto a la forma en la que se expresa la homofobia es de varios tipos: *homofobia manifiesta* y *homofobia sutil*. Concretamente, la primera serían aquellas conductas observables de odio hacia las personas homosexuales, como las agresiones, los insultos, el acoso o el rechazo. Y la segunda, aun no siendo una persona homófoba, sería el rechazo hacia los valores y costumbres de las personas homosexuales. En el caso de la homofobia interiorizada sería el rechazo, negación u ocultación de la propia homosexualidad (Del Castillo, Rodríguez, Torres, Pérez, y Martel, 2003).

En cuanto a los estudios de prevalencia de la homofobia, se estima que el 66% de los homosexuales han sufrido insultos o faltas de respeto por su orientación sexual alguna vez, frente al 5% de los heterosexuales. Del mismo modo, un 71% de homosexuales es foco de burlas, frente al 6% de heterosexuales. En cuanto a amenazas, se observa un 35% de los homosexuales, frente a un 2% de heterosexuales (Elipe, Nebot, Antelo, García, y Ballester, 2020).

4.3.1. Homofobia interiorizada

La homofobia interiorizada entra dentro de lo que se ha denominado en el apartado anterior como *homofobia sutil*. Es una de las secuelas de la homofobia presente en la sociedad que pasa más desapercibida que la manifiesta, pero que igualmente, conlleva una serie de consecuencias, sobre todo dentro del colectivo. Específicamente, consiste en el rechazo de la propia homosexualidad como estilo de vida aceptable, la voluntad de ocultar la propia homosexualidad, el miedo al estigma asociado con ser homosexual y aceptación de sus estereotipos (Herek, 1998).

Hay autores que también dentro de la homofobia interiorizada hacen una distinción entre manifiesta y sutil. De manera que la homofobia interiorizada manifiesta sería en la que la persona experimenta cualquier tipo de rechazo o negación hacia la propia homosexualidad, mientras que la homofobia interiorizada sutil sería, a un nivel más profundo, la que aun y habiendo aceptado la homosexualidad la persona rechace la "pluma" de otra persona homosexual, se relacione con otras personas homosexuales a escondidas o manifieste prejuicios comunes dentro del colectivo (Martín, 2016).

La homofobia interiorizada es comúnmente acompañada de emociones tales como la vergüenza, el miedo, la ansiedad y, por consiguiente, conductas de evitación o negación con todo lo relacionado con la homosexualidad, por miedo a ser rechazado.

Asimismo, la persona puede desarrollar un autoconcepto erróneo y una autoestima baja (Fields et al., 2015).

Hay una gran variedad de estudios que han investigado acerca de las consecuencias psicológicas de la homofobia interiorizada, como la depresión y deterioro social (Herek, 1998), una alta correlación entre homofobia interiorizada e ideación suicida (Pereira y Rodrigues, 2015), o una correlación entre homofobia interiorizada y mala gestión del estrés (Meyer, 1995; Otis, Rostosky, Riggle, y Hamrin, 2006).

Desde la terapia psicológica se puede hacer consciente a la persona de la homofobia interiorizada que presenta y trabajar todas aquellas emociones que van ligadas a ese autoconcepto y baja autoestima. Asimismo, redirigir la visión que tiene acerca de su orientación sexual y desarrollar una mejor identidad mejorando su forma de vivir. Y así, tener una mejor calidad de vida (Torres y Fernandez, 2019).

La Psicología Afirmativa Gay es un enfoque que parte desde la aceptación de la homosexualidad como una orientación sexual tan válida como la heterosexual. Debido al gran estigma que ha habido siempre respecto a la homosexualidad, es normal que, aun habiéndola aceptado, queden prejuicios residuales en la persona. Esta terapia surge en contraposición de las terapias de “conversión”, las cuales están totalmente prohibidas, ya que nunca han demostrado su eficacia, como es evidente. Uno de los objetivos de la Psicología Afirmativa Gay es enseñar a las personas homosexuales a vivir en paz consigo mismo a pesar de vivir en un contexto homófobo (Ardila, 2007).

4.3.2. Plumofobia y machismo

La “pluma” se considera al conjunto de rasgos estereotipados que describen el comportamiento de un hombre gay o una mujer lesbiana. La fobia a la “pluma” o *plumofobia*, es el desprecio hacia aquellas personas que se salen de sus roles de género. Es decir, hacia los hombres afeminados y las mujeres masculinas. Tener pluma tiene un prejuicio mayor a la homosexualidad, ya que, ser homosexual y además tener pluma, significa estar expuesto a un mayor riesgo de rechazo, acoso y agresiones físicas o psicológicas (Martín, 2016).

Por desgracia, este fenómeno se ve incluso entre personas homosexuales, cuando comúnmente se dice “ser homosexual está bien, pero que no se note”. Se podría decir que este tipo de afirmaciones son resultado de homofobia interiorizada presente en la persona (Fields et al., 2015). Parece bastante contradictorio que aun habiendo aceptado la homosexualidad se siga discriminando a otras personas por el hecho de tener pluma.

Aunque cabe destacar que esto pudo ser una función adaptativa en la historia de estas personas, pues tener pluma es una señal observable de ser homosexual, siendo inevitable ser foco de rechazo, acoso o agresión (Preece, 2016).

Otro prejuicio que se suele dar en torno a la “pluma”, suele ser el pensar que son conductas que la persona exagera una vez que ha asumido su homosexualidad (Alderson, 2014). Lo cierto es que al igual que la homosexualidad, la “pluma” es innata. El hecho de que la persona no hiciera visible ese patrón conductual anteriormente o en otras situaciones, es consecuencia de la inhibición conductual. Influye mucho la necesidad de aprobación que tiene la persona respecto al entorno y no es fácil mostrar públicamente ciertas formas de comportamiento cuando está presente el riesgo de discriminación o rechazo (Walch, Ngamake, Bovornusvakool, y Walker, 2016).

Un ejemplo bastante claro podría ser el día del Orgullo LGTB, donde todas las personas parece que se comportan de una forma más estereotipada de la homosexualidad, cuando realmente significa que se encuentran en un entorno seguro de aceptación, donde hay un menor riesgo de discriminación. Es decir, las personas experimentan menor inhibición conductual respecto al entorno (Martín, 2016). De esta manera, se sienten más libres de expresar una identidad y visión más realista de sí misma.

Uno de los elementos que reflejan la homofobia es el machismo, quizá donde más se ve reflejado esto es precisamente en la plumofobia. Este hecho es porque desde una población machista se considera a la mujer inferior al hombre. Un hombre homosexual (más si es con pluma) se considera que está reusando a su masculinidad y que se denigra rebajándose al estatus de una mujer (Hirai, Winkel, y Popan, 2014). En el caso de las mujeres homosexuales, sufren una doble discriminación: una por ser mujer y otra por ser homosexual. Precisamente la palabra *Maricón* es un aumentativo de “Marica” que deriva de la palabra María. Es decir, proviene de la mujer, lo femenino. La palabra *Maricón* se utiliza de forma despectiva para referirse a que un hombre tiene comportamientos femeninos, los cuales están peor vistos (Martín, 2016).

Muchos homosexuales dicen que los hombres gais con pluma distorsionan la imagen del colectivo, como si estas personas fueran menos respetables y no merecieran tantos derechos como un hombre homosexual sin pluma. Pero el activismo actual está trabajando por eliminar estos tipos de homofobia interiorizada residual aun dentro de la comunidad LGTB (Grau, 2016). Actualmente, se lucha por la visibilidad de todas las personas en todas sus formas, dejando atrás cualquier rastro de machismo y homofobia implícita aun en nuestra sociedad.

4.3.3. Estrés de minorías

Definimos el *estrés de minorías* como el exceso de estrés que están expuestos individuos de categorías sociales estigmatizadas (Frost, Lehavot, y Meyer, 2013). Es la ansiedad causante del hecho de saber que se puede sufrir rechazo o acoso por formar parte de una minoría.

Se han realizado numerosos estudios sobre el estrés de las minorías y se ha relacionado con gran cantidad de enfermedades físicas, (aparte de las psicológicas) (Flentje, Heck, Brennan, y Meyer, 2019; Frost et al., 2013; Walch et al., 2016).

Se ha podido observar que muchas personas LGTB experimentan este tipo de estrés incluso viviendo en entornos libres de discriminación. Esto es porque la presión de intentar encajar dentro de los valores de la sociedad o incluso haber recibido acoso, rechazo o discriminación en el pasado, deja una huella en la persona. Esta huella causa daños graves que se pueden seguir manifestando en forma de síntomas en la etapa adulta (Testa, Habarth, Peta, Balsam, y Bockting, 2015).

Hay estudios que relacionan este tipo de secuelas con el Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT), ya que parece indicar que las personas con estrés de minorías presentan ciertos criterios similares (Pérez, 2014).

El TEPT se origina tras haber sido víctima o testigo de un acontecimiento altamente traumático. Las personas que han sufrido acoso homofóbico en la infancia o adolescencia pueden llegar a presentar sintomatología como flashbacks o revivencias intrusivas, pesadillas junto a un malestar psicológico intenso, o reacciones intensas ante situaciones similares a las vividas durante el acoso, seguidas de evitación conductual. Junto a este tipo de consecuencias, también puede ir acompañado de alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, así como problemas emocionales como depresión y otros trastornos de ansiedad (Straub, McConnell, y Messman-Moore, 2018).

Un punto esperanzador para el estrés de minorías es que hay investigaciones que certifican el beneficio de la técnica de reestructuración-cognitiva para la reducción de sus síntomas, mediante la identificación de aquellas ideas desadaptativas y su correspondiente sustitución por otras más saludables (Pachankis, 2015).

4.3.4. Intervenciones en homofobia interiorizada

Diversos autores afirman que la terapia cognitivo-conductual es la más beneficiosa para el tratamiento de la homofobia interiorizada (Freeman, 2006). En la homofobia interiorizada se manifiestan autoesquemas negativos y creencias

perjudiciales para la persona a nivel cognitivo, emocional y conductual en relación a su homosexualidad (Luna, 2016). Por esto, es fundamental favorecer la modificación de todas aquellas creencias e ideas irracionales y reemplazarlas por otras más adaptativas para la persona.

Esta modificación de creencias y pensamientos disfuncionales se hace posible mediante la técnica de reestructuración cognitiva. Actualmente se encuentran revisiones de casos en los que esta técnica ha resultado ser significativa para la reducción de la homofobia interiorizada (Torres y Fernandez, 2019).

Por otro lado, colaboradores de asociaciones como COGAM, quienes imparten numerosos talleres y charlas en colegios o empresas, han comprobado que mediante la psicoeducación, es posible reducir la visión estereotipada o estigmatizada de la población LGTB (Generelo, Pichardo, Romero, Martín, y Castañón, 2019). Asimismo, algunos autores han probado que mediante esta técnica se ha reducido el estigma no solo en población LGTB, reduciendo el acoso sufrido en este colectivo (Sánchez, Ortega, y Casas, 2018).

Por otra parte, también se ha utilizado la técnica de desensibilización sistemática. Esta técnica se realiza utilizando la imaginación para exponer a la persona gradualmente a las diferentes situaciones estresantes, planteando una solución al conflicto para reducir la ansiedad y aumentar el nivel de relajación. Los estudios han comprobado que gracias a esta técnica se han reducido los niveles de ansiedad propios de la homofobia interiorizada, junto a otros problemas de ansiedad resultantes de dicho factor (Solís y Fernández, 2017; Torres y Fernandez, 2019).

De igual modo, la exposición en vivo es significativamente recomendable para que la persona afronte las situaciones temidas. El objetivo es que se permanezca en la situación temida el tiempo suficiente hasta que la ansiedad se reduzca de forma natural (habitación). Esta técnica ha demostrado su eficacia con personas homosexuales, mostrando buenos resultados respecto al temor a ser evaluado negativamente por los demás (Freeman, 2006).

Dada la gran probabilidad de desarrollar dificultades sociales en personas homosexuales, también se ha visto reflejado que la reestructuración cognitiva junto a ejercicios de exposición, entrenamiento en asertividad y habilidades sociales favorece la mejora en las personas que experimentan dichas dificultades (Pachankis y Goldfried, 2006; Reisner, Katz-Wise, Gordon, Corliss, y Austin, 2016).

En algunos estudios se ponen en práctica las técnicas descritas para la mejora de los factores propios de la ansiedad social, como la necesidad de aprobación y el temor a la evaluación negativa en personas homosexuales. Además de la mejora en la autoestima y la homofobia interiorizada, dando resultados muy esperanzadores (Solís y Fernández, 2017; Torres y Fernandez, 2019).

En cuanto a programas de intervención en homofobia interiorizada, no hay gran variedad hasta la fecha, sin embargo, hay cuatro que merecen especial atención:

El primero de ellos, es un programa de intervención diseñado para la realización por ordenador que tiene como objetivo reducir la homofobia interiorizada en hombres. Los autores comprobaron su eficacia distribuyendo la muestra en dos grupos: uno de intervención y otro de control. Al grupo de intervención se le mostraron imágenes para abordar esquemas negativos sobre atracción hacia el mismo sexo, desarrollar una comprensión del contexto social actual y favorecer una imagen positiva de las relaciones homosexuales. Al grupo de control, en cambio, se le mostraron imágenes generales estresantes (Lin y Israel, 2012).

Los resultados demostraron una reducción de homofobia interiorizada en el grupo de tratamiento en comparación con el grupo de control. Sin embargo, este estudio cuenta con varias limitaciones:

En primer lugar, solo se evaluó el nivel de homofobia interiorizada al finalizar la intervención, por lo que solo se conocen los datos a nivel cuantitativo de la evaluación posterior. En segundo lugar, la muestra inicialmente contaba con un nivel bajo de homofobia interiorizada y una alta expresión de su homosexualidad, por lo que no es posible realmente concretar la eficacia de este programa.

El segundo de ellos es un programa de intervención cognitivo-conductual para depresión en personas LGTB y homofobia interiorizada. El programa está basado en otro programa de depresión al que incluyeron dos módulos para trabajar la homofobia interiorizada (Ross, Doctor, Dimito, Kuehl, y Armstrong, 2007).

La limitación de este programa es que, a pesar de estar orientado hacia el colectivo LGTB, el tratamiento estaba principalmente enfocado hacia la depresión, dejando bastante de lado la homofobia interiorizada. Esto se vio en los resultados donde la muestra obtuvo una mejora en la depresión y la autoestima, pero los niveles de homofobia interiorizada no mostraron cambios significativos.

El tercer programa, fue diseñado para la prevención e intervención en VIH. No obstante, uno de los objetivos era también la reducción de la homofobia interiorizada

(Vega, Spieldenner, DeLeon, Nieto, y Stroman, 2011). La intervención consistió en diferentes charlas sobre temas de familia, identidad homosexual, homofobia, imagen corporal y sexo. Así como realización de campañas de prevención y realización de charlas para otras personas del colectivo.

Los resultados revelaron una reducción de riesgo de contagio de VIH, no obstante, no mostraron cambios significativos en lo que respecta a la homofobia interiorizada. Es importante comentar también, que las escalas de evaluación utilizadas en este programa fueron ambiguas y ninguna tenía propiedades psicométricas.

Por último, el cuarto programa fue diseñado desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para tratar la homofobia interiorizada y las consecuencias psicosociales relacionadas como depresión, ansiedad y estrés, calidad de vida y apoyo social (Yadavaia y Hayes, 2012).

La intervención se enfocó desde la consecución de diferentes fases de aceptación de la homosexualidad: defusión cognitiva, aceptación, conciencia del momento presente, autocontrol, valores y compromiso.

Los resultados revelaron que la muestra logró reducir los pensamientos diarios negativos acerca de la orientación sexual, mejorar la depresión y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, los autores no revelaron los resultado referentes al nivel de homofobia interiorizada, por lo que se desconoce la eficacia de la intervención respecto a este factor.

Es debido a esta falta de un programa de intervención con resultados consistentes en la reducción de la homofobia interiorizada y necesidad de aprobación lo que se hace conveniente la propuesta de este programa de intervención.

A continuación, se muestra una tabla en la que se resumen y comparan las características y limitaciones de los cuatro programas de intervención mencionados:

Tabla 1. Tabla resumen de características y limitaciones de programas de intervención en homofobia interiorizada. Elaboración propia.

Programas	(Lin y Israel, 2012)	(Ross et al., 2007)	(Vega et al., 2011)	(Yadavaia y Hayes, 2012)
Objetivos	Reducir homofobia interiorizada.	Mejora depresión y Reducir homofobia interiorizada.	Prevención de contagio en VIH y reducir homofobia interiorizada.	Reducir homofobia interiorizada y consecuencias psicosociales: depresión, ansiedad y estrés, calidad de vida y apoyo social.
Muestra	290 hombres GB entre 18 y 78 años.	26 participantes LGTB entre 22 y 71 años.	113 hombres gay.	3 hombres y 2 mujeres LGB.
Técnicas / instrumentos	Tareas por ordenador.	Programa cognitivo-conductual para depresión (y dos módulos para homofobia interiorizada).	Debates, creación de campañas publicitarias y charlas.	Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en 5 fases: defusión cognitiva, aceptación, conciencia del momento presente, autocontrol, valores y compromiso
Duración	Una sesión.	14 sesiones.	5 sesiones + realización mensual de campañas de publicidad durante un año.	De 6 a 10 sesiones semanalmente.
Seguimiento	No.	No.	Sí, a los 3 meses y a los 6.	Sí, al mes y a los 3 meses.
Resultados	Reducción homofobia interiorizada	Mejora depresión y sin cambios en homofobia interiorizada.	Reducción riesgo de infección de VIH y sin cambios en homofobia interiorizada.	Reducción de pensamientos negativos sobre orientación sexual Mejora depresión y calidad de vida.
Limitaciones	- Evaluación de homofobia interiorizada únicamente al finalizar la intervención. - Muestra con bajo nivel inicial de homofobia interiorizada y alta expresión de homosexualidad.	- Especifico depresión. - No hay cambios significativos en homofobia interiorizada en los resultados.	- Escalas de evaluación ambiguas y sin propiedades psicométricas. - No hay cambios significativos en homofobia interiorizada en los resultados.	- Los autores no revelaron los resultados obtenidos únicamente del factor de homofobia interiorizada.

4.4. Homosexualidad y Ansiedad social

Como se ha comentado anteriormente, como consecuencia del estrés de minorías, las personas que lo experimentan, como pueden ser las personas homosexuales o del colectivo LGTB en general, pueden presentar sintomatología, no solo en forma de enfermedades físicas (Babic, 2016; Flentje et al., 2019; Frost et al., 2013), sino en forma de problemas cognitivos y emocionales como la depresión y trastornos de ansiedad (Walch et al., 2016).

Entre los problemas de ansiedad comórbidos con la homofobia interiorizada cobraría gran importancia la ansiedad social (Campo-Arias, Vanegas-García, y Herazo, 2017). Por esta razón, es importante considerar la orientación sexual en personas que reúnan criterios de ansiedad social y el papel de importancia que tiene el complejo de estigmatización y discriminación que sienta la personas por esa misma orientación (Campo-Arias et al., 2017).

Y es que los estudios de prevalencia nos indican que el desarrollo clínico de síntomas de ansiedad social es de un 38% en hombres homosexuales, frente a un 14% en hombres heterosexuales. Lo que sugiere que la orientación sexual correlaciona con el desarrollo de trastornos relacionados con las dificultades de socialización (Reisner et al., 2016).

Según el DSM 5, una persona con fobia o ansiedad social es aquella que evita o teme, aunque se exponga a ellas, una amplia gama de situaciones sociales o de actuaciones públicas debido al temor a ser humillada o evaluada negativamente por los demás, o a no saber comportarse de forma adecuada (Vera y Roldán, 2009). Las situaciones que más se temen comúnmente son las de iniciar y mantener conversaciones con otras personas, comer y hablar en público o utilizar urinarios públicos, entre otras.

Asimismo, el temor a las diferentes situaciones sociales frecuentemente se relacionan con conductas de evitación, ya que la persona puede experimentar un patrón general de inhibición social, sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que se manifiestan en diferentes contextos sociales (Drescher, 2015).

4.4.1. Necesidad de aprobación

La necesidad de aprobación es uno de los factores que componen la ansiedad social. Las personas con alta necesidad de aprobación sobrevaloran la visión que pueden tener otras personas sobre ellas y temen ser rechazadas, humilladas o sentir vergüenza por ofender a otras personas. El mantenimiento de este factor puede darse tras experimentar eventos traumáticos, igualmente a situaciones de burla, discriminación o exclusión social (Campo-Arias et al., 2017).

En relación con la homosexualidad, se percibe una alta necesidad de aprobación desde una edad temprana, al percibir que la naturaleza de su orientación sexual puede ser descubierta y, por consiguiente, ser foco discriminación y rechazo. Este factor puede intensificarse y generalizarse a un mayor número de situaciones sociales, llegando a

desarrollar un trastorno de fobia social, pese a no haber riesgo real de ser discriminado (Campo-Arias et al., 2017; Pachankis y Goldfried, 2006).

Algunas situaciones en las que una personas podría de manifiesta una alta necesidad a de probación y miedo al rechazo por el hecho de ser homosexual serían: ir de la mano con su pareja por la calle, participar en conversaciones sobre la homosexualidad, que le vean acompañado de otra persona homosexual “visible” (con pluma) o que le vean por la zona gay de la ciudad, entre otras situaciones (Martín, 2016).

4.4.2. Dependencia emocional

La dependencia emocional se define como una necesidad excesiva de afecto de otra persona, generalmente la pareja, a lo largo de las diferentes relaciones. El núcleo de este fenómeno consiste en un repertorio de comportamientos de sumisión, pensamientos obsesivos en torno a la otra persona y sentimientos intensos de miedo al abandono (Castelló, 2005).

Martín (2017) hace una distinción entre dependencia emocional y dependencia sentimental, donde la primera consistiría en una dependencia más general que incluye familia, amigos u otras personas. Y la segunda se focaliza más en una dependencia hacia la pareja. Él define la dependencia sentimental mediante algunos ejemplos: vivir con un profundo temor irracional a ser abandonado o rechazado, estar siempre a la defensiva con la pareja, depender continuamente de su opinión para sentirse bien, anteponer siempre sus necesidades a las propias y que estos hechos ocurran recurrentemente. Todo ello acompañado de problemas de control emocional como: altibajos de humor, explosiones incontroladas de ira, tristeza o reacciones similares. Además de un pobre autoconcepto. Generalmente las personas emocional o sentimentalmente dependientes acaban dando lugar a relaciones tóxicas de pareja o de amistad, entre otras (Martín, 2017).

Este tipo de dependencia es resultado de la necesidad de aprobación y miedo al rechazo que posiblemente se hayan generado por el efecto de estrés de minorías mencionado anteriormente. Generalmente la persona se siente más segura y reforzada cuando otra persona le presta más atención y hace que se sienta acompañada en diferentes situaciones. El mayor temor cuando una persona es dependiente emocionalmente es el miedo al rechazo y abandono, hecho que vive de forma muy intensa y catastrófica (Castelló, 2005).

Algunos estudios han mostrado la existencia de una relación significativa entre dependencia emocional y la homosexualidad. Del mismo modo, el nivel de dependencia

emocional parece ser considerablemente alto incidiendo sobre todo en los factores de búsqueda de atención y miedo a la soledad (Aquino, Silva, y Yeimy, 2019).

4.4.3. Apoyo social en personas no heterosexuales: familia y amigos

Es muy común que los padres y madres expresen preocupación ante la posibilidad de que sus hijos o hijas sean homosexuales o bisexuales (López Sánchez, 2006). Generalmente, las familias dan por hecho que sus progenitores son heterosexuales, lo que genera descontento, confusión o culpabilidad al darse el hecho contrario (Garrido y Morales, 2014).

Las preocupaciones que se suelen tener comúnmente son: que el desarrollo de sus hijos e hijas será diferente al de sus compañeros y que serán rechazados, no saber si hablar de ello es bueno o es mejor ocultarlo, miedo a que cambie la familia y no saber cómo tratar a sus hijos e hijas, preocupación por el tipo de personas y ambientes por los que se moverán y sentimientos de inseguridad y decepción tras asumir que no seguirán los pasos de sus expectativas (Platero, 2007).

Parece esencial para la persona no-heterosexual sentir que tiene una amplia red de apoyo, más si es por parte de la familia y amigos. Sin embargo, no suele ser fácil, ya que las familias también son las primeras en trasladar todas las preocupaciones a sus hijos e hijas, como el rechazo social por ser homosexual o a la discriminación (López, 2006).

Por ello, es importante que las familias interioricen que el apoyo familiar puede convertirse en el mayor factor de protección para la aceptación de la propia homosexualidad, así favorecer la autoconfianza, autoconcepto o incluso reducir la homofobia interiorizada que pueda estar experimentando la persona.

5. Propuesta de intervención

5.1. Presentación de la propuesta

En el presente trabajo se expone una propuesta de intervención de naturaleza cognitivo-conductual desde la Psicología Afirmativa Gay. Va dirigido a todos aquellos hombres adultos que expresen dificultades, tanto a nivel personal como social, en relación con su homosexualidad. Concretamente, la homofobia interiorizada y la necesidad de aprobación u otros indicios de fobia social.

Las personas homosexuales presentan una mayor vulnerabilidad a padecer trastornos del estado de ánimo, como la ansiedad o la depresión, u otros trastornos de personalidad como resultado de pertenecer a una minoría social estigmatizada, por lo que se requiere de una atención especializada. Del mismo modo, al tener que adaptarse a un entorno en el que es posible que sean discriminados, es probable que desarrollen una mayor necesidad de aprobación y temor a la valoración negativa de los demás. Por lo que se pueden dar situaciones en las que la persona pueda sentirse limitada socialmente.

El programa consta de doce sesiones (más dos de seguimiento) en las que se proporcionarán los recursos necesarios para afrontar todas las situaciones temidas que exprese el paciente, para una posterior puesta en práctica independiente. Las sesiones son de carácter individual, con el fin de proporcionar la atención más personalizada posible a las necesidades expuestas. Y cada una de las sesiones tiene una duración de una hora, a excepción de la sesión de psicoeducación, que tiene una duración de dos horas, y las sesiones de presentación y exposición (desensibilización sistemática y exposición en vivo) que tienen una duración hora y media.

Los profesionales que lleven a cabo el programa de intervención serán psicólogos clínicos, psicólogos habilitados o psicólogos con el máster oficial en Psicología General Sanitaria. La elección de este tipo de profesionales se debe a que los instrumentos de evaluación y las técnicas de intervención son de carácter psicológico.

Algo importante de cara al tratamiento que se presenta en este trabajo es identificar la fase de aceptación de la homosexualidad en la que se encuentre cada persona. De manera que se pueda adaptar la intervención en función de las necesidades que se presenten, ya que el proceso de aceptación puede ser muy variable.

Además, será importante atender al nivel de asertividad en las relaciones interpersonales, buscando favorecer la capacidad de expresar y defender sus emociones y pensamientos con total naturalidad. Del mismo modo, saber responder correctamente tomando el control de las conversaciones con otras personas y ser capaz de resolver de manera autónoma los conflictos que puedan surgir.

5.2. Objetivos que persigue la propuesta

La presente propuesta de intervención tiene como objetivo lograr la extinción de la homofobia interiorizada, la necesidad de aprobación y malestar social resultante, a través de la autoaceptación, la reducción de estigmas y miedos, y el entrenamiento en

diferentes estrategias de afrontamiento. Para ello, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Realizar psicoeducación:
 - Conocer el origen y evolución de la homosexualidad a lo largo de la historia.
 - Enseñar significado de homosexual y el concepto de homofobia interiorizada.
 - Reducir estigma y debatir prejuicios acerca de la homosexualidad.
 - Conocer y comprender los sentimientos y emociones propias.
- Reestructurar ideas irracionales y distorsiones cognitivas asociadas a la homosexualidad y el prejuicio social.
- Exponer a situaciones temidas y pruebas de realidad.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Entrenamiento en conducta asertiva.
- Disminuir la necesidad de aprobación.
- Enseñar técnicas de control y reducción de ansiedad.
- Aprender diferentes estrategias de afrontamiento en situaciones estresantes.
- Favorecer la autonomía mediante la resolución de problemas y la prevención de recaídas.

5.3. Contexto en el que se podría aplicar la propuesta

Para la puesta en marcha de este programa de intervención se contará con la colaboración de las asociaciones: Asociación Respeta LGTBH, COGAM, COLEGA, DiversAH y Frente de Liberación Sexual Madrid Sur. Se publicitará el programa en las diferentes asociaciones y se iniciará un contacto con las personas que puedan beneficiarse de él.

Las personas allegadas serán evaluadas mediante una entrevista inicial para valorar si cumplen los criterios de inclusión y, por el contrario, no los de exclusión. En caso de no ser apto para el programa, se derivará a otro profesional que pueda brindar atención específica. En caso de ser apto, será incluido en el programa.

El programa de intervención tendrá lugar en España, en las instalaciones proporcionadas por las diferentes asociaciones. Dichas instalaciones contarán con salas especialmente dedicadas para estas sesiones, donde tendrán lugar gran parte del programa, a excepción de la sesión de exposición en vivo, que se acudirá directamente a cada una de las situaciones temidas.

Las personas que entrarán en esta propuesta de intervención serán aquellas que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

- Ser hombre adulto homosexual.
- Puntuación significativa en la Escala De Homofobia Interiorizada (PHI) de Herek y Glunt (1995)
- Puntuación significativa en la escala de Evitación y Malestar Social (SAD) de Watson y Fried (1969).
- Puntuación significativa en Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE) de Watson y Fried (1969).

Las personas que serán excluidas de este programa serán las que cumplan los siguientes criterios:

- La ansiedad social no es resultado de la homofobia interiorizada.
- Cumplir criterios diagnósticos de otro trastorno que requiera una atención prioritaria.
- Desesperanza elevada.

5.4. Metodología y recursos

Esta propuesta de intervención está planificada para que se desempeñe en doce sesiones, más dos de seguimiento, en las cuales se dotará del entrenamiento necesario en las diferentes técnicas para una puesta en práctica posterior de manera independiente. Estas sesiones serán de carácter individual, debido a la necesidad de abordar cada dificultad de forma totalmente personalizada.

En cuanto a la temporalización, será de una sesión a la semana. Siendo la duración de cada sesión de una hora aproximadamente, exceptuando las sesiones de presentación y exposición, que serán de una hora y media aproximadamente. Y la de psicoeducación, que será de dos horas.

La intervención tendrá lugar en las diferentes asociaciones colaboradoras, exceptuando las sesiones de exposición en vivo que podrán tener lugar en otros espacios.

Para valorar la progresión del paciente y los cambios obtenidos durante la intervención, se hará una evaluación inicial en la primera sesión, otra evaluación final tras finalizar la intervención y otra evaluación de seguimiento tres y seis meses después. Los instrumentos de evaluación serán los siguientes:

Entrevista semiestructurada.

El objetivo es sondear las necesidades que presenta el paciente, permitiendo cierta flexibilidad para indagar en aquellas cuestiones que se vean convenientes. El tiempo de administración será de 15-20 minutos aproximadamente.

Escala De Homofobia Interiorizada (PHI) de Herek y Glunt (1995)

Esta escala tiene como objetivo medir la homofobia interiorizada en hombres homosexuales, aunque también cuenta con una versión para mujeres homosexuales y personas bisexuales. Se administra en forma de autoinforme y consiste en una escala Likert que va desde Totalmente en desacuerdo (5) hasta Totalmente de acuerdo (1). A mayor puntuación total, mayor es la homofobia interiorizada.

Escala de Evitación y Malestar Social (SAD) de Watson y Fried (1969)

El objetivo de esta escala es medir el malestar subjetivo en situaciones de interacción social y el deseo de evitarlas. Cuenta con 28 ítems: 14 miden el malestar subjetivo de interacción social y 14 los deseos de evitación. La escala de completa señalando verdadero o falso cada afirmación. Su aplicación es muy sencilla y oscila entre los 5-10 minutos.

Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE) de Watson y Fried (1969)

El objetivo de esta escala es medir la intensidad del temor experimentado por los sujetos ante la posible evaluación negativa por parte de los demás. La escala está formada por 30 ítems de tipo dicotómico (verdadero o falso). Su aplicación es muy sencilla y oscila entre los 5-10 minutos.

Inventario de Asertividad (AI) de Gambrill y Richey (1975)

El objetivo de este inventario es medir el nivel de malestar subjetivo que le provocan situaciones en las que le gustaría ser más asertivo y el tipo de conducta que llevaría a cabo. El inventario cuenta con 40 situaciones con respuesta tipo Likert. Su aplicación es de 10-15 minutos.

5.5. Cronograma de aplicación

A continuación, se presenta el cronograma de aplicación del programa, donde se indica la duración y la cronología de cada sesión:

Tabla 2. Cronograma de aplicación del programa.

Sesión	Duración	Cronología
Sesión 1	90 minutos	Un día a la semana
Sesión 2	120 minutos	Un día a la semana
Sesión 3	60 minutos	Un día a la semana
Sesión 4	60 minutos	Un día a la semana
Sesión 5	60 minutos	Un día a la semana
Sesión 6	90 minutos	Un día a la semana
Sesión 7	60 minutos	Un día a la semana
Sesión 8	60 minutos	Un día a la semana
Sesión 9	90 minutos	Un día a la semana
Sesión 10	60 minutos	Un día a la semana
Sesión 11	60 minutos	Un día a la semana
Sesión 12	60 minutos	Un día a la semana
Sesiones de seguimiento	60 minutos	Tras tres y seis meses

5.6. Actividades

Sesión 1: Presentación y evaluación inicial

Objetivos:

- Recogida de datos básicos
- Explicación del modelo terapéutico: corriente cognitivo-conductual y psicología afirmativa
- Evaluación inicial
- Explicación del programa de intervención y fijación de horarios
- Objetivos terapéuticos y procedimiento

Procedimiento:

Esta primera sesión da comienzo con la presentación del profesional y la recogida básica de datos del paciente (nombre, edad, entorno social cercano, familia, amigos, trabajo, actividades que realiza, motivo de consulta, etc.). Posteriormente, se explica el modelo terapéutico: en qué consiste la corriente cognitivo-conductual.

Se explica en qué consiste el programa de intervención, cuáles son los objetivos que se buscan en cada uno de las sesiones y la duración de cada una de ellas. Así como el procedimiento y los resultados que se esperan tras la finalización del programa. Y se fijan los horarios de las sesiones, siendo una por semana.

Una vez explicado todo lo relacionado con las características del programa, se realiza la evaluación inicial, con el fin de conocer el momento actual de la persona y adaptar la intervención a sus necesidades. Ésta se compone por:

- Una entrevista semiestructurada: para la recogida de datos inicial.
- Escala De Homofobia Interiorizada (PHI) de Herek y Glunt (1995)
- Escala de Evitación y Malestar Social (SAD) de Watson y Fried (1969).
- Miedo a la Evaluación Negativa (FNE) de Watson y Fried (1969).
- Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (AI).

Sesión 2: Psicoeducación

Objetivos:

- Resultados evaluación inicial.
- Introducción a la psicología cognitiva: pensamientos automáticos, emociones y conducta.
- Explicación modelo A-B-C (Ellis, 1979).
- Historia de la homosexualidad.
- Recorrido del movimiento LGTB.
- Explicación homofobia: definición, tipos, homofobia interiorizada y procedencia.
- Explicación fases de la aceptación de la homosexualidad desde la Psicología Afirmativa.
- Explicación de estrés de minorías: definición, efectos psicoemocionales y sociales y heterosexismo.
- Explicación de ansiedad social: necesidad de aprobación, dependencia emocional y la necesidad del apoyo social.
- Tareas para casa.

Procedimiento:

Al comienzo de la sesión se pregunta la valoración de la semana y se revuelven dudas referentes al programa y la primera sesión. Posteriormente, se devuelven los resultados de la evaluación inicial y se comentan los objetivos de la intervención de manera específica.

Se introduce el termino de ansiedad y se explica cómo funciona la cognición mediante el modelo A-B-C (Ellis, 1979). Describiendo lo que son los pensamientos automáticos, las emociones y la conducta. Se le proporciona un autorregistro A-B-C para completarlo en casa describiendo las situaciones en las que peor se encuentra y se le pide que lo traiga la siguiente sesión.

Posteriormente, se informa resumidamente acerca de la historia de la homosexualidad y el recorrido del movimiento LGBT. Se define qué es la homofobia, cuáles son sus tipos y a qué se debe.

A continuación, recapitulando lo explicado sobre la ansiedad, se explica también el estrés de minorías y sus efectos psicológicos y somáticos. De igual modo, la ansiedad social y su relación con la homofobia interiorizada, describiendo también la necesidad de aprobación y la dependencia emocional (diferenciándola de un apoyo social sano).

Para finalizar, se resuelven las dudas oportunas y se recuerda el cumplimiento de los autorregistros.

Sesión 3: Ideas irracionales

Objetivos:

- Revisar tareas y reforzar.
- Explicación de ideas irracionales relacionadas con la homosexualidad y papel en el mantenimiento de la homofobia interiorizada.
- Recordatorio modelo A-B-C.
- Identificación de ideas irracionales en los autorregistros entregados.
- Reestructuración cognitiva con las ideas que se manifiesten.
- Elaborar pensamientos alternativos racionales a las ideas irracionales.
- Tareas para casa.

Procedimiento:

En esta sesión se resuelven las dudas acerca de la sesión anterior, se revisan los autorregistros y se refuerza el haberlos completado.

Una vez hecho esto, se explica la definición de ideas irracionales y se relaciona con la homosexualidad y la necesidad de aprobación, con el fin de explicar el mantenimiento de la homofobia interiorizada y la necesidad de aprobación.

Se recuerda el modelo A-B-C (Ellis, 1979) y se recogen los autorregistros antes revisados. Se dan algunos ejemplos de ideas irracionales típicos de la homosexualidad y, con los autorregistros, se identifican los que hayan sido escritos.

Se hace una lista con todas las ideas que se hayan identificado en los autorregistros y se aplica la técnica de reestructuración cognitiva de la terapia cognitiva de Beck (Beck, 1976). Esta técnica permite identificar aquellos pensamientos

desadaptativos, con el fin de reemplazarlos por otros más racionales, y así, disminuir su malestar emocional.

De esta manera, se valoran las ventajas y desventajas de cada uno de esos pensamientos y se elaboran otros pensamientos más realistas. A su vez, se recuerda la posible procedencia de estas ideas, recalcando la influencia de la sociedad, cultura, familia, etc.

Como tarea para casa se le pide que siga completando autorregistros para verlos nuevamente en sesión.

Sesión 4: Distorsiones cognitivas

Objetivos:

- Revisar tareas y reforzar.
- Recordatorio modelo A-B-C e ideas irracionales.
- Explicación de las distorsiones cognitivas.
- Identificar distorsiones cognitivas en autorregistros entregados.
- Elaboración de pensamientos alternativos racionales a las distorsiones cognitivas.
- Tareas para casa.

Procedimiento:

Esta sesión comienza preguntando por el estado durante la semana y si hay algo que necesite comentar, revisando los autorregistros y, nuevamente, reforzando el haberlos completado debido a su gran utilidad para trabajar en sesión.

Conjuntamente se recuerda el modelo A-B-C (Ellis, 1979) y las ideas irracionales vistas en la sesión anterior, con el fin de afianzar lo aprendido y e identificar ideas irracionales de manera más espontánea y aumentar la facilidad para sustituirlas por otras ideas más adaptativas.

Tras esto, se introducen las distorsiones cognitivas y se explican. De la misma manera que con las ideas irracionales, se analizan los autorregistros y se trata de identificar qué pensamientos están relacionados con las distorsiones cognitivas. Y de nuevo, se valoran las ventajas y desventajas de cada pensamiento y se elaboran otros más realistas para reducir el malestar.

Para finalizar, como tarea para casa se le pide el visionado de la película “Con amor, Simón” con una libreta para anotar todas las ideas irracionales y distorsiones cognitivas que se identifiquen.

Sesión 5: Relajación y respiración

Objetivos:

- Revisar tareas y reforzar.
- Entrenamiento en relajación.
- Entrenamiento en respiración.
- Entrenamiento en técnicas de distracción del pensamiento.
- Tareas para casa.

Procedimiento:

Al comienzo de esta sesión se pregunta por el estado durante la semana y lo que quisiera comentar. Luego se revisa la tarea de casa, se comenta la película y las ideas irracionales y distorsiones cognitivas que se hayan identificado. A su vez, se proponen pensamientos alternativos a cada una de ellas. Se le explica que este ejercicio es beneficioso también aplicarlo por su cuenta con el fin de aprender a identificar los pensamientos negativos más fácilmente.

A continuación, se introduce la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson y se explica que se trata de un método de relajación muscular para reducir la activación fisiológica, focalizando la atención sobre una serie de grupos musculares. Siendo también, particularmente útil para desviar la atención de los pensamientos automáticos negativos.

Se explica el orden en el que se deben tensar y relajar los grupos musculares, mediante modelamiento. Primero lo hace el terapeuta para después realizarlo conjuntamente. Es importante practicarlo en sesión de manera que no queden dudas sobre cómo aplicarla cuando el paciente se encuentre a solas. Y se le dice que esta técnica puede usarse antes, después o durante una situación que le produzca ansiedad.

A continuación, se introduce la segunda técnica de relajación: la respiración diafragmática. Se le explica que consiste en una técnica basada en el movimiento del diafragma para coger aire y expulsarlo, y que es una técnica que por sí sola ayuda a reducir la activación fisiológica en situaciones estresantes, además de sus numerosos beneficios como una mayor oxigenación, favorecimiento de la circulación sanguínea y del tránsito intestinal, entre otras.

Y al igual que la relajación muscular, primero, se explican los tiempos de inhalación y exhalación mediante modelamiento: primero el terapeuta y luego conjuntamente. De manera que tampoco queden dudas para la posterior utilización de manera independiente. Se le dice también, que es una técnica que puede utilizar antes, después y durante una situación estresante, y que requiere práctica.

Posteriormente, se le explican en qué consisten las técnicas de distracción del pensamiento y se ven en sesión diferentes ejemplos de cada una. De manera que aumente la variedad de recursos para parar el pensamiento.

Por último, como tarea para casa, se le pide la práctica de las tres técnicas vistas en la sesión. Para la respiración se le indica que puede empezar practicándola en la cama, luego en una silla y luego de pie. Ya que el objetivo es que pueda utilizarla en cualquier momento donde perciba un aumento de ansiedad. Asimismo, se le pide que practique la relajación y la respiración al menos dos veces al día, y que si tiene la oportunidad que intente poner en práctica también las técnicas de distracción del pensamiento.

Sesión 6: Desensibilización sistemática

Objetivos:

- Revisar tareas y reforzar.
- Práctica de respiración y relajación.
- Explicación técnica desensibilización sistemática.
- Elaboración de un listado de ítems ansiógenos.
- Realización desensibilización sistemática.
- Tareas para casa.

Procedimiento:

Para empezar la sesión, se le pregunta por su estado durante la semana y por posibles sucesos o dudas se quieran comentar. Del mismo modo, se preguntará si ha tenido la oportunidad de practicar las técnicas aprendidas en la sesión anterior, se comentan las dificultades que hayan podido surgir y se refuerza el esfuerzo por haber realizado dichas tareas.

Posteriormente, se practican, nuevamente, las técnicas de relajación y respiración, asegurado que se aplican correctamente antes de introducir la técnica de desensibilización sistemática.

Una vez asegurado el control eficaz de las técnicas de relajación y respiración, se explica en qué consiste la desensibilización sistemática. Una de las características que más se presentan en hombres con homofobia interiorizada y alta necesidad de aprobación, es una alta activación que se produce ante la idea de visualizarse como homosexual.

Por lo que, para comenzar, se le pide la realización junto al terapeuta de una lista de situaciones donde es posible sentirse ansioso relacionadas con su homosexualidad y por el cómo le puede percibir el entorno, y se le dan varios ejemplos como participar en una conversación sobre homosexualidad, ser visto acompañado de otra persona homosexual, decirle a un amigo que es gay, etc.

A continuación, se le dan varias tarjetas con el fin de escribir en cada una las diferentes situaciones acompañadas del nivel de ansiedad provocada, en una escala del 1 al 100. Se ordenan todas las tarjetas de menor a mayor nivel de ansiedad y se aplica la técnica. No se podrá empezar a enfrentarse a un nuevo ítem hasta que el anterior no deje de provocar ansiedad. Se le indica que será necesaria su puesta en práctica de manera independiente hasta que se logre reducir la ansiedad en todos los ítems de la jerarquía.

Para finalizar, se le pide que continúe practicando las técnicas de relajación y respiración en casa y su puesta en práctica también en otras situaciones como andando por la calle o en presencia de otra persona.

Sesión 7: Habilidades sociales

Objetivos:

- Revisar tareas y reforzar.
- Explicación de habilidades sociales.
- Identificación de situaciones donde se muestran dificultades.
- Role-play.
- Tareas para casa.

Procedimiento:

Esta sesión da comienzo preguntando acerca de cómo ha ido la semana, preguntando por la puesta en práctica de las técnicas de relajación y respiración en situaciones más dinámicas y se refuerza el esfuerzo.

A continuación, se introducen las habilidades sociales y se le indica que puede ser de ayuda tenerlas en cuenta en las situaciones en las que se experimente un mayor nivel de ansiedad con otras personas.

Para ello, se cogen las situaciones listadas en la sesión de desensibilización sistemática o se escriben otras nuevas. Se analiza cada situación individualmente y se proponen conjuntamente maneras de iniciar, mantener y finalizar conversaciones, identificar y discriminar señales de aproximación o no aproximación, y dar respuestas empáticas.

Una vez vistas las diferentes maneras de relacionarse con otra persona, se realiza un role-play con el fin de ponerlas todas en práctica.

Para concluir, se le pide como tarea para casa que revise únicamente lo visto en esta sesión acerca de las habilidades sociales.

Sesión 8: Asertividad

Objetivos:

- Revisar tareas y reforzar.
- Explicación de asertividad: definición, tipos de asertividad y derechos asertivos.
- Role-play.
- Tareas para casa.

Procedimiento:

Esta sesión comienza preguntando su estado durante la semana, se pregunta si ha tenido la ocasión de poner en práctica lo aprendido durante la sesión anterior y se refuerza por el esfuerzo realizado.

Tras esto, se introduce la asertividad, se ven conjuntamente la lista de derechos asertivos y los tipos. Estos últimos se ven uno a uno ejemplificándolos con situaciones en las que la persona se vea envuelta o se sienta identificada. Para cada uno de los ejemplos se realiza un role-play en el que tenga la oportunidad de practicarlos todos. Esto será de utilidad para fortalecer su capacidad para relacionarse con otras personas, expresar y defender sus emociones y pensamientos con total naturalidad y saber responder correctamente tomando el control de las conversaciones con otras personas.

Para finalizar la sesión, se pide como tarea para casa la práctica de los diferentes tipos de respuestas asertivas vistas en sesión y la anotación en autorregistros de todo lo relacionado a aquellas situaciones. Del mismo modo, se le recomienda la lectura

“Cuando digo no, me siento culpable” (Smith, 1977), con el fin de afianzar las conductas asertivas.

Sesión 9: Exposición en vivo y pruebas de realidad

Objetivos:

- Revisar tareas y reforzar.
- Reestructuración cognitiva de ideas irracionales anotadas en los autorregistros.
- Explicación de la técnica de exposición.
- Realización de listado de ítems ansiógenos.
- Exposición en vivo.
- Tareas para casa.

Procedimiento:

La exposición es una técnica muy potente de la corriente cognitivo-conductual, y tiene como objetivo afrontar de forma pautada determinadas situaciones que generan ansiedad o un impulso de evitación. El objetivo es permanecer ante el estímulo temido hasta lograr la habituación, de manera que la ansiedad se reduzca paulatinamente con el tiempo, y comprobar que las consecuencias negativas temidas no suceden (prueba de realidad). En caso de que estas consecuencias sucedan, el paciente cuenta con un repertorio de habilidades sociales y de asertividad entrenadas en sesión.

En anteriores sesiones se ha expuesto al paciente mediante role-play o desensibilización sistemática, pero se considera que la exposición en vivo puede lograr resultados más efectivos.

En este caso, la exposición se utiliza para reducir los miedos experimentados en situaciones donde pueda ser expuesta su homosexualidad y recibir una valoración negativa del entorno. Y al igual que con la desensibilización sistemática, será necesaria su puesta en práctica de manera independiente hasta que se logre reducir la ansiedad en todos los ítems de la jerarquía.

Para ello, esta sesión comienza revisando las tareas para casa, comentando cualquier duda acerca de la sesión anterior o comentando el libro recomendado si se da el caso, y reforzando por el esfuerzo y los logros conseguidos.

Primeramente, se introduce la técnica de exposición en vivo y se comenta que el procedimiento será parecido a la desensibilización sistemática, pero en un contexto real y sin aplicar la técnica de relajación ni respiración, ya que el objetivo, esta vez, es lograr la habituación a la situación temida para reducir la activación que ésta genera.

Por lo tanto, conjuntamente se establecen los ítems para la jerarquía de exposición, ordenándolos de menor a mayor nivel de ansiedad. Al igual que en la desensibilización sistemática, no se pasará al siguiente ítem hasta haber reducido la ansiedad generada en el ítem anterior.

Se le explica también, que las primeras veces serán acompañadas por el terapeuta, pero después la exposición será de carácter individual. Tras cada sesión de exposición se reestructuran las ideas surgidas durante la misma.

Para finalizar, se manda como tarea para casa la puesta en práctica de la exposición de manera individual y la cumplimentación de autorregistros con las dificultades experimentadas.

Sesión 10: Solución de problemas

Objetivos:

- Revisión de tareas y reforzar.
- Explicación de técnica en solución de problemas.
- Role-play de situaciones propuestas.
- Tareas para casa.

Procedimiento:

Al comienzo de esta sesión, se revisan las tareas, se pregunta por la puesta en práctica de técnica de exposición de forma independiente y las dificultades experimentadas. Se practicará la técnica en sesión nuevamente si ha mostrado dificultades. Igualmente, se reforzará el esfuerzo implicado.

Posteriormente, se introduce la técnica de resolución de problemas (Nezu, Nezu, y Salber, 2013). Con el fin de aprender a solucionar problemas (especialmente sociales) de forma autónoma, mediante pasos bien definidos y divididos en pequeñas partes. Es un proceso que ayuda al paciente a identificar la naturaleza del problema, entenderlo, barajar diferentes soluciones y aplicarlas para conseguir un objetivo.

Se le explica la utilidad para las situaciones en las que por la ansiedad o inseguridad se vea incapacitado para una resolución correcta, sin la ayuda de otra persona.

Para ello, debe apuntar en una hoja todas las fases del proceso de solución de un problema y conjuntamente se analizan situaciones en las que se pueda experimentar

la necesidad de ayuda en relación con su homosexualidad o al modo en el que es visto por los demás.

Después, se exponen a través de role-play las diferentes situaciones trabajadas.

Finalmente, como tarea para casa se pide la revisión del proceso de solución de problemas aprendidos durante la sesión, y apuntar los problemas surgidos durante la semana.

Sesión 11: Prevención de recaídas

Objetivos:

- Revisión de tareas y reforzar.
- Listado de situaciones más complicadas durante el proceso.
- Estrategias de afrontamiento aprendidas y utilizadas.
- Evaluación final.

Procedimiento:

Llegados a este punto se considera que la persona ha mejorado considerablemente en su proceso y que ya posee todos los recursos necesarios para hacer frente a cualquiera de las situaciones trabajadas en terapia, por lo que, ya no requiere de más sesiones de intervención, a menos que la persona considere que lo necesita puntualmente.

Por ello, esta sesión se centra en la prevención de recaídas. Primero se hace un recordatorio de todas las situaciones enfrentadas, valorando las estrategias de afrontamiento utilizadas y su desenlace. De igual modo, se subrayan aquellas en las que la persona ha mostrado más dificultades y seas susceptibles de volver a recaer. Se comentan nuevamente y se repasa la forma de solucionarlas. Para luego ponerlas en práctica mediante role-play.

Igualmente, se le comenta que es posible que vuelva a experimentar situaciones en las que sienta inseguridad o ansiedad, pero que actualmente cuenta con más recursos.

Finalmente, se vuelven a pasar los cuestionarios proporcionados en la evaluación inicial, con el fin de evaluar el progreso y observar el cambio.

Sesión 12: Cierre y revisión de progresos

Objetivos:

- Resumen proceso y sesiones.
- Devolución de resultados de la evaluación final y comparación con la inicial.

Procedimiento:

En esta última sesión se hace una recapitulación de todo el proceso terapéutico: desde las primeras sesiones hasta las últimas, reforzando todos los logros conseguidos.

Se hace una devolución de los resultados obtenidos en la evaluación final y se hace una comparación con los obtenidos con en la evaluación inicial.

Se le pide que dé su visión de cómo se siente en ese momento en comparación con el inicio. Sobre todo, se le hace hincapié en tener que seguir trabajando, pero individualmente poniendo en práctica todo lo aprendido durante la terapia. También, se le invita a que, si en algún momento necesita resolver algún problema a pesar de utilizar las estrategias vistas en sesión, tiene la posibilidad de ponerse en contacto nuevamente y solicitar ayuda psicológica.

5.7. Evaluación de la propuesta

Para evaluar la eficacia de este programa y la consecución de los objetivos propuestos, se realizará una evaluación inicial antes de comenzar el programa, una evaluación final al finalizar la intervención y dos evaluaciones de seguimiento a los tres y seis meses tras la intervención.

Estas evaluaciones se realizarán mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada para recoger datos básicos y analizar la visión del programa de la persona, la escala De Homofobia Interiorizada (PHI) de Herek y Glunt (1995), la escala de Evitación y Malestar Social de Watson y Fried (1969), la escala de Miedo a la Evaluación Negativa de Watson y Fried (1969) y el inventario de Asertividad de Gambrill y Richey.

En cuanto a las debilidades que presenta este programa son, en primer lugar, la falta de su propia aplicación práctica, por lo que aún no es posible aportar datos acerca de su eficacia, ya que actualmente no se cuenta con el tiempo ni los recursos necesarios para su puesta en práctica.

Por otro lado, el proceso terapéutico de los pacientes puede ser muy variable debido a la gran variedad de factores externos que pueden limitar su avance, ya sea por

la falta de apoyo familiar más cercano, como del estigma social y rechazo percibido en su entorno.

No obstante, se espera que esta propuesta pueda ofrecer una atención eficaz a todas las personas que se sientan cuartadas por la expresión de su orientación sexual y todas aquellas limitaciones que esto supone.

6. Conclusiones

Las personas homosexuales se siguen enfrentando a las consecuencias de un gran estigma social, a pesar de que la diversidad sexual haya ganado mucha visibilidad en los últimos tiempos. Estas consecuencias son lo que se denomina *estrés de minorías*, perjudicando la salud física, mental y social de la persona. El rechazo social ha generado también en las personas no-heterosexuales un rechazo de su propia orientación sexual (homofobia interiorizada), buscando adaptarse a las situaciones en base a las expectativas de los demás para evitar ser rechazado. Viéndose afectada directamente la expresión de la personalidad y llegando a desarrollar un trastorno de ansiedad como la fobia social.

En el presente trabajo se ha propuesto un programa de intervención cognitivo-conductual desde la Psicología Afirmativa Gay. Dada la prevalencia a desarrollar, tanto homofobia interiorizada, como ansiedad social, se ha hecho conveniente el diseño de este programa de intervención, con el fin de suprimir el sufrimiento experimentado por estas personas condicionadas por el estigma social.

Para ello, los objetivos principales que se han propuesto en este trabajo han sido: la aplicación de psicoeducación para enseñar todo lo referente a la naturaleza de la homosexualidad, su trayectoria en la historia, la homofobia y sus manifestaciones, aprender a identificar y sustituir todas aquellas ideas irracionales acerca de la homosexualidad, aprender a reducir la ansiedad en situaciones temidas, entrenar habilidades sociales y asertividad y a resolver problemas emergentes, entre otros.

Todos los objetivos han sido alcanzados, sin embargo, para validar la fiabilidad de este programa es necesario solventar las limitaciones que éste presenta. En primer lugar, debe ser puesto en práctica en un contexto real y verificar que las técnicas utilizadas surten efecto en la consecución de los objetivos establecidos para el paciente. Y en segundo lugar, para solventar la problemática es necesario abarcar no solo a nivel intrapersonal, sino a nivel social: ámbito laboral, familia, amigos, medios de comunicación, estándares inclusivos, concienciación, etc.

En cuanto a la fortalezas de este programa, es sin duda, la utilización de la terapia cognitivo-conductual, dando resultados esperanzadores a través de sus técnicas en la reducción de la homofobia interiorizada, así como en la reducción de la necesidad de aprobación y en la mejora de la autoestima. Entre estas técnicas cabe destacar la importancia de la reestructuración cognitiva, cuyo fin es eliminar todas aquellas ideas irracionales que intervienen en el mantenimiento de la homofobia interiorizada, así como las diferentes técnicas de exposición (role-plays, desensibilización sistemática y exposición en vivo).

En lo referente al campo de aplicación, sería beneficioso no solo para la persona a nivel clínico. También para el conjunto de la población mediante la aplicación de programas similares de prevención y sensibilización en el ámbito educativo y laboral.

Para futuras investigaciones, se recomienda el diseño de más programas de intervención en homofobia interiorizada desde la terapia cognitivo-conductual y su puesta en práctica, debido a la falta de fiabilidad consistente en una programa de estas características. Por otro lado, es importante tener en cuenta las dificultades de socialización en personas con homofobia interiorizada, dada la gran prevalencia a desarrollar un trastorno de fobia social.

7. Referencias

- Ahmad, S., & Bhugra, D. (2010, noviembre). Homophobia: An updated review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, Vol. 25, pp. 447-455.
<https://doi.org/10.1080/14681994.2010.515206>
- Alderson, D. (2014). Acting Straight: Reality TV, Gender Self-Consciousness and Forms of Capital. *New Formations*, 83(83), 7-24.
<https://doi.org/10.3898/newf.83.01.2014>
- Aquino, F. Y., Silva, R., & Yeimy, J. (2019). *Distorsiones cognitivas y dependencia emocional en miembros de la comunidad LGTB víctimas de violencia de pareja, Arequipa 2019*.
- Ardila, R. (2007). Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas Title: Affirmative Therapy for Male Homosexuals and Lesbians. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26(1), 67-77.
- Armstrong, E. A., & Crage, S. M. (2006). Movements and memory: The making of the Stonewall myth. *American Sociological Review*, 71(5), 724-751.
<https://doi.org/10.1177/000312240607100502>
- Babic, A. (2016). Sexual orientation and vulnerability to chronic disease: Understanding cardiovascular risk factors and mental health disparities among lesbian, bisexual, and heterosexual women. Recuperado de
<https://search.proquest.com/psycinfo/docview/1886292028/2755266DE2084A9DPQ/16?accountid=14475>
- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. *Int.univ.press,new york*, 356. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1977.31.4.633>
- Bullough, V. L. (2019). Homosexuality: A history (From ancient Greece to gay liberation). En *Homosexuality: A History (From Ancient Greece to Gay Liberation)*.
<https://doi.org/10.4324/9780429056680>
- Campo-Arias, A., Vanegas-García, J. L., & Herazo, E. (2017). Orientación sexual y trastorno de ansiedad social: Una revisión sistemática. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, Vol. 55, pp. 93-102. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272017000200004>
- Castelló Blasco, J. (2005). *Dependencia emocional: Características y tratamiento*. Recuperado de

<https://books.google.com.pe/books?id=CwqwoGppq2UC&dq=dependencia+emocional&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwif7JrF4OjoAhWRA9QKHb1TB98Q6AEIMDAB>

- Costa, A. B., Peroni, R. O., Bandeira, D. R., & Nardi, H. C. (2013). Homophobia or sexism? A systematic review of prejudice against nonheterosexual orientation in Brazil. *International Journal of Psychology, 48*(5), 900-909.
<https://doi.org/10.1080/00207594.2012.729839>
- Del Castillo, M. N. Q., Rodríguez, V. B., Torres, R. R., Pérez, A. R., & Martel, E. C. (2003). La medida de la homofobia manifiesta y sutil. *Psicothema, 15*(2), 197-204.
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences, 5*(4), 565-575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>
- Elipe Miravet, M., Nebot García, J. E., Antelo García, A., García Barba, M., & Ballester Arnal, R. (2020). Análisis de la prevalencia de homofobia en población joven: repercusión en la calidad de vida Autor (es). *Àgora de salut, VII*, 67-75.
<https://doi.org/10.6035/agorasalut.2020.7.7>
- Espelage, D. L., Basile, K. C., De La Rue, L., & Hamburger, M. E. (2015). Longitudinal Associations Among Bullying, Homophobic Teasing, and Sexual Violence Perpetration Among Middle School Students. *Journal of Interpersonal Violence, 30*(14), 2541-2561. <https://doi.org/10.1177/0886260514553113>
- Esteban, C., Gómez, A., & Martín, G. J. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist, 67*(1), 10-42.
<https://doi.org/10.1037/a0024659>
- Fields, E. L., Bogart, L. M., Smith, K. C., Malebranche, D. J., Ellen, J., & Schuster, M. A. (2015). «I always felt I had to prove my manhood»: Homosexuality, masculinity, gender role strain, and HIV risk among young Black men who have sex with men. *American Journal of Public Health, 105*(1), 122-131.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301866>
- Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., & Meyer, I. H. (2019). The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine. https://doi.org/10.1007/s10865-019-00120-6*
- Freeman, A. (2006). Cognitive Behavior Therapy in Clinical Social Work Practice. En *Cognitive Behavior Therapy in Clinical Social Work Practice. https://doi.org/10.1891/9780826104786*

- Frost, D. M., Lehavot, K., & Meyer, I. H. (2013). Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *Journal of Behavioral Medicine, 38*(1).
<https://doi.org/10.1007/s10865-013-9523-8>
- Garrido, R., & Morales, Z. (2014). Una aproximación a la Homofobia desde la Psicología. Propuestas de Intervención. *Psicología, Conocimiento y Sociedad, 4*(1), 90-115.
- Generelo, J., Pichardo, J. I., Romero, M., Martín, N., & Castañón, S. (2019). *Investigación pluridisciplinar sobre la percepción que los adolescentes escolarizados tienen sobre la homosexualidad, las situaciones de acoso que viven los estudiantes LGTB, y las respuestas de la Comunidad Educativa ante el problema de la homofobia*. Recuperado de
<https://cogameduca.files.wordpress.com/2016/03/2005-cogam-homofobia-en-el-sistema-educativo.pdf>
- Grau, B. E. (2016). Activisme et pratiques numériques dans la construction d'une sphère LGBT en Espagne. *Dados, 59*(3), 755-787.
<https://doi.org/10.1590/00115258201691>
- Herek, G. M. (1998). Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, 2*(1), 17-25. Recuperado de
https://www.researchgate.net/publication/241162813_Correlates_of_Internalized_Homophobia_in_a_Community_Sample_of_Lesbians_and_Gay_Men
- Hirai, M., Winkel, M. H., & Popan, J. R. (2014). The role of machismo in prejudice toward lesbians and gay men: Personality traits as moderators. *Personality and Individual Differences, 70*, 105-110. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.06.028>
- Lin, Y. J., & Israel, T. (2012). A computer-Based intervention to reduce internalized heterosexism in men. *Journal of Counseling Psychology, 59*(3), 458-464.
<https://doi.org/10.1037/a0028282>
- López Sánchez, F. (2006). *Homosexualidad y familia lo que los padres, madres, homosexuales y profesionales deben saber y hacer*. Graó.
- Luna Barco, A. F. (2016). *Addressing Internalized Oppression in Cognitive-Behavioural Therapy: Towards a Liberating and Inclusive Clinical Practice*. Recuperado de
<http://repository.cityu.edu/handle/20.500.11803/637>
- Martín, G. J. (2016). *Quiérete mucho, maricón : manual de éxito psicoemocional para*

hombres homosexuales.

- Martín, G. J. (2017). *El ciclo del amor marica: relaciones de pareja (y soltería feliz) para hombres homosexuales*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extlib?codigo=733026>
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of health and social behavior*, 36(1), 38-56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Salber, K. E. (2013). Terapia de solución de problemas. *Psicooncología*, 10(2-3), 217-231. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43445
- Nkosi, S., & Masson, F. (2017). Christianity and homosexuality: contradictory or complimentary? A qualitative study of the experiences of Christian homosexual university students. *South African Journal of Higher Education*, 31(4), 72-93. <https://doi.org/10.20853/31-4-891>
- Otis, M. D., Rostosky, S. S., Riggle, E. D. B., & Hamrin, R. (2006, febrero). Stress and relationship quality in same-sex couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol. 23, pp. 81-99. <https://doi.org/10.1177/0265407506060179>
- Pachankis, J. E. (2015). A Transdiagnostic Minority Stress Treatment Approach for Gay and Bisexual Men's Syndemic Health Conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 44(7), 1843-1860. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0480-x>
- Pachankis, J. E., & Goldfried, M. R. (2006). Social anxiety in young gay men. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(8), 996-1015. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.01.001>
- Pereira, H., & Rodrigues, P. (2015). Internalized homophobia and suicidal ideation among LGB youth. *African Journal of Psychiatry (South Africa)*, 18(2). <https://doi.org/10.4172/Psychiatry.1000229>
- Pérez, A. M. (2014). Consecuencias del bullying homofóbico retrospectivo y los factores psicosociales en el bienestar psicológico de sujetos LGB. En *Revista de Investigación Educativa* (Vol. 32). <https://doi.org/10.6018/rie.32.1.168461>
- Platero Méndez, R. (2007). *Herramientas para combatir el bullying homofóbico*. 223.
- Preece, S. (2016). The Routledge Handbook of language and identity. En *The Routledge Handbook of Language and Identity*. <https://doi.org/10.4324/9781315669816>

- Reisner, S. L., Katz-Wise, S. L., Gordon, A. R., Corliss, H. L., & Austin, S. B. (2016). Social Epidemiology of Depression and Anxiety by Gender Identity. *Journal of Adolescent Health, 59*(2), 203-208.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.04.006>
- Ross, L. E., Doctor, F., Dimito, A., Kuehl, D., & Armstrong, M. S. (2007). Can talking about oppression reduce depression? Modified CBT group treatment for LGBT people with depression. *Journal of Gay and Lesbian Social Services, 19*(1), 1-15.
https://doi.org/10.1300/J041v19n01_01
- Sánchez, A., Ortega, R., & Casas, J. (2018). Acoso escolar homofóbico: una mirada internacional. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas, (38)*, 83-108. Recuperado de
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6436658>
- Santi, P. H. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 16*(6), 568-573.
- Smith, M. J. (1977). *Cuando digo no, me siento culpable*. Editorial Grijalbo,.
- Solís Flores, G., & Fernández Solís, M. (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).
Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/61759>
- Straub, K. T., McConnell, A. A., & Messman-Moore, T. L. (2018). Internalized heterosexism and posttraumatic stress disorder symptoms: The mediating role of shame proneness among trauma-exposed sexual minority women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 5*(1), 99-108.
<https://doi.org/10.1037/sgd0000263>
- Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2*(1), 65-77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>
- Toro, J., & Varas, N. (2004). Los otros: prejuicio y distancia social hacia hombres gay y lesbianas en una muestra de estudiantes de nivel universitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*(3), 537-551.
- Torres De Lamadrid, M. A., & Fernandez Solís, M. E. (2019). Terapia cognitivo-conductual y centrada en soluciones para el fortalecimiento de la autoestima de una mujer homosexual. En *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* (Vol. 22).

Recuperado de

www.revistas.unam.mx/index.php/repwww.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin

- Vega, M. Y., Spieldenner, A. R., DeLeon, D., Nieto, B. X., & Stroman, C. A. (2011). SOMOS: Evaluation of an HIV prevention intervention for Latino gay men. *Health Education Research*, 26(3), 407-418. <https://doi.org/10.1093/her/cyq068>
- Vera Guerrero, M. nieves., & Roldán Maldonado, G. M. (2009). *Ansiedad social : manual práctico para superar el miedo*. Recuperado de http://cataleg.uab.cat/record=b2003606~S1*cat
- Walch, S. E., Ngamake, S. T., Bovornusvakool, W., & Walker, S. V. (2016). Discrimination, internalized homophobia, and concealment in sexual Minority physical and mental health. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(1), 37-48. <https://doi.org/10.1037/sgd0000146>
- Yadavaia, J. E., & Hayes, S. C. (2012). Acceptance and commitment therapy for self-stigma around sexual orientation: A multiple baseline evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 545-559. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.09.002>
- Yagüe, C. R. (2012). Orientación sexual e identidad de género: el proceso de consagración de derechos del colectivo LGTB. *Revista General de Derecho Constitucional - ISSN 1886-6212*.