

REPÚBLICA DE CUBA  
UNIVERSIDAD DE LA HABANA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE MASTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

*Titulo: Estrategia psicoterapéutica para la atención  
de las alteraciones psicológicas en personas con  
orientación homosexual del sexo masculino*

**Autora: Lic. Dania Borroto Lemes**

**Tutora: Msc. Yanet Parra Herrera**

**Asesor. Msc. Israel Pons Bonito**

**Año 54 de la Revolución**

**2012**

REPÚBLICA DE CUBA  
UNIVERSIDAD DE LA HABANA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE MASTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

*Título: Estrategia psicoterapéutica  
para la atención de alteraciones psicológicas en  
personas con orientación homosexual del sexo  
masculino.*

Autora: Lic. Dania Borroto Lemes

Tutora: Msc. Yanet Parra Herrera

Asesor. Msc. Israel Pons Bonito

2012

## Pensamiento

Se puede vivir una vida cualquiera con tal que no se pierda uno a sí mismo, no importa perderlo todo si permanecemos tal como somos.

J. W. Goethe

## Agradecimientos

- Agradecimiento a la Revolución cubana y a nuestro guía Fidel por la oportunidad de superarnos para ser mejores cada día.
- Agradecimiento especial para el Dr. Pedro por ser ejemplo de los valores que caracterizan al educador cubano.
- Agradecimiento a Israel por su preocupación constante.
- Agradecimiento a Yanet por ser incondicional.
- Agradecimiento a los pacientes de la muestra por hacer posible la realización de esta investigación.
- A mis tesiantes por su ayuda oportuna.

## Dedicatoria

A mis hijos por las noches de desvelos, a mi esposo por trabajar tanto.

A Olga Lemes por ser fuente de grandeza y optimismo.

## RESUMEN

La presente investigación se desarrolló en el municipio Guáimaro, en el período comprendido desde noviembre del 2008 hasta Mayo del 2009 del 2009. Se realizó un estudio-descriptivo transversal de corte cualitativo con un muestreo intencional puro no probabilístico de 7 personas con orientación homosexual del sexo masculino que aportó una nueva tecnología a partir de la estrategia propuesta, la cual tiene como objetivo identificar las alteraciones psicológicas presentes en ellos, además de facilitar la atención de las mismas. Para ello se utilizaron los métodos teóricos: el inductivo- deductivo, modelación y dentro de los métodos empíricos: entrevista semiestructurada, la composición, 10 deseos, IDARE (Inventario de autovaloración), inventario de autoestima de Coopersmith, Beck (Inventario de depresión), Test de Completamiento de frases ROTTER y la observación. Se comprobó que las personas con orientación homosexual son portadores de alteraciones psicológicas asociadas a las relaciones sociales conflictivas; las manifestaciones diagnosticadas son: ansiedad, depresión, autoestima baja. A partir de los resultados obtenidos en la investigación se estructuró una estrategia psicoterapéutica dirigida a brindar ayuda psicológica a las personas con orientación homosexual que presentan alteraciones psicológicas para dotarlos de herramientas a través de recursos terapéuticos que favorezcan la atención de estas alteraciones, la cual está constituida por siete sesiones con una hora de duración y una frecuencia semanal y realizada por psicólogos previamente entrenados.

## INDICE

	Páginas
Introducción.....	1
Capítulo I: Fundamentos teóricos sobre las particularidades de la homosexualidad.	
1.1 La sexualidad humana, conceptos fundamentales sobre la orientación homosexual.....	8
1.2 Caracterización psicológica y social de las personas con orientación homosexual. Principales alteraciones psicológicas.....	17
1.3 Intervención en personas con orientación homosexual desde una perspectiva Clínico–educativa...Principales alteraciones.....	30
Capítulo II: Fundamentos metodológicos del trabajo.....	39
2.1 Descripción de la muestra. Métodos, técnicas y procedimientos utilizados. ....	40
Capítulo III: Análisis de los resultados.	
3.1 Análisis de los resultados. Diagnóstico de las alteraciones.....	52
3.2 Estrategia psicoterapéutica.....	64
Conclusiones.....	83
Recomendaciones.....	84
Bibliografía	
Anexos	

## INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad, en diferentes momentos de la historia y en las más diversas culturas existieron numerosas referencias, tanto científicas como mitológicas, que revelan la existencia del homosexualismo, las cuales siempre estuvieron acompañadas de interpretaciones y reacciones polarizadas por parte de la sociedad que iban desde la adoración hasta el rechazo o la exclusión.

Varios han sido los estudiosos que desde sus disciplinas científicas y respectivas posiciones filosóficas han propuestos conceptos que intentan explicar la homosexualidad. Los registros más tempranos de conducta homosexual parecen encontrarse en las prácticas religiosas paganas de la antigüedad, estas prácticas relacionadas con la atracción erótica entre personas del mismo género han estado presentes desde el amanecer de la humanidad.

El desarrollo del conocimiento sobre el tema del homosexualismo trae consigo la aparición de términos como diversidad sexual y hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), hasta la actualidad se ha descrito el término referido a un hecho humano, inherente a una persona con características biológicas, psicológicas y sociales con una historia de vida personal, familiar y social y con un desarrollo específico de su personalidad. Por otra parte la etapa adulta es muy larga y las formas de vida sexual pueden cambiar de forma significativa a lo largo de la vida.

Indudablemente la sexualidad es mucho más compleja y diversa de lo que los seres humanos son capaces de imaginar. La progresiva aproximación en su estudio científico nos sitúa ante un interesante laberinto cuyas claves solo se pueden encontrar desde un abordaje multidisciplinario; los retos son grandes, el reconocimiento mismo de la sexualidad como una esfera de la vida independiente de la reproducción ofrece una visión integral del ser humano, de aquí deriva la importancia de conocer las variaciones que emergen de sus propiedades como sistema.

Los estudios sobre la diversidad sexual (1953) tienen sus antecedentes en los

cuestionamientos que hacen a la sexología sobre los sujetos homosexuales. En este sentido comenzaron a desarrollarse las primeras investigaciones en torno al homosexualismo, dirigido también a personas transexuales, prostitutas, y otros.

Al respecto los estudios más cercanos realizados en esta área en la que se hace referencia a los síntomas comenzaron con el estudio de pacientes enfermos.

En California (Boswell,1984) al estudiar los homosexuales, enfermos o portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) aparecieron también alteraciones psicológicas asociadas a la enfermedad de la que eran portadores, derivado de la no asimilación de su enfermedad y el poco conocimiento que se tenía entonces del virus, por ser concebidos como una plaga que propagaba la enfermedad eran marginados.

Investigaciones realizadas en Estados Unidos de América (1993) por el laboratorio de Bioquímica del Instituto Nacional del cáncer en la población homosexual y sus estilos de vida arrojaron que estos estilos de vida eran un producto social y que la sociedad ejercía discriminaciones homofóbicas por su orientación sexual; aunque el estudio no iba dirigido a las alteraciones sino a su estilo de vida, al concluir se confirmó la presencia de síntomas clínicos derivados de la relación homosexualidad -sociedad.

En México (Blanco, 1994) también realizó una investigación sobre la homofobia, esta constató que las personas que viven y manifiestan su homosexualidad se proyectan generalmente como personas neuróticas al presentar una gran variedad de síntomas similares a ellos, tales como; el miedo irracional, la ansiedad, la paranoia, al pensar que con ciertas actitudes la gente se daría cuenta de la inestabilidad emocional, de su angustia; además la generalidad de los homosexuales de la muestra asumía comportamientos agresivos.

Otras investigaciones (Ey, Bernard, Brisett, 1994) le sucedieron en este campo, las cuales concluía que en los homosexuales hombres estudiados había una proporción más alta de alteraciones emocionales que en la población en general y éstas guardaban una relación muy estrecha con la sociedad.

Foege (2008), director del centro para el control de las enfermedades o CDC (Center for diseases control de EE.UU.), explica que a partir de la conducta que predispone a los homosexuales pueden emerger estados emocionales negativos con la consecuente alteración fisiológica y psicológica tales como; soledad, tristeza, falta de autoaceptación, desconfianza, profundo sentimiento de ser inadecuado, miedos y temores.

En Cuba se introduce el término a partir de 1970, fecha en que comienzan a desarrollarse trabajos vinculados con la homosexualidad. Un cuento, varias puestas teatrales y finalmente el estreno de la película Fresa y Chocolate llevan el tema de la homosexualidad a la palestra pública.

A partir de la creación del Centro Nacional de Educación Sexual, en 1977, como grupo nacional de trabajo de educación sexual, se emprendieron las investigaciones en este tema; a partir de aquí el profesor Lajonchere (1986), en nombre del Centro Nacional de Educación sexual, explica: .. “el manto de silencio, mezcla de prejuicios e ignorancia que cubrió todos los aspectos de la sexualidad, no dejó fuera al homosexualismo. Este oscurantismo ha obstaculizado hasta hoy analizar objetivamente y sobre bases científicas los problemas que afrontan las personas con preferencias homosexuales y las dificultades no menos serias que debe resolver la sociedad para asimilarlos, incorporándolos apropiadamente a la vida social, comenzando por los padres, que deberían lograr que ellos, los hijos homosexuales, encuentren comprensión y apoyo familiar ”...

Algunas investigaciones clínicas comenzaron a realizarse sobre la población cubana con una orientación homosexual desde la óptica de personas enfermas, seropositivas o portadoras del VIH para analizar los daños psicológicos causados por la enfermedad, a partir de aquí comenzaron a estratificarse programas de intervención para modificar las alteraciones presentes, sin tener en cuenta que las personas homosexuales podían tener alteraciones emocionales sin padecer ninguna enfermedad.

En un estudio realizado por Herrera (2007), sobre las familias de personas con

una orientación homosexual, destacaba la aparición en estas familias de estados de ánimos negativos como ansiedad y depresión, con toda una gama sintomatológica descrita por los pacientes de la muestra como: miedo irracional, inseguridad y rechazos, algo que favorecía estados similares en sus hijos, además de poseer una valoración inadecuada sobre ellos.

Además se demostró que algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia y que en algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión.

Hasta el momento no se han encontrado investigaciones que estén dirigidas al estudio de las alteraciones emocionales ni psicológicas en personas con una orientación homosexual que no sean consideradas personas enfermas, por ello la importancia de este trabajo, aunque González, Castellano (2006 p.125-126) hace referencia a que los prejuicios, tabúes y estereotipos culturales, tradicionales y estigmatizantes hacia los homosexuales llevan a discriminarlos y a despreciarlos. Esta y no su orientación sexual suele ser una de las causas más importantes que los convierte en individuos alienados, patológicos, con sentimientos de culpa y de minusvalía, histéricos, agresivos, egocéntricos.

La marginación de estos por preferir un amante del mismo sexo no solo puede generar trastornos en su vida sexual, sino también puede afectar su personalidad y sus proyecciones sociales, su adaptación al medio, lo que contribuye que asuman conductas escandalosas, chocantes, que afectan negativamente su adaptación al medio social, provocando daños en ellos y en otras personas.

Mariela Castro refiere que quienes viven su sexualidad conforme a un patrón diferente al heterosexual y deciden mantener ocultas sus verdaderas preferencias por temor al enfrentamiento de las normas que les impone el medio social, ven dañada su forma de relacionarse y quienes lo hacen con personas del sexo opuesto, aún ocultando su preferencia homosexual, deben soportar una presión de tener que aparentar y con ello crecen los problemas de autoestima y aparecen

otros daños psicológicos.

En esta investigación se asume el modelo ecléctico por ser un modelo integrador donde es posible compendiar basamentos del Psicoanálisis, del modelo humanista y del histórico-cultural, al percibir al ser humano como una persona desarrolladora con posibilidades de construirse a sí mismo a partir de su medio social, como expuso Vygotsky.

En medio del interés hacia un tema históricamente tabú, asumiendo la diversidad sexual como el principio que permite aceptar, percibir, y convivir con la diferencia, se emprende esta investigación planteando el siguiente problema: ¿Como facilitar la modificación de alteraciones psicológicas de la esfera afectiva en personas homosexuales en el área de salud Guáimaro?

Objetivo General: diseñar una estrategia psicoterapéutica para atención de alteraciones psicológicas de la esfera afectiva en personas con orientación sexual homosexual residentes en Guáimaro.

Objetivos Específicos:

Describir el comportamiento de las variables sociodemográficas características de la muestra estudiada.

Identificar las alteraciones psicológicas de la esfera afectiva en personas con orientación homosexual del sexo masculino del municipio de Guáimaro.

Elaborar una estrategia psicoterapéutica para la atención de alteraciones psicológicas de la esfera afectiva en personas con orientación homosexual del sexo masculino residentes en Guáimaro.

Los métodos teóricos empleados en la investigación son:

Deducción – inducción: Se escoge como premisa el conocimiento de lo general, llevando a comprender lo particular, donde queda demostrado el conocimiento obtenido en el proceso de investigación, además permite hacer razonamientos que posibiliten profundizar en casos particulares induciéndolos a un conocimiento

más general de la información. Estos métodos se complementan y proporcionan un conocimiento verdadero sobre la realidad.

Modelación: Permite crear un modelo metodológico para la práctica de la psicología clínica que posibilite la modificación de las alteraciones psicológicas en un período de tiempo establecido, a través de la creación de una estrategia psicoterapéutica por la investigadora que modela la psicoterapia en la práctica.

El aporte teórico de la investigación consiste en el conocimiento de las principales alteraciones psicológicas de la esfera afectiva que se producen en personas con orientación homosexual del sexo masculino del municipio de Guáimaro a partir de su interacción social. Desde la práctica aporta una estrategia psicoterapéutica dirigida a la atención de estas alteraciones psicológicas.

En lo metodológico un nuevo procedimiento de trabajo sobre el esquema de la intervención clínica a través de la psicoterapia grupal de adulto, con el empleo de recursos terapéuticos.

La investigación está sustentada en la complementariedad metodológica y se emplea metodología cualitativa, dada por los instrumentos estandarizados y técnicas abiertas e indirectas utilizadas. Dentro de los métodos teóricos empleados que permiten la construcción y el desarrollo de la teoría científica y el enfoque general para abordar el problema fueron empleados la inducción \_ deducción y la modelación, y entre los métodos empíricos; Observación, Entrevista, Test de Ansiedad y Rasgo- Estado (IDARE), Inventario de Depresión (BECK), Composición "Cómo quisiera ser" e Inventario de Autoestima Coopersmith.

Esta investigación consta de tres capítulos, descritos de la siguiente manera: El capítulo teórico consta de tres epígrafes. El primero integra una conceptualización general sobre sexualidad humana y la homosexualidad, el segundo aborda la caracterización psicológica y social de las personas con orientación homosexual del sexo masculino.

y el último hace referencia a algunos programas de intervención en personas con orientación homosexual del sexo masculino en Cuba desde una perspectiva clínica, así como las alteraciones psicológicas más difundidas por la literatura en Cuba y en el mundo.

El capítulo metodológico incluye la metodología utilizada, el diseño de la investigación, el tipo de estudio realizado y los métodos teóricos y empíricos empleados en la investigación; un tercer capítulo: valoración y análisis de los resultados por técnicas e integración de los mismos, así como la propuesta de la estrategia psicoterapéutica para la atención de las alteraciones psicológicas diagnosticadas; conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

## **Primer Capítulo**

### **Capítulo 1: Fundamentos teóricos sobre las particularidades de la homosexualidad.**

Epígrafe 1.1 La sexualidad humana, conceptos fundamentales sobre la orientación homosexual.

Muchas veces se habla de aspectos relacionados con la sexualidad, pero a la hora de definirla resulta muy difícil hacerlo; porque ella no abarca solo los órganos genitales, sino una dimensión humana que comprende todo nuestro ser. El cuerpo humano es todo sexuado.

Todas las personas son distintas y la forma de manifestar la sexualidad es diferente en cada una de ellas. Es necesario, pues, aprender a respetar la manera en que cada persona vive su sexualidad.

La regulación social de la personalidad varía con el tiempo y la cultura, conductas sexuales que en épocas o sociedades fueron bien consideradas, pueden ser rechazadas en otras, son formas diferentes de expresar la sexualidad, la cual está presente desde que se nace hasta que se muere.

La comprensión de la sexualidad como hecho de vida y parte inseparable del ser humano hay que entenderla como un todo, en sus dimensiones y facetas interactuantes, sin desarticular en partes aisladas aquellas que funcionan como una unidad. Tales ideas son compartidas de forma general por numerosos pensadores científicos de la actualidad, aunque Sigmund Freud, fue el primero en intentar estudiar este fenómeno desde una óptica integradora y sistémica, empeñado en rescatar el lugar y el papel de la sexualidad en el contexto general de la estructura, funcionamiento y desarrollo de la personalidad, enfatizó su influencia, explicando toda la vida psíquica a partir de manifestaciones abiertas o encubiertas de los impulsos sexuales, como indomables fuerzas emergentes de lo profundo del organismo.

W. Master, Johnson y R Kolodny (1987), al igual que A. Arreaga (2000) al referirse a la sexualidad coincidían que esta era parte de la personalidad, que no iba solo a la actitud del individuo para generar una respuesta erótica, sino que se extendía a los sentimientos, conductas, valores y conocimientos de cada persona.

Por su parte el médico sexólogo uruguayo Flores Colombino (1983) considera que la sexualidad es un sistema de conductas o comportamientos de fuente instintiva e intelectual con una finalidad reproductiva (función reproductiva) y placentera (función erótica), al servicio de la comunicación y la trascendencia, que se descarga en un objeto sexual a través del coito o sus sustitutos y es condicionada en su expresión por las pautas culturales y morales de cada época y lugar.

Por ello la autora de esta investigación coincide con la profesora mexicana Anameli Monroy (1989) cuando dice que la sexualidad humana comprende características biológicas, psicológicas y culturales que permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombre o mujer, es una parte de la personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo; es un elemento básico de la feminidad o masculinidad, de la autoimagen, autoconciencia del desarrollo personal y estimula la necesidad de establecer relaciones interpersonales significativas con otros.

Se asume el concepto de sexualidad dado por la Organización Panamericana de la Salud, OPS (2000), donde se refiere que sexualidad es una dimensión que incluye el sexo, el género, la identidad sexual y genérica, la orientación sexual, el erotismo, los apegos emocionales, el amor y la reproducción. Se experimenta y expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias y valores, actividades prácticas, papeles y relaciones. La sexualidad es el resultado del interjuego de factores biológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y espirituales.

Ver al hombre y a la mujer en su individualidad y pluralidad, como seres activos y constructivos, confiar en su capacidad de amar, en su derecho al disfrute erótico y sus potencialidades de mejoramiento, desemboca de modo necesario en una pedagogía de la diversidad, el placer, la ternura y la esperanza, una pedagogía

basada en los principios de la libertad, la responsabilidad y la equidad.

La identidad individual es la más íntima dimensión de cada ser, delimitada respecto a lo externo y a las demás personas, e integra orgánicamente la pertenencia a un género masculino o femenino: saberse hombre o mujer, sentir, actuar, pensar y vivir como tal, de acuerdo con los puntos y expectativas culturales variadas en función de cada esfera y contextos sociales.

El ser humano es biológicamente sexuado, portador de un conjunto de rasgos que lo definen como miembro de un determinado sexo y lo distingue respecto al otro, cromosomas, hormonas, gónadas, genitales internos y externos, configuración corporal y hasta el cerebro son sexuados.

Así la persona internamente convencida de su masculinidad, feminidad o ambivalencia, se percibe a sí misma como tal, lo experimenta de modo consciente y lo vivencia al mismo tiempo desde lo emocional como una implicación afectiva.

La sensación que se tiene acerca de sí mismo como perteneciente a un género se convierte en una especie de compromiso que se asume al estar convencido de que se es de una determinada forma y de que ésta es inherente a su ser, conduciendo a comportarse consecuentemente o confirmarse como tal.

La identidad de género como parte del yo, se revela ante los demás en conductas por medio del rol de género. Este se conforma según el individuo interpreta, construye y expresa ante sí mismo y los otros el grado en que él o ella vivencia su identidad. Estas situaciones conflictivas suelen suceder en las personas con una identidad de género homosexual, que al no asumir su orientación se sienten atrapados y prisioneros en papeles que no son armónicos con las necesidades propias.

El género se define como la red de creencias, rasgos, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a las mujeres y a los hombres como producto de la aceptación social.

Las aproximaciones al tema son muy variadas, por ejemplo, hay grupos de

homosexuales que se consideran a sí mismos minorías sexuales, término que también ha sido adoptado por los travestis, transexuales sadomasoquistas, bisexuales, prostitutas, entre otros. La posición ante la diversidad sexual ha ido variando.

Los estudios lésbicos-gays constituyen proyectos de investigaciones desarrollados por algunas personas interesadas. El tema de la sexualidad poco a poco se va constituyendo en un tema cotidiano de reflexión sobre el interés por conocer las formas y la presencia frecuente de la diversidad sexual.

Aproximarse a la diversidad sexual está en consonancia con las nuevas concepciones de la sexualidad que la reconocen como una construcción social y psicobiológica mucho más allá de la genitalidad y otras posiciones reduccionistas. En este sentido la investigadora mexicana Caneaga (2006 p.10-13) propone considerar que la diversidad sexual abarca tres dimensiones para su análisis:

- La orientación sexual de acuerdo a la dirección erótica afectiva del objeto amoroso.
- La identidad sexual de acuerdo a la definición sexual que adopta la persona.
- La expresión sexual de acuerdo a la preferencia y comportamiento sexuales que adopta la persona.

La orientación sexual teniendo en cuenta la clasificación anterior, incluye los términos: homosexual, heterosexual y bisexual.

Homosexual: se aplica a aquellas personas cuyas actividades sexuales solo las realiza con personas del mismo sexo.

Heterosexual: se refiere a los individuos cuyas parejas sexuales son del otro sexo.

Bisexual: se aplica a quienes mantienen relaciones sexuales con individuos de ambos sexos. (Diamon, 1993).

A lo largo de la vida los individuos pueden cambiar su orientación, se puede por ejemplo ir de la actividad e identificación como heterosexualidad a la bisexualidad y finalmente a la de homosexualidad.

La orientación sexual no tiene necesariamente una relación directa con la conducta moral de los individuos, existen múltiples ejemplos de personalidades destacadas en este sentido.

La propia identidad sexual o identidad de género, es la convicción personal y privada que tiene el individuo sobre la pertenencia al sexo masculino o femenino; se revela ante los demás en la conducta por medio del rol de género, es un aspecto de la vida relacionado tangencialmente con la orientación sexual, aquí se agrupan los travestis, que son las personas que sienten un deseo especial y permanente por vestirse con prendas del otro sexo y los transexuales que son los que no se sienten identificados con su sexo biológico y que desean ser reconocidos como representantes del otro sexo, es decir, son incoherentes respecto a su sexo biológico y psicológico. En el habla común el individuo se identifica como homosexual o considera su identidad como heterosexual.

Las variaciones ocurren cuando un individuo refiere mantener relaciones del tipo sexual con alguien del mismo sexo (homosexual), cuando un hombre se ve a sí mismo como a una mujer (varón transexual), cuando una mujer se ve a sí misma como a un hombre (hembra transexual) o cuando un individuo elige desarrollar ambos aspectos, tanto femeninos como masculinos. En algunas culturas solamente se considera homosexual aquel que es penetrado, mientras que el que penetra activo, se sigue considerando heterosexual (Carrier, 1980).

En la formación de la personalidad del individuo requiere gran importancia la imagen de sí mismo, ideas, opiniones, criterios, convicciones que posee cada persona sobre el significado de las cosas, que a través del proceso de socialización se van revelando y manifestando; esto influirá en la toma de decisiones y en la conducta sexual.

Un varón heterosexual se ve a sí mismo como un hombre que vive, como un

hombre que se comporta, como un hombre que disfruta de su pene y prefiere mantener relaciones sexuales con una mujer. Un varón homosexual también se considera un hombre que se desenvuelve frecuentemente como un hombre, vive como un hombre y también disfruta de su pene, pero prefiere mantener relaciones sexuales con otro hombre. Por el contrario el varón transexual se ve como una mujer, prefiere vivir como una mujer, y quiere cambiarse el pene por una vagina y tener pechos.

La homosexualidad, tanto masculina como femenina, produce aún en la sociedad una gran alarma y continúa siendo un tema que ruboriza a la mayoría de las personas. Esta temática se trata con eufemismo, o simplemente cuando se aborda, la mayoría de las veces se hace sobre la base de los prejuicios y la exclusión. Si se analiza este tipo de orientación sexual, desde la perspectiva de las relaciones de género y sexo, es posible afirmar sin dudas que hacia estas personas la sociedad manifiesta rechazo mediante su discriminación por razones de sexo.

Hay una gran diversidad en la definición de homosexualidad en la literatura científica.

En el siglo XIX el neuropsicólogo alemán Richard von Krafft-Ebing consideró la homosexualidad una “degeneración neuropática hereditaria” que supuestamente se agravaba con la excesiva masturbación.

El psiquiatra austríaco Sigmund Freud postuló la existencia de una predisposición constitutiva, aunque también destacó el efecto determinante de experiencias durante la infancia (como por ejemplo, la falta de un progenitor del mismo sexo con el cual poder identificarse) y la frecuencia de experiencias homosexuales masculinas durante la adolescencia, que consideró como desviación sexual. (González, Castellano, 2003 p.11-16)

Diversas teorías han intentado explicar las causas de la homosexualidad aunque sin respuestas definitivas. Dentro de ellas se pueden citar las más conocidas según (González, Castellano, 2003 p. 11-16):

La **teoría genética**: fue una de las primeras explicaciones científicas de la homosexualidad. Presentada por Kallman, en 1952, aseguraba que la orientación homosexual venía dictada por los genes; es decir, que las personas heredaban la homosexualidad. No ha tenido, sin embargo, pruebas que confirmen el estudio, y sus conclusiones han sido, por tanto, descartadas. (González, Castellano ,2003 p.11-16)

La **teoría hormonal**: algunos científicos han sugerido que el origen de la homosexualidad está en el desequilibrio de hormonas en el feto o en la introducción de hormonas inapropiadas. La falla de esta teoría está en que aún no se han encontrado pruebas físicas de tal desarreglo hormonal en el recién nacido ni en individuos adultos.

**El psicoanálisis**: plantea varios postulados, el problema con ellos es que nunca se han puesto a prueba ni han sido verificados en un sector amplio de personas, sino sólo en pequeños grupos de individuos sometidos a terapia.

Freud creía que la tendencia homosexual constituía una etapa natural que se debía atravesar para alcanzar a la madurez. Según este criterio la madurez significaba, entre otras cosas, una orientación heterosexual. Un adulto homosexual era alguien cuyo desarrollo psicosexual se había interrumpido. El razonamiento de Freud era que cuando los chicos descubrían que las niñas no tenían pene, temían perder el suyo si mantenían contacto con ellas, y por supuesto que los hombres sí lo tenían, no correrían ese peligro si mantenían contacto sólo con los del mismo sexo.

La orientación sexual se ha atribuido también a las relaciones distantes y hostiles con los padres. Los varones –dicen los inclinados a esta teoría- buscan una relación homosexual para obtener el amor masculino que en realidad nunca recibieron de su progenitor. Igualmente las hembras se acercan a otras mujeres para compensar la falta de amor femenino por parte de su madre. El lesbianismo se ha atribuido, de forma similar, a tener padres distantes, lo cual hacía que la niña no supiese relacionarse con hombres adultos. La homosexualidad masculina,

mantienen algunos, puede atribuirse también a haber tenido madres demasiado protectoras que no han liberado a sus hijos en el mundo masculino competitivo y así, éstos no han aprendido a luchar en condiciones iguales por las mujeres.

La más reciente y popular de las teorías psicoanalíticas es la narcisista. Según ella los niños, en su etapa de desarrollo, se encuentran a veces tan atraídos por sus propios encantos que buscan parejas sexuales que se les parezcan. Sin embargo, todas las teorías sobre la homosexualidad y las relaciones con los padres parecen venirse abajo cuando son sometidas a experimentación. Una misma pauta de relaciones padre-madre y de relaciones padre-hijo o madre-hijo puede engendrar hijos homosexuales e hijos heterosexuales, tanto si las relaciones son íntimas como si son distantes.

**Teorías Sociales:** Algunos investigadores sugieren que la orientación homosexual se forma por la presión de los compañeros. En cambio, hasta la fecha ha sido prácticamente imposible clasificar a los jóvenes y sus actividades con claridad y significación suficiente como para mantener si hay o no algo de cierto en esta teoría. Uno de los problemas que se presentan es el siguiente: ¿un joven se une a otro y desarrolla una orientación homosexual, o más bien se juntan porque ya tienen una orientación homosexual? Esta teoría, al igual que las otras, no ha ido más lejos.

Pese al sinnúmero de estudios se carece aún de respuestas definitivas, no existe consenso entre los estudiosos del tema ni están claramente identificados las causas u orígenes de la homosexualidad.

Si se quiere arribar a una concepción despojada de prejuicios, se debe pensar que la homosexualidad puede definirse no como un tipo de conducta sino como una condición caracterizada por una inclinación hacia personas del mismo sexo, como refiere Freud. Por su parte al decir de ésta, Master y Johnson coinciden con Freud y le añaden que esto ocurre en un lapso de tiempo significativo.

Nuestro criterio coincide con estos autores y nos lleva a definir la homosexualidad como una variable de la sexualidad en la que la persona sea cual sea su sexo,

vivencia física y espiritualmente su plenitud sexual de forma erótica con otra persona de su mismo sexo (CIE-10) (1994). La insuficiencia para descubrir este tema hoy día, se hace cada vez más evidente. Es un concepto que no se adecua a la diversidad de las experiencias sexuales que ocurren entre personas del mismo sexo.

El concepto de homosexualidad es esencialista y está marcado por el prejuicio desde su surgimiento por una forma machista de ver el mundo. Es una condición y una identidad sexual y genérica diferente a lo que comúnmente se está adaptado a aceptar, pero no es anormal ni desviada.

Los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) es una categoría en creciente utilización, integran la amplia gama de prácticas sexuales que ocurren entre hombres. Posibilitan además el análisis de los comportamientos sexuales masculinos con personas del mismo sexo, sin la carga negativa que socialmente ha acompañado al término homosexual, incluyendo aquellos que aún sin identidad homosexual disfrutan sexualmente con otros hombres.

Es por ello que la homofobia ha sido una característica de la cultura cubana y del comportamiento genérico y sexual de los cubanos, el cual viene manifestándose desde la formación de la isla como nación.

Los estudios dirigidos a personas homosexuales no están limitados a estudiar lesbianas, bisexuales y gays, ni se refieren simplemente a los estudios que se encargan del nombre, es decir, no pueden ser definidos por sus objetos, sus profesiones, sus métodos o temas, ni intentan ser agregados a disciplinas o a problemáticas. Ellos introducen el sexo y la sexualidad como una categoría a tomar en cuenta en el análisis de la realidad social.

A medida que los modos de vida homosexual se han hecho más públicos, y los homosexuales tienen más confianza en sí mismo, han surgido otras afirmaciones de identidad de minorías sexuales; tales como el travesti, transexuales sadomasoquistas, bisexuales swinger, prostitutas y otros, exigiendo su derecho a la expresión de legitimidad.

Con la tendencia a formar y defender categorías que aún están vigentes, han surgido nuevas categorías y minorías eróticas, mientras que las más antiguas han vivido una proeza de subdivisión, a medida que gustos especializados, necesidades y aptitudes especiales se convierten en la base de otras identidades sexuales que proliferan:

Leather: es una manera de nombrar un estilo de vestir con prendas de cuero, cadenas, perforaciones, látigos; con frecuencia se relacionan con prácticas fanáticas, sadomasoquistas.

Swinger: hace referencia a las parejas que por mutuo acuerdo deciden intercambiar sus miembros.

Dike: hace referencia a un tipo de lesbianas masculinas.

Queen: proviene de la tendencia en EE.UU de reivindicar su uso peyorativo sobre los estudios de las minorías sexuales.

Aproximarse a la diversidad sexual necesariamente conduce a revisar el concepto que sobre la sexualidad se posee, es decir, concebir a la sexualidad como un producto social que se refiere a los aspectos eróticos – amorosos de las vivencias, mucho más allá de la genitalidad.

La diversidad sexual enfocada desde el humanismo coloca a las personas en el centro de su análisis. Si se parte de considerar al individuo como irreplicable, como persona capaz de autocrecerse y autorregularse se está asumiendo la amplia gama de expresiones que en este sentido podría manifestar cada individuo.

Expresarse como un gay implica superar conflictos, aceptarse como homosexual, ya sea oculto o expresado socialmente; será recoger los costos y los beneficios con los que se quiere vivir, sea transexual, travesti u homosexual.

Epígrafe 1.2 Caracterización psicológica y social de las personas con orientación homosexual, principales alteraciones psicológicas.

La homosexualidad es tan antigua como la humanidad, la actitud hacia la misma

ha variado a lo largo de diferentes épocas y entre los diversos grupos y subgrupos culturales, oscilando entre la aceptación (en la antigua Grecia), la tolerancia (en el Imperio Romano) y la condena absoluta (en muchas sociedades occidentales y orientales). (Armas, 2009)

La homosexualidad se define como la tendencia y la conducta a reaccionar preferentemente con parejas del mismo sexo, con una fuerte atracción erótica. Este término es aplicable tanto a los hombres como a las mujeres. En diversos lugares y momentos la homosexualidad se ha considerado:

1. Un don sobrenatural.
2. Una posesión demoníaca.
3. Un pecado.
4. Una debilidad moral y un vicio.
5. Un delito que puede justificar la pena de muerte.
6. Una etapa infantil del desarrollo que no ha sido superada.
7. Una enfermedad genética o contagiada por homosexuales.
8. Una perversión sexual que debe ser curada.
9. Un estado minoritario, como ser zurdo, que se valora como una variante de la normalidad.

Los antiguos egipcios sancionaban la homosexualidad. Según el Código Manú, que expone la doctrina del brahmanismo, refleja cómo en la India existían penas para las lesbianas; se cuenta que cuando éstas eran doncellas recibían un castigo pecuniario y diez latigazos, pero cuando no lo eran se les cortaban los dedos, les rasuraban la cabeza y después eran llevadas por las calles montadas en burros. (Armas, 2009, recuperado)

En la antigua Grecia, la relación sexual entre mujeres –y entre hombres- estaba

bien considerada, siempre que no se practicara de forma exclusiva. De una de sus islas, Lesbos, procede el nombre de lesbianismo, pues de ella era oriunda la poetisa Safo, la cual cantó en sus poemas el amor entre mujeres. Los incas y también otras culturas americanas, rechazaban las prácticas homosexuales sobre la base de sus concepciones religiosas, aunque existen evidencias de que entre los aztecas la homosexualidad era práctica común, desprejuiciada. (Armas, 2009)

Ford y Beach atestiguaron la existencia, en África, de la tribu de los siwans, que practicaba el coito anal entre los varones. Claude Levi Strauss señala la permanencia de relaciones homosexuales entre los nambikawara del Brasil Central. Bob Mac Cubbin, en su libro *The gay question. A marxist appraisal*, narra las experiencias homosexuales que vivió Tobías Schneebaum cuando cohabitó con los primitivos amarakaeri del oeste de Perú. También la sagrada Biblia sancionaba a muerte la homosexualidad en el Levítico, capítulo XX, donde se matizan los actos que deben considerarse dentro de la sodomía y se dice: “Si un hombre se acuesta con otro hombre, como se hace con una mujer, ambos cometen una abominación y serán castigados con la muerte. Caiga su sangre sobre ellos”.

En sus estudios dentro de las comunidades aborígenes de la Melanesia, el antropólogo de origen polaco Bronislaw Malinowski también aporta elementos importantes. Él observó cómo los individuos homosexuales no eran socialmente aceptados. Allí el casamiento “es la condición indispensable de la maternidad, de la legitimidad de los hijos y por consiguiente, de la perpetuación del linaje”.

La búsqueda de una explicación del fenómeno homosexual en lo sobrenatural constituyó un nivel evolutivo del pensamiento humano en su transición al pensamiento científico, como nivel decisivo de la conciencia. Así se iniciaron ritos y prácticas que tuvieron en cuenta la conducta homosexual y el travestismo. En comunidades aborígenes de la América del Norte, Borneo, Madagascar y el Congo se ha conocido el papel que desempeñan en las ceremonias religiosas hombres “amujerados”, vestidos de mujer, o simplemente, hechiceros homosexuales. Los sioux de Norteamérica consideraban al homosexual como

enviado del cielo, era respetado y hasta temido, y con frecuencia se le adjudicaban poderes sobrenaturales. Se le permitía vestir de mujer y tomar por pareja a uno de los guerreros, si así lo deseaba. (Armas, 2009)

Las condiciones históricas en las que se desarrollaban la mayoría de las culturas humanas determinaron el predominio durante siglos de las posiciones de rechazo hacia los homosexuales. Así lo prueban las investigaciones de los antropólogos C. S. Ford y F. A. Beach, quienes, después de analizar 76 sociedades primitivas diferentes, determinaron que en el 67 % de ellas el comportamiento homosexual era condenado o prohibido, aunque existían evidencias de su práctica secreta.

El año 1869 marca un hito en la historia del devenir homosexual ya que un médico húngaro llamado Benkert escribió una prolija carta abierta al Ministerio de Justicia, describiendo la historia del examen racional de la homosexualidad y argumentando que el estado no tiene por qué meter las narices en los dormitorios de los ciudadanos. Benkert defendía el comportamiento homosexual. La medicina, por primera vez, se ponía al lado de los homosexuales, aunque algunas consideraciones de otros autores (Kraepelin entre ellos) ya la habían introducido entre las enfermedades psiquiátricas, lo cual en cierta manera era “liberador”. (Armas, 2009).

Muchos de los problemas que abruman al homosexual son creados por la hostilidad de la sociedad. Así concluye Michael Schofield la investigación sociológica cuyos resultados publicó en el libro “Aspectos sociológicos de la homosexualidad”. La reacción primera de una persona es negar acerca de lo que desconoce, teme o no se acepta. Si a esto se le suma lo coaxialmente establecido por la tradición y los cánones religiosos, entonces se podría comprender los innumerables prejuicios que han existido contra los homosexuales. (González, Castellano, 2007)

Un hombre y una mujer que respondan a los cánones genéricos de acuerdo con la época en que se enmarquen, pueden ser muy masculinos o muy femeninas, respectivamente y, sin embargo, explotar su sexualidad según estimen, ya sea de una forma heterosexual u homosexual, o ambas inclusive. (González, Castellano,

2007)

Ponderan los estereotipos, aún cuando está científicamente demostrado que el amaneramiento o los manierismos no conforman un elemento determinante en la orientación sexual y la apariencia física nada tiene que ver con la homosexualidad. La homosexualidad, tanto masculina como femenina, produce aún en la sociedad una gran alarma y continúa siendo un tema que ruboriza a la mayoría de las personas.

Las vivencias de las minorías sexuales, en este caso de hombres que tienen sexo con otros hombres (cigarrones), travestis y transformistas (trabajadores sexuales o no) y homosexuales, afirman estudios realizados por Belandian (2002) que la forma de entender la identidad de una persona con respecto a su género, cuerpo, sexo, orientación sexual y expresiones comportamentales desde un esquema fijo y lineal no dan respuestas a un orden que parece opuesto y trasgresor de lo más actualizado en materia sexual.

El interés por develar la diversidad sexual que existe en una sociedad se ha manifestado claramente a partir de teorías psicológicas de Caroles Vance (1984), destacándose el papel que la sociedad atribuía a la mujer respecto a la sexualidad. La aportación feminista además de destacar disparidad de género en el ejercicio sexual se pronunció claramente a favor del reconocimiento de diversas expresiones de la sexualidad impuestas y contra las diferentes formas de violencia sexual.

Los ancianos con orientación homosexual no se aceptan mucho socialmente, es muy frecuente entre los gays ancianos el debilitamiento del sistema de apoyo familiar (no construyen este sistema de apoyo familiar), lo que ocasiona la soledad en su vejez, el sufrimiento por rechazo social, la falta de apoyo familiar y la carencia de amparo jurídico. Cuando los heterosexuales conocen a estas personas comprenden que son tan humanos como ellos, con sus mismos sueños y deseos de ser feliz, de amar y ser amados, que no son tan diferentes y mucho menos, una amenaza para la sociedad.

La discriminación sexual no tiene justificación, sigue solo un camino donde se desvirtúa la naturaleza misma del ser humano. Marginar solo por preferir sexualmente a alguien del mismo sexo, lo cual no daña a nadie y si proporciona placer y equilibrio emocional a quienes así lo prefieren, no ejerce presión alguna para un intento de cambio en este sentido.

Asumir la propia identidad individual y social como hombre o mujer con orientación sexual hacia personas del mismo sexo, aventurarse solo a abrir la puerta del deseo homoerótico, puede ser tan riesgoso como aventurado, pues todo depende de quien y como las personas vivencian esta experiencia. Para algunos terapeutas, acompañar a las personas a aventurarse en la decisión, puede ser tan complejo como para la persona vivir la experiencia, ya que todos sin distinción hemos crecido entre calificativos juiciosos y estereotipados que resaltan la heterosexualidad como norma, considerándola como la orientación sexual hacia personas del sexo opuesto.

El desconocimiento sobre el origen de la homosexualidad ha fomentado la existencia de mitos y prejuicios que favorecen el rechazo hacia estas personas. En Cuba no hay leyes vigentes que las perjudiquen. Sin embargo, a pesar de la sucesión generacional y de la importante ruptura que significó la Revolución Cubana contra el moralismo machista, todavía pesan prejuicios y tabúes al respecto.

Fidel Castro al referirse a los homosexuales explica que no estamos exentos de discriminación hacia ellos, "...la cultura nuestra era muy fuerte. La discriminación contra los homosexuales ya es un problema bastante superado, la adquisición de una cultura general integral trae consigo que se ha creado una cultura de igualdad y de respeto hacia ellos."

Reveló como ejemplo el prestigio, la consideración y el respeto que gozan en nuestro país destacadísimas personalidades de la cultura, de la literatura, gente famosa orgullo de este país, que eran y son homosexuales. (Ramonet, I. (2001) (P.224-225)

La familia cubana, descendiente directa de la española, reprodujo su esquema patriarcal de dominio absoluto del hombre sobre la mujer. El machismo se arraigó tanto que pasó de ser cualidad del hombre para convertirse en patrones de conductas transmitidos de generación en generación y asumidos en muchos casos por las mismas mujeres.

La educación de los hijos tomó características realmente sexistas y afianzó desde la tradicional diferenciación de roles en los juegos hasta la exigencia de conductas estereotipadas y muy bien diferenciadas entre los varones y las hembras. Una sociedad tan esencialmente machista no podía aceptar la idea de la existencia de hombres “poco hombres” y mujeres “poco mujeres”.

La falta de conocimiento sobre la vida de los homosexuales, los prejuicios arraigados en la sociedad y el temor a enfrentar esa realidad, han provocado que se identifique esta orientación sexual con un grupo de hábitos negativos (prostitución, agresividad, vicios, debilidad, etc.) que son rechazados por la inmensa mayoría de los homosexuales y pueden ser tan frecuentes como en otros grupos sociales.

Se debate el origen genético o social de la orientación sexual. No se han encontrado indicios de que exista una orientación sexual independiente de las circunstancias sociales; así, es posible suponer que existe una impulsividad heterosexual en una parte significativa de la población, igual que en el reino animal.

En el caso del hombre ésta estaría más o menos predispuesta por socialización, mientras que cabría hablar de instinto en el caso de los animales. Sin embargo, en biología se considera que el ser humano también actúa sujeto a los instintos. Pero la hipótesis persistente de una predisposición genética eventual queda controvertida por la dificultad de poder explicar esto por un proceso de selección natural.

La orientación sexual, sea su origen innato o adquirido, se atribuye a sensaciones y conceptos personales, tanto vividos como imaginados; el comportamiento sexual

de una persona puede ser diferente a su orientación. Así, por ejemplo, la abstinencia sexual no resulta siempre de una orientación sexual.

Las organizaciones gays y lesbianas del mundo luchan actualmente contra cualquier tipo de discriminación legal, social o laboral. En este sentido es posible señalar los siguientes avances: en algunos países ya está penalizada dicha discriminación; Dinamarca ha sido el primer país del mundo en reconocer un status jurídico a las parejas homosexuales, como si se tratara de un matrimonio heterosexual; en la mayoría de los países europeos se ha conseguido rebajar a los quince años la edad del consentimiento sexual y, a nivel municipal se va introduciendo el uso de registros de parejas de hecho para conseguir beneficios fiscales o laborales.

El 28 de junio fue declarado Día Mundial de los Gays y las Lesbianas, cuyos símbolos internacionales son el triángulo rosa invertido (la señal de los homosexuales en los campos de exterminio nazis) y la letra lambda del alfabeto griego, que simboliza la libertad y la lucha contra la opresión. En el campo literario se ha pasado de una visión normalizada del hecho homosexual y cada vez son más frecuentes las obras de temática gay o lesbiana, tanto en novelas como en teatro, el cine, la televisión, la fotografía y las bellas artes en general.

Los homosexuales en categorías de personas han sido considerados negativamente y se les ha visto diferentes del resto; el hecho del estigma social y la necesidad de pasar desapercibidos inhiben la integración de una identidad personal y social, generan un círculo vicioso que perpetua la vergüenza de la propia persona y el estereotipo por parte de los demás.

La sociedad cubana estigmatizada por el machismo que la caracteriza, al hablar del tema de la homosexualidad transita, al igual que las sociedades actuales, por el continuo enfrentamiento a los tabúes, al rechazo social, a los conflictos con su propio medio; lo que propicia en este grupo de personas la aparición de estados emocionales negativos.

Resulta indudable el aporte de Freud al estudio de la sexualidad, no solo por

haber sido de los primeros en reconocer la existencia de esta desde la infancia hasta la vejez, sino por proponer una estructura y periodización del proceso evolutivo de la sexualidad que no pocos en el mundo toman como referencia, es así que gran parte de la investigación que se realizó en personas homosexuales tiene muchos basamentos en el análisis de la teoría psicoanalítica.

Como manifestaba Carmen de Monteflores (1986) “ Es difícil desarrollar una orientación sexual sana mientras se lucha por mostrar una personalidad presentable social y constantemente, hay que controlar los pensamientos, sentimientos, la conducta, los gestos, y las reacciones que podrían delatar un yo más profundo, negativamente definido y cargado de vergüenzas. (Kaplan, Sadock, P.556)

Fred Wright (1986) subraya el insidioso daño infringido cuando la vergüenza del yo y el manejo de la misma producen distorsión de importantes aspectos de las relaciones con los demás, lo cual puede traer consigo la aparición de estados negativos hasta llegar a las diversas alteraciones de orden psicológicos. Por lo expresado anteriormente se puede considerar como alteraciones psicológicas: “ conjunto de manifestaciones clínicas asociadas a estados emocionales complejos, que se relacionan con una gama de fenómenos entre los que se encuentran las necesidades, los deseos, las intenciones, los valores, los objetivos y tienen gran importancia en el equilibrio social y la vida psíquica del hombre”. (Villavicencio, 2001, p. 30-31)

Las personas con una orientación diferente a la heterosexual construyen su identidad sexual sin los referentes naturalizados por nuestra cultura (familia, escuela, organizaciones sociales, medios masivos de información y el resto de los elementos que intervienen en la educación y formación del sujeto). Por lo general son hijos de padres heterosexuales y se espera de las mismas iguales orientaciones sexuales. Se educan en ambientes que tienden a ridiculizar, agredir y cuestionar la homosexualidad y observan como modelo la relación heterosexual y los roles estereotipados de géneros. (Chacón, 2002, citado de Ryan y

Futterman, 1997)

Este proceso de construcción de la identidad sexual puede ir acompañado de sentimientos de inadecuación, aislamiento, temor al ridículo, necesidad de ser aceptados y vergüenza de sí mismo, con fuertes tendencias a la depresión, autorepresión de la vida sexual, baja autoestima, dificultades en las relaciones interpersonales, necesidad de reconocimiento social y pobres habilidades asertivas. (Chacón 2002 p.13-19)

Víctimas de las normas sociales, quienes viven su sexualidad conforme a un patrón diferente del heterosexual se hallan como sujetos a una camisa de fuerza y esto los hace sufrir un vacío entre el cómo quieren vivir y el como viven. Hay quienes deciden mantener ocultas sus verdaderas preferencias y suelen adoptar esta actitud por temor al enfrentamiento de las normas que les impone el medio. Al fin y al cabo el comportamiento repercute en su forma de relacionarse.

Algunos, a causa de la “presión social”, deciden escoger una pareja del sexo opuesto, pero entonces deben soportar una presión adicional, la de tener que aparentar, y ahí crecen sus problemas de autoestima y aparecen otros daños psicológicos. (Castro, 2006, p.4-7)

Es por ello que se habla de alteraciones psicológicas y la reaparición de los síntomas en este grupo de personas a partir del rechazo social, de la no asimilación de su orientación sexual y de los tabúes, así como de la discriminación social.

La sociedad ha tenido un cambio de actitud hacia estas personas y se podría decir que se les tolera pero no se les acepta, ya que no existe una implicación sociológica para pensar que quienes difieren de nosotros por sus preferencias sexuales son iguales por su condición de individuos.

La homosexualidad es una elección no tan minoritaria como algunas personas quisieran creer, a pesar de que cada vez son mas las personas que deciden no mantener oculta su orientación homosexual.

A las personas con orientación homosexual les resulta difícil afrontar la violencia de hecho, verbal o psicológica, y las arbitrariedades institucionales. A diario se escuchan chistes de mal gusto o expresiones despectivas. Este es otro de los motivos que los llevan a simular, antes que a declarar su verdadera preferencia. (Castro, 2006)

El hecho de tener una orientación diferente a la heterosexual “predominante” provoca en algunos complejos de culpa conducentes a un aislamiento que dificulta aún más sus relaciones interpersonales. Rechazo y discriminación les impiden expresarse con libertad, buscar apoyo especializado. El no poder hablar sobre sus preferencias sexuales, el no poder contar con la ayuda de otros, los obliga entonces a tratar y resolver sus problemas en solitario, con gran dosis de improvisación. Hay personas con orientación homosexual que, por las condiciones de intolerancia y violencia o de difícil acceso a otras personas del mismo sexo, mantienen relaciones heterosexuales. (Castro, 2006)

Foege (2008) director del Centro para el Control de las Enfermedades o CDC (Centers for Diseases Control de EE.UU.), haciendo eco de la teoría psicoanalítica, plantea la existencia de conflictos que predisponen a las personas hacia la homosexualidad, los cuales contribuirían posteriormente al surgimiento de estados emocionales negativos, con la consecuente aparición de alteraciones psicológicas entre los que se encuentran la soledad, la tristeza, profundos sentimientos de ser inadecuado y la falta de autoaceptación, la desconfianza, el miedo, el narcisismo, trauma sexual en la infancia y el enfado excesivo, descritas de la siguiente manera.

Soledad y tristeza: Al hablar de este síntoma se refería a su aparición a partir del rechazo de sus compañeros por sus limitadas actitudes atléticas, por lo tanto eran pocos aceptados, algunos eran abandonados por sus padres y se les privaba de su cariño y afecto en etapas tempranas del desarrollo, además eran maltratados continuamente por sus hermanos mayores.

Profundos sentimientos de ser inadecuado y falta de autoaceptación: aquí se

refería a la inseguridad y la desconfianza que producía el rechazo de padres, compañeros, hermanos u otras personas significativas en las cuales había depositado la confianza, buscando reafirmación, aceptación y apoyo, lo que establece un sentido positivo y un grado de bienestar consigo mismo, su autoestima se ve debilitada por la falta de reacciones positivas hacia ellos y la falta de autoaceptación, creyendo que nunca podrían agradar a estas personas .

Desconfianza y miedo: Descrito como miedo a ser vulnerable en las relaciones heterosexuales, lo cual tiene su origen en experiencias traumáticas en el hogar, frecuentes conflictos y peleas, el haber tenido una madre demasiado controladora, excesivamente dependiente, poco afectiva y fría e insensible, muy desconfiada, adicta o enferma, y un padre muy enfadadizo, rechazador y distante, insensible hacia su madre, abusivo, duro, egoísta, adicto o falto de afecto, además del divorcio de estos.

Trauma sexual en la infancia: Al referirse a este aspecto parte de las vivencias negativas en la etapa infantil como: violaciones, abusos y maltratos sexuales, por lo que sus relaciones posteriores estarían permeadas por la vergüenza.

Enfado excesivo: Al analizar este aspecto tiene en cuenta el enfado consigo mismo como resultado del rechazo por parte de sus compañeros adquiriendo un disgusto hacia su propio cuerpo por ser débiles, poco atractivos y poco masculinos, se crea un odio hacia sí mismo del cual no se puede deshacer creando en ocasiones la conducta autodestructiva, peligrosa, adictiva y sadomasoquista, también puede llevar al varón a vestirse como una mujer o a cambiar de sexo sometidos a una cirugía.

Partiendo de la teoría vigotskyana sobre la influencia del medio sociocultural en que vive el individuo, crece y se desarrolla, asumir una orientación homosexual tendrá una repercusión en él, en su comportamiento, vivenciado de diferentes maneras, y de diferentes formas.

Históricamente la humanidad ha legado una cultura, en la relación del individuo con ella y con otras personas aparecen emociones y sentimientos que forman

parte de sus propios estados de ánimo. Como dijera (Strukar, 1995) se debe aprender a vivir de la misma forma en que se siente, si se siente alegría se debe aprovechar para dar afecto, cariño, amor, si se siente tristeza solo se va a transmitir angustia, dolor, por que somos portadores de estas”.

En estudios realizados ( Herrera, 2007) sobre familias de pacientes homosexuales se destacaron diversos estados de ánimo descritos por ella en las familias estudiadas, tales como, tristeza, rechazo, miedo, inseguridad, ansiedad, depresión, autovaloración inadecuada; referidos por estas familias incluyendo a los hijos, estos coincide con los estudios realizados en la universidad de Bogotá (2003) sobre los trastornos más frecuentes en familias de personas homosexuales, descritos de la siguiente manera:

**Ansiedad:** caracterizada por estado de preocupación mantenida en la familia sobre la posibilidad de aparición de algo que no sabe precisar, miedo, irritabilidad, inquietud, desasosiego espiritual, sentimiento de amenaza indefinida, temor o expectativa temerosa de que suceda algo.

**Depresión:** el síntoma que la caracteriza en algunos miembros de la familia es la tristeza que en ocasiones llega al llanto, al abatimiento, pocos deseos de hacer las cosas, enlentecimiento de las actividades, auto reproche, falta de sueño, falta de apetito (anorexia); pueden aparecer síntomas neurovegetativos, tales como taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, náuseas, sudoración, insomnio y otros.

**Autoestima:** definida como valoración que tiene la persona de sí misma, puede ser por exceso y por defecto. Por exceso cuando hace una valoración de sí por encima de sus posibilidades, por defecto cuando hace una valoración por debajo de sus posibilidades.

**Miedo:** descrito como un síntoma en que la familia siente un determinado temor sin motivo y sin correspondencia con la realidad, realizando un juicio falso de esta.

**Rechazo:** explicada como un estado de ánimo de los miembros de la familia en

estudio al no ser aceptado su hijo en su medio social, con sentimientos de minusvalía, de autoreproche.

Estos estudios demostraron que la muestra estudiada en esta universidad eran portadores de una ansiedad elevada como rasgo y como estado teniendo en cuenta el matiz sintomatológico que caracteriza la ansiedad.

Una valoración comparativa de esta investigación realizada hace énfasis en el estado depresivo frecuente en este grupo de familias, acompañado de síntomas neurovegetativos coincidiendo con el estudio realizado en Canadá en el 2007 sobre los gays, donde se recogió que estos eran portadores de altos estados depresivos, así como una baja autoestima, determinado no por la condición de su orientación sexual sino producto a la influencia del medio.

Rodríguez (2008) plantea que los homosexuales son simplemente gente necesitada de reconocimiento como seres humanos, sin que se les rechace, pero también sin lástima.

Epígrafe 1.3 Intervención en personas con orientación homosexual del sexo masculino del municipio de Guáimaro desde una perspectiva clínico –educativa en Cuba.

El sexo entre personas con orientación homosexual (lesbianas y HSH) ocurre en la mayoría de las sociedades. Por muchas razones, frecuentemente se estigmatiza y se niega, por tanto, la visibilidad pública del homosexual varía considerablemente de un país a otro. Estas personas son un grupo vulnerable a influencia de los factores culturales y socio-políticos que incrementan su vulnerabilidad a las alteraciones psicológicas. Existe por tanto la necesidad de apoyar y promover programas de prevención, atención y apoyo que busquen disminuir las alteraciones psicológicas en dichas personas. (Duque, Regueiro, 2007, p.3-20)

Los programas de prevención y de apoyo dirigidos a disminuir las alteraciones psicológicas en personas homosexuales son efectivos si:

- 1 Agentes claves en la sociedad aceptan la existencia de las relaciones sexuales entre hombres y entre mujeres, y la importancia de los programas dirigidos a ellos.
- 2 Se sensibiliza a la comunidad para crear un ambiente de apoyo para los homosexuales.
- 3 Se promueve un mayor entendimiento de la comunidad hacia ellos, eliminando la estigmatización y discriminación, logrando disminuir la vulnerabilidad a alteraciones psicológicas.
- 4 Trabajar con cooperación intersectorial.
- 5 Facilitarle una mayor participación a las comunidades afectadas en los programas. (Duque, Requeiro, 2007).

A partir de la creación en Cuba del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), en 1977, se inicia la labor del Grupo Nacional de Trabajo de Educación Sexual. Su misión es la de coordinar, desarrollar y gestar el programa nacional de educación sexual. (Bevedia, 2008).

Desde su fundación esta institución desarrolla una estrategia multidisciplinaria e intersectorial, sustentada en el criterio de que la sexualidad, por su complejidad, debe ser abordada por diferentes disciplinas científicas. El CENESEX tiene este encargo social: educar la sexualidad, dialogar sobre estos temas. Por ello han empleado los medios de comunicación y han contado con el apoyo y colaboración del ICAIC y del Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH-SIDA. (Bevedia, 2009). Son ellos los pioneros en la creación de programas de intervención diseñados para trabajar estos temas, dentro de los que se encuentran los dirigidos a personas homosexuales que, aunque están sustentados sobre la base del trabajo con personas seropositivas o portadoras del VIH, no dejan de ser significativos.

El Día Mundial contra la homofobia se celebra en todo el orbe desde el 17 de mayo del 2005, debido a que en igual fecha, pero del año 1990, la Organización

Mundial de la Salud eliminó la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales. (Bevedia, 2008).

Un conjunto de acciones encaminadas a sensibilizar a la población cubana hacia el respeto a la libre orientación sexual de las personas, se realizan en esta fecha como parte de la jornada por el Día Mundial contra la Homofobia. La iniciativa es liderada en el país por el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) con el apoyo de organizaciones políticas y de masas e incluye espacios de reflexión teórica sobre el tema, conversatorios, conciertos, tertulias literarias y presentaciones de libros.

Su conmemoración en Cuba tiene, además, el propósito de educar a la familia en el respeto a las expresiones de diversidad sexual, como un acto de justicia social de la Revolución cubana, así como visualizar la activa participación de las personas homosexuales. (Bevedia, 2008, recuperado)

Es posible enumerar varios programas o estrategias interventivas dirigidas a personas homosexuales:

En agosto del 2000 se elaboró una estrategia de intervención dirigida a los homosexuales para la prevención de enfermedades mentales. (MINSAP, CNP ITS-VIH/SIDA, 2006)

En julio del 2003 se aprueba la propuesta del sector de salud de una estrategia educativa dirigida a los homosexuales para la prevención del VIH /SIDA y las consecuencias psicológicas que trae consigo ser portador de la enfermedad. (MINSAP, CNP ITS-VIH/SIDA, 2006)

En este programa se realizaron una serie de actividades de las cuales se brinda una breve panorámica:

- Discusión y análisis de la estrategia con los educadores para la salud provinciales, en reunión nacional.

- Elaboración de materiales de apoyo para médicos de la familia y grupos básicos

de trabajo.

-Talleres dirigidos a todos los sectores sociales sobre la prevención del VIH /SIDA y sus consecuencias psicológicas en homosexuales.

-Formación de promotores homosexuales en las provincias según estratificación epidemiológica, para interactuar en los sitios de encuentros.

-Realización de actividades educativas (videos debates, conferencias, talleres, entre otros), en el centro nacional de prevención de las ITS- VIH /SIDA y en todas las provincias del país.

-Promoción de servicios y consejería cara a cara.

-Distribución de materiales educativos específicos entre homosexuales.

-Lanzamiento de una campaña educativa por año: en el 2003 con información dirigida a homosexuales; en el 2004 con el propósito de disminuir la vulnerabilidad y el tema de diversidad sexual; en el 2005 con la continuación de la campaña diversidad sexual.

-Semana de cine sobre la diversidad sexual en 6 provincias del país (Ciudad de La Habana, Pinar del Río, Villa Clara, Camagüey, Las Tunas y Granma). (MINSAP, CNP ITS-VIH/SIDA, 2006)

Esta estrategia se reconoce porque su análisis dio origen a una nueva propuesta de intervención educativa en el año 2006, aunque no estuvo exenta de debilidades tales como:

- 1 La poca implicación y sensibilización de algunos sectores sociales en las acciones de dicha estrategia. (MINSAP, CNP ITS-VIH/SIDA, 2006).
- 2 Pobre actualización del personal de atención primaria sobre el tema para la prevención del VIH /SIDA y las consecuencias psicológicas de ser portador de la enfermedad. La cobertura y alcance de las acciones se vieron limitados dentro del sector, ya que estas resultan insuficientes. Los

mensajes, al inicio, fueron dirigidos a la población en general. De esta experiencia se deriva el propósito de incrementar las acciones por parte del personal de salud en escuelas, centros de trabajo y comunidades, así como fortalecer las acciones en el sitio laboral. (MINSAP, CNP ITS-VIH/SIDA, 2006)

- 3 Coexistió una insuficiente cobertura de los servicios de consejería. Este servicio debe existir en áreas de salud, centros escolares y laborales, pero se ha constatado en visita a los territorios que no en todas las áreas se han creados y que su funcionamiento no es sistemático. En ocasiones, se han creado los servicios pero no se divulgan adecuadamente en la población. (MINSAP, CNP ITS-VIH/SIDA, 2006)
- 4 Poca utilización de los medios de difusión masiva, en especial, los canales y horarios más populares y la poca utilización en los medios de comunicación local. (MINSAP, CNP ITS-VIH/SIDA, 2006)
- 5 Los tabúes culturales han influido de forma negativa en la sistematización de las acciones y no se creó un espacio de tiempo para llevar a cabo estas acciones. (MINSAP, CNP ITS-VIH/SIDA, 2006)

Estas debilidades dieron origen a que en el 2006 se hicieran propuestas de acciones para el trabajo educativo con homosexuales y para ello implicaron a varios sectores y entidades, entre ellos, los gobiernos locales.

Con estos se implementaron las siguientes estrategias:

- 1-Especificar en las normas jurídicas los temas relacionados con la discriminación por orientación sexual.
- 2- Fomentar la existencia de espacios de socialización para personas homosexuales.
- 3- Coordinar con las autoridades locales las acciones de intervención educativa. (MINSAP, CNP ITS-VIH/SIDA, 2006).

Con los demás sectores las estrategias fueron las siguientes:

1-Realizar la semana de cine sobre la diversidad sexual.

2-Divulgar los servicios de consejería en los espacios de cada sector.

3-Analizar las situaciones problemáticas en los consejos de direcciones de todas las direcciones de nivel central de cada organismo.

4-Realizar actividades de sensibilización para reducir los tabúes culturales relacionados con los homosexuales. (MINSAP, CNP ITS-VIH/SIDA, 2006)

En el año 2007 se comienza a utilizar la metodología participativa para la prevención de las ITS-VIH /SIDA y de numerosas enfermedades mentales.

La metodología participativa es muy utilizada en la educación popular, y se ha empleado para preparar a las comunidades para la toma de conciencia de sus propios problemas y para la búsqueda de alternativas de solución que respondan a sus intereses y necesidades, propiciando su participación activa.

Esta metodología permite ir pasando de la apariencia exterior de los hechos a buscar sus causas reales, lo cual ayuda a ubicar lo cotidiano, por lo inmediato, lo individual y parcial dentro de lo social, lo colectivo, lo histórico y lo estructural, llegando a adquirir una visión de la realidad objetiva. (Duque, Requeiro, 2007 p.3-20)

Esta metodología permite entender cada hecho de manera articulada en un momento histórico concreto. En la prevención de las enfermedades mentales y de las ITS-VIH /SIDA en Cuba ha sido utilizada ampliamente la misma, sobre todo en la formación de promotores de salud, teniendo muy buenos resultados en el nivel alcanzado por los mismos.

Debido a los resultados satisfactorios de la metodología participativa, en el 2008 se publican algunas recomendaciones para facilitar la organización, diseño y aplicación de la misma en personas homosexuales, de las cuales se mencionan algunas:

1- Crear y recrear el conocimiento a partir de lo que el grupo hace, sabe, vive, piensa y siente, es decir su realidad objetiva, su práctica social consciente o intencionada. Ej. Donde viven, con quiénes viven, qué hacen, cual es su aporte social, cuales son sus responsabilidades familiares y sociales, cuales son sus problemas, cuales son sus proyectos de vida, etc.

2- Desarrollar la expresión individual tanto verbal como a través del cuerpo.

3-Respetar las ideas y posiciones individuales (políticas, religiosas, orientación sexual, raza, cultura, etc.)

4-Preparar a los participantes para que practiquen la "escucha activa" en su trabajo de promoción y prevención.

En cada grupo las necesidades de aprendizaje son diferentes, lo que quiere decir que aunque se posea un "programa base" , este debe ser ajustado tantas veces como se aplique a diferentes grupos.

La creatividad es un factor indispensable en el facilitador, ya que le va a permitir ajustar cada técnica, en dependencia de las condiciones existentes, al grupo y sus necesidades.

Para lograr la profundidad de los temas se debe ir paso a paso, teniendo en cuenta el nivel del grupo, sus necesidades de aprendizaje, objetivos propuestos y el ritmo de aprendizaje del grupo.

Estas técnicas pueden ser acompañadas de otros medios didácticos (retroproyector, videos/TV, PowerPoint) que permitan un proceso de profundización sistemático y ordenado, pero cuidando siempre de promover un clima de análisis y reflexión abierto, no impositivo.

1- Permiten analizar lo objetivo y lo subjetivo de la realidad del tema que se está tratando o abordando, permitiendo la reflexión educativa de la misma.

2- Crear un ambiente que le permita al grupo sentirse cómodo en el lugar donde se desarrolla el taller.

3- Permitir la participación del grupo en la solución de algunos problemas que puedan surgir durante el proceso del taller.

4- Permiten la integración grupal dentro del taller preparándolo para desempeñar el trabajo comunitario como grupo.

5- Se debe tomar en cuenta la realidad cultural e histórica de cada grupo, sus códigos para comunicarse, sus tradiciones, sus valores, etc., permite acercarse más al grupo y que esta metodología se desarrolle con éxito. (Duque, Regueiro, 2008)

Es fundamental crear programas, estrategias e intervenciones que permitan disminuir el riesgo a alteraciones psicológicas en aquellas personas en las que se ha concentrado la vulnerabilidad a las mismas. (Duque, Regueiro, 2007)

El aspecto imprescindible en el combate de alteraciones psicológicas es lograr ampliar la respuesta en cada provincia, municipio o localidad, a través de procesos de planificación estratégicas, concertación y establecimiento de cooperación entre los diversos sectores que intervienen en la lucha contra las alteraciones psicológicas en las personas con orientación homosexual.

Se trata de un diseño de estrategias interventivas con actividades diversas, algunas más participativas, otras más expositivas y otras totalmente prácticas. El propósito es promover que los HSH y lesbianas adquieran conocimiento y habilidades que permitan contrarrestar los efectos de las alteraciones psicológicas, a que se ven sometidos. (Duque, Hernández, Chacón 2008, p.3-18)

El conocimiento que surja del propio grupo tiene mejores condiciones para su interiorización, por lo que cada actividad debe ir acompañada de un proceso reflexivo donde se analice la utilidad de lo aprendido. Para ello puede ser útil el proceso reflexivo a partir del ciclo experimental del aprendizaje utilizado que se refiere a continuación:

1- Viviendo la experiencia: que corresponde al momento en que se desarrolla la actividad.

- 2- Compartiendo: informar lo que sucede durante la actividad (experiencia).
- 3- Interpretando: elevar el sentido personal, el significado de lo que sucedió.
- 4- Aplicando: relacionar lo generalizado con aspectos prácticos de la labor o función. Pensar en las nuevas situaciones en las que se podría aplicar. (Duque, Hernández, Chacón 2008).
- 5- Generalizando: relacionar lo vivenciado durante la actividad con otros aspectos de la vida o de la función laboral.

Crear programas de intervenciones exitosas que logren incidir en la modificación de las alteraciones psicológicas teniendo en su base los comportamientos sexuales de cualquier individuo no es tarea fácil, y el reto es mayor cuando la población pertenece a grupos que históricamente han sido socialmente estigmatizados. (Duque, Requeiro, 2007 p.3-20)

## **Capítulo II: Fundamentos metodológicos del trabajo.**

En este capítulo se hace referencia a la metodología utilizada en la investigación así como el tipo de estudio realizado y la muestra escogida.

Por una progresiva visión del ser humano, donde la virtud cívica se convierte cada vez más en elemento central de la norma valorativa de la sociedad y esta, en su conjunto, avanza hacia la ruptura de los estereotipos machistas y sexistas, en la descalificación de los ancestrales prejuicios alrededor de la conducta homosexual se emprende esta investigación planteando el siguiente problema ¿Cómo facilitar la atención de alteraciones psicológicas de la esfera afectiva en personas con orientación homosexual del sexo masculino del municipio de Guáimaro?

Objetivo General:

Diseñar una estrategia psicoterapéutica para la atención de las alteraciones psicológicas de la esfera afectiva en personas con orientación homosexual del sexo masculino residentes en Guáimaro.

Objetivos Específicos:

Describir el comportamiento de las variables sociodemográficas características de la muestra estudiada.

Identificar las alteraciones psicológicas de la esfera afectiva en personas con orientación homosexual del municipio de Guáimaro.

Elaborar una estrategia psicoterapéutica para la atención de las alteraciones psicológicas de la esfera afectiva en personas con orientación homosexual residentes en Guáimaro.

Para evaluar la variable alteraciones psicológicas de la esfera afectiva se tendrán en cuenta las dimensiones a continuación señaladas con sus respectivos indicadores:

- Ansiedad: Caracterizada por estado de preocupación mantenida sobre la

posibilidad de aparición de algo que no sabe precisar, miedo, irritabilidad, inquietud, desasosiego espiritual, sentimiento de amenaza indefinida, temor o expectativa temerosa de que suceda algo. Puede evaluarse de alta, moderada o baja.

- Depresión: El síntoma que la caracteriza es la tristeza que en ocasiones llega al llanto, al abatimiento, pocos deseos de hacer las cosas, enlentecimiento de las actividades, auto reproche, falta de sueño, falta de apetito (anorexia); pueden aparecer síntomas neurovegetativos, tales como taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, náuseas, sudoración, insomnio y otros. Será evaluada como grave, moderada, leve y sin depresión.
- Alteraciones reflejadas en la autoestima: La autoestima es definida como la valoración que tiene la persona de sí misma, puede ser por exceso y por defecto. Por exceso cuando hace una valoración de sí por encima de sus posibilidades, por defecto cuando hace una valoración por debajo de sus posibilidades. Se evaluará de alta, media o baja.
- Alteraciones reflejadas en sus principales necesidades y conflictos: Se tendrá en cuenta la prevalencia de necesidades de afecto y preocupaciones en torno a las relaciones interpersonales y su aceptación como homosexual en la familia y el medio social.

#### Epígrafe 2.1 Descripción de la muestra. Métodos, técnicas y procedimientos.

Se realizó un estudio-descriptivo transversal de corte cualitativo, cuyo resultado tributa a la práctica con un aporte de nueva tecnología.

El muestreo se realizó de forma intencional puro no probabilístico, a partir de un grupo de personas con orientación homosexual que asiste a consulta de psicología del policlínico Victoria de Girón del municipio Guáimaro en un período comprendido desde noviembre del 2008 hasta Mayo del 2009, portadores de un conjunto de síntomas clínicos, que no resolvían sus dificultades con orientación psicológica, terapia sexual y consulta médica a partir de las alteraciones

emocionales referidas por ellos.

Teniendo en cuenta la gran afluencia de estas personas se decide comenzar la investigación a partir de algunos criterios, el grupo se fue conformando de la siguiente manera: inicialmente estuvo formado por 19 personas con orientación homosexual, portadores todos de un conjunto de síntomas que se manifestaban en ellos regularmente, de ellos al plantearseles la idea de la investigación solo asumieron el reto 10, y que cumplieran los requisitos establecidos solo 7, según las características planteadas.

La muestra seleccionada quedó conformada por 7 personas con orientación homosexual, pertenecientes al área de salud Guáimaro.

Criterios de inclusión:

- Estar dispuesto a colaborar en la investigación.
- Que mantengan relaciones homosexuales.
- Que estén comprendidos entre 25 y 35 años de edad.
- Pertenezcan al sexo masculino.
- Que sean portadores de alteraciones psicológicas

Criterios de exclusión:

- Que posean retraso mental o trastornos orgánicos.
- Que tengan relaciones bisexuales.

A los efectos de este trabajo se consideraran las siguientes definiciones operacionales:

Alteraciones Psicológicas: "(...) Conjunto de manifestaciones clínicas asociadas a estados emocionales complejos, que se relacionan con una gama de fenómenos entre los que se encuentran las necesidades, los deseos, las intenciones, los valores, los objetivos y tienen gran importancia en el equilibrio social y la vida

psíquica del hombre.”

Núñez de Villavicencio (2001)

Dentro de estas alteraciones se encuentran la ansiedad y la depresión.

Ansiedad:

“El síntoma principal es la presencia de una ansiedad, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular, los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos.”

(CIE-10).

Depresión:

“Es un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida, puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso a nivel somático. El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben de estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo”.

(CIE-10)

Autoestima:

La autoestima definida como valoración que tiene la persona de sí misma, es nuestra autoimagen, nuestra manera de percibirnos y valorarnos o sea, cómo nos sentimos sobre nosotros mismos. La misma se compone de pensamientos y

sentimientos sobre cómo somos y actuamos. Puede ser por exceso y por defecto. Mientras más positivos seamos, mayor será nuestra autoestima. Por exceso cuando hace una valoración de sí por encima de sus posibilidades, por defecto cuando hace una valoración por debajo de sus posibilidades. Mientras más negativos nos mantengamos, menor será la misma.

(Elaborado a partir de varios autores por la autora a los fines de esta la investigación).

.Homosexualidad:

“Es una forma de diversidad sexual, una orientación sexual en la que la persona sea cual sea su sexo, vivencia física y espiritualmente su plenitud sexual de forma erótica con otra persona de su mismo sexo, en la que se vive una interacción o atracción emocional, sentimental y afectiva hacia esta persona lo que sugiere una relación sexual”.

(Elaborado a partir de varios autores por la autora a los fines de esta la investigación).

Estrategia psicoterapéutica:

“Conjunto de acciones, procedimientos y recursos terapéuticos que tiene una ejecución consciente encaminada a un fin dirigido a propiciar cambios vinculados al funcionamiento de las personas que presentan algún tipo de disfunción o trastorno emocional en un contexto clínico de relativa duración”.

Dionisio Zaldívar (2005)

La investigación consta de tres etapas:

Primera: selección muestral.

Segunda: aplicación por sesión de técnicas aplicadas.

Tercera: calificación y análisis de los datos recogidos en la investigación. Diagnóstico. Esta es una de las etapas más importantes del proceso de

investigación pues con su ejecución van emergiendo el orden y la comprensión de los diferentes instrumentos aplicados, permitiendo llegar a un diagnóstico.

Procedimientos:

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó el método clínico, que permite el estudio a profundidad de cada una de las personas con orientación homosexual en su contexto real concreto, con el reconocimiento de su unicidad y partiendo del principio de que lo general existe siempre a través de lo singular. Este método permite estudiar el comportamiento del sujeto y sus formas más complejas de expresión, en la medida que permite aproximarse al conocimiento de leyes y regularidades psicológicas que explican la conducta.

Fueron seleccionados y aplicados un conjunto de métodos e instrumentos psicológicos a los homosexuales de la muestra escogida, la aplicación fue realizada por la autora de la investigación, previo consentimiento informado (anexo 1) y cumpliendo los requisitos éticos requeridos, se realizó de la siguiente forma:

Primera sesión: aplicación de la entrevista.

Segunda sesión: aplicación de la composición.

Tercera sesión: aplicación del test de completamiento de frases ROTTER y el IDARE.

Cuarta sesión: aplicación de la técnica de los 10 deseos y Beck.

Quinta sesión: aplicación del Inventario de autoestima de Coopersmith.

Se emplean métodos empíricos que permiten la obtención y elaboración de los datos y el conocimiento de los hechos fundamentales que caracterizan a estos fenómenos.

Se seleccionan y aplican un conjunto de instrumentos psicológicos a las personas de la muestra de manera individual y en condiciones de confidencialidad.

Observación abierta: Este método permite estudiar el fenómeno en sus

condiciones naturales, sin provocarlo artificialmente. Es el procedimiento más utilizado en la investigación cualitativa. Se observa de forma selectiva y analiza los fenómenos desde el punto de vista de lo que se quiere observar, se realizó durante toda la investigación. Se realiza de forma abierta, vista como el registro sistemático y recogida de datos deliberadamente sobre el problema con un propósito determinado. En este proceso interviene la percepción del observador e interpretaciones. (Anexo 2)

El objetivo que se propone es obtener información sobre el comportamiento de las personas con orientación homosexual de la muestra y supone la recogida sistemática de información, análisis e interpretación de los datos observados.

Entrevista semiestructurada a personas con orientación homosexual: es la primera de las técnicas aplicadas, se realizó de forma individual, es una técnica de la investigación cualitativa que sirve para lograr un acercamiento a los problemas existentes; previo consentimiento informado y cumpliendo los requisitos éticos requeridos, tiene como objetivo recoger la mayor cantidad de información sobre las principales preocupaciones y conflictos en las personas con orientación homosexual muestreados y valorar el comportamiento de las variables sociodemográficas que caracterizan la muestra estudiada.

Se emplea la entrevista semiestructurada como técnica de amplio uso en la práctica del psicólogo clínico que permite el estudio profundo del paciente, basada en la relación que se establece entre dos o más personas a través de la comunicación.

Se utilizó el formato semiestructurado “el cual ofrece una guía flexible que ayuda al entrevistador a seguir un plan preestablecido, a la vez que introducir las posibles variaciones derivadas del curso de la entrevista”. (Roca, 2002, p.81) Esta modalidad permite manejar la información valiosa que vaya apareciendo, siguiendo los intereses y preocupaciones del entrevistado como sujeto activo en este proceso. (Anexo 3)

Composición “Cómo quisiera ser”, fue la segunda técnica aplicada, se realizó de manera individual, para su análisis se han creado tres categorías generales que

son: contenido, vínculo afectivo con el contenido expresado y elaboración personal. Estas tres categorías generales les han permitido a los autores (González Rey y González Serra, 2006) establecer un criterio válido para diferenciar niveles de desarrollo de la motivación en diversas esferas de la personalidad.

En estas tres categorías los autores precisan con relación al contenido, el número de categorías utilizadas por el sujeto, o sea en la amplitud y frecuencia de las categorías o conceptos desarrollados en la exposición, se utiliza con el objetivo de profundizar en los conflictos internos de los integrantes de la muestra sobre su verdadera aceptación como personas con orientación homosexual.

Esta es una técnica narrativa en la cual se le pide a una persona que narre algo acerca de un tema que se le sugiere; estas técnicas tienen muchos usos y permiten crear otras nuevas que pueden ser elaboradas a partir de los intereses del investigador. El valor de las técnicas narrativas se restringe, igual que ocurre en muchas de las técnicas proyectivas, a la obtención de información que carece de validez y fiabilidad normativa, pero resulta muy útil a los fines del trabajo con un sujeto concreto.

Obligan al sujeto a centrar su atención en el modo de cómo el individuo se ve a sí mismo y ve a los demás; reflejan la influencia de la psicología fenomenológica en el estudio de la personalidad mediante técnicas proyectivas, que atienden fundamentalmente a la forma en que el individuo percibe los acontecimientos de su vida.

La interpretación de las técnicas narrativas centra su interés en valorar el grado de aceptación de sí mismo que muestra el individuo y conocer la existencia de conflictos al comparar el concepto privado del individuo sobre sí mismo con su concepto social del yo, y el cómo él cree que lo ven los demás. También el interés de la interpretación puede centrarse en el grado de aceptación de sí mismo que muestra el individuo y el valor que le da a su vida y al futuro. La interpretación es cualitativa, individual, y está sujeta a la situación de cada caso en particular, y por lo tanto a los temas que se escojan. El resultado obtenido mediante estos test

debe ser corroborado por información obtenida por otras pruebas y personas cercanas al sujeto.

Para su realización se le orienta a personas con orientación homosexual hacer una composición acerca de....” Cómo quisiera ser”. (Anexo 4)

Test de Completamiento de Frases: se utilizó en la tercera sesión de forma individual, ha sido un instrumento muy trabajado en la psicología básicamente bajo la denominación de Rotter, creada por J. Rotter en 1949 (González, 2007), quien por primera vez utilizó este instrumento a partir de una técnica bien definida. El objetivo es caracterizar las vivencias afectivas, motivacionales, necesidades, conflictos y actitudes asumidas hacia las diversas áreas de la vida por parte de las personas con orientación homosexual que integran la muestra estudiada.

Se realizará un análisis del contenido, matiz afectivo e implicación personal. En ella se encuentran frases de inducción general que son aquellas en las que el sujeto elige el contenido de sus motivos expresando su subjetividad y frases de inducción particular donde la propia frase expresa el contenido, tiene como objetivo constatar los principales conflictos existentes en cada uno de ellos, además de valorar las áreas de estos conflictos, valoración personal, y otros estados afectivos que puedan aparecer en ellos.

Esta técnica de alto valor diagnóstico es sumamente efectiva en la búsqueda de conflictos en la personalidad del individuo y permite a su vez, inferir algunas características del sujeto, de su personalidad, intereses, fantasías, sueños, frustraciones, aspiraciones, temores, preocupaciones, etc. Tiene la ventaja de que al ser respuestas libres pueden expresar verdaderamente la complejidad del mundo interno del sujeto, sin estar influenciadas por restricciones del investigador.

El análisis psicológico de esta prueba es puramente cualitativo y permite sacar a la luz sentimientos y actitudes, sus contenidos y características. Además, se observa la presencia de información referente a otros procesos psíquicos que también se ponen de manifiesto. Para ello se le entrega la hoja de protocolo a la persona con la consigna: “complete o termine estas frases para que expresen sus

verdaderos sentimientos, ideas u opiniones". (Anexo 5)

El inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), se aplicó en la misma sesión que el Rotter, validado en Cuba por Dalia Portero y Grau (1982) a partir de la propuesta por el psicólogo norteamericano Charles Spielberg, que se aplica con el fin de valorar los niveles de ansiedad como estado y como rasgo presentes en los sujetos de la muestra. Para ello se le presenta a los sujetos el inventario que consta de 20 ítems para cada uno de los tipos de ansiedad.

Evalúa dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), autoaplicada.

Evidentemente, en todas las escalas que son autodescriptivas como ésta, el sujeto puede tergiversar la información, por lo que se necesita un buen rapport, de manera que el sujeto describa sus verdaderos sentimientos y comportamientos.

La escala como estado es la primera que se evalúa y se le orienta al sujeto las siguientes instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la que indique como se siente en estos momentos. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

O sea, debe responder en dependencia de como se sienta en relación a los ítems formulados en el momento actual, mientras que en la de rasgo el sujeto debe responder atendiendo a cómo se siente generalmente, para ello se le orientan las siguientes instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la que indique como se siente generalmente, habitualmente. (Anexo 6)

Técnica de los 10 deseos: se emplea en la cuarta sesión de forma individual, se realiza con el objetivo de determinar los principales intereses y motivaciones así como su jerarquía por esferas en los homosexuales de la muestra estudiada, tributando estos a las alteraciones psicológicas. Se aplica el método directo. Para ello se le aclara que deben escribirlos comenzando por el orden de importancia.

Luego se les pide que escriban sobre el primer deseo y el porqué considera que es su deseo más importante; su evaluación es cualitativa y tiene en cuenta el contenido, la jerarquía, elaboración personal, las áreas que implica y su frecuencia.

Mediante esta técnica se les pide a los homosexuales que expresen en un nivel jerárquico y de forma escrita, a la orden de Yo deseo, las principales aspiraciones, metas, ambiciones que quisieran alcanzar. Tiene sus antecedentes en el estudio de motivación del Doctor Diego González Serra donde propone el Método RAMDI (registro de la actividad método directo e indirecto).

El vínculo afectivo se valora en expresiones de amor, rechazo, afecto, etc., relacionadas al contenido. Elaboración personal de esos contenidos: Se evidencia cuando el sujeto emite juicios propios, valora los contenidos que expresa y el nivel de reproductividad de sus manifestaciones. (Anexo 7).

Inventario de depresión de Beck: se emplea en la misma sesión de los diez deseos, elaborado en 1961 por Aaron T. Beck y colaboradores (Medelson y Erbaught) a partir de un estudio realizado con 300 pacientes de una clínica psiquiátrica universitaria entre 1964 -1966. El mismo ha demostrado ser efectivo para valorar la existencia y profundidad de la depresión, estará dirigido a comprobar la existencia y el grado de profundidad de la depresión en los sujetos estudiados, así como las áreas que se encuentran con mayores dificultades. Se emplea con el objetivo de evaluar el grado de depresión en los homosexuales de la muestra estudiada.

Esta técnica parte del modelo cognitivo de la depresión, considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información. Durante la depresión están activados una serie de esquemas que la favorecen. Estos esquemas suelen adquirirse en la infancia pero pueden permanecer latentes y activarse cuando el sujeto se encuentra en situaciones estresantes similares a aquellas en que se formaron. Para Beck, el contenido de los esquemas depresógenos está constituido por la tríada cognitiva: visión negativa del mundo, de sí mismo y del futuro. (Roca, 2005, 1)

Cada uno de estos ítems significan síntomas de depresión, están compuestos por frases correspondientes a grados de profundidad de dichos síntomas, para aplicarla se utilizan los siguientes procedimientos; de las frases ofrecidas al personas con orientación homosexual en cada ítem se le dice que debe escoger solamente una y debe ser aquella que más se corresponda con el estado en que se encuentra.

Se realizará de forma auto administrado, para ello se le presentará el inventario que consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones cada una, reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión. Estas personas deben marcar la alternativa más adecuada a su situación actual. (Anexo 8)

Se tiene en cuenta que en la base de los trastornos emocionales se encuentra la autoestima como formación psicológica, a la cual se le da una consideración especial, pues esta al ser elaborada con dificultad repercute negativamente en las actitudes y demás procesos psicológicos, atentando contra los principales intereses, motivaciones y necesidades del individuo, por lo que se decidió estudiarla en los homosexuales de la muestra.

Inventario de autoestima Coopersmith: este cuestionario fue elaborado por Coopersmith a partir de estudios realizados en el área de la autoestima, el objetivo que persigue con este instrumento es conocer el nivel de autoestima de los homosexuales de la muestra estudiada. Este autor entiende la autoestima como la capacidad que tiene la persona para tener confianza en sí mismo, autonomía, estabilidad emocional, eficiencia, felicidad, relaciones interpersonales favorables, expresando una conducta desinhibida en grupo, sin centrarse en sí mismos ni en sus propios problemas.

Al aplicarla se le dice al homosexual: lea detenidamente las oraciones que a continuación se presentan y responda SI o NO de acuerdo a la relación en que lo expresado se corresponda con usted. No hay respuestas buenas o malas, se trata de conocer cuál es su situación de acuerdo con el asunto planteado.

Mediante la prueba se realiza una valoración de la autoestima en tres niveles,

acorde a la cantidad de puntaje obtenida a partir de una norma de percentiles confeccionada.

Nivel alto de autoestima.

Nivel medio de autoestima.

Nivel bajo de autoestima.

El inventario consta de 25 ítems donde el sujeto debe responder de manera afirmativa o negativa a cada uno de ellos. (Anexo 9)

El procesamiento de los resultados se realizó a partir de una triangulación entre los instrumentos aplicados.

### **Capítulo III - Análisis de los resultados.**

Epígrafe 3.1 Análisis de los resultados, diagnóstico de las alteraciones.

Los resultados se presentaron a partir de lo obtenido en cada una de las pruebas psicológicas aplicadas y teniendo en cuenta los aspectos a explorar, luego de la aplicación de los instrumentos y métodos seleccionados para investigar el comportamiento de la variable objeto de estudio se procedió al análisis de los resultados.

Se emplea la entrevista semiestructurada como técnica de amplio uso en la práctica del psicólogo clínico que permite el estudio profundo del paciente, basada en la relación que se establece entre dos o más personas a través de la comunicación con el objetivo de brindar una mayor información sobre los homosexuales de la muestra, mediante la cual se demostró que la muestra está compuesta por 7 personas con orientación homosexual del sexo masculino prevaleciendo las edades entre 25-30 años que representan la generalidad y le continúan las edades correspondientes entre 30-35 años, correspondiendo con la literatura revisada de algunas investigaciones realizadas en la población homosexual, según González (2005). (Ver tabla 1) lo cual quiere decir que la edad de la población homosexual prevalece entre las edades de 25 a 30 años no siendo así en el resto de las edades.

El nivel escolar que predominó en la muestra es el nivel preuniversitario correspondiendo a la mayor cantidad de personas de la muestra, lo cual es suficiente para garantizar a partir de su nivel cognoscitivo y cultural un grado de comprensión de las técnicas aplicadas y posibilita apreciar el nivel de desarrollo alcanzado por los homosexuales y por tanto posee mayores posibilidades culturales para su desarrollo, el resto le corresponde al universitario y al nivel secundario respectivamente, no existiendo ninguno del nivel primario. (Ver tabla 2)

La entrevista arrojó la existencia de conflictos en el área familiar, donde se aprecia

un rechazo hacia ellos que lo perciben como carencias afectivas, necesidad de apoyo, comprensión y acercamiento. Esto se observa en la generalidad de los homosexuales por el abandono familiar y la poca preocupación por sus hijos que los lleva a una exigencia permanente de satisfacción de estas necesidades, igual sucede en el área laboral evidenciándose la carencia de apoyo en la totalidad de estos; lo que trae consigo dificultades que favorecen angustia, pesimismo y frustraciones que se vinculan con el aislamiento y tributan a las alteraciones psicológicas como depresión y ansiedad, la pérdida de apoyo tanto en el contexto social como familiar predominan en su totalidad.

Se pudo constatar que la totalidad de los casos reconoce su homosexualidad y los diferentes riesgos que asumen con ella, incluyendo los riesgos que afectan su salud mental, tales como ansiedad, tristeza, depresión, rechazo y dificultades en la comunicación. Estas personas no tienen elaboradas estrategias para mejorar su salud mental y lograr un equilibrio satisfactorio con su medio ambiente. Las mismas reconocen que se ven expuestos a una fuerte presión al enfrentar eventos o situaciones que generan la aparición de cargas emocionales negativas, dadas además por las dificultades en el apoyo familiar. La figura paterna está ausente en la mayoría de los casos y en los que se encuentra presente muestra una indiferencia o un afecto que se percibe de forma negativa o de abandono, y se centra en opiniones negativas sobre sus hijos resulta significativo el hecho de que perciben el rol de padre desde un contexto cultural sexista lo cual agrava el sentimiento de culpa y rechazo hacia ellos, este se expresa a través de mecanismos de comportamientos encubiertos de negación hacia ellos por lo que la presencia tanto afectiva como presencial de los padres es añorada, las vivencias afectivas que sobresalen a partir del rol de padre es con agresividad generalizada y se puntualiza en todas las técnicas aplicadas, no así sucede con la figura materna lo cual se nota más comprensiva y afectiva que la figura paterna, la misma no está ausente ni física ni afectiva en la totalidad de la muestra como ocurre con la figura paterna.

En la composición “como quisiera ser” su aplicación se argumenta por la

información que pueda brindar acerca de sí mismo sobre su verdadera aceptación como personas con orientación homosexual y para profundizar en los conflictos internos que los caracteriza.

En la misma se pudo apreciar que en su mayoría se aceptan tal y como son, además de corroborar hipótesis acerca de las esferas autovalorativa, así como el grado de conciencia que tienen los mismos de las alteraciones psicológicas de que son portadores atendiendo a las presiones sociales por su orientación sexual, dando a conocerlo en su generalidad no deseando ser de otra manera. La valoración y el propio comportamiento en general está estructurado desde el rechazo.

Esto se puede apreciar en:

J L A: “cada día que pasa estoy más orgulloso de ser como soy, me siento bien así”.

NCL: “yo creo que es mejor ser así y no de otra manera, aunque la sociedad no nos acepte, yo quisiera ayudar un poquito más a las personas que llegan a uno”.

ETP: “cada ser humano debe respetarse como es, debe amarse a sí mismo, y aunque te sientas que flaqueas en un momento porque te sientes triste, decaído, continúa”.

En la totalidad de la muestra las principales dificultades están dadas por la falta de comunicación existente con las personas debido a la incompreensión, los tabúes y prejuicios que matizan las relaciones de las personas con una orientación homosexual por lo que se percibe como un obstáculo para su desempeño en la vida, son frecuentes las conjugaciones del verbo tener lo que indica una obligación a lo socialmente esperado por lo que en la totalidad enuncian la necesidad de no estar sometido a presiones sociales lo que conlleva a aislarlos, a subestimarlos y se percibe la homosexualidad como obstáculo para su desempeño en la vida social, lo cual afecta su desarrollo individual.

NCL: “con la sociedad en que vivimos no se puede ser de otra manera, a veces

quieres ayudar y ellos no te lo permiten”.

MPH: “el género humano nos hace esclavo de sus vicios, tenemos que hacer las cosas como les guste a ellos y no como nos gusta a nosotros, hay que ser cuidadoso con el comportamiento y esto nos hace sentir incómodos”.

Los resultados encontrados en esta técnica coinciden con los obtenidos en la técnica de la entrevista, en los diez deseos y con las investigaciones realizadas por el CENESEX (Rodríguez, 2003) ratificando manifestaciones ansiosas descritas, y emociones negativas que emanan de los prejuicios y estigmas sociales.

En la elaboración personal la mayoría de los sujetos hace una buena elaboración personal, con argumentos fuertes y convincentes de su homosexualidad, conociendo riesgos y prejuicios a los que se exponen, logrando explicar adecuadamente como quisieran ser, ofrecen criterios y elementos suficientes que abordan la problemática de su situación desde su subjetividad en la cual la homosexualidad se conoce como una orientación sexual y asumirla conduce a presiones sociales de rechazo.

ETP: “ser homosexual no es pecado, somos iguales a los demás, de no ser por los prejuicios de la gente rendiríamos más, pero a mí no me interesa mucho eso, yo soy como soy y no voy a ser de otra manera.”

URS: “yo sé que en mi trabajo mis compañeros no me soportan por ser maricón, pero yo me siento feliz así, si ellos fueran diferentes fuera mejor”.

Vínculo afectivo: en la totalidad de la muestra el vínculo afectivo consigo mismo es fuerte, elevado y las respuestas emocionales son claras, existe un alto componente afectivo relacionado con el tema como: preocupaciones, miedos, temores.

En todas las composiciones se observa un vínculo afectivo cargado de estados emocionales displacenteros que son reconocidos por las personas con orientación homosexual en forma de tensión, angustia, tristeza, sentimientos de culpa y

rechazo, trayendo consigo frustraciones en el área social y laboral.

URS: “mis compañeros de trabajo siempre están tirando pullas, yo espero que un día me digan que no puedo trabajar más allí”.

NCL: “en mi trabajo algunas personas dicen que yo estoy en esa sala porque soy mujer igual que ellas, pero yo trabajo donde me pongan y trato de hacerlo bien, aunque digan lo que quieran, yo quise ser ingeniero y por los prejuicios de la gente dejé la universidad, ahora no va ser igual”.

Las personas con orientación homosexual de la muestra al describirse lo que muestran es apariencia, pues su actitud defensiva los coloca en el marco de una deseabilidad social de aceptación, y realización personal apreciándose la presencia de proyectos futuros relacionados con la superación de estos conflictos. Loevinger sostiene que el nivel de conceptualización que el individuo alcance es un determinante básico del control de sus impulsos, sus actitudes sociales y otros importantes aspectos de su personalidad.

Inventario de autoevaluación IDARE: Analizando el comportamiento del Inventario autovaloración (IDARE) se aprecian elevados puntajes que indican una ansiedad alta como estado y como rasgo en su totalidad (100%) y (57,1%) respectivamente sin embargo en el caso de la ansiedad como rasgo la ansiedad media solo lo alcanzó una minoría (42,8%).

Estos resultados coinciden con lo planteado por Alonso (2006) el cual refiere que los sujetos con calificaciones altas de ansiedad como rasgo generalmente también los obtienen en la ansiedad como estado ante situaciones estresantes como las vivencias a que están expuestos continuamente cada uno de los individuos de la muestra. (Ver tabla 3)

Se reconocen manifestaciones ansiosas de los sujetos tales como:

MPL: “me siento muy ansioso”, “estoy tenso”.

URS: “me siento alterado”, “me siento nervioso”, “estoy agitado”; y otras

respuestas que revelan una ansiedad como estado alta.

Las siguientes respuesta declaran una ansiedad como rasgo alta.

MPH: “siento que las dificultades se me amontonan”, “me siento a punto de explotar”.

AAB: “me preocupo tanto por las cosas sin importancia.”

NCL: “me siento a punto de no poder soportar las cosas.”

URS: “algunas ideas poco importantes pasan por mi mente”, “me afectan tanto los engaños, casi siempre”, “frecuentemente me preocupo demasiado por cosas sin importancia”.

Estos resultados evidencian un sentimiento de inseguridad, desconfianza y temores generalizado que matiza toda la esfera de relaciones de las personas estudiadas, esto se corrobora por otros instrumentos aplicados como la composición y la entrevista las cuales coinciden en el resultado. En ellos está sobrevalorada la influencia del medio y sus relaciones (conflictivas), la cual constituye el objeto del temor y la angustia presentes que no permiten una adecuada estructuración de los procesos autovalorativos. Los estados vivenciales forman parte de la situación social en que se desarrollan las personas orientación por lo tanto si este es negativo desorganiza su funcionamiento repercutiendo desfavorablemente sobre el desarrollo del mismo.

Se ha comprobado en la práctica asistencial y en las investigaciones (Martín, Grau, Mitjans, 1993) que los sujetos que tienen alta calificación en ansiedad como rasgo son más propensos, ante situaciones de estrés, a tener una evaluación alta en ansiedad como estado. Los sujetos que presentan una alta ansiedad como estado, no tienen por qué presentar una patología psiquiátrica, pueden ser sujetos normales sometidos a situaciones conflictivas o estresantes de manera situacional, como los resultados referidos por Alonso (2006).

Estudios de validación también ofrecen normas similares a las de Spielberg al

aplicarlo a sujetos normales, personas con tensión emocional (no ansiosa), pacientes neuróticos o enfermos con diferentes desórdenes tratados en servicios clínicos.

El inventario de depresión BECK: La depresión es un síntoma presente en la totalidad de los casos, lo cual confirma que el comportamiento de la depresión es elevado en la generalidad, atendiendo a su clasificación predomina la depresión moderada(47.3%) completándose con la grave en una menor cuantía(28.5 %) y como leve (14,2%), y solo un indicio pequeño no posee ninguna depresión, lo que demuestra la presencia de síntomas significativos de la depresión como pesimismo, fracaso, sentimientos de culpa y auto acusaciones, llanto, incapacidad de decisión e hipocondría, los cuales generan estados emocionales negativos, constituyendo esta depresión una característica de la personalidad de estos sujetos, mostrando una vulnerabilidad ante estas situaciones; correspondiéndose con los resultados obtenidos en otras pruebas como el Rotter y la entrevista semiestructurada. (Ver tabla 4)

Este estado emocional, igualmente característico, como la ansiedad anteriormente valorada, se manifiesta con un sentimiento de ausencia de realización, de no encontrar espacios de aceptación y existencia auténtica, expresado en la subvaloración de sí mismo y sobrevaloración del medio; esto explica la sobrecarga psicológica a la que están expuestos, además de sentimientos de impotencia que subyacen bajo su rol a partir de sus funciones obligadas socialmente.

La depresión, al estar condicionada en la muestra estudiada principalmente por factores sociales tales como creencias, tabúes, actitudes y comportamientos de rechazo; repercute negativamente en su comportamiento social, manifestada como pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades habituales, bajo interés por las relaciones interpersonales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo en otras áreas significativas de las personas con orientación homosexual. En este caso la depresión no se vivencia como tristeza solamente.

Técnica de los diez deseos: el análisis de esta técnica arrojó como resultado que

la salud se encuentra en la prioridad de la jerarquía motivacional de la generalidad de la muestra, ocupando un lugar relevante en la esfera personal a lo cual se le añade el reclamo de afecto y cariño junto a los deseos de triunfar en la vida, los que ocupan el primer orden en su jerarquía y aspiraciones, pues a pesar que no se consideran enfermos mantienen la idea de tener síntomas que tributan a determinadas alteraciones, razones por la cuales acudieron a consulta. Como segundo orden jerárquico de sus aspiraciones aparece la esfera familiar, la cual esta cargada de conflictos, hecho corroborado en otros instrumentos apreciándose rechazo encubierto mayoritariamente por la figura paterna, en las cuales además de tener disfuncionabilidad de roles, todavía no tiene una implicación afectiva en la educación de los homosexuales estudiados, esto esta dado como una condición inevitable del rol que es asumido mayoritariamente por las madres a consecuencia de la educación sexista culturalmente asumida.

AAB: “yo deseo amar y ser amado”, “que mi familia me quiera y me lleve bien”, “yo deseo continuar con buena salud”.

ETP: “yo deseo ser amado por mi pareja y mi familia”, “yo deseo que el mundo se una, nos quieran y acepten”, “yo deseo llegar a superar los prejuicios sociales para poder triunfar”.

El 57,1% expresa deseos de mejorar las relaciones personales con la familia, que su familia se lleve bien, que sean unidas, obtener éxitos en las relaciones con los hermanos, padre, hijos.

ETP: “yo deseo que mi familia me acepte, converse conmigo, para que mi mamá sea feliz”, “yo desearía cambiar la conducta de mi familia, modificar el medio familiar, unidad familiar”.

AAB: “yo deseo tener hijos, que éste sea buen hijo y esté feliz”.

En la muestra se reconocen patrones de comportamiento que se han instaurado a lo largo de sus vidas y como su orientación sexual influye en la conducta, la necesidad de apoyo y afecto resultado de la autopercepción y la necesidad de

equilibrio emocional. En menor jerarquía la totalidad de la muestra desea ser reconocida socialmente, además desean entenderse con las personas.

Durante toda la técnica queda incluida la necesidad demandante de cambio en la esfera familiar y social respectivamente. Se observa así que los principales intereses se inscriben en el área social mostrándose como promotora de los principales conflictos que actualmente sustentan en la homosexualidad mayor displacer emocional, encontrándose en su fase el reclamo de un espacio en la sociedad, el reconocimiento social, aceptación, mejorar relaciones interpersonales con el medio, en el trabajo, escuela, retomando en cuatro de sus deseos este tema como principales niveles de aspiraciones.

Se pone de manifiesto además el lugar que ocupa la esfera familiar en más de la mitad de la muestra como uno de los principales motivos rectores, se precisa que entre sus necesidades más demandantes se hayan las de apoyo, seguridad, reconocimiento social, lo cual indica la insatisfacción con la esfera familiar; evidenciándose la crítica en relación con su descompensación psicológica, la insatisfacción con la dinámica familiar, expresando sus necesidades de estabilidad y bienestar emocional, mostrándose esta como promotora de los principales conflictos que suscitan en la persona el mayor displacer emocional. Resultados similares obtuvo Herrera, (2007 ) en familias de personas con orientación homosexual.

Se demuestra en este instrumento la sobredimensión que se le atribuye a los factores sociales y familiares en detrimento de su desarrollo personal individual. Todos los elementos abordados anteriormente repercuten desfavorablemente en sus relaciones sociales y su realización personal, lo que propicia la aparición de estados de ánimos negativos para la salud de personas con orientación homosexual.

La autoimagen está muy relacionada con la autoestima, que se reafirma como formación psicológica de gran importancia para el desarrollo de la personalidad en personas con orientación homosexual y que se encuentran en la base de las

alteraciones psicológicas encontradas por ello se decide aplicar el Inventario de autoestima de Coopersmith, buscando reconocer cuales son las alteraciones que al respecto se aprecian en los sujetos de la muestra: La información obtenida en la técnica evidencia alteraciones en la autoestima la que es inadecuada, existe marcada subvaloración en los sujetos, aflorando sentimientos de inseguridad, autoreproche, inferioridad, culpabilidad y minusvalía; sienten que no llegan a los rendimientos que otros alcanzan; creen que su existencia no tiene una finalidad, un sentido y se sienten incapaces de otorgárselo, por ejemplo:

AAB: “con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo”, “los demás son mejores aceptados que yo”, “me doy por vencido fácilmente,” “muchas veces me gustaría ser otra persona”.

MPH: “en mi casa me enojo fácilmente”, “mi vida es muy complicada”, lo que demuestra la existencia de distorsiones en la autovaloración con una autoestima lacerada que inhibe la adecuada autorregulación de su comportamiento, promoviendo malestar emocional conjugado con sentimientos de angustia, tristeza y falta de confianza personal en la generalidad (85,7%) de la muestra. La mayor parte de ella posee un nivel bajo de autoestima y la minoría un nivel medio de autoestima con sentimiento de autoreproche evidenciado en frases tales como:

MPL: “si pudiera cambiaría muchas cosas de mí”, “con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo”.

Al hacer una valoración comparativa con otras investigaciones realizadas (1992) que han tenido en cuenta la autovaloración de este grupo de personas es posible concluir que el resultado ha sido similar. Las personas con poca o baja autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista, estas personas con poca o baja autoestima y que se abrumen fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión.

La relación consigo mismo está dañada, atrofiada y permeada por la influencia social mitificada y prejuiciada en la que se encuentra expresión de su bajo nivel de autovaloración; pues ellos no tienen en cuenta que la autoestima se aprende, se

cambia y es posible mejorarla, por lo tanto es algo que se construye o reconstruye y que depende en gran medida del ambiente familiar y social en el que se esté y los estímulos que este brinde.

La identidad homosexual se alcanza más plenamente cuando la autoidentidad, la identidad percibida y la que se muestra coinciden. Un estudio realizado (schmitt y kurdik, 1987) mostró que la plena asunción de la homosexualidad en hombres se correlacionan con un estado de salud mental positivo. En esta investigación existe coincidencia con estos resultados de acuerdo a los estados emocionales negativos.

ROTTER: A partir de la información brindada por esta técnica sobre las principales vivencias afectivas, se puede observar que los sujetos experimentan gran insatisfacción emocional de tristeza, malestar, angustia en cuanto a compañía lo que indicaría que transitan por un estado depresivo (algunas veces me siento triste, estoy muy aburrido a veces y agobiado, mi mayor temor es fracasar, sufro como todas. Lamento sentirme decaída, estoy mejor cuando estoy sola, sufro mucho cuando me siento sola, sufro la frialdad).

Existe un abordaje reiterativo a las vivencias de frustración presentes en el área familiar en la totalidad de los casos, que de acuerdo con los datos obtenidos en la entrevista realizada en función de la técnica, se hayan vinculados a la esfera matrimonial, social y familiar. Aquí se constituye la esfera social como portadora de uno de los mayores conflictos de los homosexuales y podrían estar causados por su estado de insatisfacción y descontento consigo mismo y se manifiesta en el comportamiento "obligado" de las personas con orientación homosexual, expresándolo de la siguiente manera:

URS: "me molesta lo que dicen de los homosexuales," "yo necesito que las personas me acepten como soy".

MPH: "mi mayor temor es que me rechacen en mi casa y en el trabajo", "yo lo que mas quisiera es enfrentar la vida", "a la hora de acostarme pienso mucho en la sociedad".

ETP: “las otras personas deben de entendernos, la gente debe aprender a aceptarnos”, “mi mayor problema es que no me acepten como soy”, “odio algunas veces a la homofobia”.

Los conflictos que vivencian en el área familiar podrían contribuir también a los sentimientos de rechazo hacia el hogar, se aprecia en frases tales como:

MPH: “en el hogar me siento solo y angustiado”, “a la hora de acostarme pienso mucho en mi familia”, “en el hogar me asfixio”.

Estos resultados coinciden con los datos obtenidos en la entrevista, el área de las relaciones interpersonales se muestra como motivo de insatisfacción, aludiendo en sus respuestas a prejuicios provenientes de las personas que le rodean, por ejemplo:

NCL: “la gente son malas”, “las otras personas me rechazan”, “las gentes deben aprender, nos rechazan”, “deben entendernos”.

AAB: “la gente me atormenta con sus chismes, las otras personas siempre hablan de más, me molestan”.

En este sentido las personas con orientación homosexual manifiestan gran pesimismo el cual se refleja en sus estados afectivos. Los proyectos futuros que se manifiestan tienen un gran componente del mismo:

MPH: “mi futuro era ser maestro o enfermero”, “mi futuro es incierto”.

JLA: “mi futuro depende de mi comportamiento, depende de mi pareja, mi preocupación principal es mi futuro, es ser homosexual; es la falta de civilización”.

Al mismo tiempo se puede observar como las necesidades de superación profesional, la motivación por los estudios y en general los intereses cognoscitivos, quedan prácticamente anulados de la dinámica psicológica, poseyendo además cierto matiz negativo, el cual se expresa en frases como:

ETP: “el trabajo es agotador”, “agobiante”.

MPH: “mi principal problema es la elección de carrera, profesión o trabajo”, “en realidad no sé lo que quiero”, “¡que me acepten tal como soy! ¡Ser rechazado por ser gay!”

De acuerdo con lo expuesto se considera que su autoestima se encuentra muy dañada.

NCL: “lamento que no se me entienda mi preferencia sexual”, “siento impaciencia”, “me siento tan irritable”.

NCL: “yo he recogido lo que he sembrado”, “quisiera ser terriblemente feliz”, “me molesta que seamos rechazados en la sociedad”, “yo deseo tener un millón de amigos”, “quisiera ser una persona aún más inteligente”, “quisiera ser libre de quien me pueda mandar”.

Se demuestran rasgos de inseguridad y falta de aceptación los cuales podrían repercutir en cierta tendencia a la evasión debido a la carencia de herramientas psicológicas que le permitan desafiar las realidades que vivencian, asociado a ello se evidencia inestabilidad emocional al expresar:

NCL: “mi personalidad a nadie le importa”.

MPH: “mi personalidad me aburre ser como soy”, “mi personalidad es paranoide, desconfío de todo y de todos”, “mi personalidad a veces es muy extraña”.

La investigación confirma que personas con orientación homosexual pueden desarrollar un conjunto de síntomas que se aprecian en sus estados emocionales y son denominados alteraciones emocionales, al igual que aluden a las dificultades en la comunicación como una de las principales problemáticas que los afecta, coincidiendo con investigaciones realizadas por el CENESEX (Rodríguez, 2003).

La exploración admite que estos individuos están constantemente bajo situaciones de tensión, predominando en la mayoría de los sujetos estados de ánimo negativos, considerando estos estados de ánimo como nocivos y perjudiciales

para el equilibrio emocional de las personas de la muestra. Las alteraciones psicológicas encontradas coinciden con lo reflejado en la literatura (Boswel 1984) sobre investigaciones realizadas en el tema con pacientes enfermos.

Al realizarse una integración de los resultados es posible analizar las alteraciones psicológicas de la esfera afectiva en los homosexuales de la muestra y la repercusión de estas alteraciones sobre el comportamiento de los mismos, para ello se deben tener en cuenta algunos elementos tales como: el contexto social en que se desarrolla la investigación, las particularidades personológicas presentes en personas con orientación homosexual y las consecuencias derivadas de la interacción homosexual \_sociedad, coincidiendo con los postulados del enfoque histórico-cultural de Vigostky.

En esta investigación las relaciones de los homosexuales están fuertemente influenciadas por el contexto social pues ellos responden a lo socialmente esperado más que a sus propios intereses, manifestando un rechazo que emana de la contradicción del rol social y su realización personal.

El ambiente familiar se caracteriza por fuertes conflictos que terminan con el rechazo a los homosexuales manifestándose abiertamente, al igual que la negación y el abandono de sus hijos en alguno de los casos por la figura paterna. Todo lo cual trae consigo una desorganización en la esfera familiar y una mala distribución de los roles, donde la figura materna ocupa toda la responsabilidad en cuanto a la educación del hijo, todo esto favorece la existencia de situaciones conflictivas dentro del ámbito familiar, en el que se observan actitudes negativas que se convierten en potencialmente generadoras de alteraciones psicológicas, que obstaculizan el nivel de funcionamiento psicológico adecuado de personas con orientación homosexual.

La ansiedad, la depresión, el pesimismo, el abatimiento, son algunos de los estados emocionales presentes en la muestra estudiada, los cuales están acompañados de manifestaciones frecuentes de temores, inestabilidad, inseguridad, que se hacen evidentes en las alteraciones psicológicas y repercuten

desfavorablemente en el bienestar de personas con orientación homosexual estudiados, por tanto trae aparejado dificultades en su autovaloración. Estas alteraciones están caracterizadas por elevados puntajes que indican la presencia de niveles altos de ellas en la totalidad de la muestra, lo que coincide con investigaciones realizadas y mencionadas en el transcurso de la investigación.

### Epígrafe 3.2 Estrategia psicoterapéutica.

Fundamentación de la estrategia:

Para analizar la estrategia como resultado científico de la investigación resulta imprescindible abordar algunas de las conceptualizaciones que se hacen sobre el particular. Se tomarán criterios seleccionados de la bibliografía sobre el tema para establecer regularidades.

Estrategia psicoterapéutica:

“Conjunto de acciones, procedimientos y recursos terapéuticos que tiene una ejecución consciente encaminada a un fin dirigido a propiciar cambios vinculados al funcionamiento de las personas que presentan algún tipo de disfunción o trastorno emocional en un contexto clínico de relativa duración”.

Dionisio Zaldívar (2005)

La estrategia es la proyección de un sistema de acciones a corto, mediano y largo plazo que permite la transformación de los modos de actuación para alcanzar en un tiempo concreto los objetivos comprometidos con la formación, desarrollo y perfeccionamiento de las facultades morales e intelectuales.

González y Castellanos (2006).

De ahí que pueda deducirse que las estrategias:

Se diseñan para resolver problemas de la práctica y vencer dificultades con optimización de tiempo y recursos.

✓ Permiten proyectar un cambio cualitativo en el sistema a partir de eliminar las contradicciones entre el estado actual y el deseado.

✓ Implican un proceso de planificación en el que se produce el establecimiento de secuencias de acciones orientadas hacia el fin a alcanzar; lo cual no significa un único curso de las mismas.

✓ Interrelacionan dialécticamente en un plan global los objetivos o fines que se persiguen y la metodología para alcanzarlos.

Se propone una estrategia psicoterapéutica porque se persigue un cambio con efectos predecibles que aparecen asociados a las particularidades de la estrategia concebida y todo resultado tendrá siempre una explicación que quedará encuadrada en los presupuestos teóricos de partida desde los cuales se concibió. Se emplean recursos terapéuticos provenientes de la práctica clínica. Toda intervención tiene en su base una idea de cambio intencionalmente provocado de forma tal que su efecto tiene un alto rango de previsibilidad, entendido como la atención de la estructura de un sistema, en este caso de las alteraciones psicológicas diagnosticadas en personas con orientación homosexual de la muestra.

La propuesta de la estrategia va dirigida a brindar ayuda psicológica, con el objetivo de proveer a las personas con orientación homosexual de un sistema de conocimientos, habilidades e instrumentos para facilitar la atención de las alteraciones psicológicas de la esfera afectiva diagnosticadas tales como ansiedad, depresión y baja autoestima, presentes en personas con orientación homosexual.

El grupo estará integrado por siete personas con orientación homosexual, de acuerdo a los criterios de inclusión. Sesionará con la modalidad de intervención psicoterapéutica de adulto a nivel grupal, que no excluye la atención individualizada de ser necesaria y donde el grupo es el principal agente terapéutico.

Serán empleadas técnicas participativas que producen una interacción sujeto-sujeto, se influyen mutuamente, condicionadas por las relaciones interpersonales que surgen entre ellos. (Rodríguez, 2008) y a lo largo de la estrategia se

emplearán variados recursos terapéuticos tales como (Clavijo, 2011):

**Persuasión:** entiéndase por ello el convencimiento por vías racionales, para modificar equívocos que están incidiendo negativamente en las conductas y provocando o facilitando determinados síntomas, a través de este se logra disminuir angustias, inseguridad, para propiciar la colaboración activa de los homosexuales que presentan alteraciones psicológicas que fueron previamente diagnosticadas para dotarlos de herramientas que favorezcan la atención de las mismas, y su resultado tiene la explicación encuadrada en los presupuestos teóricos de partida desde los cuales se concibió la estrategia interventiva.

**Sugestión:** influencia activa y consciente de la personalidad, la voluntad y las formulaciones mentales efectuadas en forma de ordenes verbales o escritas de una persona sobre otra, sin que tenga que mediar el razonamiento sin adquirir propiamente un carácter hipnótico provocando la inhibición de influencias y funciones de la psiquis de las personas con orientación homosexual a favor de la atención de los síntomas por sugerencia de los terapeutas, para incidir en el funcionamiento mental de personas con orientación homosexual los cuales pasan a incorporarse por este como decisiones propias, sin que medie en ellos un acto estrictamente voluntario.

**Clarificación:** entendido como la precisión en el dialogo terapéutico de lo esencial del tema analizado, favorece la toma de conciencia, razón por la cual el terapeuta puntualiza e insiste en aclarar exhaustivamente aquello que bajo ningún concepto puede ser pasado por alto.

**Confrontación:** consiste en enfrentar al homosexual con la realidad a través de las evidencias, opiniones, situaciones o acciones que contradicen sus planteamientos o la postura que ellos asumen ante algo significativo, lo cual crea ansiedad y aprovechada por los terapeutas, facilita la toma de conciencia.

**Catarsis:** descarga emocional y verbal que se provoca en personas con orientación homosexual mediante el cual este logra expresar recuerdos o problemas de fuerte carga afectiva, cuyo contenido resulta escabroso para ellos y

que procuraba ocultar a los demás o mantenía inconsciente.

**Desensibilización:** Aquí se trata de enfrentar gradualmente en personas con orientación homosexual con situaciones, pensamientos o recuerdos que teme o le provoque estrés emocional, va posibilitando que el paciente pueda ir desarrollando la capacidad, de tolerarlas e incorporarlas a su experiencia vital.

**Información:** se utiliza para estimular los datos portadores de un significado y la información necesaria acerca de los aspectos esenciales que de algún modo están ocultos y nos puede llegar a través de varias formas de comunicación, para favorecer la colaboración de cada una de las personas con orientación homosexual de la muestra.

**Focalización y análisis de comportamientos conflictivos:** Concentración selectiva de la atención de los homosexuales en aquellas emociones que repercuten negativamente en su comportamiento de forma que pueda llegar a la conciencia toda la riqueza estimuladora del análisis de estos conflictos.

**Experiencia emocional correctiva:** Consiste en hacer experimentar emocionalmente al homosexual las consecuencias negativas de sus actos y su responsabilidad en ello, de modo que esto pueda activar en el un nivel de motivación y compromiso suficiente como para modificar su actitud al respecto y cambiar el comportamiento.

**Relajación:** Se utiliza como vivencia sensorial y emocional de tranquilidad o quietud que se experimenta cuando por autoconcentración o heterosugestión en personas con orientación homosexual, se logran aflojar los músculos significativamente obteniendo una sensación de peso, calor, y placidez para beneficio fisiológico y psicológico para la prevención y el tratamiento de la ansiedad.

La estrategia consta de 3 etapas con 7 sesiones y una frecuencia semanal, con una duración aproximadamente de 1 hora y funcionará como grupo cerrado. El lugar será la Galería de Arte previa coordinación, la cual reúne las condiciones

adecuadas para la realización de la estrategia.

El grupo será atendido por dos terapeutas. Los terapeutas serán los responsables activos de la psicoterapia, ambos se auxiliarán en la organización y llevarán nota de las participaciones y sucesos en el grupo.

Después de ser culminada la aplicación de las sesiones se esperará un mes para realizar la reevaluación de los criterios clínicos y diagnósticos a partir de la aplicación de la misma batería de pruebas.

#### ETAPA 1. Conformación del grupo. (Dos sesiones)

Objetivos:

- Lograr la conformación del grupo.
- Estimular la cohesión grupal.
- Crear un clima socio psicológico favorable.

#### ETAPA 2. Concientización de sí mismo, de su homosexualidad y de las alteraciones psicológicas presentes en cada uno de ellos. (Cuatro sesiones)

Objetivos:

- Abordar en el grupo las creencias, mitos y tabúes que existen sobre la homosexualidad en la sociedad.
- Reforzar el nivel de conocimiento que tienen los en personas con orientación homosexual sobre las manifestaciones clínicas de las alteraciones psicológicas y su origen.
- Facilitar el desarrollo de habilidades personales en el empleo de técnicas psicológicas y recursos de autorelajación.

#### ETAPA 3. Balance y cierre del grupo. (Una sesión)

Objetivos:

- Favorecer la consolidación del grupo para posteriores encuentros informales.
- Propiciar un balance del cumplimiento de los objetivos y expectativas del programa.

Criterios de efectividad:

Disminución de las alteraciones psicológicas observadas.

Los terapeutas se reunirán previamente para definir el encuadre como la delimitación clara y definida de las principales características de cada caso, permitiendo delimitar la tarea, objetivos, contenido, la metodología de trabajo y las funciones de los participantes. Se reunirán además al principio de cada sesión para estructurarla y al final para realizar un análisis y evaluación de lo ocurrido, sus estados emocionales, el empleo efectivo de recursos terapéuticos, el aprendizaje y aplicación de lo aprendido en las sesiones.

Las personas con orientación homosexual se evolucionarán dos meses después de terminadas las sesiones y de manera individual se mantendrán en reconsulta, para analizar su seguimiento y de ser necesario trazar las estrategias pertinentes para su atención psicológica en caso de no lograrse los cambios esperados. Se mantendrán en consulta por un tiempo promedio de un año para su evolución.

Se propone la realización de la estrategia que permita la atención de las alteraciones psicológicas encontradas (ansiedad, depresión, autoestima baja) durante la investigación, propiciando la participación activa y transformadora de las personas con orientación homosexual. La propuesta se realiza en base a la necesidad de restablecer el equilibrio emocional de los mismos.

Propuesta de la estrategia psicoterapéutica:

Objetivo: Facilitar la atención en personas con orientación homosexual de las alteraciones psicológicas de la esfera afectiva presentes en personas con orientación homosexual que residen en la zona urbana de la ciudad de Guáimaro, con la finalidad de prepararlos en el conocimiento de las manifestaciones clínicas

de las alteraciones: ansiedad, depresión, autoestima baja, dificultades en las relaciones interpersonales, la comunicación y en el manejo de las mismas.

En la implementación de este programa se desarrollarán diversos ejercicios. Para obtener mayor éxito se trabajarán las dificultades individuales y del grupo de los en personas con orientación homosexual con alteraciones psicológicas, con el afán de modificar las alteraciones encontradas: autoestima, ansiedad, depresión, matizadas desde los miedos, los rechazos, las dificultades en la comunicación y las relaciones interpersonales.

La estrategia psicoterapéutica esta dividido en siete sesiones:

Primera sesión:

Tema: Conformación del grupo y establecimiento de la cohesión grupal.

Objetivos:

Lograr la empatía necesaria con el grupo.

Reforzar las relaciones interpersonales entre los integrantes del grupo.

Definir los objetivos y la importancia del entrenamiento psicológico y revelar expectativas.

Explicar a los participantes los propósitos que se persiguen con esta estrategia, su funcionamiento y evaluación.

Técnicas, recursos empleados y su descripción:

Se realizará de forma expositiva y amena por parte del terapeuta, dándoles a los participantes la bienvenida, así como los objetivos, funcionamiento y cómo se realizará la evaluación de la estrategia psicoterapéutica. En caso de realizar fotos o filmaciones se deberá informar a los participantes que durante la ejecución de la estrategia se tomarán fotos o se filmará (Se deberá tener el consentimiento de todos los participantes para realizar estas últimas acciones).

Posteriormente se utiliza la técnica participativa “la tela de araña” para la presentación-integración donde los participantes se presentan expresando sus sentimientos y expectativas en el trabajo con los terapeutas propiciando la integración grupal.

Los participantes se colocan de pie formando un círculo y se le entrega a uno de ellos la bola de cordel; el sujeto tiene que decir su nombre, procedencia, trabajo que desempeña, interés en participar en este programa de intervención, expectativas, etc. Luego este toma la punta del cordel y lanza la bola a otro compañero quien a su vez debe presentarse de la misma manera. La acción se repite hasta que todos los participantes queden enlazados en una especie de telaraña. Una vez que todos se han presentado, quien se quedó con la bola debe regresarla al que se la envió repitiendo los datos de su compañero, así sucesivamente.

La siguiente técnica a emplear: Lista de expectativa. El coterapeuta escribirá las expectativas en un papelógrafo. Al finalizar uno de los terapeutas dirá: “En este grupo traemos... (Lista de expectativas)”. Esta red que se formó con el hilo representa la unión de este grupo como parte de una misma comunidad de homosexuales, aún cuando tengan diferencias individuales.

En un segundo momento a través de lluvia de ideas se elaboran las normas necesarias para el encuadre y el buen funcionamiento de la estrategia de forma grupal, además se escriben en un papelógrafo las normas propuestas por el grupo. Una vez que cada participante haya expresado su(s) idea(s), se somete a discusión y se seleccionan las normas que se establecerán durante todas las sesiones de trabajo, entonces se hace el encuadre, los terapeutas elaboran los criterios acerca de lo que piensan los homosexuales de la estrategia y se escriben en un papelógrafo los que más se acercan a la función de la estrategia.

Los terapeutas realizan otras acciones de intercambio que favorecen la interacción con los homosexuales para saber como se han sentido, si les ha gustado; proponen pasar a la última de las técnicas participativas propuestas como el

cierre de la sesión.

Para esta sesión se utilizará como recurso terapéutico la información.

Se utilizarán materiales para el uso de las técnicas participativas tales como hilo, papelógrafo y plumones.

Criterio de efectividad:

Asistencia de los miembros del grupo.

Interacción entre los miembros.

Manifestaciones verbales de expectativas positivas hacia el desarrollo de las sesiones futuras.

Expresiones emocionales positivas.

Segunda sesión:

Tema: Profundización de los conocimientos sobre alteraciones psicológicas.

Objetivos:

- Incrementar el nivel de conocimiento sobre las alteraciones psicológicas, tales como la ansiedad, depresión, autoestima, las dificultades en las relaciones interpersonales y en la comunicación.
- Reforzar el nivel de conocimiento que tienen los homosexuales sobre las manifestaciones clínicas de las alteraciones psicológicas y su origen.
- Estimular en los participantes el autoreconocimiento de las manifestaciones de algunas de las alteraciones psicológicas.
- Facilitar el desarrollo de habilidades personales en el empleo de técnicas y diferentes recursos, para la modificación de las alteraciones psicológicas.

Técnicas y recursos empleados y su descripción:

El terapeuta pide a los participantes que hagan un pequeño recuento de las

actividades de la sesión anterior y aprovecha este momento para aclarar conceptos, reformular problemas y recordar planteamientos importantes, etc.

A través de una “lluvia de ideas” se elaboran conceptos necesarios para el buen funcionamiento de la actividad y se escriben en un papelógrafo. Una vez que cada participante haya expresado su(s) idea(s), se someten a discusión y se seleccionan los conceptos que más se acercan a las definiciones existentes y quedarán funcionando durante todo el programa.

Se presenta el concepto de alteraciones psicológicas, luego se explica en que consiste cada una de ellas: ansiedad, depresión, autoestima baja, dificultades en las relaciones interpersonales y de comunicación, que son algunas de las encontradas. Posteriormente a través de la técnica “el correo” se le pide a los participantes que reconozcan algunas manifestaciones clínicas y algunos síntomas de las alteraciones psicológicas para tomar conciencia del modo que influyen en la creación y superación de las alteraciones psicológicas, a partir de los resultados obtenidos en las técnicas diagnósticas.

Se emplearán los ejercicios de relajación de Schultz enfatizando el elemento de aprendizaje para la ulterior aplicación por parte del paciente.

Criterios de efectividad:

-Participación activa de cada miembro con intervenciones en el grupo que ejemplifiquen las alteraciones psicológicas que presentan.

-Los miembros del grupo identifican las manifestaciones de las alteraciones psicológicas entre ellos.

-Expresiones emocionales que manifiesten las alteraciones que presentan tales como el miedo, llanto, ira, evitación, etc.

Recursos terapéuticos: información, catarsis, apoyo emocional.

Tercera sesión:

Tema: Concientización de las causas de las alteraciones psicológicas.

Objetivos: Favorecer el análisis de las causas que influyen en las alteraciones psicológicas y tomar conciencia de su superación.

El terapeuta pide a los participantes que hagan un pequeño recuento de las actividades de la sesión anterior y aprovecha este momento para aclarar conceptos, reformular problemas y recordar planteamientos importantes, etc.

Se empleará la técnica: “análisis de fuerzas que actúan y cambian una situación” para tomar conciencia del modo de encausar las fuerzas que influyen en la creación y modificación de las alteraciones psicológicas, a partir de los resultados obtenidos en las técnicas diagnósticas.

Lo importante en este momento es hacer tomar conciencia al grupo de las fuerzas que están latentes en la situación de cada participante y de la cual depende la facilitación o agravación de las alteraciones psicológicas.

Indicaciones para realizar el análisis:

1-Describa las alteraciones psicológicas.

2-Enumere las fuerzas que provocan el estado emocional y fuerzas que favorecen su adaptación. Estas fuerzas existen actualmente en las alteraciones.

3-Identifique actitudes, comportamientos, y motivaciones propias como factor causal de sus alteraciones.

4-Sugiera acciones específicas a tomarse para facilitar la modificación deseada.

Discusión:

- ¿Se dio un clima abierto, sincero, de confianza?
- ¿Las fuerzas que se propusieron responden a la realidad o reflejan intereses personales de los miembros del grupo?
- ¿Se logró conocer más a fondo la situación?

- ¿Las acciones propuestas están al alcance real del grupo?

Por último, se invita al grupo a sugerir acciones específicas que deben realizar para facilitar su modificación. Luego en grupo se asumen los compromisos que impliquen las acciones específicas más pertinentes.

Para terminar esta sesión se utilizará la técnica participativa “El túnel de la amistad”, en la que cada integrante selecciona una pareja y la toma de la mano de manera tal que quede conformado un túnel; para pasar por el mismo cada pareja debe decir un mensaje positivo.

Se utilizan como recursos terapéuticos la focalización y análisis de comportamientos conflictivos, en función de la importancia de identificarlos, cuando ocurren y porque es importante reconocerlos.

Se empleará los ejercicios de relajación de Schultz enfatizando el elemento de aprendizaje para la ulterior aplicación por parte del paciente.

Se utilizarán materiales como papelógrafo y plumones.

Criterio de efectividad:

-Participación activa de cada miembro con intervenciones en el grupo que expongan los factores del medio que propician las alteraciones psicológicas.

-Participación activa de cada miembro con intervenciones en el grupo que expongan los factores personales que propician las alteraciones psicológicas.

-Expresiones emocionales que manifiesten la implicación emocional en los factores causales.

Cuarta sesión: Los mitos sobre la orientación sexual homosexual.

Objetivos:

Abordar en el grupo nociones, construcciones y metáforas referentes a las creencias, mitos y tabúes que existen sobre la homosexualidad en la sociedad.

Facilitar a los participantes que se percaten de los estereotipos existentes sobre las personas con orientación homosexual y demostrar que tienen las mismas características a pesar de su orientación sexual.

Conocer conceptos erróneos y estigmatizaciones que condicionan patrones de conductas y estilos de vida, generando un ambiente negativo y consecuencias a nivel individual y social.

Reconocer lo erróneo de las ideas, nociones e imágenes que tiene la sociedad referente a la homosexualidad.

Técnicas y recursos empleados y su descripción:

Desarrollo: Los terapeutas pedirán a los participantes que hagan un pequeño recuento de las actividades del día anterior y recuerden planteamientos importantes.

Se aprovechará este momento para aclarar conceptos, reformular problemas, explicar ciertas opiniones sobre homosexualidad, recordar planteamientos importantes, etc.

Se divide en subgrupos, cada grupo escribe las características que representan al homosexual cubano y lo representan en un dibujo, luego lo exponen en plenaria y al final se compara con otros homosexuales conocidos y con los heterosexuales para demostrar que todos somos iguales y que no es más que un estereotipo.

Ahora se reconocen las palabras y las expresiones que se usan para referirse a las personas homosexuales. Digan palabras con las que se nombran a los homosexuales (espere ejemplos como: marica, gay, loca, pato, macho, etc.)

Escriba las listas en un papelógrafo, comente con el grupo aspectos de la lista tales como: extensión de cada una de las listas, es probable que existan muchos términos para nombrar a los homosexuales y una carencia para nombrar a los heterosexuales, será interesante plantear que esto se debe a que ser heterosexual frente a homosexuales se define por la negación de otros, o sea ser heterosexual

es no ser homosexual.

Abordar la variedad de significado de los términos (por ejemplo: pato =animal, loca = mujer (histérica – que sufre una enfermedad mental) comente la carga valorativa de los ejemplos (por ejemplo: insulto- halago, aprobación- rechazo). Contraste la lista homosexual con la lista heterosexual (para limitar el análisis puede pedir a los participantes que elijan cuatro términos y que se dediquen a ellos).

Una manera de analizar el significado y la carga valorativa de las palabras es ver la definición que da el diccionario. A esa definición se le puede agregar la de los participantes. Dada las definiciones se procede a determinar las asociaciones e implicaciones positivas o negativas de los términos. Véase el siguiente ejemplo extraído de la real academia española (el texto en letras negritas es de la autora).

Veamos el significado común de algunas de estas palabras.

Presenta la transparencia o hoja de la definición de marica, maricón, mariconada, esté pendiente a las reacciones emocionales que esto pueda generar. De ser necesario, intervenga con ellas y continúe luego.

Marica: Diminuto de María (nombre propio de mujer), hombre afeminado y de poco mimo y esfuerzo, hombre homosexual, insulto. **(Despreciable es el hombre que se parece a la mujer).**

Maricón: invertido, sodomita. Insulto. **(Es un insulto que te llamen marica o maricón).**

Mariconada: acción propia del maricón. Acción mal intencionada, mala pasada, acción indigna contra otro. **(Los homosexuales son personas indignas y despreciables).**

Se hace evidente que existe en el habla cotidiana una serie de ideas negativas hacia la homosexualidad. Estas palabras y creencias ilustran lo que se conoce como homofobia.

En una segunda etapa se presenta una hoja con la definición de homofobia.

Homofobia: son sentimientos y actitudes negativas hacia la homosexualidad en otras personas y hacia rasgos homosexuales en uno mismo. Como otras fobias la homofobia implica temor, rechazo y disgustos intensos que reducen la vida social y emocional de las personas, ya que estas tratan de evitar actos, situaciones y deseos asociados con aquello a lo que se teme. Esto llega al extremo de que los hombres que son padres sientan que es incorrecto abrazar y besar a sus hijos varones y de que los hombres se reprimen dar y recibir afecto de otros hombres.

Muchos términos asociados a los homosexuales son despectivos, ofensivos y degradantes.

Se utilizarán como recursos terapéuticos la clarificación para establecer lo esencial en la localización, análisis de los comportamientos conflictivos y la confrontación para hacer una focalización del problema, además se utilizaran otros materiales como hojas de papel, lápices, cinta adhesiva, papelógrafo, plumones.

Se emplearán los ejercicios de relajación de Schultz enfatizando el elemento de aprendizaje para la ulterior aplicación por parte del paciente.

Criterios de efectividad:

Reconocimiento de algunos conceptos, mitos y tabúes erróneos sobre los homosexuales.

Identificación de las diversas manifestaciones del rechazo social (homofobia).

Reconocimiento de lo erróneo de las ideas, nociones e imágenes que tiene la sociedad en torno a la homosexualidad.

Quinta sesión:

Tema: autovaloración y crecimiento personal.

Objetivos:

Estimular la reflexión en la construcción de un auto concepto que propicie el desarrollo de la autoestima y la realización personal.

Técnicas y recursos empleados y su descripción:

Los terapeutas pedirán a los participantes que hagan un pequeño recuento de las actividades del día anterior, se aprovechará este momento para reformular problemas, explicar ciertas opiniones sobre homosexualidad, recordar planteamientos importantes a partir de la técnica “Cambiar uno mismo”.

En el extremo opuesto del salón se colocan en la pared cartelones con las frases escritas “de acuerdo” y en otro “en desacuerdo”.

El terapeuta le pedirá a los participantes que se coloquen de pie en el centro del salón y le explicará que va a leer una serie de afirmaciones en las cuales los participantes tendrán que tomar una posición en uno de los dos extremos. No importa que su posición no sea totalmente de acuerdo o en desacuerdo, tomarán la posición más cercana a lo que piensan o entiendan. No se pueden quedar en el centro. Este es un ejercicio de selección forzada.

El terapeuta leerá cada afirmación dos veces. Luego que el grupo asuma sus posiciones, el otro terapeuta pedirá a uno de los participantes de cada lado que exprese por qué asumió esa posición. No habrá oportunidad para discusión, el resto del grupo sólo escuchará lo expresado. Se repetirá este proceso por cada una de las afirmaciones en la lista. El terapeuta no hará ningún comentario sobre la decisión de los participantes.

Al finalizar las afirmaciones, los participantes tomarán sus asientos y se repetirá la lista de afirmaciones. Se comienza la discusión pidiéndole al grupo comentarios sobre las afirmaciones que más les impactaron o les presentaron mayor dificultad.

Es importante explicar que gran parte de las afirmaciones son estereotipos de la sociedad, que se han internalizado a través de la vida, en nuestro proceso de socialización hemos recibido mensajes positivos o negativos que contribuyen a la construcción de nuestra escala de valores. Los valores al igual que los sentimientos, no son ni buenos ni malos, simplemente son.

Cada individuo tiene su propia escala de valores, la cual no es estática. También

se debe explicar sobre la diversidad de personas en la comunidad homosexual y recalcar la importancia de la solidaridad comunitaria aún en nuestras diferencias individuales. Debemos celebrar las diferencias, reconociendo los factores en común.

Afirmaciones de selección forzada:

1. No tengo que anunciar que soy homosexual públicamente.
2. A veces no me siento orgulloso de ser homosexual.
3. Hay ocasiones en las que es importante no ser tan amanerado.
4. Los homosexuales son promiscuos.
5. Las relaciones entre los homosexuales duran poco tiempo.
6. Los homosexuales no son felices.
7. Haría cualquier cosa por acostarme con un hombre que me gusta o una mujer que prefiera.
8. Los homosexuales tienen una personalidad débil.
9. Si tuviera un hijo no me gustaría que fuera homosexual.
10. No me atrevería a besar en público a mi pareja.
11. El mejor momento de una relación sexual es cuando me vengo.
12. Todos los homosexuales tienden a vestirse de Mujer (HSH) o de hombre (lesbianas).
13. Los homosexuales tienen que pagar para tener sexo.
14. Los homosexuales tienen que ayudar económicamente a sus amantes.

Posteriormente se realizará la sesión para desarrollar autovaloración y valoración en condiciones de trabajo en grupo a través de la técnica "Mí fotografía", aquí se coloca al grupo en círculo. Se entrega a cada uno un pedazo pequeño de cartulina

y un lápiz, se les indica que es necesario que cada uno haga un autorretrato que no tiene que ser exactamente su figura física, sino que puede ser un símbolo, cualquier expresión plástica que represente los rasgos esenciales de su persona y su proceder, tal como si se representara con esto.

Al dorso debe explicar lo que representan los símbolos utilizados en breves palabras. Después se hará la discusión en la que cada uno puede comentar su dibujo e intercambiar su significado.

En otro de los momentos de la sesión se utilizará la técnica participativa “El árbol de la vida” para estimular el proceso de autovaloración, autoestima y para que cada participante se conozca mejor a sí mismo y a los demás.

Este es un ejercicio exigente a la reflexión individual por lo que deben preverse ayudas. Consiste en asumir que nuestro cuerpo representa un árbol que está creciendo desde que nacimos y como tal eso se debe al funcionamiento de sus estructuras: RAÍCES, TRONCO, RAMAS, FLORES Y FRUTOS.

La tarea consiste en determinar que cuestiones de nuestra existencia pueden representar cada una de estas partes atendiendo a sus funciones naturales en un árbol verdadero. Es decir, ¿qué nos ha fijado y qué permite alimentarnos? (raíces), ¿qué nos sustenta y permite pasar los alimentos que recibimos para la vida? (tronco), ¿mediante qué mantenemos el intercambio con el medio? (ramas), ¿cuáles constituyen nuestras germinaciones potenciales? (flores). ¿qué cosas pudieran considerarse producto de nuestra existencia? (fruto).

Si algunos lo prefieren pueden hacer dibujos que simbolicen sus experiencias.

Finalmente se harán algunas generalizaciones al compartir los juicios y criterios expresados sobre la autovaloración, a través de lluvia de ideas los participantes elaborarán sus criterios acerca de lo que piensan de esta sesión y se escriben en un papelógrafo. Una vez que cada participante haya expresado su (s) idea(s), se somete a discusión y se seleccionan los que más se acercan a la autovaloración adecuada.

Aquí se utilizará como recurso terapéutico la integración cognitiva, en la que se discute la escala de valores y la comunicación, otros recursos como papelógrafo, plumones, cartulina.

Se emplearán los ejercicios de relajación de Schultz enfatizando el elemento de aprendizaje para la ulterior aplicación por parte del paciente.

Criterios de efectividad:

Reconocer actitudes positivas, valores que ayudan a crecer como ser humano y a autovalorarnos.

Participación activa en el reconocimiento de la importancia de la autovaloración.

Sexta sesión:

Tema: Autoestima y comunicación asertiva.

Objetivos:

Estimular actitudes asertivas ante situaciones conflictivas que generan valoraciones negativas sobre sí mismos.

Abordar la asertividad como recurso para el desarrollo de la autoestima.

Técnicas y recursos empleadas y su descripción:

El terapeuta pedirá a los participantes que hagan un pequeño recuento de las actividades del día anterior, aprovechará este momento para favorecer el crecimiento de la autoestima, reformular problemas, explicar ciertas opiniones sobre homosexualidad, recordar planteamientos importantes, etc.

Se empleará la técnica participativa “Zapatos viajeros” y “El árbol de la vida”, se entregará una hoja de papel doblado por el medio a lo largo donde se escribirán palabras sobre los homosexuales que nos den la imagen de su conducta. En el lado derecho de la hoja se escribirán los aspectos negativos y después en el lado izquierdo escribirán los aspectos positivos. (5 minutos para escribir en cada lado).

El terapeuta pedirá a los participantes que compartan su lista con el grupo y el otro terapeuta escribirá en papeles (previamente preparados) los mensajes que se compartan con el grupo (un comentario en cada papel, sugerimos utilizar un color para los mensajes positivos y otro para los mensajes negativos). Todos los mensajes aportados se pondrán en el piso en el medio del salón.

Comenzando por los mensajes negativos se valorará si todas las personas con orientación homosexual cumplen con esa característica, si no cumplen, se rompe el mensaje. (Algunas preguntas pueden hacerse de forma directa).

Luego se valoran los mensajes positivos y si todos los homosexuales cumplen esa característica se mantiene; si no cumplen se rompe el mensaje. El terapeuta debe quedarse con algunos mensajes generales como “son humanos o son del género humano, son iguales a los demás, pueden ser padres o madres, etc.”

Se invita a los participantes a romper los mensajes negativos y positivos que constituyen estereotipos sobre la homosexualidad y se colocan los mensajes positivos en la pared (con cinta adhesiva) como símbolos de mensajes que deben prevalecer, se invita a los participantes a añadir más mensajes. Después se comenzará el debate de cómo enfrentar las situaciones de rechazo, de no aceptación.

Otro momento se constituye a partir de la utilización de la técnica “Alimento para la vida” para reforzar los valores y capacidades personales, en la que se escribirán una de las siguientes frases en la hoja, enróllelas y amárrelas con un hilo o cinta de manera que quede como un diploma, deben hacerse bastantes diplomas para cada participante. Se coloca una bolsa y cada uno deberá coger uno.

Cuando todos tengan su diploma, se piden voluntarios para que lean en voz alta cambiando el TU por YO, antecedido por el nombre del miembro del grupo, por ejemplo, en vez de decir: “tú eres capaz”, el miembro del grupo diría: “mi nombre es Pedro y yo diría” y así sucesivamente.

Frases:

Tú eres una persona con mucho talento.

Tú eres honesto, trabajador, inteligente.

Tú sabes como hacer sentir bien a demás.

Tu personalidad ilumina.

Tú eres creativo.

Tú ayudas a otros cuando lo necesitan,

Y otras que se pueden crear.

En un segundo momento para mejorar las dificultades de la comunicación, a través del desarrollo de los recursos asertivos se realiza la “Técnica de los compartimentos asertivos”, se le explica a los participantes la importancia de una buena comunicación a partir de la utilización de frases como:

A mí me gustaría, yo quisiera, por favor, yo pienso, yo creo, yo opino.

Estimular comunicaciones que estén definidas por sus decisiones personales y sus derechos: yo no sé, yo no quiero, no me importa, ahora no, etc.

Los recursos terapéuticos utilizados son: la experiencia emocional correctiva y la persuasión, además se utilizaron otros materiales: hoja, hilo, cinta adhesiva, lápiz o plumones, papelógrafo.

Criterios de efectividad:

Reconocer la importancia del reconocimiento de nuestras virtudes y puntos fuertes, así como del beneficio emocional que reporta a todos la expresión mutua de estos aspectos.

Se emplearán los ejercicios de relajación de Schultz.

Resaltar la necesidad de reestructurar nuestras metas atendiendo a nuestras fortalezas.

Séptima sesión: Evaluación y cierre del programa.

Objetivo: Conocer las experiencias adquiridas.

Propiciar el crecimiento de la autoestima para facilitar su desarrollo personal.

Técnicas y recursos empleados y su descripción:

Se inicia la sesión con la técnica participativa “Las tres sillas” y se le explica que cada una representa lo positivo, lo negativo y lo interesante de las sesiones de trabajo, en un segundo momento se hará un debate acerca de las situaciones personales que han logrado transformar a partir de la experiencia y se creará un mural donde se expondrá en frases cortas un mensaje para las personas homosexuales.

Posteriormente para cerrar se hará la técnica: “Armando el muñeco” y “Encuentro de manos”.

Recursos terapéuticos: Ejercicios de relajación con visualización de las situaciones conflictivas o tensionantes y catarsis, otros materiales a utilizar son papelógrafo, plumones, sillas.

Criterios de efectividad:

Reconocer que ha sido provechosa cada sesión de trabajo y se han logrado superar los conflictos que en cierta medida nos producen alteraciones psicológicas.

Resaltar la participación activa de todos los miembros del grupo en cada sesión de trabajo.

## CONCLUSIONES:

1. En la generalidad de la muestra de 7 personas homosexuales del sexo masculino prevalecieron las edades entre 25-30 años y predominó el nivel escolar preuniversitario.
2. En el grupo estudiado se determinó el predominio de las alteraciones psicológicas de la esfera afectiva, tales como: el nivel de ansiedad alta como rasgo y estado, depresión moderada y grave en más de la mitad de la muestra y autoestima baja, aflorando sentimientos de inseguridad, autoreproche, inferioridad, culpabilidad y minusvalía, además de dificultades en la comunicación.
3. Se elaboró una estrategia psicoterapéutica para aplicar por un equipo de psicólogos entrenados previamente, dirigida a la atención de las alteraciones psicológicas diagnosticadas en personas con orientación homosexual de la muestra.

## RECOMENDACIONES:

1 - Aplicar la estrategia psicoterapéutica a las personas con orientación homosexual estudiadas, con el predominio de las alteraciones psicológicas de la esfera afectiva, el nivel de ansiedad alta como rasgo y estado, depresión moderada y grave y autoestima baja, aflorando sentimientos de inseguridad, autoreproche, inferioridad, culpabilidad y minusvalía, además de dificultades en la comunicación.

2- Realizar un estudio para proponer una estrategia dirigida al medio social que favorezca la atención de las personas con orientación homosexual portadores de las alteraciones psicológicas diagnosticadas.

## Bibliografía.

- Alfonso, A. C., y Rodríguez, L. M., (2004). HSH y Homosexuales Travestis: violencia en parejas del mismo sexo. *Revista de Sexología y Sociedad*, 10 (25), 6-11.
- Alfonso, R., Ochoa, C.R. (2009). *Frente a la orientación homosexual de los hijos*. [en línea]. La Habana: [s.n.]. Recuperado el 19 de enero 2010, de <http://www.org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg>
- Alonso, A. (2006). *Estudio de casos. Selección de lecturas*. La Habana: Félix Varela.
- Armas, J. (2009). *Aproximación al desarrollo histórico de la homosexualidad y retos para la sociedad*. [en línea]. La Habana: Habana Radio Che Guerrillero. Recuperado el 21 de enero 2010, de <http://www.org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg>
- Bedevia, A. (2008). *17 de mayo Cuba celebra por segunda ocasión el Día Mundial contra la Homofobia*. [en línea]. La Habana: CENESEX. Recuperado el 18 de enero 2010, de <http://www.org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg>
- Bernardos, G., y Aguiló, A. (2008) *¿Que hacer ante la homosexualidad?* [en línea]. La Habana: Radio Guáimaro. Recuperado el 18 de septiembre 2009, de <http://www.radioguaimaro.icrt.cu>
- Castro, M. (2006). El programa nacional de Educación Sexual en la estrategia cubana de desarrollo humano. *Revista de Sexología y Sociedad*, 8(20) ,4-9.
- Castro, M. (2007). Aproximación a la Transexualidad como nación Científica. *Revista de Sexología y Sociedad*, 13 (35) ,4-7.
- Castro, M. (2008) *¿Malsano o diferente?* [en línea]. La Habana: CENESEX. Recuperado 20 de septiembre 2009, de <http://www.uneac.org.cu/index.php?module=contenido&id=mariela2>
- Chacón, L. (2004). Estudio del comportamiento Sexual de HSH en Ciudad de La Habana. *Revista de Sexología y Sociedad*, 10(24) ,11-17.
- Chacón, L. L. (2002). La Prevención del VIH entre los hombres que tienen sexo

- con otros hombres (HSH). *Revista de Sexología y Sociedad*, 8(20) ,13-19.
- Clavijo, A. (2001). Crisis, familia y Psicoterapia. La Habana: Ciencias Médicas.
- Diamonel, M. (2003). Componentes Básicos de la sexualidad humana. *Revista Sexología y Sociedad*, 9 (23), 16-23.
- Díaz, C. (2007). La Educación de la Sexualidad en un Mundo Mediático. *Reflexiones desde Cuba. Revista de Sexología y Sociedad*, 13 (35), 26-30.
- Díaz, M. T. (2000). La dimensión del Género en los Medios de Comunicación. *Revista Sexología y Sociedad*, 6(15), 7-9.
- Diversidad sexual*. (s.f.). Recuperado el 15 de enero de 2010, de <http://www.org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg>
- Diversidad y orientación sexual*. (s.f.). Recuperado el 5 de diciembre de 2010, de [http://www.icap.cu/juventud/diversidad\\_sex.html](http://www.icap.cu/juventud/diversidad_sex.html)
- Duque, I., Hernández, M., y Chacón, L. L. (2008). Programa de taller para la formación de talleres Telefónicos. *Programa analítico*, (4), 3 -18.
- Duque, I., y Regueiro R. (2007). Programa de Taller para la formación de educadores pares. *Programa analítico*, (2), 3- 20.
- Duque, I., y Regueiro, R. (2006). Programa de Taller Metodológico HSH Entrenamiento de facilitadores. *Programa analítico*, (1), 3 -19.
- Edith, D. (2008). *Una mirada a la aceptación de la diversidad sexual*. [en línea]. La Habana: CENESEX. Recuperado el 15 de noviembre 2009, de <http://www.org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg>
- El mensaje que aún no llega*. (2009). Recuperado 5 de diciembre de 2009, de <http://es:Wikipedia.org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg>.
- Equipo de Investigaciones de Alma Mater. (2008). *Homosexualidad en Cuba: el precio de la diferencia* [en línea]. La Habana: Portal informativo de la Casa de Las Américas. Recuperado el 20 noviembre del 2009, de [org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg](http://www.org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg)
- Estilo de vida gay*. (s.f.). Recuperado el 20 de diciembre de 2009, de [org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg](http://www.org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg)
- Fitzgibbons, R. (2008). *Los orígenes de las inclinaciones y los comportamientos homosexuales* [en línea]. La Habana: CENESEX. Recuperado el 25 de

- noviembre 2009, de <http://es:Wikipedia.org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg>.
- Fuillerat, R. (2008). *Sexualidad: tabúes y prejuicios* [en línea]. La Habana: Científico-Técnica. Recuperado el 23 de enero de 2010, de [fuillerat@yahoo.es](mailto:fuillerat@yahoo.es)
- Garreaga, G. (2006). Aproximación para el estudio de la diversidad sexual. *Revista de Sexología y Sociedad*, 12(22), 10-13.
- González R. (2009). *El homosexual no es un extraño* [en línea]. La Habana: ICRT. Recuperado el 13 de febrero de 2010, de [rcabrera@digital@cmad.icrt.cu](mailto:rcabrera@digital@cmad.icrt.cu). [trabajadores.cu](http://www.trabajadores.cu).
- González R. (2009). *El homosexual no es un extraño* [en línea]. La Habana: ICRT. Recuperado el 13 de febrero de 2010, de [rcabrera@digital@cmad.icrt.cu](mailto:rcabrera@digital@cmad.icrt.cu). [www.trabajadores.co.cu](http://www.trabajadores.co.cu) y [www.trabajadores.co.cu](http://www.trabajadores.co.cu).
- González, A., y Castellano, B. (2006). *Sexualidad y Género*. (2 ed.). La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- González, A., y Castellano, B. (2003). Homosexualidad y sus causas: ¿genéticas, hormonales, psicológicas o sociales? *Revista de Sexología y Sociedad*, 11 (20) ,11-16.
- González, F. M., y Martín, M. (2006). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. (2 ed.). La Habana, Cuba: Psicología en Ciencias Médicas.
- Gordillo, L. (2008). *Rompiendo Exclusiones*. [en línea]. La Habana: CENESEX. Recuperado el 3 de marzo de 2010, de <http://www.org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg>
- Guerrero, N. (2008). *Diversidad Sexual*. [en línea]. La Habana: Centro de Estudios Sobre la Juventud. Recuperado el 5 de marzo de 2010, de [www.org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg](http://www.org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg)
- Homosexual, ¿y qué...?* (s.f.). Recuperado el 3 septiembre de 2009, de <http://www.org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg>
- Homosexualidad*. (s.f.). Recuperado el 19 septiembre de 2009, de <http://es:Wikipedia.org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg>
- Iglesias, D. (2008). *Las hijas de Safo también viven aquí*. [en línea]. La Habana:

- CENESEX. Recuperado el 10 de marzo de 2010, de [org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg](http://www.org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg)
- Kaplan, I., Harold, y Sadock, J. B. (s.f.). *Terapia de Grupo*. (3 ed.). La Habana: Editorial Ciencia Médicas.
- López, F. (1996). Historia de la Sexología. *Revista de Sexología y Sociedad*, 2(5), 16- 22.
- Los derechos sexuales y reproductivos, y la orientación sexual* (s.f.). Recuperado el 15 de noviembre del 2010, de <http://www.org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg>
- Masters, W., Johnson, V., y Kolodny, R. (1987). *La Sexualidad humana*. La Habana: editorial Ciencias Médicas.
- Maya, I. (2004). La Gay también vende. *Revista de Sexología y Sociedad*, 10 (26) ,12-19.
- Méndez, M., Mustelie, S., y Pérez, A. (2002). *Homosexuales: ¿iguales o diferentes?* [en línea]. Santiago: Universidad de Oriente. Recuperado el 15 de diciembre 2009, de <http://www.org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg>
- Ministerio de Salud Pública. Centro Nacional de Formación de ITS/VIH/ SIDA. (2006, abril). *Dedicada a Hombres que Tienen Sexo con otros Hombres (HSH)* (informe No 2). La Habana: Autor.
- MINSAP, Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA, (2007, marzo). *Autoestima*. (Informe No. 2). La Habana: Autor.
- MINSAP, Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA, (2007, abril). *Sexualidad Homo*. (Informe No. 1). La Habana: Autor.
- MINSAP, Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA, (2007, marzo). *Autoestima*. (Informe No. 2). La Habana: Autor.
- Montoya, G. J., y Risco. N, L. (2006). *Confidencialidad de la orientación sexual en psiquiatría* [en línea]. La Habana: OMS. Recuperado el 2 de febrero del 2010, de <http://www.sonepsyn.cl>.
- Peláez, J. (2003). *Hacia una comprensión general de la relación sexo-género sociedad*. [en línea]. La Habana: Editorial Científico-Técnica. Recuperado

el 10 de abril de 2010, de [org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg](http://org/wiki/archivo:rainbow-flag-and-blue-skies.jpg)

Pineda, B., Alvarado, E. I. de, y Canales, F. H. de (1994). *Metodología de la investigación. Manual Para el desarrollo del personal de salud* (2da ed.). La Habana, Cuba: Organización Panamericana de Salud.

Ramonet, I. (2006). *Cien Horas con Fidel*. La Habana, Cuba: Federico Engels.

Roque, A. (2009). *Aprovechar todos los espacios* [en línea]. La Habana: CENESEX. Recuperado el 19 de noviembre 2009, de [Juventudjtecnic@editoraabril.co.cuwebmaster.jtecnic@gmail.com](mailto:Juventudjtecnic@editoraabril.co.cuwebmaster.jtecnic@gmail.com).

Santillano, I. (2009). *Los derechos sexuales y reproductivos, y la orientación sexual* [en línea]. La Habana: CENESEX. Recuperado el 19 de diciembre 2009, de <http://www.juventudtecnica.cu/Juventud%20T/dilemas/2009/paginas/orientacion%20sexual3.html>

Sierra, I. (2008). La Policía del Sexo. La homofobia durante el siglo XIX. *Revista de Sexología y Sociedad*, 14 (36) ,14- 19.

Velandia, M. (2007). De la Identidad Sexual como experiencia y concepto fijo a la identidad sexual como construcción vivencial y conceptual en la movilidad. *Revista Sexología y Sociedad*, 13(33) ,4-12.

Villavicencio, N de (2001). *Psicología y salud*. La Habana: Ciencias Médicas.

Zaldívar, D., Vega, R., y Roca, M. (2004). *Psicoterapia General*. La Habana: Félix Varela.

Anexo 1

Consentimiento Informado:

Yo: -----

Quién suscribe este documento, estoy de acuerdo en participar en el estudio:  
Estrategia psicoterapéutica para la modificación de alteraciones psicológicas en  
personas con orientación homosexual.

Se me ha explicado que:

Mi participación es voluntaria y puedo retirarme del estudio sin que implique  
afectación alguna en mis relaciones con los profesionales que investigan según  
las normas nacionales de salud y las leyes del estado cubano y para que así  
conste firmo este documento de consentimiento informado junto con los  
encargados del mismo.

A los ----- días del mes de ----- del 2009.

-----  
Nombre y Firma del interesado.

Nombre y Firma del investigador.

## Anexo 2

Guía de observación:

Objetivo: Obtener la mayor cantidad de información sobre el problema y crear una relación adecuada con las personas con orientación homosexual.

Guía para observar el examinado durante la aplicación de los diferentes métodos y técnicas:

- ✓ Expresión facial:
  - Seria, despreocupada, deprimida, risueña, extraña como fuera de contexto, etc.
- ✓ Postura:
  - La persona se encuentra apoyada, recostada, relajada, de lado, con las piernas entrecruzadas, sentada sobre una pierna, etc.
- ✓ Conducta:
  - Intranquilidad, sudoración, tics nervioso, intenta levantarse con frecuencia o de hecho lo hace, camina, está retraída, inhibida como si quisiera pasar inadvertida, recelosa o temerosa, mira de reojos, trata de tapar lo que está haciendo, realiza movimientos de pies o manos, pide permiso para ir al baño, etc.
- ✓ Expresión oral:
  - Forma de comunicarse, expresividad, silencios, lentitud o rapidez, pausas cambios bruscos de tono.
- ✓ Apariencia física:
  - Observar su higiene personal, si está arreglado, limpio, desaliñado, gestos.
- ✓ Actitud ante la tarea:
  - Si se muestra dispuesto a realizar la tarea, cooperador, rechazo ante la tarea, evasivo, temeroso.
- ✓ Actitud ante el examinador:
  - Si se muestra cooperador, tranquilo, temeroso, receloso, hostil, afable, intranquilo, callado, hablador.

### **Anexo 3**

Entrevista semiestructurada.

Nombre \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Nivel de escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

- 1\_ ¿Cuándo comenzaste tus relaciones sexuales?
  - 2\_ ¿Con quién la realizaste, con alguien del mismo sexo o del sexo opuesto?
  - 3\_ ¿Cómo fue esa primera experiencia?
  - 4\_ ¿Cuál es tu orientación sexual? ¿Realmente es lo que prefieres? ¿Por qué?
  - 5\_ ¿Asumes algún tipo de riesgo por tu orientación sexual? ¿Cuál?
  - 6\_ ¿En algún momento te has visto expuesto en algún tipo de presión? ¿Por parte de quién?
  - 7\_ ¿Cómo asumen tus padres tu orientación sexual? ¿Por qué?
  - 8\_ ¿Cómo se relaciona usted con su familia?
  - 9\_ ¿Te gustaría que fuera de otra manera?
  - 10\_ ¿Cómo son las relaciones interpersonales en su trabajo?
  - 11\_ En la sociedad se manifiesta una marcada recriminación a los homosexuales. ¿Lo ha percibido usted? ¿De qué modo le afecta?
  - 12\_ ¿Desearías ser aceptado en la sociedad tal y como eres? ¿Por qué?
- .

#### **Anexo 4**

Instrucciones:

En esta hoja vas a hacer una composición sobre tu persona con el siguiente título:

“Cómo quisiera ser”.

## Anexo 5

### TEST DE COMPLETAR FRASES.

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Ocupación y Centro de Trabajo \_\_\_\_\_

Instrucciones para la prueba: complete o termine esta frase para que exprese sus verdaderos sentimientos, ideas u opiniones. Trate de completar todas las frases.

1. Me gusta \_\_\_\_\_

2. El tiempo mas feliz \_\_\_\_\_

3. Quisiera saber \_\_\_\_\_

4. En el hogar \_\_\_\_\_

5. Lamento \_\_\_\_\_

6. A la hora de acostarme \_\_\_\_\_

7. Los hombres \_\_\_\_\_

8. El mejor \_\_\_\_\_

9. Me molesta \_\_\_\_\_

10. La gente \_\_\_\_\_

11. Una madre \_\_\_\_\_

12. Siento \_\_\_\_\_

13. Mi mayor temor \_\_\_\_\_

14. En la escuela \_\_\_\_\_

15. No puedo \_\_\_\_\_

16. El deporte \_\_\_\_\_

17. Cuando yo era niño (a) \_\_\_\_\_

18. Mis nervios \_\_\_\_\_

19. Las otras personas \_\_\_\_\_

20. Sufro \_\_\_\_\_

21. Fracase \_\_\_\_\_

22. La lectura \_\_\_\_\_

23. Mi mente \_\_\_\_\_

24. El impulso sexual \_\_\_\_\_

25. Mi futuro\_\_\_\_\_
26. Yo necesito\_\_\_\_\_
27. El matrimonio\_\_\_\_\_
28. Estoy mejor cuando\_\_\_\_\_
29. .Algunas veces\_\_\_\_\_
30. Me duele\_\_\_\_\_
31. Odio\_\_\_\_\_
32. Este lugar\_\_\_\_\_
33. Estoy muy\_\_\_\_\_
34. La preocupación principal\_\_\_\_\_
35. Deseo\_\_\_\_\_
36. Mi padre\_\_\_\_\_
37. Yo secretamente\_\_\_\_\_
38. Yo\_\_\_\_\_
39. Las divisiones\_\_\_\_\_
40. MI mayor problema es\_\_\_\_\_
41. La mayoría de las mujeres\_\_\_\_\_
42. El trabajo\_\_\_\_\_
43. Amo\_\_\_\_\_
44. Me pone nerviosa\_\_\_\_\_
45. Mi principal ambición\_\_\_\_\_
46. Yo prefiero\_\_\_\_\_
47. Mi problema principal en la elección de carrera, profesión o trabajo\_\_\_\_\_
48. Quisiera ser\_\_\_\_\_
49. Creo que mis mejores aptitudes son\_\_\_\_\_
50. Mi personalidad\_\_\_\_\_
51. La felicidad\_\_\_\_\_

Posibles variables a considerar:

<u>Variable</u>	<u>Ítems</u>
Auto-concepto	(18, 23, 25, 32, 37, 38, 48, 49,50).
Estados interiores-afectividad	(5,6,9,12,13,20,28,29,33,34,43,44,51)
Motivaciones	(1, 3, 22, 35, 39, 42, 45, 46,47)
Valores y actitudes	(8, 16, 31,41)
Problemas y fracasos	(2, 15, 21, 26,46).
Relaciones interpersonales	(7, 10,19)
Infancia y hogar parental	(4, 11, 14, 17,36).
Sexo y matrimonio	(26)

Otra forma para la calificación del Rotter de adulto es la siguiente:

	Preguntas a considerar
1. Ítems en relación con la esfera familiar	4, 11, 35, 42
2. Ítems en relación con las relaciones interpersonales	7, 10, 14, 19, 38, 39, 40, 41, 42
3. Ítems en relación con los intereses y vocación	3, 14, 16, 21, 22, 34, 44, 47, 48
4. Ítems en relación con la esfera personal	1, 5, 6, 9, 12, 13, 15, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 29, 30, 32, 33, 36, 37, 39, 42, 43, 45, 46, 49
5. Ítems en relación con el amor y el matrimonio	26, 42, 50

**Instrucciones al examinador:** Complete o termine estas frases para que expresen sus verdaderos sentimientos, ideas u opiniones. Trate de completar todas las frases.

El Rotter es una técnica que puede construirse en dependencia de los objetivos que se persiguen.

Los resultados obtenidos a través de la técnica de completamiento e frases constituyen hipótesis que deben ser verificadas mediante diversas baterías de pruebas psicológicas, entrevistas al paciente y otras fuentes de información.

## Anexo 6.

El inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

### IDARE

#### Inventario de autovaloración

(Variante de C. D. Spielberg, A. Martínez Urrutia, F. Glez. Reigoza, L. Natalicio, y R. Díaz Guerrero, Modificado por: J. Grau, y B castellanos)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen escritas abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique como se siente ahora mismo, o sea, en estos momentos. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que más describa sus sentimientos ahora.

	Nb (1)	Un poco (2)	Bastante (3)	Mucho (4)
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso (a)				
4. Estoy contrariado (a)				
5. Me siento a gusto				
6. Me siento alterado (a)				
7. Estoy preocupado (a) por algún contratiempo				
8. Me siento descansado				
9. Me siento con confianza				
10. Me siento ansioso				
11. Me siento cómodo				
12. Me siento con confianza en mi mismo				
13. Me siento nervioso				
14. Estoy agitado				
15. Me siento a punto de explotar				
16. Me siento relajado				
17. Me siento satisfecho				
18. Estoy preocupado				
19. Me siento muy excitado y aturdido				
20. Me siento alegre				
21. Me siento bien				

## IDARE

**Instrucciones:** algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen escritas abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique como se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que más describa sus sentimientos generalmente.

	Casi Nunca (1)	Algunas Veces (2)	Frecuente- mente-3	Casi siempre (4)
22. Me canso rápidamente				
23. Siento ganas de llorar				
24. Quisiera ser tan feliz				
25. Me pierdo cosas por no decidirme rápidamente				
26. Me siento descansado				
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy Feliz				
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho				
32. Me falta confianza en mí mismo				
33. Me siento seguro				
34. Trato de evitar una crisis o dificultad				
35. Me siento melancólico				
36. Estoy satisfecho				
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente				
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos, me pongo tenso y alterado.				
41. Me siento bien				

### Resumen: Estrategia de calificación IDARE

A. Estado

$$3+4+6+7+9+12+13+14+17+18= X$$

$$1+2+5+8+10+11+15+16+19+20=Y$$

$$(X-Y)+50=$$

\_\_\_ Alto ( $\geq 45$ )

\_\_\_ Medio (30-44)

\_\_\_ Bajo ( $\leq 30$ )

B. Rasgo

$$22+23+24+25+28+29+31+32+34+35+37+38+40 = X$$

$$21+26+27+30+33+35+39 = Y$$

$$(X-Y)+35=$$

\_\_\_ Alto ( $\geq 45$ )

\_\_\_ Medio (30-44)

\_\_\_ Bajo ( $\leq 30$ )

## **Anexo 7.**

Ahora te presentaremos una hoja de papel, debe escribir en ella sus diez principales deseos en la vida en orden jerárquico, tratando de que sea lo más sincero posible.

### Técnica de los 10 deseos:

1. Yo deseo \_\_\_\_\_
2. Yo deseo \_\_\_\_\_
3. Yo deseo \_\_\_\_\_
4. Yo deseo \_\_\_\_\_
5. Yo deseo \_\_\_\_\_
6. Yo deseo \_\_\_\_\_
7. Yo deseo \_\_\_\_\_
8. Yo deseo \_\_\_\_\_
9. Yo deseo \_\_\_\_\_
10. Yo deseo \_\_\_\_\_

**Objetivo de la Técnica:** Consiste en que el sujeto investigado debe escribir en una hoja de papel sus diez principales deseos en la vida en orden jerárquico.

Los datos obtenidos se analizarán según los siguientes parámetros:

#### **1. Clasificación de los deseos según el tema o contenido expresado:**

- Hacia el Estudio.
- Hacia la Profesión.
- De Realización Personal: ser destacado, feliz, casarse, etc.
- Placer personal: Ir a la Playa, al cine, etc.
- Obtención de bienes materiales.
- Hacia la familia.
- Hacia los amigos.
- Hacia lo social.
- Hacia la pareja.
- Hacia la salud.

## **2. Frecuencia de aparición y amplitud de deseos:**

- Nos permite conocer si los deseos se relacionan entre sí o no. Esto nos demuestra si realmente el sujeto se orienta hacia su deseo principal y los demás se ponen en función del mismo, o si por el contrario la diversidad de deseos es muy amplia. Lo primero debe caracterizar al joven, y lo segundo al adolescente.

## **3. Polaridad afectiva:**

- Positiva: si expresa agrado en la respuesta.
- Negativa: si expresa desagrado.
- Contradictoria: si expresa agrado y desagrado al mismo tiempo. Ejemplo: El estudio a veces me agrada y otras no.
- Indefinida: impreciso. Ejemplo: El estudio puede ser importante.

## **4. Nivel de implicación personal:**

- Se determina por el poder de compromiso individual del sujeto con la respuesta dada al utilizar palabras. Ejemplo: mi, yo, mío, tengo, soy, etc. Si utiliza términos impersonales lo expresado no forma parte del contenido de su personalidad.

## **5. Omisiones:**

- Indica estrechez motivacional.

Anexo 8.

**Inventario de Beck.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**A**

- No estoy triste.
- Siento desgananzas de vivir, o bien estoy triste.
- Siento siempre desgananzas de vivir, o bien estoy siempre triste o bien no lo puedo remediar.
- Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho.
- Estoy tan siempre triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más.

**B**

- No estoy demasiado pesimista ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro.
- Me siento desanimado por lo que se refiere a mi futuro.
- Creo que no debo esperar ya nada.
- Creo que jamás me libraré de mis penas y preocupaciones.
- Tengo la impresión que mi futuro es desesperado y que no mejorará mi situación.

**C**

- No tengo la sensación de haber fracasado.
- Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas.
- Creo que he fracasado por completo.
- Cuando pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos.
- Creo que he fracasado por completo.

**D**

- No estoy particularmente descontento.
- Casi siempre me siento aburrido.
- No hay nada que me alegre como me alegraba antes.
- No hay nada en lo absoluto que me proporcione una satisfacción.

Estoy descontento del todo.

## E

No me siento particularmente culpable.

Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada.

Me siento culpable.

Ahora tengo constantemente la impresión de que hago las cosas mal o de que no valgo nada.

Considero que soy muy malo, que hago todo muy mal y que no valgo nada absolutamente.

## F

No tengo la impresión de merecer un castigo.

Creo que me podría pasar algo muy malo.

Tengo la impresión de que ahora o muy pronto voy a ser castigado.

Creo que merezco ser castigado.

Quiero ser castigado.

## G

No estoy descontento de mí mismo.

Estoy descontento de mí mismo.

Me gusta a mí mismo.

No puedo soportarme a mí mismo.

Me odio.

## H

No tengo la impresión de ser peor que los demás.

Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.

Me hago reproches por todo lo que no sale bien.

Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes.

## I

No pienso ni se me ocurre quitarme la vida.

A veces se me ocurre quitarme la vida pero no lo haré.

Pienso que sería preferible que muriera.

He planeado como podría suicidarme.

Creo que sería mejor para mi familia que yo muriera.

Si pudiera me suicidara.

#### **J**

No lloro más de lo corriente.

Lloro con mucha frecuencia, mucho más de lo corriente.

Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo.

Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes.

#### **K**

No me siento más irritado que de costumbre.

Me enfado y me irrito con más facilidad que antes.

Estoy constantemente irritado.

Ahora no me irritan ya las cosas con las que antes me enfadaba.

#### **L**

No he perdido el interés por los demás.

Me intereso por los demás menos que antes.

Los demás no me interesan nada, todo el mundo me es totalmente indiferente.

He perdido casi por completo el interés por los demás y siento poca simpatía por las demás personas.

#### **M**

Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones.

Ahora me siento menos seguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones.

Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo.

Me siento completamente incapaz de tomar alguna decisión por pequeña que sea.

#### **N**

No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.

Tengo la impresión de presentar peor aspecto cada vez más.

Temo que mi aspecto cause mala impresión o de parecer avejentado.

Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.

**O**

- Trabajo con la misma facilidad de siempre.
- Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.
- Ya no trabajo tan bien como antes.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa.
- Me siento incapaz de realizar cualquier trabajo por pequeño que sea.

**P**

- Duermo tan bien como de costumbre.
- Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre.
- Me despierto demasiado temprano por la mañana y no puedo dormir más de cinco horas.
- Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.

**Q**

- No me canso más que de costumbre.
- Me canso más pronto que antes.
- Cualquier cosa que hago me cansa.
- Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer cualquier cosa por poco esfuerzo que me cueste.

**R**

- Mi apetito no es peor que de costumbre.
- No tengo tanto apetito como antes.
- Tengo mucho menos apetito que antes.
- No tengo en absoluto ningún apetito.

**S**

- No he perdido peso, si lo he perdido lo he perdido poco.
- He perdido más de 2 Kg. de peso.
- He perdido más de 4 Kg. de peso.
- He perdido más de 7 Kg. de peso.

**T**

- Mi salud me preocupa más que de costumbre.

Me molesto constantemente por mis molestias físicas.

No hago nada más que pensar en mis molestias físicas.

Mis molestias físicas me afectan y me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en otras cosas.

## **U**

No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por las cosas sexuales.

Me intereso menos que antes por cosas relativas al sexo.

He perdido todo interés por las cosas del sexo.

**Guía de calificación para hacer la clave calada.**

**Inventario de Depresión de Beck**

							<b>Gráfico</b>				
							0	1	2	3	
1	0 A	1 B	2 C	2 D	3 E	-					Estado de ánimo
2	0 A	1 B	2 C	2 D	-	-					Pesimismo
3	0 A	1 B	2 C	2 D	3 E	-					Fracaso
4	0 A	1 B	1 C	2 D	3 E	-					Descontento
5	0 A	1 B	2 C	2 D	3 E	-					Sentimiento de culpa
6	0 A	1 B	2 C	3 D	3 E	-					Necesidades
7	0 A	1 B	1 C	2 D	3 E	-					Odio a sí mismo
8	0 A	1 B	2 C	2 D	-	-					Auto acusación
9	0 A	1 B	2 C	2 D	2 E	3 F					Impulso suicida
10	0 A	1 B	2 C	3 D	-	-					Llanto
11	0 A	1 B	2 C	3 D	-	-					Irritabilidad
12	0 A	1 B	2 C	3 D	-	-					Aislamiento social
13	0 A	1 B	2 C	3 D	-	-					Incapacidad de



- 7. A B C D E
- 8. A B C D
- 9. A B C D E F
- 10. A B C D
- 11. A B C D
- 12. A B C D
- 13. A B C D
- 14. A B C D
- 15. A B C D E
- 16. A B C D
- 17. A B C D
- 18. A B C D
- 19. A B C D
- 20. A B C D
- 21. A B C D

**HOJA DE CALIFICACIÓN Y PERFIL.**  
**Inventario de Depresión de BECK**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DIMENSION	1	2	3
1. Estado de ánimo.			
2. Pesimismo.			
3. Fracaso.			
4. Descontento.			
5. Sentimientos de culpa.			
6. Necesidad de castigo.			
7. Odio a sí mismo.			

8. Autoacusaciones.			
9. Impulsos suicidas.			
10. Llanto.			
11. Irritabilidad.			
12. Aislamiento social.			
13. Incapacidad de decisión.			
14. Imagen corporal.			
15. Incapacidad para el trabajo.			
16. Trastornos de sueño.			
17. Fatigabilidad.			
18. Pérdida de apetito.			
19. Pérdida de peso.			
20. Hipocondría.			
21. Pérdida de libido.			

Muy bajo (0-4)

Dep. Leve (13-20)

Dep. Moderada (21-25) \_\_\_ Dep. Severa (más de 26) \_\_ Puntuación \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

No dep. (5-12)\_\_\_

Dep. Leve (13-20)\_\_\_

Dep. Moderada (21-25) \_\_\_

Dep. Severa (más de 26) \_\_\_

Puntuación \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Anexo 9

**Inventario de autoestima Coopersmith**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Lea detenidamente las oraciones que a continuación se presentan y responda SI o NO de acuerdo a la relación en que lo expresado se corresponda con usted. No hay respuestas buenas o malas, se trata de conocer cuál es su situación de acuerdo con el asunto planteado.

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1-Generalmente los problemas me afectan muy poco	_____	_____
2-Me cuesta trabajo hablar en público	_____	_____
3-Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí	_____	_____
4-Puedo tomar una decisión fácilmente	_____	_____
5-Soy una persona simpática	_____	_____
6-En mi casa me enoja fácilmente	_____	_____
7-Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo	_____	_____
8-Soy popular entre las personas de mi edad	_____	_____
9-Mi familia generalmente tiene en cuenta mis sentimientos	_____	_____
10-Me doy por vencido (a) fácilmente	_____	_____
11-Mi familia espera demasiado de mí	_____	_____
12-Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy	_____	_____
13-Mi vida es muy complicada	_____	_____
14-Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas	_____	_____
15-Tengo mala opinión de mí mismo	_____	_____
16-Muchas veces me gustaría irme de casa	_____	_____

- 17-Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo \_\_\_\_\_
- 18- soy menos guapo(o bonita) que la mayoría de la gente \_\_\_\_\_
- 19-Si tengo algo que decir generalmente lo digo \_\_\_\_\_
- 20-Mi familia me comprende \_\_\_\_\_
- 21-Los demás son mejores aceptados que yo \_\_\_\_\_
- 22-Siento que mi familia me presiona \_\_\_\_\_
- 23-Con frecuencia me desanimo con lo que hago \_\_\_\_\_
- 24-Muchas veces me gustaría ser otra persona \_\_\_\_\_
- 25-Se puede confiar muy poco en mí \_\_\_\_\_

**Calificación:**

- 1 La calificación se realiza otorgando 1 punto en aquellos ítems que están redactados en sentido positivo y a los cuales el sujeto responde afirmativamente (SI). Estos ítems son: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20.
- 2 Cuando el sujeto contesta "NO" en cualquiera de los restantes ítems se le asigna un punto (1) a ese ítem.
- 3 Al final son sumados estos puntajes obteniéndose una puntuación total.
- 4 Este resultado se interpreta a partir de una norma de percentiles confeccionada para clasificar a los sujetos en función de tres niveles:

**TABLA DE CALIFICACIÓN**

<u>CALIFICACION:</u>	<u>PUNTAJE</u>
Nivel alto de autoestima.	19 a 24 puntos
Nivel medio de autoestima	13 a 18 puntos
Nivel bajo de autoestima	menos de 12 puntos

## Caso -1 AAB

Paciente de 26 años de edad que acude a consulta por presentar síntomas de depresión asociados a problemas en su trabajo, refiere que es homosexual y esto trae consigo que sea rechazado por sus compañeros de trabajo y hasta por su familia. Es técnico medio en comercio y gastronomía, realiza labor de dependiente en una unidad gastronómica.

Se mostró colaborador, con cierta ansiedad, muy expresivo, usó palabras muy vulgares no acordes a su nivel cultural, necesitaba niveles de ayuda, con frecuencia esto se asocia a su nivel alto de ansiedad, sus proyectos de vida eran muy limitados, toda su proyección estuvo dirigida hacia sus carencias afectivas desde la óptica de la familia y su rechazo por ser homosexual, en ocasiones refería frases de desprecio hacia sí mismo dadas por la presión social a la que se veía sometido todos los días.

Convive solo, su padre lo abandonó y su madre también, no tiene relación de pareja estable por lo que no cuenta con un apoyo emocional al no tener un sostén en quien confiar todas sus necesidades afectivas, lo que trae consigo una autoestima baja, sin embargo es buen trabajador, cumplidor con su trabajo, aunque aceptado solo por las mujeres del centro de trabajo.

## Caso .2 MPL

Paciente de 35 años de edad, nos llega a consulta por presentar alopecia asociada al exceso de trabajo, trabaja en el hospital como técnico de laboratorio clínico, se observa tranquilo, cooperador, aunque se frota las manos con frecuencia, se las pone en la cara, emite sonidos guturales lo que indica ser portador de un nivel alto de ansiedad, además refiere esto le ha sucedido en otras ocasiones y ha necesitado ayuda profesional.

Mantiene relación estable aunque siente nostalgia y tristeza porque este se encuentra de misión, convive solo, su mamá se preocupa mucho por él, lo visita con frecuencia al igual que su papá, el cual lo ayuda mucho y aunque no refiere nada sobre su orientación homosexual el sabe que no acepta que sea así, se preocupa mucho por su salud y por que no le falte comida.

Manifiesta que se siente en ocasiones culpable por ser así pues de no ser homosexual no tendría tantos problemas en su vida con otras personas, porque él quisiera ayudarlas más. En su trabajo es muy bueno y tiene buenas relaciones con sus compañeros aunque a veces está desmotivado.

### Caso -3 MPH

Paciente de 28 años de edad que llega a consulta por presentar trastorno del sueño, insomnio, anorexia y está preocupado por que no puede casi dormir y ha notado que después se siente irritable, no quisiera que nadie le hable y hasta llega a maltratar a las personas en ocasiones.

En consulta coopera bien, con frecuencia se queda callado y distráctil, se siente rechazado, que no tiene amigos, no lo aceptan, no sabe hacer nada bien. Refiere que con frecuencia su humor es cambiante, de momento está alegre y sin motivo aparente se siente triste, lo que influye en su rendimiento como trabajador pues se torna lento, se muestra desmotivado.

Convive solo con su pareja pero cambia con frecuencia la misma; trabaja como estilista en una peluquería y su pareja es su ayudante. Sus padres tuvieron muchos problemas antes que los llevaron a la separación por culpa de él, su papá no aceptaba que su hijo fuera homosexual al igual que su hermano, pero esos problemas se han superado un poco y están juntos nuevamente.

Sus aspiraciones y deseos están en el área de aceptación familiar, principalmente relacionada con su hermano y su padre.

Refleja preocupaciones por esto, quisiera que su vida fuera normal como las demás personas. Se observan además marcadas necesidades de reconocimiento social, expresión de una débil autovaloración, con mecanismos de enfrentamiento de evasión al medio.

#### Caso -4 URS

Paciente de 25 años de edad que llega a consulta porque está muy ansioso, come mucho y frecuentemente, le sudan las manos, se come las uñas, se le salen las lágrimas sin motivo aparente. Refiere que desde que en su trabajo lo cogieron “para el trajín”, como chantaje, presenta un rechazo al mismo que no quiere trabajar más y no desea salir a la calle.

Se muestra marcadamente inquieto, su rostro impresiona angustia intensa y expectante, niega conflictos en el hogar y refiere que solo es en su trabajo. En consulta coopera bien pero se muestra ansioso, se para constantemente, se comunica poco, responde con monosílabos y necesita ser estimulado para que converse más.

Convive con su mamá la cual lo acepta como es, refiere que nunca le reprochó nada porque el se considera un buen hijo, buen trabajador, pero sus compañeros de trabajo están llenos de prejuicios al igual que la mayoría de la sociedad.

Sus mayores aspiraciones son que las personas vean a los homosexuales como los demás, con los mismos valores, capaces de llevar a cabo cualquier tarea por difícil que esta sea y que sean aceptados socialmente. Esto explica la necesidad de ser reconocido sin el estigma.

## Caso -5 JLA.

Paciente de 34 años de edad, llega a consulta y se queja de miedo a que le suceda algo, lo rechazan en su puesto de trabajo y en su casa; plantea que es muy inseguro, siempre busca la ayuda y opinión de otras personas, se muestra totalmente evasivo, de rostro triste y angustiado, con expresión de dolor que encubre constantemente.

Refiere sentirse muy mal, extraña mucho las relaciones con su padre, el cual falleció hace muy poco tiempo y aunque era poco afectuoso lo visitaba todos los días, lo extraña, desea verlo, no se ha acostumbrado a su pérdida, el lo complacía en todo lo que le pedía.

Sus mecanismos de enfrentamiento tienden a la evasión y al aislamiento.

Manifiesta que ha cambiado mucho, antes era extrovertido, alegre, siempre estaba de fiesta, se aprecia muy triste, deprimido, ansioso.

Convive con su mamá y un hermano que lo maltrata mucho verbalmente y hasta en ocasiones lo ha agredido expresando frases déspotas e hirientes con él por ser homosexual. Es técnico medio en contabilidad y trabaja como informático.

Existen malas relaciones intrafamiliares referidas por él, así como de comunicación y convivencia algo que él quisiera que mejorara. Refiere que no se arrepiente de ser homosexual, si no de lo inculta que es nuestra sociedad y lo machista.

## Caso -6 ETP

Paciente que llega a consulta por sentirse alterado, trata de hacer muchas cosas a la vez y no logra nada pues se desconcentra con facilidad, apenas puede dormir, tiene insomnio, anorexia, no quiere comer comida solo chucherías como los niños, caramelos, galletitas, refiere además que ha bajado mucho de peso y esto le preocupa pues una vez estuvo así, vino al psicólogo, le pusieron tratamiento y resolvió pero le costo mucho trabajo recuperarse.

Niega que le está sucediendo algo, se muestra evasivo y no refleja verbalmente sus problemas. Tiene dificultades en las relaciones con algunos compañeros de trabajo pues le dicen apodetes como "loca" pero esto no le preocupa mucho, en ocasiones se aísla de todos, se muestra triste, desmotivado; estas manifestaciones son internas, reprimidas, que no se corresponden con su comportamiento manifiesto.

Convive con sus padres, una abuela y un hermano, refiere que en su casa todos los miembros de la familia lo aceptan como homosexual y si tienen que ayudarlo lo hacen, pero no sabe porque desconfía de todas las personas que lo rodean.

Esto demuestra dificultades en la comunicación e interacción con el medio que lo rodea, refleja su preocupación por estas dificultades y manifiesta no querer ser así, impresiona muy ansioso, desconfiado y paranoide.

## Caso -7 NCL

Paciente que llega a consulta por conflictos con su pareja pues esta es muy celosa y aunque ellos siempre andan juntos, su pareja cree que lo engaña con otras personas en el hospital. De 31 años de edad, enfermero de la sala de Obstetricia y Ginecología y licenciado en enfermería.

En consulta coopera bien, comunicativo, de buenas expresiones, se manifiesta impaciente e irritable; refiere que esta desconfianza lo hace sentir inseguro algunas veces y esto le preocupa porque a veces cree que lo están vigilando, en su trabajo algunas personas dicen que está en esa sala porque se siente igual que las mujeres, le gusta su trabajo y cree que lo hace bien.

Describe que sus compañeros de trabajo son muy buenos, pero podían ser mejores, a él no le importa lo que digan, él quiso ser ingeniero y los prejuicios de la gente no lo dejaron terminar la universidad.

Convive solo con su pareja, pero su mamá vive al lado y no se mete en nada, tiene dos hermanos que lo aceptan tal como es, uno reside en el exterior y lo ayuda económicamente, el otro vive al lado y todos mantienen buena comunicación, piensa que podría ser mejor.

Aunque emite criterios que favorecen su autoestima, impresiona deprimido sobre todo porque utiliza el término lamento con mucha frecuencia, enmascara la depresión con un comportamiento eufórico aparente.

Quisiera ser reconocido por la sociedad como todos los homosexuales y no ser tan rechazado.