

Acompañamiento e Intervención desde la Psicología Afirmativa, en un Caso de Transfobia

Accompaniment and Intervention from Affirmative Psychology, in a Case of Transphobia

Fecha de recepción: 14-03-2023

Fecha de aceptación: 11-12-2023

Andrea Mezquida Ortega

resumen/abstract:

El presente artículo analiza a través de un caso clínico, la realidad que padecen muchas personas transexuales a lo largo de sus etapas de desarrollo y, especialmente, a partir del momento en que comunican cómo se sienten y cuál es su verdadera identidad; así como, el momento que deciden, si así fuera, iniciar el proceso de transición de género. Está centrado en una intervención individual con un paciente, en la que se evalúan diferentes contextos, situaciones y áreas de su vida (familiar, social y romántica), en las que la manifestación de su situación se invisibiliza o se niega y, por tanto, se discrimina. Posteriormente, se exponen los resultados obtenidos del proceso terapéutico y las mejoras que se han conseguido en el paciente. Finalmente, se analiza la eficacia de la Psicología Afirmativa y qué líneas de investigación resultan importantes en el futuro para poder abordar estos casos de manera más integral.

This article analyzes through a clinical case, the reality that many transsexual people suffer throughout their developmental stages and, especially, from the moment they communicate how they feel and what their true identity is; as well as, the moment they decide, if so, to initiate the process of gender transition. It is centered on an individual intervention with a patient, in which different contexts, situations and areas of their life (family, social and romantic) are evaluated, in which the manifestation of their situation is invisibilized or denied and, therefore, discriminated against. Next, the results obtained from the therapeutic process and the improvements achieved in the patient are presented. Finally, the efficacy of Affirmative Psychology is analyzed and what lines of research are important in the future to be able to approach these cases in a more comprehensive manner.

palabras clave/keywords:

Transexuales, identidad, transición de género, proceso terapéutico, paciente.

Transsexuals, identity, gender transition, therapeutic process, patient.

Introducción

Este artículo expone la realidad que viven muchas personas del colectivo LGTB+, concretamente, las personas transexuales y como, a pesar de haber evolucionado en muchos aspectos respecto a las desigualdades y discriminaciones que padecen, siguen existiendo en una gran variedad de situaciones y de ámbitos más privados, como pueda ser la familia o el entorno social de la persona.

Algunos autores como Platero (2021), aseguran que “Entender la diversidad conlleva no sólo el reconocimiento como persona de quien tenemos al lado o enfrente, sino conlleva conocer y comunicarse con él o ella”. Esta afirmación recuerda lo fundamental que es para el ser humano poder encontrar apoyo emocional en sus seres más allegados, en primer lugar, y en el resto de personas con las que convive y se relaciona, en segundo lugar.

Por ello, cada vez es más habitual encontrarse con pacientes del colectivo LGTB+ en terapia, cuyo motivo principal de consulta hace referencia a la discriminación que sufren prácticamente a diario y cómo este sentimiento aumenta y empeora cuando se trata de personas conocidas y queridas. Muchos de estos pacientes relatan el miedo que sienten al acudir al trabajo o centro de estudios donde siempre se les ha tratado de una manera y, que en el momento que comienzan a tener la seguridad y los recursos para expresar quienes son realmente, se encuentran con conductas de negación, invisibilización, rechazo social e, incluso, pérdida de vínculos.

Este tipo de situaciones vividas, generan síntomas muy similares a los que encontramos en un estrés post-traumático; así como, emociones de miedo, vergüenza, culpa, o también, en un nivel más grave, síntomas relacionados con un trastorno depresivo mayor o un trastorno de ansiedad generalizada o específica.

Obtiene especial relevancia en el presente caso, la invisibilización que el entorno del paciente muestra como forma de discriminación, o como diría Grandal (2020), “Lo que no veo, no existe”, y cómo este comportamiento que puede llegar a comprenderse en un primer momento, termina siendo un ataque directo a la propia identidad de la persona.

Estos casos cada vez más frecuentes en consulta, han ido haciendo evidente la necesidad de contar con herramientas psicológicas más centradas en la atención integral a personas del colectivo, que se centrasen en trabajar aquellos síntomas y traumas relacionados directamente con discriminaciones sufridas por pertenecer a esta minoría vulnerable.

Marco Teórico

Si situamos el contexto en el que se enmarca el término transexualidad, encontramos algunos datos importantes.

Como afirma Beltran (2014):

Desde sus inicios como categoría psicológica, la distinción sexo/género ha tenido un largo recorrido al ser adoptada por la segunda ola del movimiento feminista como categoría sociológica con el fin de articular la lucha en contra de la noción de la biología como destino y causa “natural” de la división del trabajo y roles sociales. (p.157)

La homosexualidad fue oficialmente clasificada como un trastorno mental por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en 1952 y luego fue reclasificada en 1968 como desviación sexual. Con ello no solo se legitimó el supuesto clínico que hacía de la homosexualidad una patología susceptible de ser tratada, sino también, se institucionalizó la heterosexualidad como la única expresión de la sexualidad humana no patológica.

Alrededor de los años 70, la investigación en psicología clínica se centró en conocer las causas de la homosexualidad, en el desarrollo de intervenciones para su tratamiento y, pun-

tualmente, para curarla. Consecuentemente, por décadas, los diferentes modelos clínicos coincidieron en sostener una visión patologizante de la sexualidad diversa, contribuyendo a la instalación de la heteronorma como un ideal de salud mental. Además, este pensamiento se arraigó muy fuerte en países de Latinoamérica, en los que prevalecen ordenes morales y culturales ligados al catolicismo, al cristianismo y la familia tradicional como único modelo de familia.

Es justo desde los avances posteriores a las corrientes feministas de segunda ola y el activismo de género, junto con otras corrientes provenientes de la historia y la sociología del conocimiento científico, que se ha puesto en duda tanto a la dicotomía naturaleza/cultura que aparece en el trasfondo de la definición del transexualidad como patología, como a la producción de “la verdad” del género que tiene una función reguladora y generadora de parámetros de normalización social.

Por ello surge la Psicología Afirmativa en Diversidad Sexual y de Género (DSG). Además, la Asociación Psicológica Americana (APA) y su División de Psicología Orientación de Diversidad y Género apunta las directrices internacionales en este tipo de materia, argumentando que “la discriminación, la violencia o vivir en un ambiente hostil en que existe prejuicio social afecta de manera negativa a todos los niveles: social, económico, físico y psicológico, en las personas LGTB+.”

La Psicología Afirmativa es una especialidad de la psicología cuyo objetivo es familiarizar a los profesionales de psicología y psiquiatría con la problemática que presentan las personas no heterosexuales. Aporta herramientas funcionales para las personas LGTB+, ayudando a gestionar su vida de una forma saludable.

La Psicología Afirmativa destaca por tres áreas fundamentales: (Martín, 2021):

- Proporciona a las personas homosexuales un acompañamiento y herramientas que les ayuden en el proceso de aceptación de su propia orientación sexo-afectiva, para superar las secuelas del maltrato, rechazo o estigma que haya podido padecer a causa de su condición.
- Procura dotar de suficientes conocimientos a los profesionales de la salud mental para que sean capaces de acompañar mejor a sus pacientes.
- Recuerda que la homosexualidad es una orientación sexo-afectiva natural en el ser humano, y que cualquier intento para intentar cambiarla no solo resultará infructuoso, sino que provocará la persona homosexual un grave perjuicio, tanto cognitivo como emocional. (p.88)

De unos años a esta parte, la diversidad sexual y de género, comienza a ser más aceptada y respetada por parte de la sociedad, pero todavía tenemos por delante un largo camino que recorrer para que las personas pertenecientes al colectivo LGTB+ tengamos los mismos derechos que el resto de la población y, sobre todo, se nos trate con el mismo respeto que a cualquier otra persona que no forme parte del colectivo.

Resulta alarmante el número de personas que acuden a consulta por problemas graves relacionados con la discriminación, del tipo que sea, y las secuelas emocionales y psicológicas que esto les ha generado.

Algunos autores desarrollaron un modelo psicosocial del estrés de minorías (Minority stress) EDM para trabajar los efectos del prejuicio hacia las minorías. En palabras de Meyer (2003, p. 124) “Son impactos psicológicos fuertes asociados a las condiciones sociales adversas experimentadas por personas que forman parte de un grupo social estigmatizado”. Es un término que se emplea para describir el malestar emocional consecuente de la discriminación. En opinión de este autor, las minorías están expuestas a estresores sociales concretos.

En este caso, se analizan algunos factores imprescindibles que han marcado la infancia y adolescencia del paciente y que han ocurrido en el ámbito educativo.

Como asegura Granero (2023):

Mientras que las formas no hegemónicas de transitar la sexualidad están siendo cada vez más visibles entre las generaciones más jóvenes, en el ámbito de la educación escolar existen múltiples dificultades para atender a esta diversidad de manera profunda e integral. (p. 54)

Después de todo el proceso terapéutico acompañando al paciente, se observa una capacidad de resiliencia y de toma de decisiones, que generan una mayor confianza en él, a medida que va teniendo que exponerse a situaciones sociales en las que hay posibilidad de recibir cualquier tipo de comentario, o comportamiento lgtbfóbico.

Finalmente, con este artículo, se pretende también continuar concienciando a la sociedad de la situación de vulnerabilidad que muchas personas seguimos padeciendo y, la crueldad con la que se debe lidiar cada día en muchas circunstancias de las que no se puede escapar por dificultades económicas, emocionales etc.

Método

Identificación del Paciente y Motivo de Consulta

La intervención se ha realizado con un varón de 28 años que acude a la consulta del Centro de Psicología Calma al Mar, al encontrarse “en una situación límite”, al haber tomado la decisión de comenzar el proceso de transición de género y no saber cómo comunicarlo a su entorno más cercano.

Durante toda su vida, ha recibido insultos en la escuela y en el instituto por estereotipos de género, en los cuáles le han increpado con agravios como “mari-macho”, “bollera de mierda”, entre otros. Este tipo de vivencias, comenzaron a dejar una huella importante en el paciente, ya que, fue creciendo pensando que era diferente, que tenía alguna enfermedad y que merecía ese tipo de insultos. Manifiesta que se siente “bloqueado al no contar con los recursos personales para poder afrontar las conversaciones que quiere comenzar a tener”. Actualmente, se encuentra estudiando una segunda carrera universitaria, en la cuál sí afirma sentir más seguridad con sus

amigas y amigos de clase para poder expresarles quién es y cuál es su identidad. Además, se encuentra también, entrenando a un equipo de baloncesto en su pueblo.

Por otro lado, explica que es una persona muy optimista, muy positiva y que, aunque tiene miedo por la reacción de los demás, tiene claro que, con ayuda psicológica podrá sobrellevarlo de manera más confiada.

Además, comenta que es la primera vez que acude a consulta, debido a que no tenía conocimiento de la existencia de la psicología afirmativa y saber que existe este recurso, le ha dado esperanza.

Historia Personal

El paciente nace con el nombre de Alicia (debido a que sus padres se lo ponen al ver que biológicamente es una niña al nacer) y se cría en un pueblo pequeño de Alicante donde vive con sus padres y su hermana pequeña hasta que tiene 18 años y se viene a vivir a Valencia, para estudiar su primera carrera, magisterio.

Durante su etapa escolar acude al colegio de su pueblo, dónde son 10 alumnos en clase, debido a los pocos niños que hay alrededor. A lo largo de toda la etapa primaria, cuenta con dos amigos con los que siempre se junta para jugar en los recreos y con los que se siente seguro y cómodo, pero el resto de compañeros y de compañeras, comienzan poco a poco a meterse con él y a insultarle llamándole marimacho o bollera, debido según afirma “a su manera de vestir y sus gestos bastante masculinos”. En todos esos años que duran los insultos y los comentarios despectivos sobre su físico o su manera de ser, (desde los 7 hasta los 10 años), el paciente comienza a sentir que algo en él es distinto al resto y que se siente diferente.

Poco a poco, a medida que va haciéndose más mayor y casi entrando en la ESO, empieza a sentir algo parecido a atracción por otras compañeras de clase y no por ningún compañero hombre. Durante todos esos períodos de dudas, el paciente intenta negarse a sí mismo que lo que siente es real y lo intenta justificar con “admiración” hacia alguna de las compañeras, pero nada más que eso.

Cuando llega a la ESO, se da cuenta de que esa “admiración” sigue ocurriendo y que le aparece hacia varias compañeras a la vez, e incluso, cuando comienza a masturbarse en casa, siempre piensa en alguna compañera de clase. En todo este tiempo no comenta nada a su familia, porque está seguro de que es una etapa y que terminará pasando, además, su familia nunca ha entendido ni respetado a las personas homosexuales y siempre ha escuchado en casa comentarios como “Están enfermos”, “No son personas normales, es anti natural” etc.

A medida que va avanzando en los cursos de la ESO se da cuenta de que es lesbiana y de que, por mucho que intenta auto-engañarse o negarlo, le gustan las mujeres. Durante estos años (de los 12 a los 16), también empieza a experimentar mucha tristeza cuando se mira al espejo y observa su cuerpo. Comienza a sentir que no se siente identificada con sus pechos y con su vagina, ni con las facciones de su cara.

En este instante se interesa por leer algún libro o algún documento acerca del lesbianismo para comprobar si es normal que se sienta así con su cuerpo, ya que, ni su entorno escolar, ni

su familia entienden ni quieren entender. A lo largo de todos esos años, el paciente se siente muy solo, sin una red de apoyo firme a la que poder contarle cómo se siente y lo que le pasa. En este instante le comenta a sus padres que es lesbiana y que le gustan las mujeres.

En un primer momento no encuentra ningún tipo de comprensión ni apoyo en sus padres que reaccionan llorando y enfadándose durante un par de semanas, sin dirigirle la palabra.

Durante todo este período, además, entrena a un equipo de baloncesto de niñas, en su pueblo donde todo el mundo le conoce como Alicia y los padres le comentan cosas del tipo “No puede ser, estas confundida”, “¿Qué van a pensar las personas del pueblo?”, “Van a pensar que hemos sido unos malos padres” etc.

Todo esto termina cuando se traslada a vivir a Valencia y accede a la universidad dónde conoce a muchas personas diferentes, con la mentalidad más abierta y que, además de ayudarle con sus dudas, le apoyan y le acompañan.

Termina la carrera de magisterio y comienza a estudiar la carrera de Educación física, porque le encanta los niños a y le gusta mucho el deporte. En esta carrera también encuentra a personas muy abiertas de mente que terminan convirtiéndose en sus amigos y amigas.

En ambas carreras conoce a gente que forma parte del colectivo y establece un vínculo muy bonito con ellos/as.

Es en ese momento cuando decide pedir cita al centro en el que colaboro y comenzar el proceso terapéutico al darse cuenta de que no se identifica con su cuerpo de mujer y que es una persona transexual y quiere que la gente empiece a llamarle Alberto e iniciar el proceso de transición, pero tiene mucho miedo porque no cuenta con el apoyo familiar.

Estrategias de Evaluación

Una vez analizado el motivo de consulta y la historia del problema, y debido a las explicaciones que nos ha ofrecido el paciente, se puede apreciar que las áreas que se muestran más afectadas y que, además, son las mismas que el paciente quiere trabajar como objetivos terapéuticos, son la auto-aceptación plena de su identidad, la autoestima y auto-concepto de sí mismo, la asertividad y la comunicación eficaz con el resto, el afrontamiento de situaciones incómodas y posibles conflictos que puedan surgir a raíz de ellas; así como, las posibles secuelas emocionales y psicológicas producidas por tantos años de rechazo y de discriminación directa e indirecta.

En primer lugar, se concretan de manera conjunta, los objetivos de la terapia sobre los que el paciente quiere trabajar:

- Aceptar de manera incondicional mi condición sexual
- Ser capaz de expresarlo a mis seres queridos sin ponerme nervioso por su reacción.
- Conocer gente del colectivo y ser capaz de tener citas sin sentirme “raro” o ansioso”.

A continuación, y teniendo en cuenta estos objetivos terapéuticos, los instrumentos utilizados para evaluar el estado actual del paciente han sido los siguientes:

- Entrevista clínica: A través de la entrevista clínica se ha podido ir recabando información acerca de la historia de vida del paciente, su motivo de consulta y cuáles son aquellos factores desencadenantes de su situación actual, cuáles son los factores mantenedores y, además, los recursos personales con los que cuenta para poder hacer frente a su situación y al proceso terapéutico.
- Inventario de Depresión de Beck (1996): es un cuestionario auto administrado, consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos que más se suele utilizar para medir la severidad de una depresión. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como, síntomas físicos relacionados con la depresión (fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual...) (Hagen, Hans, Roff y Grawe, 2005.)

Después de suministrar este cuestionario, se puede observar que el paciente muestra una depresión moderada ya que ha obtenido una puntuación de 27.

- Cuestionario estudio exploratorio sobre colectivo LGTB+: Este cuestionario consta de 37 preguntas a elegir entre varias respuestas. Su finalidad es evaluar el nivel de auto-aceptación y de aceptación social con la que la persona cuenta actualmente y con la que ha contado a lo largo de los años.

Concretamente, en este cuestionario, el paciente obtuvo un resultado medio, acerca de su auto-concepto y el sentimiento de pertenencia, es decir, con mucho margen de mejora.

- Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM) (Evans et al., 2000, 2002). El CORE-OM es una medida de autoinforme formada de 34 ítems que permiten evaluar cuatro dimensiones: Bienestar, Problemas, Funcionamiento y Riesgo. Los ítems se puntúan en una escala Likert de 0 (nunca) a 4 (siempre o casi siempre). Las puntuaciones más altas indican niveles más altos de malestar psicológico. El dominio de Bienestar se refiere a la sensación de bienestar subjetivo; Problemas que tienen que ver con manifestaciones de depresión, ansiedad, problemas físicos y trauma; Funcionamiento se refiere a la capacidad de continuar realizando las actividades cotidianas a nivel general y social; y Riesgo comprende las posibles manifestaciones de riesgo hacia uno mismo y hacia otros (Lyne et al., 2006).

En este cuestionario, el paciente obtuvo una puntuación total de 115 puntos, la cual es elevada y manifiesta problemas emocionales y síntomas traumáticos por todo lo vivido en su infancia y adolescencia.

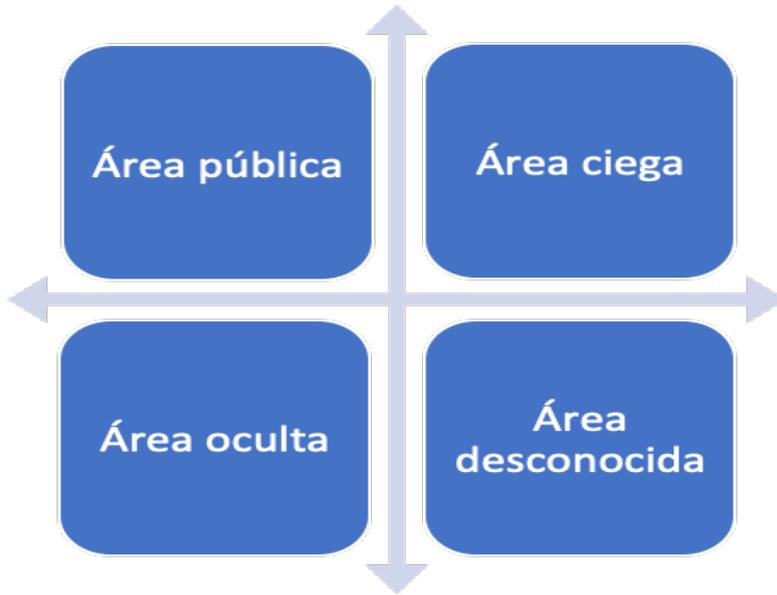
- Inventario de sí mismo: Se le pide que realice una tabla con sus virtudes y sus defectos. Al observar que sólo ha encontrado 5 virtudes en sí mismo y 10 defectos, se le invita a que, de manera conjunta, amplíemos la lista de virtudes. A continuación, se le ha pedido que imagine una situación en la que esa lista de cualidades fuera un anuncio que se encuentra en la calle de un chico que es nuevo en Valencia y está buscando amistades. Se le pide al paciente que visualice esa lista desde la perspectiva de una persona externa y se le pregunta “¿Tú llamarías a este chico para darle una oportunidad de ser tu ami-

go?”. Al realizarle esta pregunta el paciente reflexiona y asegura que sí llamaría a ese chico para darle una oportunidad. Después de este ejercicio se le invita a la reflexión y se le pregunta de manera simbólica “¿tú te llamas para ser tu amigo?”, “¿Eres tu amigo?”.

La finalidad de este ejercicio es saber qué autoimagen y qué nivel de amor propio y autovalía tiene el paciente.

- Finalmente, se le ha suministrado también como instrumento de evaluación, la ventana de Johari, (1955): Se trata de un ejercicio en el que se dibujan 4 cuadrados unidos (dos arriba y dos abajo). Cada uno de ellos representa un área distinta respecto a mi manera de relacionarme conmigo mismo y con el resto (Figura 1).

Figura 1.- Ventana de Johari.



Nota: el paciente escribe lo que piensa dentro de cada cuadrado (área)

Se utiliza para conocer en profundidad la relación entre uno mismo y los que le rodean. Es una de las herramientas más eficaces de autoanálisis al introducir la perspectiva de la otra persona para entenderse a uno mismo.

El primer cuadrado: Hace referencia al “área pública”, es decir, lo que conoces de ti y lo que los demás conocen de ti.

El segundo cuadrado: Hace referencia al “área ciega”, esto es, lo que los demás conocen sobre mí y yo no conozco sobre mí.

El tercer cuadrado: Se refiere al “área oculta”, es decir, lo que conozco sobre mí y no cuento a los demás.

El cuarto cuadrado: Se refiere al “área desconocida”, esto es, lo que ni yo ni los demás conocemos sobre mí.

Una vez se ha evaluado al paciente con los distintos instrumentos y técnicas y se puede apreciar algunos aspectos clave a trabajar como son: una baja autoestima, un pobre auto-concepto, miedo al rechazo social por su condición sexual, problemas de comunicación y habilidades sociales; así como, síntomas relacionados con estrés post-traumático, se puede comenzar a realizar el proceso de intervención y acompañamiento.

Elección del Tratamiento

Para iniciar la intervención, se concluye que el tipo de terapia más adecuada y que puede aportar una probabilidad de éxito mayor, es la psicología Afirmativa y todas las técnicas y procedimientos que esta ofrece, junto con la utilización de técnicas y recursos de otro tipo de terapias que pueden ayudarnos a completar el tratamiento y conseguir unos mejores resultados con el paciente en cuestión, como son la Terapia Gestalt (Perls, 1970) y la Terapia Cognitivo- Conductual (Ellis, 2957).

En palabras de Martin (2021):

La Psicología Afirmativa es una especialización de la psicología que intenta familiarizar a los profesionales de la salud mental con las problemáticas específicas que sufren las personas no heterosexuales. A la vez, pretende ofrecer una serie de herramientas útiles para las personas LGTB+ mediante las cuáles puedan hacer frente a los desafíos que sus biografías suelen plantear (p.56)

Teniendo en cuenta esta definición acerca de la Psicología Afirmativa y, contando con los recursos que ofrece, se decide aplicarla como terapia principal adaptándola a un paciente transexual, en un total de 10 sesiones semanales y una duración de 50-60 minutos por sesión, junto con el apoyo puntual de las otras terapias seleccionadas.

Estrategia de Intervención

A continuación, se exponen aquellas técnicas y herramientas utilizadas para la intervención completa con el paciente:

Técnicas de asertividad y comunicación eficaz (1958): Se le realiza al paciente una psico-educación acerca de los estilos de comunicación y, más concretamente, del estilo asertivo. Se le explican cuáles son las técnicas más utilizadas y más exitosas para poder comunicarnos de manera eficaz con los demás (técnica del sándwich, técnica del disco rayado, entre otras) a la hora de expresar mis deseos o necesidades sin herir al otro y respetando las del otro.

Una vez explicada y comprendida la asertividad, para qué sirve y cuáles son los beneficios de ser una persona asertiva, se le pide al paciente que aplique cada una de las técnicas con las personas de su entorno (familia, amigos y conocidos) que manifiestan comentarios despectivos o discriminatorios acerca de la homosexualidad o la transexualidad, para que de

ese modo vaya expresándose de manera progresiva y sintiéndose más seguro a la hora de aplicarlas más adelante.

Aceptación de la propia sexualidad: Hace referencia a la utilización de técnicas como “el modelo basado en tareas” (Martin, 2021), para trabajar con el paciente la auto-aceptación y eliminar la posible transfobia interiorizada que pueda estar padeciendo. Este modelo se basa en una serie de tareas como son: la inteligencia emocional, la gestión de pérdidas, la percepción de ganancias, la construcción de la identidad propia, la comunicación y la superación de las secuelas.

La finalidad de esta técnica de intervención es conseguir que el paciente sea capaz de pasar de no estar seguro de lo que siente, a poder experimentarlo con total naturalidad y libertad.

Tarea 1: Inteligencia emocional:

En primer lugar, se habla con el paciente acerca de lo que ya conoce sobre el colectivo, qué dudas le surgen y se realiza una psicoeducación acerca de la transexualidad. En ella se le expone una definición que considero muy aclaratoria.

En palabras de Hurtado (2007):

El Transexualismo es la forma más extrema de la disforia de género, manifestando, la persona que lo padece, un sentimiento constante y una convicción persistente de pertenecer al sexo opuesto; hecho que le crea un permanente conflicto de identidad de género, siendo éste el aspecto cardinal del fenómeno. (p.98)

Posteriormente, se comparten ejemplos de personas transexuales que sean conocidas y a las que el paciente admire o siga en redes sociales.

Se invita al paciente, mediante preguntas relacionadas con sus sentimientos y emociones, a que responda de manera honesta y sincera a todas ellas tras haber conseguido establecer un vínculo terapéutico de confianza en las sesiones de evaluación.

Por otro lado, se le anima al paciente a que se exponga a situaciones donde pueda conocer a personas del colectivo para que experimente cómo se siente en ellas. En este punto, incluso se puede hacer un acompañamiento personal al paciente las primeras veces que se exponga a este tipo de lugares, para poder ofrecerle una mayor tranquilidad y seguridad (Tabla A1).

En la tabla se puede apreciar en qué punto se encuentra la persona en cuanto a su sexualidad y aporta una información importante acerca de cómo se siente y nos ayuda a continuar.

En cuanto a la segunda parte de esta primera tarea (la exposición a lugares LGTB+), realizó un total de 7 exposiciones diferentes. En las dos primeras se le acompañó para facilitarle la adaptación y, una vez, allí, se tomó distancia con él para que pudiera interactuar. En las siguientes 5 exposiciones, el paciente lo realizó solo y registró en una tabla el nivel de ansiedad experimentado en cada una de ellas (siendo 0 el nivel más bajo de ansiedad y 10 el nivel más alto), así como, la interacción que se estaba produciendo en ese momento. Se le pidió en consulta que explicara cada situación y la razón de sus niveles de ansiedad, junto con los pensamientos que le abordaron en ellas (Tabla A2).

Tabla 1.- Respuestas aportadas por el paciente en la primera tarea

Preguntas terapeuta	Respuestas paciente
¿De quien te enamoras?	“De las mujeres”
¿Quién te excita sexualmente?	“Las mujeres”
¿Te excitan igual hombres y mujeres?	“No, solo las mujeres”
¿Te identificas con las partes del cuerpo de una mujer?	“No, desde hace muchos años siento que mi cuerpo no me define ni me siento identificado con él”, “no me reconozco”.
¿Cómo te sientes cuando observas tu cuerpo?	“Aparecen en mis sentimientos de angustia, ansiedad, rabia, impotencia y tristeza”
Si pudieras elegir ser otra persona, ¿Quién querrías ser?	“Me gustaría ser algunos actores que admiro mucho y me parecen muy atractivos”, “Lo he pensado alguna vez”
¿Cómo te sientes cuando se dirigen a ti usando el femenino?	“Hace años no me molestaba tanto, ahora me genera emociones muy desagradables como frustración o rabia”

Nota: Los mensajes escritos fueron dichos de manera literal por el paciente.

Tarea 2: Gestión de pérdidas: En esta segunda tarea se pretende que el paciente tome conciencia de los momentos incómodos a los que se va a enfrentar a lo largo de su proceso y de su vida por el hecho de pertenecer a un grupo discriminado. En este momento de la terapia, es importante profundizar más allá para descubrir el grado de transfobia interiorizada que pueda existir y emociones como vergüenza, culpa o miedo, por no querer pertenecer a “esa gente”.

Una vez se encuentra alguna creencia acerca de la transexualidad que pueda estar generando un auto-rechazo, se trabaja el cuestionamiento de esas creencias y la veracidad o funcionalidad que tienen para la persona en este momento de su vida. La intención de esta discusión cognitiva es reducir la veracidad y fiabilidad de esas creencias y comenzar a interiorizar otras distintas para poder conseguir una total auto-aceptación y vivir lo más libre posible. Se dedicó una atención especial a las emociones comentadas anteriormente, valorando de manera conjunta de dónde podían surgir, qué beneficio estaban otorgándole al paciente, en qué medida le condicionaban etc. Se utilizaron algunos ejercicios para trabajar estas emociones como recursos de auto perdón, la carta de culpa, o la visualización en terapia de situaciones que pudieran generar vergüenza o miedo y cómo reaccionaría ante ellas.

Tarea 3: Ganancias: Llegados a este punto, se comienzan a analizar las ganancias que la persona puede percibir si comienza a verbalizar a su entorno quien es y las ganancias que puede percibir si sigue intentando conocer gente del colectivo LGTB+ y acudiendo a ese tipo de eventos sociales.

Tabla 2.- Registro de ansiedad en lugares de ambiente LGTB+

¿Qué hago? Día/Mes	Nivel de ansiedad antes	Nivel de ansiedad durante	Nivel de ansiedad después
J 17 Nov: Entro en una discoteca y me miran	9	7	4
V 18 Nov: Voy a tomar algo a un pub de ambiente	8	6	3
V 2 Dic: Acudo a un concierto de ambiente	8	5	2
S 10 Dic: Tengo cita con una chica	7	4	1

Las ganancias que el paciente comentó en consulta hacen referencia al hecho de tener una red de apoyo social más íntima y firme de lo que la tenía antes, a sentirse seguro a la hora de dar pasos adelante y tomar decisiones, a tener que dejar de fingir ser quien no es y, por tanto, que las emociones de ansiedad y angustia desaparezcan en esos momentos, quitarse el sentimiento de culpa y de vergüenza al haber aceptado por completo cuál es su identidad, a aceptar la existencia de discriminación y de rechazo social en aquellas situaciones que no pueda controlar y no dependan de él, pero teniendo claro que podrá manifestar su opinión desde un estilo asertivo, al haber conseguido introducir otro tipo de creencias mucho más sanas y funcionales y que, por tanto, le generan emociones más placenteras.

Tarea 4: Construcción de la identidad: El objetivo principal de esta tarea era intentar que el paciente llegase a una auto-aceptación completa de sí mismo. Después de haber trabajado las posibles creencias arraigadas acerca de la transexualidad y del colectivo LGTB+ en general, se inició un proceso de cambio en cuanto a los auto-mensajes que se procesaba y de qué manera esos comentarios sobre su persona, podrían modificarse por otros encaminados hacia la auto-aceptación total (Tabla A3)

Por otro lado, también se le animó a que siguiera conociendo a gente del colectivo, así como, se le recomendó algunas lecturas muy interesantes acerca de la transexualidad, para que conociera otros puntos de vista y se familiarizara con diferentes conceptos y, sobre todo, fuera consciente de que existen muchas personas que se encuentran en su misma situa-

Tabla 3.- Modificación de creencias disfuncionales

Creencia arraigada disfuncional	Creencias alternativa funcional
1. “No soy una persona normal”	“Soy una persona totalmente normal, porque ser una persona transexual no me hace diferente ni anormal”
2. Las personas del colectivo LGTBIQ+ están enfermas”	“Las personas del colectivo LGTBIQ+ no tenemos ninguna enfermedad, somos personas con los mismos derechos”

ción, a las que les suceden situaciones muy parecidas y también experimentan emociones y pensamientos muy similares.

Entre estas lecturas recomendadas se encontraban: “Educación afectivo-sexual y colectivo LGTBIQ” (Granero, 2023), “LGTB para principiantes” (Valero, 2019), “LGTBI: Claus básicas”, (Carrer y Rodríguez, 2020) y “Quiérete mucho, maricón”, (Martín, 2021). Todas ellas con la intención de que pudiera conocerse mejor a sí mismo y conocer otras realidades que pudieran orientarle.

Tarea 5: En esta última tarea se trabajó con el paciente la asertividad. Para ello, se le realizó, en primer lugar, una psicoeducación acerca de los estilos de asertividad que existen (pasivo, agresivo y asertivo) y se le explicó qué era exactamente la asertividad y para qué es utilizaba.

Se le explicó la técnica del sándwich con la finalidad de que pudiera comenzar a comunicarse de manera más eficaz con su entorno y a tener una mejor capacidad y seguridad para poder expresar sus emociones. Además, también era importante para él que los padres del equipo de niños al que entrenaba, comenzarán a llamarle Alberto y le preocupaba enormemente las reacciones y respuestas que podría recibir.

La técnica del sándwich consta de 3 partes:

1. Entiendo que... (se recogen las emociones de la otra persona y se validan)
2. Pero a mí me gustaría/ yo preferiría... (se expresa nuestro deseo, o preferencia)
3. ¿Qué te parece si...? (se pretende llegar a un acuerdo en el que gano-ganas, nadie pierde).

Ejemplo de técnica del sándwich realizada por el paciente con sus familiares:

1. Entiendo que hubierais preferido que fuera una persona heterosexual, porque pensáis que hubiera tenido una vida más fácil y tendría menos problemas y, además, no sabéis

como podéis ayudarme a transitar este momento, porque no tenéis los recursos necesarios para ello”

2. Pero a mí me gustaría que, a pesar de no entenderlo o no compartirlo, respetarais mi decisión y mi condición y pudiera contar con vuestro apoyo como familia para las dudas o los miedos que puedan surgirme en este proceso”
3. ¿Qué os parece si buscamos ayuda terapéutica, para que, como familia, nos enseñen herramientas y recursos para poder comunicarnos y aceptar mi condición sexual?”

La finalidad de esta tarea, junto con las 4 anteriores, era conseguir que el paciente pudiera comunicarse asertivamente con su entorno, es decir, sin herirles, sin faltarles al respeto, pero manifestando sus necesidades, deseos y opiniones e intentando que el resto empatizase con él y pudieran buscar ayudar, para sentir el apoyo de su familia y no su rechazo.

Al dar por finalizada la terapia después de ir cumpliendo todos los objetivos marcados, las sesiones se espaciaron cada 3 meses, para poder continuar realizando un seguimiento del paciente durante un tiempo determinado de un año y ver si todos estos cambios y mejoran se mantenían presentes en su vida.

Resultados

Una vez llevada a cabo la intervención con el paciente, se obtuvieron diferentes resultados, todos ellos fundamentales para poder conseguir los objetivos marcados en la primera sesión.

- En primer lugar, el paciente fue capaz de aceptar su transexualidad y, para ello, fue necesario que también aceptase la existencia de la homosexualidad en general y de la transexualidad en particular. Este resultado se fue consiguiendo mediante las psicoeducaciones y el cuestionamiento de sus creencias disfuncionales arraigadas.
- En segundo lugar, el paciente pudo acudir a lugares de ambiente para conocer a otras personas del colectivo. (incluido el día del Orgullo gay). En un principio, se sentía ansioso y no sabía muy bien cómo debía de comportarse, pero, posteriormente, y a medida que avanzaba la terapia, fue capaz de acudir con otros amigos y de poder disfrutar y conocer gente.
- En tercer lugar, el paciente se animó a tener citas por una aplicación y, poco a poco, fue capaz de escribir en su perfil aquellas cosas que le gustan y que le gustaría encontrar. En estas citas también se sintió un poco desubicado al principio, pero cómodo a medida que fue teniendo más.
- En cuarto lugar, el paciente fue capaz de expresarse y comunicarse con sus seres queridos a través de las técnicas de asertividad aprendidas, para poder manifestar sus necesidades y deseos y, sobre todo, para ser capaz de comunicar su verdadera identidad y saber afrontar adecuadamente, las posibles reacciones que surgieron a raíz de ello.
- Finalmente, fue posible que el paciente hablase de manera natural de cómo se sentía y que comunicase en casa, a pesar de las primeras reacciones tan duras para él, que quería iniciar el proceso de transición, aunque no contase con el apoyo de su familia, pero sí el de sus amigos/as más íntimos.

Discusión

Una vez llevada a cabo la intervención con el paciente, queda patente la importancia de poder trabajar y ayudar a personas del colectivo con recursos más específicos, debido a que pueden acudir a consulta con motivos muy distintos a los que pueden tener los pacientes heterosexuales.

Al igual que ocurrió con las Terapias de Tercera Generación, que comenzaron a surgir con mucha más fuerza a raíz de observar algunos déficits en las terapias ya existentes (como la terapia Cognitivo-Conductual, o el Psicoanálisis, entre otras), la Psicología Afirmativa surge como necesidad de ayudar de manera más integral a personas LGTB+ y que no consiguen los recursos que buscan en otro tipo de terapias que, o bien, se quedan obsoletas para algunas cuestiones, o bien, no encuentran un espacio seguro dónde se sientan comprendidos/as/es y libre de juicios de valor.

Es importante comentar que, aunque las técnicas que ofrece la Psicología Afirmativa son necesarias para poder abordar este tipo de casos, la realidad nos muestra lo fundamental que es seguir investigando en ella y creando más recursos terapéuticos, para poder conseguir una atención todavía más completa y poder ayudar a más personas que acuden desesperadas a nuestras consultas.

A pesar de que este tipo de terapia tiene todavía pocos años de experiencia en la práctica profesional, se ha podido observar en este caso y en muchos otros similares que acuden a consulta, el éxito de su aplicación, de sus recursos y estrategias, así como, de una mejora y ampliación de ella, para poder ir creando un tipo de psicología más completa.

Es un hecho objetivo que la sociedad avanza y, con ella, las identidades de género, la diversidad existente en la población y, también, la necesidad de contar con estudios e investigaciones acerca de este tipo de terapia para hacer frente a las demandas personales y colectivas de las personas del colectivo LGTB+.

Este tipo de casos nos demuestran que, un porcentaje alto de la población sufre problemas psicológicos y emocionales concretos, por el simple hecho de pertenecer a un colectivo discriminado y que, seguramente, no los padecería si no formase parte de ese colectivo. Esta realidad nos empuja a la necesidad de formarnos en este ámbito, para poder conocer de manera más profunda las distintas realidades que podemos encontrar en nuestra consulta.

Por lo tanto, y gracias a estas técnicas y procedimiento utilizados, los objetivos propuestos al inicio de la terapia se han ido cumpliendo de manera satisfactoria, debido a que el paciente cuenta con unos recursos que antes no conocía, aunque siendo consciente, de que todavía queda camino por recorrer y más obstáculos que ir superando en el día a día, pero con la garantía de poder contar con un tipo de psicología que va a acompañarle de manera más completa en todo su proceso.

Referencias

- Bellatera Preciado, P. B. (2020). *Testo yonqui: sexo, drogas y biopolítica*. Barcelona: Anagrama
- Preciado, P. B., Díaz, J., & Meloni, C. (2020). *Manifiesto contrasexual*. Barcelona Anagrama
- Bellaterra Platero Méndez, R. (2014). *Trans*sexualidades: acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona:
- Carrillo Expósito, M. (2022). Ideología y terminología: estrategias discursivas en la prensa española en torno a la presentación de la transfobia. *Università degli Studi di Napoli L'Orientale*.
- Domenech, C. (2022). *Más señoras que se empotraron hace mucho*. Valencia: Plan B.
- Domenech, C. (2022). *Señoras que se empotraron hace mucho*. Valencia: Plan B.
- Fernandes, R. y Vieira, M. (2018). Homo/transsexualidades en familia: análisis de un grupo de padres y madres de LGTB. *Revista La Plage*, 4 (3), 1-16.
- Gallardo, M. y Espinosa, M. (2019). La creatividad de género frente al sistema sexo-genérico. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, 17 (2) 21-39.
- Gallardo, M. y Espinosa, M. (2021). Sobre la imposición del sistema de género y la transfobia: historias de niñxs creatixs con el género y jóvenes trans. *Obets. Revista de Ciencias Sociales*, 16 (1), 115-134.
- Galván, E. (2018). Identidad de género y dignidad. Derechos humanos, fallos y colectivo LGTBIQ. *Revista derechos en Acción*, 3 (8) 271-301
- Granero Andújar, A. (2023). *Educación afectivo-sexual y colectivo LGTBIQ*. Madrid:Octaedro.
- Martínez, J. y Morales, F. (2021). *Atención a la diversidad afectivo-sexual, corporal y de género*. Granada:Universidad de Granada
- Platero Méndez, R. L. (Coord.) (2012). *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Barcelona:
- Rodríguez, E. y Carrer, C. (202). *LGTBI Claus básicas*.Valencia: Sembra llibres
- Rubio, J. (2009). Aspectos sociológicos de la transexualidad. *Nómada. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Juristas*, 7 (21), 1-20.
- Saini, A., Chaparro, S., y Navarro, E. (2018). *Inferior: cómo la ciencia infravalora a la mujer y cómo las investigaciones reescriben la historia*. Madrid: Círculo de tiza
- Sánchez Sáinz, M. (2019). *Pedagogías Queer: ¿Nos arriesgamos a hacer otra educación?* Madrid: Catarata.
- Sánchez Sáinz, M. (Coord.) (2009). *Cómo educar en la diversidad afectivo-sexual en los centros escolares: Orientaciones prácticas para la ESO*. Madrid: Catarata
- Sánchez Sáinz, M. (Coord.) (2010). *Cómo educar en la diversidad afectiva, sexual y personal en Educación Infantil*. Madrid: Catarata
- Sánchez, M., Penna, y M., De la Rosa, B. (2016). *Somos como somos. Deconstruyendo y transformando la educación*. Madrid: La Catarata
- Savin-Williams, R. C. (2009). *La nueva adolescencia homosexual*. Madrid: Ediciones Morata
- Todd, M. (2020). *Orgullo: La lucha por la igualdad del movimiento LGTB+.*Inglaterra: Anaya.