



**Universidad**  
Zaragoza

**TRABAJO FIN DE MÁSTER**  
**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

**Título: "TERAPIA DE GRUPO MULTIFAMILIAR PARA  
POBLACIÓN LGTBIQ+"**

**Alumno/a: Laura Baquedano Muñoz**

**NIA: 741166**

**Director/a: Terebel Jiménez**

**AÑO ACADÉMICO 2021-2022**



**Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel**  
**Universidad Zaragoza**

## INDICE

1. Introducción...	3
2. Objetivos...	8
Objetivos generales...	8
Objetivos específicos...	8
3. Metodología...	8
Participantes...	8
Instrumentos...	9
Procedimiento...	10
4. Recursos...	11
Recursos Humanos...	11
Recursos Materiales...	11
5. Sesiones...	11
6. Evaluación del programa...	15
7. Resultados esperados...	16
8. Conclusiones...	17
9. Bibliografía...	18
10. Anexos...	21

El trabajo presentado a continuación es una propuesta de intervención mediante la implementación de la terapia de grupo multifamiliar, para población LGTBIQ+ que sufre rechazo en su contexto familiar. En primer lugar, se presenta una breve introducción y justificación sobre la problemática, para posteriormente exponer los objetivos, metodología y diseño del programa, finalizando con una conclusión.

## **Introducción**

### **1. Contexto Histórico**

Las siglas LGTBIQ son utilizadas en la actualidad para nombrar al colectivo compuesto por personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersexuales y queer (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018). Suele ir acompañado del símbolo “+”, para incluir a aquellas personas que no se definen con esas etiquetas o no quieren utilizar etiquetas. El colectivo LGTBIQ+ ha ido ganando visibilidad en los últimos años gracias a la reivindicación política, consiguiendo la inclusión de los derechos LGTB en las ideologías de los partidos políticos. De esta forma, España pasó de ser un país con leyes represivas contra la homosexualidad a ser uno de los países que más derechos y libertades garantiza a las personas no heterosexuales (Martínez, 2017).

Paralelamente, a lo largo de la última década surgió la llamada ideología de género en respuesta al auge de la derecha, el antifeminismo y la misoginia (Allen et al., 2021). Los jóvenes han estado especialmente implicados en estas cuestiones, como pioneros del cambio, a través de los medios de comunicación y el discurso público, liderando una “Revolución de Género” (Allen et al., 2021). Estos cambios, a su vez, han sido promovidos por dos factores, la globalización y la urbanización, que han facilitado la difusión de contenidos LGTBIQ+ y la visibilidad del colectivo (Lucas, 2015).

### **2. Delimitación Conceptual**

Para entender mejor el colectivo LGTBIQ+, es necesario delimitar algunos conceptos. En primer lugar, la *orientación sexual* es un término utilizado para referirse a la atracción emocional y/o física hacia individuos del mismo género (*homosexual*), de un género diferente (*heterosexual*) o de más de un género (*bisexual*), así como a la falta de interés o atracción sexual (*asexual*) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018). En segundo lugar, el *sexo* es el resultado de una sucesión compleja de elementos fundamentalmente biológicos (elementos sexuales) que definen al ser humano como hombre o mujer, bajo una concepción binarista. Esta concepción binaria

del sexo excluye a las personas *intersexuales*, es decir, personas cuyos genitales externos son ambiguos y presentan características físicas de ambos sexos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

En tercer lugar, el *género* es el conjunto de características sociales y culturales históricamente construidas, que se atribuyen a las personas en función de su sexo, refiriéndose a las conductas esperadas por nacer con un sexo biológico, y que es producto de la socialización. De esta forma, según las características sexuales (hombre o mujer) corresponde a la persona ser masculino o femenino respectivamente (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018). Por su parte, la *identidad de género* se refiere a la identificación de una persona con el género que siente y reconoce como propio. Así, si concordara la identidad de género de la persona con la asignada por los demás, se denominaría *cisgénero*. En contraposición, el concepto *transgénero* es un término referente a aquellas personas cuya identidad de género difiere de las expectativas sociales asociadas al sexo/género asignado al nacer. Al alejarnos del sistema binario de la diferencia sexual es posible hallar identidades de género diversas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

En la construcción de la propia identidad, cobra un papel muy importante el concepto del género, vinculado a la interiorización de comportamientos y corporalidades asociados a los roles culturales y sociales (Domínguez, 2004). La construcción de la propia identidad, comienza en la infancia temprana, cuando alrededor de los 2 años se comienzan a aprender los roles y estereotipos de género y la identificación como niño o niña (Giménez y Mariscal, 2008). Con la llegada de la adolescencia, según la teoría del desarrollo de la identidad de Marcia (1966), el desarrollo de la identidad se alcanza como el resultado de dos variables: haber atravesado o no una crisis de identidad, y haber adoptado o no un compromiso personal (ideológico y vocacional). Este autor diferencia cuatro estados de identidad: difusa (sin compromiso ni crisis), hipotecada (con compromiso, pero sin crisis), moratoria (con crisis pero sin compromiso) o lograda (compromiso tras la crisis).

Asimismo, es importante destacar la presión social como un factor relacionado con el desarrollo de la identidad, como puede ser el contexto familiar (según el estilo parental) y el entorno social/cultural (donde se encuentra el género). Es en la adolescencia, en este proceso de consolidación de la identidad, cuando los estereotipos de género están todavía más presentes que en la infancia (Papalia et al., 2009). Como veremos a continuación, este proceso puede ser especialmente complejo para los

adolescentes LGTBQ+ puesto que además de enfrentarse a los desafíos de esta etapa del desarrollo (como integrar su identidad o identificarse con un grupo de pares), deben lidiar con la discriminación y el rechazo en diferentes contextos (García et al., 2018).

### **3. Discriminación Social: Consecuencias en el Ajuste Psicosocial**

Respecto a la discriminación que sufre el colectivo, se puede hablar de *LGTBIfobia*, término que se refiere a cualquier tipo de ideación, actitud o conducta violenta y/o discriminatoria hacia las personas que forman parte del colectivo LGTBQ+ (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018). En España, el Ministerio del Interior, señaló que un 16,2% de los delitos de odio en 2018 estuvieron relacionados con la orientación sexual e identidad de género de las víctimas (Ruíz et al., 2020). Esta discriminación, no solo repercute en los derechos de las personas, sino que impacta gravemente en su salud mental (Barrientos y Cárdenas, 2013). Se constata que estas personas experimentan más situaciones de estrés que el resto de la población, generando mayores tasas de depresión, ansiedad, abuso de fármacos y suicidio (Adelson, 2012). Este estrés, se conoce como el “estrés de las minorías” de Meyer. Según esta idea, los grupos minoritarios están expuestos a estresores sociales como el prejuicio, las expectativas de rechazo, y ocultamiento (Barrientos y Cárdenas, 2013).

Estudios en el ámbito internacional indican que los jóvenes no heterosexuales presentan una mayor predisposición a la depresión y a la ansiedad. Otros riesgos asociados son las conductas autolesivas y la ideación suicida (Espada et al., 2012). Asimismo, padecen con mayor frecuencia trastornos afectivos y cuadros de consumo de sustancias, con dificultades en la autoestima, las relaciones interpersonales, y la sensibilidad a la ansiedad (Schlatter, Irala y Escamilla, 2005). Además, el ocultamiento de la orientación sexual, una estrategia de afrontamiento muy frecuente ante la expectativa de rechazo, está asociada con la ansiedad social (Espada et al., 2012). Del mismo modo, los adolescentes transgénero también se encuentran en un mayor riesgo que las personas cisgénero de sufrir violencia, consumir alcohol y drogas, intentar quitarse la vida y realizar conductas sexuales de riesgo (Johns et al., 2019). Por último, el hecho de tener que revelar su orientación sexual puede provocar estrés emocional según el contexto de la persona y asociarse al consumo de sustancias, alteraciones del estado de ánimo y suicidio (Espada et al., 2012).

Para fomentar un ajuste positivo frente a la adversidad cobran un papel fundamental las relaciones familiares positivas, de apoyo y cercanas, que parecen mitigar el impacto negativo asociado (Freitas et al., 2016). El apoyo y la aceptación

familiar están asociados con una mayor autoestima, apoyo social y estado de salud general, así como con menos depresión, abuso de sustancias y suicidio en los jóvenes LGBTIQ+ (Katz-Wise et al., 2016). Sin embargo, el rechazo familiar se ha asociado con una variedad de resultados negativos sobre su salud (Parker et al., 2018). Gran parte de la población LGBTIQ+, no cuenta con el apoyo familiar que tienen otras minorías, ya que sus familiares no pertenecen al mismo colectivo discriminado (López, 2010), bloqueándose así las provisiones de apoyo de su entorno social más cercano.

Para algunos padres, el hecho de que su hijo no sea heterosexual puede producir mucho estrés y suelen pasar por un proceso de aceptación que conlleva cambios en las relaciones entre padres e hijos (Freitas et al., 2016). El rechazo de los padres a una orientación no heterosexual se ha relacionado con un aumento de problemas de salud mental, el uso de sustancias y los intentos de suicidio (Freitas et al., 2016). En cuanto a consecuencias relacionales, la percepción de bajo apoyo social puede incrementar el nivel de ansiedad social y las estrategias de evitación, como el aislamiento y los comportamientos de riesgo (Espada et al., 2012). La adolescencia es la etapa donde mayor impacto negativo e indefensión puede generar el rechazo familiar, puesto que su autonomía y economía dependen del contexto familiar (Freitas et al., 2016).

#### **4. Justificación de la Propuesta de Intervención**

La literatura empírica señalada anteriormente pone de manifiesto las importantes consecuencias que la LGTBIfobia dentro del núcleo familiar puede generar en la salud mental de los adolescentes del colectivo. Paralelamente, se confirma un incremento de jóvenes españoles (18 a 24 años) que no se consideran heterosexuales (17,3 %), según la encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (2021). Estas evidencias ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar intervenciones específicas para prevenir e intervenir en esta problemática.

En primer lugar, es importante destacar que, revisando la bibliografía existente sobre esta problemática, predominan las intervenciones primarias, con fines de prevención para evitar la aparición del problema (Ricoy y Feliz, 2002), en este caso, la LGTBIfobia. En esta línea se encuentran campañas de sensibilización destinadas a la población general, programas de educación sexo-afectiva y diversidad sexual en centros educativos, programas de prevención del acoso escolar por LGTBIfobia, formación específica dirigida a profesionales de la salud mental sobre necesidades concretas del colectivo LGTBIQ+ y diversas campañas publicitarias y talleres.

En relación con las intervenciones secundarias, implementadas para detectar posibles problemas antes de su aparición y buscar soluciones para prevenir (Ricoy y Feliz, 2002), existen grupos de apoyo y asociaciones de padres con hijos LGTBIQ+, como la Asociación Estatal de Familias de Menores Transexuales. Respecto a las intervenciones terciarias, cuyo objetivo es detener y atenuar las consecuencias del problema existente (Ricoy y Feliz, 2002), predomina la terapia individual enfocada a la víctima para tratar la LGTBIfobia. Sin embargo, no hay bibliografía concluyente acerca de intervenciones en las que se incluya al núcleo familiar con actitud LGTBIfóbica que, como ya he justificado con anterioridad, es todavía un foco de discriminación, al tiempo que tiene un papel muy relevante en el proceso de adquisición/consolidación de la identidad y constituye su principal apoyo emocional. A pesar de la escasez de bibliografía, diversas organizaciones públicas y privadas sin ánimo de lucro, ofrecen atención, orientación y apoyo a víctimas de LGTBIfobia (individual y en grupo) y a sus familias, como la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB), si bien hay escasa información sobre evidencia empírica contrastada acerca de las intervenciones con familias con actitudes de rechazo en concreto.

En este proyecto, se propone diseñar un programa de intervención con enfoque sistémico mediante la implementación de la Terapia de Grupo Multifamiliar (GMF). El GMF es un espacio terapéutico grupal que incluye tanto al paciente/usuario que presenta un problema psicológico como a las personas de su contexto sociofamiliar (Sempere y Fuenzalida, 2022), en nuestro caso, que incluye tanto al adolescente como al núcleo familiar que muestra conductas de rechazo hacia su sexualidad/identidad de género. Asimismo, se presentará un diseño de evaluación de la intervención que permitirá aportar evidencia científica sobre su eficacia. De esta forma, se ampliará la perspectiva de la problemática, actualmente centrado en la víctima, para incluirla intervención en la dinámica familiar que se relaciona con la sintomatología del adolescente.

La terapia GMF es efectiva en mejorar las relaciones familiares, la comunicación, las habilidades de resolución de conflictos, la expresión de emociones y la potenciación de las capacidades de la familia. A su vez, se desarrollan sistemas de apoyo que disminuyen el aislamiento de las familias y permite que cada miembro de la familia pueda expresarse y mejorar de esta forma la comunicación familiar (Martínez et al., 2021). Existe literatura que avala la eficacia de los grupos de terapia multifamiliar para diferentes problemas psicológicos, como depresión mayor, adicciones y trastornos

infanto-juveniles entre otros (Migerode et al., 2005; Schaefer, 2008; Pérez y Sempere, 2012). La escasez de literatura científica acerca de intervenciones de intervención terciaria que incluyan a las familias con actitudes LGTBIfóbicas y la evidencia empírica de la eficacia de la terapia de GMF en problemáticas infanto-juveniles de distinta índole, plantea la posibilidad de ajustarla a este problema específico. En el presente trabajo se propone utilizar la intervención grupal multifamiliar para jóvenes LGTBIQ+ con actitud LGTBIfóbica en el núcleo familiar, sumado al abordaje individual usual.

## **Objetivos**

### **Objetivos Generales**

La presente propuesta de intervención persigue el objetivo general de minimizar el impacto psicológico generado por la discriminación en el contexto familiar en adolescentes del colectivo LGTBIQ+, así como aumentar su satisfacción vital a través de la intervención en la dinámica familiar.

### **Objetivos Específicos**

1. Aumentar los conocimientos sobre el colectivo LGTBIQ+ y las consecuencias emocionales y psicológicas del rechazo, específicamente dentro del núcleo familiar, tanto a los adolescentes como a sus familiares.
2. Dotar de habilidades básicas para el desarrollo de una comunicación asertiva y la resolución de conflictos, permitiendo la expresión de sentimientos de una forma saludable y el ocio compartido.
3. Facilitar un cambio cognitivo tanto del sistema de creencias de los familiares (culpa, derechos) como de los jóvenes (autoconcepto, aceptación).
4. Reducir los síntomas ansiosos, depresivos, suicidas y de abuso de sustancias de los adolescentes/jóvenes LGTBIQ+, así como aumentar su satisfacción vital.
5. Analizar la eficacia de la terapia GMF para reducir el impacto psicológico que el rechazo en el contexto familiar tiene sobre los jóvenes LGTBIQ+.

## **Metodología**

### **Participantes**

Los jóvenes que participarán en el programa serán usuarios del Instituto Aragonés de la Juventud (IAJ) de entre 14 y 29 años, con problemas psicológicos (depresión, ansiedad, ansiedad social, conductas suicidas o abuso de sustancias), así como sus familiares. Para la selección de las participantes se llevará a cabo una entrevista inicial individual con cada uno de los usuarios interesados o derivados al



programa por otros profesionales para verificar que cumplen los criterios de selección: formar parte del colectivo LGTBIQ+, edad entre 14-29 años, núcleo familiar con actitud LGTBIfóbica, presentar malestar psicológico o problemas psicológicos asociados al rechazo y disponibilidad e implicación de los familiares en el programa.

De los interesados en participar en el programa y tras aplicar los criterios, seleccionaremos una muestra de 30 participantes, de los cuales, 15 serán aleatoriamente asignados al grupo experimental, y los otros 15 restantes al grupo control.

### **Instrumentos**

Para llevar a cabo la evaluación de la eficacia del programa se utilizarán los siguientes siete cuestionarios. El Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) (Lozano et al., 2007) es un cuestionario breve de 50 ítems que aporta información sobre dos trastornos emocionales frecuentes: ansiedad y depresión (ver anexo 2). Asimismo, también mide otros aspectos relevantes: inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos. El formato de respuesta es tipo Likert, contando con 5 alternativas que van del 1 (nunca) al 5 (siempre). Respecto de las propiedades psicométricas, se puede constatar una consistencia interna excelente con un alfa de Cronbach mayor a 0,8 en todos los estudios realizados (Pereyra, 2017).

También se utilizará la Escala de Ansiedad Social (LSAS) de Liebowitz (1987) para la evaluación de este trastorno. Esta Escala ha sido traducida, adaptada y validada en castellano (Bobes, 1999). La LSAS cuenta con 24 ítems que evalúan dos variables: miedo/ansiedad y evitación en diferentes situaciones (ver anexo 3). Tanto el miedo/ansiedad como la evitación, se miden en una escala de Likert que varía de 0 (ninguna ansiedad/evitación) a 3 (bastante ansiedad/usualmente lo evito). El puntaje total se obtiene sumando los puntos de ambas escalas. En cuanto a las propiedades psicométricas, consta de una buena consistencia interna (alfa de Cronbach) con valores mayores a 0,73 en todas las subescalas (Bobes et al., 1999).

Para la evaluación del abuso de sustancias se utilizará el DAST-20 (Skinner y Goldberg, 1986) (ver anexo 4). Se trata de un cuestionario autoadministrado para medir el consumo problemático de drogas, con respuestas dicotómicas (Sí/No). Sus ítems abordan aspectos propios del abuso de sustancias, así como complicaciones físicas, psicológicas y sociales. Respecto a las propiedades psicométricas, cuenta con un alfa de Cronbach de 0,93 para la DAST-20 en población española (Pérez et al., 2010).

La Escala de Ideación Suicida de Beck (1979), será utilizada para evaluar y medir el riesgo de autolesión y suicida. En la presente intervención se utilizará la

traducción española de Rodríguez y González (2000) (ver anexo 5). Se trata de una escala de 19 ítems apta para adolescentes y adultos, que cumplimenta el terapeuta mediante una entrevista semiestructurada de 10 minutos. Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total es la suma de los puntos de los 19 primeros ítems. Respecto a las propiedades psicométricas de la escala, posee un coeficiente alfa de Cronbach de 0,85 y una fiabilidad inter examinador de 0,83 (Rodríguez y González, 2000).

Para medir la satisfacción vital se utilizará la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) (Diener et al., 1985). En concreto se utilizará la adaptación al español de Atienza et al. (2000) (ver anexo 6). A mayor puntuación en la escala mayor es el grado de satisfacción con la vida. Las opciones de respuesta son tipo Likert, del 1 (muy en desacuerdo) al 5 (muy de acuerdo). Respecto a las propiedades psicométricas, la versión española de la escala cuenta con un alfa de Cronbach de 0,84 (Atienza et al., 2000).

Para medir la comunicación familiar se utilizará la Escala de Comunicación Padres-Adolescente (PACS) de Barnes y Olson (1982) (ver anexo 7). El instrumento consta de dos subescalas, una referida a la comunicación con la madre y otra a la comunicación con el padre. Ambas se componen de 20 ítems y presentan una estructura de dos factores: grado de apertura en la comunicación y problemas en la comunicación. Respecto a las propiedades psicométricas se han obtenido coeficientes de Cronbach de entre 0,61 y 0,90 según las escalas (Jiménez et al., 2007).

Para medir el funcionamiento familiar se utilizará el Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL elaborado por Ortega et al. (1999) (ver anexo 8). La escala consta de 7 dimensiones: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Es una escala tipo Likert con respuestas que van del 1 (casi nunca) al 5 (casi siempre). La puntuación se obtiene sumando la totalidad de ítems considerándose familia funcional (57-70 puntos), moderadamente funcional (43-56), disfuncional (28-42) y severamente disfuncional (14-27). Respecto a propiedades psicométricas, cuenta con una alta confiabilidad, debido a su estabilidad y consistencia interna, además de una alta validez de contenido (Pérez et al., 1997).

### **Procedimiento**

La implementación del programa tendrá su comienzo con un primer contacto con el Instituto Aragonés de la Juventud (IAJ Zaragoza), donde se llevará a cabo la explicación de la propuesta. Una vez aceptado el programa, se procederá a la selección de la muestra, aplicando dichos requisitos de inclusión al total de usuarios del centro. Esperamos obtener 30 participantes del colectivo LGTBIQ+ y sus familias.

La muestra se dividirá aleatoriamente en dos grupos: el grupo experimental y el grupo control. Por un lado, el grupo experimental recibirá la terapia cognitivo conductual individual habitual proporcionada por el Instituto Aragonés de la Juventud, además de las sesiones que fundamentan el presente programa de GMF. Por otro lado, el grupo control solamente recibirá la terapia individual habitual. Una vez finalizado el programa, el grupo control también podrá beneficiarse de la intervención familiar si lo solicitan. La primera y la última sesión serán comunes para los dos grupos, en las que se cumplimentará la batería de cuestionarios pre-test y post-test respectivamente. El resto de sesiones del programa, fundamentadas en la terapia GMF, se desarrollarán exclusivamente con el grupo experimental. El grupo multifamiliar estará formado por los 15 participantes del grupo experimental y sus familiares.

## **Recursos**

### **Recursos Humanos**

Será necesario personal del IAJ que nos facilite el contacto con los participantes del programa (educadores sociales, psicólogo/a, personal administrativo). Asimismo, se precisa un/a psicólogo/a para la puesta en marcha del programa de intervención, así como co-terapeuta para acompañar y supervisar la acción del psicólogo/a. El programa también contará con profesionales externos para la evaluación de la intervención.

### **Recursos Materiales**

Los recursos materiales necesarios serán las instalaciones/mobiliario cedido por el centro: sala amplia, sillas con mesa plegable incorporada para que los usuarios se sienten formando un círculo facilitando la comunicación, permitiendo a su vez la cumplimentación de los cuestionarios y el resto de ejercicios del programa. Asimismo, se requiere material informático (ordenador, proyector, altavoces) y material fungible (fichas correspondientes a cada sesión, bolígrafos y folios).

## **Sesiones**

La duración total del programa será de 8 meses y constará de 15 sesiones quincenales de aproximadamente 2 horas de duración. El programa se fundamenta en la terapia GMF, por lo que estarán presentes tanto los usuarios del IAJ como sus familiares en la totalidad de las sesiones, excepto en la sesión 6 que se desarrollará con los adolescentes y los familiares por separado. El programa cuenta con una sesión de presentación y una sesión final. El resto de sesiones están divididas en 3 módulos: módulo psicoeducativo, módulo comunicacional y módulo emocional.

**Tabla 1.** Sesiones que constituyen el presente programa

SESIÓN	TEMA	OBJETIVOS	RECURSOS
1 <sup>a</sup>	Presentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar el primer contacto con los usuarios</li> <li>- Explicar y firmar el consentimiento informado</li> <li>- Administrar cuestionarios pre-test</li> </ul>	Anexo 1,  Anexos 2-8
<b>MÓDULO PSICOEDUCATIVO</b>			Anexo 9
2 <sup>a</sup>	Colectivo LGTBIQ+	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre los distintos conceptos del colectivo</li> <li>- Cuestionar mitos</li> <li>- Resolver preguntas</li> </ul>	Ficha 1
3 <sup>a</sup>	Beneficio de la colaboración parental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exponer las consecuencias del rechazo parental en la salud mental</li> <li>- Concienciar sobre el beneficio de su colaboración</li> </ul>	Ficha 2
4 <sup>a</sup>	¿Mis creencias respetan los derechos asertivos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionar su propio sistema de creencias</li> <li>- Facilitar el desarrollo de un sistema de creencias que respete tanto sus propios derechos como los de los demás.</li> </ul>	Ficha 3
5 <sup>a</sup>	Estilos y componentes de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diferenciar asertividad, pasividad y agresividad</li> <li>- Exponer los componentes de la comunicación no verbal</li> </ul>	Ficha 4
6 <sup>a</sup>	Reevaluación cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confrontar creencias erróneas interiorizadas en los jóvenes LGTBIQ+</li> <li>- Confrontar creencias de los familiares que dificultan una positiva dinámica familiar</li> </ul>	Ficha 5
<b>MÓDULO COMUNICACIONAL</b>			
7 <sup>a</sup>	Comunicación asertiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprender a comunicarse de forma asertiva</li> <li>- Extrapolar esta habilidad a situaciones reales</li> </ul>	Ficha 6
8 <sup>a</sup>	Expresar desagrado o molestia justificados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprender a expresar desagrado o molestia justificados</li> <li>- Extrapolar esta habilidad a situaciones reales</li> </ul>	Ficha 7
9 <sup>a</sup>	Disculparse o admitir ignorancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprender a disculparse o admitir ignorancia</li> <li>- Extrapolar esta habilidad a situaciones reales</li> </ul>	Ficha 8
10 <sup>a</sup> y 11 <sup>a</sup>	Resolución de conflictos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentar la técnica de resolución de conflictos</li> <li>- Identificar la alternativa eficaz para la resolución del problema</li> <li>- Extrapolar esta habilidad a situaciones reales.</li> </ul>	Ficha 9 y 10
<b>MÓDULO EMOCIONAL</b>			
12 <sup>a</sup>	Expresión emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la libre expresión de sentimientos y emociones entre usuarios y familiares</li> <li>- Poner a prueba las habilidades adquiridas en el anterior módulo en un espacio seguro</li> </ul>	Ficha 11
13 <sup>a</sup>	Ocio compartido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exponer relación ocio y bienestar psicológico</li> <li>- Buscar proyectos y afinidades en común</li> </ul>	Ficha 12
14 <sup>a</sup>	Devolución y agradecimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover la expresión de los sentimientos, opiniones y cambios de los participantes en un espacio seguro,</li> <li>- Fomentar la actitud de agradecimiento entre usuarios y familiares</li> </ul>	Ficha 13

### ***Sesión 1: Presentación***

Tras una introducción al programa, se proporcionará a los participantes el Documento de Consentimiento Informado, en el caso de los usuarios menores de edad, se requerirá una Carta de Consentimiento Informado para Padres (ver anexo 1). Posteriormente, se repartirán los cuestionarios que serán cumplimentados únicamente por los usuarios (ver anexos 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8), mientras sus familiares permanecerán en una sala aparte donde tendrán un primer contacto con el resto de familias.

### **Módulo Psicoeducativo**

#### ***Sesión 2: Colectivo LGTBIQ+***

Para comenzar con el módulo psicoeducativo se explicarán las diferencias entre los principales conceptos del colectivo (orientación sexual, sexo, género e identidad de género) utilizando un glosario de términos (ver anexo 9). Se ampliará la información sobre cada concepto a partir de dichas definiciones para poder contrastarla con alguno de los antiguos mitos sobre el colectivo que influyen en su rechazo (ver anexo 9).

#### ***Sesión 3: Beneficio de la Colaboración Parental***

La primera media hora de la sesión se destinará a dar a conocer a los participantes la información existente sobre la importancia del apoyo y aceptación familiar, así como las consecuencias del rechazo familiar en los jóvenes del colectivo, expuesta en diferentes estudios (Freitas et al., 2016; Katz-Wise et al., 2016) (ver anexo 9). Durante la segunda parte de la sesión se visualizará la película “Lola” de Laurent Micheli (2019) que pone de manifiesto la importancia de la colaboración parental.

#### ***Sesión 4: ¿Mis Creencias Respetan los Derechos Asertivos?***

Durante la primera parte de la sesión se repasarán los derechos asertivos. Se realizarán varios ejercicios (técnica del brainstorming, imaginación y reflexión) siguiendo las recomendaciones de García-Grau et al. (2019) (ver anexo 9).

#### ***Sesión 5: Estilos y Componentes de Comunicación***

En esta sesión se acercará a los participantes al conocimiento de distintos aspectos de la comunicación. Se explicarán cada uno de los estilos de comunicación (asertivo, pasivo y agresivo), para posteriormente realizar un ejercicio de distinción

entre ellos (ver anexo 9). En la última parte de la sesión, se presentarán los componentes no verbales de la comunicación mediante material audiovisual (ver anexo 9).

### ***Sesión 6: Reevaluación Cognitiva***

Para llevar a cabo esta sesión, de forma extraordinaria, se dividirá a los participantes en dos grupos: pacientes LGTBIQ+ y familiares. Por un lado, con los familiares se trabajarán los diferentes sentimientos: culpa, miedo, enfado. Por otro lado, con los pacientes LGTBIQ+ se trabajará el autoconcepto, la culpa, la vergüenza, y creencias erróneas internalizadas. En ambos grupos se utilizarán las mismas técnicas: las flechas descendentes, la identificación de los pensamientos negativos automáticos y la búsqueda de una nueva interpretación (ver anexo 9).

### **Módulo Comunicacional**

El presente módulo tiene carácter práctico para comenzar a entrenar y adquirir ciertas habilidades sociales siguiendo las recomendaciones de García-Grau et al. (2019).

### ***Sesión 7: Comunicación Asertiva***

En esta sesión comenzará el entrenamiento en comunicación asertiva de una forma práctica (ver anexo 9) a través de distintos ejercicios (instrucciones, imaginación, modelado, ensayo de conducta, retroalimentación y tareas para casa).

### ***Sesión 8: Expresar Desagrado o Molestia Justificados***

Durante esta sesión, tanto usuarios como familiares recibirán conocimientos y entrenamiento para adquirir la habilidad de expresar desagrado o molestia justificados. Esta habilidad será entrenada especialmente en el contexto del conflicto intrafamiliar a través de diferentes ejercicios (imaginación, instrucciones, modelado, ensayo de conducta, retroalimentación y tareas para casa) (ver anexo 9).

### ***Sesión 9: Disculparse o Admitir Ignorancia***

En esta sesión tendrá lugar la presentación de la habilidad de disculparse o admitir ignorancia, que será entrenada especialmente en el contexto familiar a través de distintos ejercicios (imaginación, instrucciones, modelado, ensayo de conducta, retroalimentación y tareas para casa) (ver anexo 9).

### ***Sesión 10 y 11: Resolución de Conflictos.***

Durante la sesión 10 se realizará la presentación de la técnica de resolución de conflictos, además de realizar un ejercicio escrito para afianzar los conocimientos aprendidos (ver anexo 9). La sesión 11 se dedicará al entrenamiento de la técnica de resolución de conflictos, extrapolando esta habilidad a situaciones reales del contexto

familiar a través de diferentes ejercicios (imaginación, instrucciones, modelado, ensayo de conducta, retroalimentación y tareas para casa) (ver anexo 9).

## **Módulo Emocional**

### ***Sesión 12: Expresión Emocional***

En esta sesión se fomentará la expresión de sentimientos entre usuarios y familiares de forma asertiva en un espacio seguro, donde los profesionales garantizan el respeto entre todos los participantes (ver anexo 9).

### ***Sesión 13: Ocio Compartido***

Durante esta sesión, se fomentará la búsqueda de hobbies en común para reforzar los vínculos familiares. Para ello se utilizará una ficha con distintos ejercicios (ver anexo 9) en la que cada participante escribirá sus hobbies, para posteriormente compararla con la de sus familiares, buscando un punto común.

### ***Sesión 14: Devolución y Agradecimientos***

Se promoverá la expresión de sentimientos, opiniones y cambios experimentados entre los participantes, para que tanto adolescentes como familiares obtengan un feedback respecto a su evolución. Es en esta sesión cuando además de explicitar los cambios ocurridos en la comunicación y funcionamiento familiar, cada usuario expresará gratitud a sus familiares y viceversa (ver anexo 9).

### ***Sesión 15: Final***

Durante la última sesión del programa se agradecerá la participación a los participantes. Los usuarios cumplimentarán la batería de cuestionarios post-test, mientras los familiares permanecerán en una sala aparte donde despedirse del resto de familiares que han servido de apoyo durante el programa. Todos los participantes del programa rellenará una evaluación de satisfacción con la intervención (ver anexo 9).

## **Evaluación del Programa**

Se llevarán a cabo varios tipos de evaluación, tanto en función del momento temporal como de la procedencia de los evaluadores. En cuanto al momento temporal en de la evaluación, se destacan dos fases. Antes de comenzar con la aplicación del programa, se realizará una evaluación del diseño y de las metodologías seleccionadas, mediante una consulta a expertos del ámbito. Tras finalizar la intervención, se realizará la evaluación de la satisfacción de los participantes y de la eficacia de la intervención (estudio pre-post). Para evaluar la eficacia del programa, se llevará a cabo el estudio pre-post, utilizando los cuestionarios previamente descritos. De esta manera, se podrá

comprobar, tanto la diferencia entre las puntuaciones antes y después del tratamiento en cada participante (prueba t de Wilcoxon), como la diferencia entre los tratamientos del grupo experimental y el control (prueba U de Mann Whitney). De este modo, se puede comprobar si añadir el GMF a la terapia cognitivo conductual individual se traduce en una mayor reducción de los problemas psicológicos asociados al rechazo y estrés, así como en un mayor aumento en satisfacción vital.

En relación con la procedencia de los evaluadores del programa, se llevará a cabo una evaluación mixta, contando tanto con el personal interno (participantes, psicólogo/as) como con profesionales externos. A los participantes (usuarios y familiares), se les administrará un cuestionario de satisfacción (ver anexo 9).

### **Resultados esperados**

El objetivo de este programa es minimizar el impacto psicológico que la discriminación en el contexto familiar genera en adolescentes del colectivo LGTBQ+ a través de la intervención en el sistema familiar (funcionamiento y comunicación familiar). Específicamente, se espera una disminución en los niveles de depresión, ansiedad, ansiedad social, abuso de sustancias e ideas suicidas de los adolescentes y jóvenes LGTBQ+ del grupo experimental, así como un aumento en su satisfacción vital. Para evidenciar que los cambios obtenidos son resultado del presente programa de intervención y no de la terapia habitual, se compararán las medias de las variables estudiadas en el grupo experimental y el grupo control en el post-test.

Si el programa de intervención resulta eficaz, se espera obtener una mayor mejora en los resultados del grupo experimental en la evaluación realizada al finalizar el programa frente a las mejoras del grupo control. Así pues, se obtendrán en el grupo experimental, unas puntuaciones más bajas que en el grupo control en depresión, ansiedad, ansiedad social, abuso de sustancias e ideación suicida, además de puntuaciones más altas en satisfacción vital. En definitiva, se esperan mejores resultados en el grupo experimental, relacionados con cambios en el sistema familiar (funcionamiento y comunicación familiar) promovidos por la terapia GMF.

### **Conclusiones**

En el s. XXI, el colectivo LGTBQ+ sigue sufriendo rechazo y discriminación. En España, un 16,2% de los delitos de odio en 2018 estuvieron relacionados con la orientación sexual e identidad de género de las víctimas (Ruíz et al., 2020). Como se señalado al inicio de este trabajo, esta discriminación impacta gravemente en la salud mental y bienestar de las personas del colectivo (Barrientos y Cárdenas, 2013). La



población LGTBIQ+ experimenta un mayor número de situaciones de estrés que el resto de la población, lo que genera mayores tasas de depresión, ansiedad, abuso de fármacos y suicidio (Adelson, 2012). Además, el ocultamiento de la orientación sexual ante la expectativa de rechazo está asociada con la ansiedad social (Espada et al., 2012).

Asimismo, existen estudios que avalan la relación entre el rechazo de los padres con un aumento de los problemas de salud mental en los hijos (Freitas et al., 2016). El apoyo y la aceptación familiar están asociados con menos depresión, abuso de sustancias y suicidio en los jóvenes LGBT (Katz-Wise et al., 2016). Sin embargo, la intervención habitual para esta problemática suele ser la terapia individual para la víctima, dejando a un lado el entorno relacionado con el malestar. Incorporar a los familiares en las intervenciones puede ser una forma efectiva de fomentar el apoyo y la aceptación familiar, reduciendo así el malestar psicológico. Por ello es relevante desarrollar programas de intervención que aborden esta problemática en edades tempranas, donde se incluyan a los familiares de los usuarios. El programa de intervención propuesto aquí se focaliza en la adolescencia. Sin embargo, se considera necesario desarrollar una línea futura de intervención e investigación con el diseño de programas ampliando el rango de edad a menores de 14 años, para prevenir futuros problemas psicológicos. Por todo lo expuesto, se considera necesario el diseño e implementación de este tipo de programas de intervención, cuyo objetivo es minimizar el impacto psicológico asociado al rechazo de los adolescentes y jóvenes LGTBIQ+ modificando la dinámica familiar a través del GMF sumada al abordaje individual.

### Bibliografía

- Adelson, S. (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(9), 957-974.
- Allen, K., Cuthbert, K., Hall, J. J., Hines, S. y Elley, S. (2021). Trailblazing the gender revolution? Young people's understandings of gender diversity through generation and social change. *Journal of Youth Studies*. <https://doi.org/10.1080/13676261.2021.1923674>
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 314-319.
- Barrientos, J. y Cárdenas, M. (2013). Homofobia y calidad de vida de gay y lesbianas: una mirada psicosocial. *Psykhe*, 22(1), 3-14.
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M, González, M. P. y Dal-Ré, R. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distres Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, 112(14), 530-538.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (2021). *Encuesta sobre relaciones sociales y afectivas en tiempos de pandemia de la COVID-19 (II)*.
- Domínguez, M.D. (2004). La construcción de la identidad en la juventud: Sociedad, cultura y género. *III Jornadas Pedagógicas de la Persona. Identidad personal y educación*. Universidad de Sevilla.
- Espada, J. P., Morales, A., Orgilés, A. y Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés*, 18(1), 31-41.
- Freitas, D. F., D'Augelli, A. R., Coimbra, S. y Fontaine, A. M. (2016). Discrimination and mental health among gay, lesbian, and bisexual youths in Portugal: The moderating role of family relationships and optimism. *Journal of GLBT Family Studies*, 12(1), 68-90.
- García-Grau, E., Fusté, A., Ruiz, J., Arcos, M., Balaguer, G, Guzmán, D. y Bados, A. (2019). Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales: Barcelona. Dipòsit Digital Universitat de Barcelona, Col·lecció OMADO.
- García, G., Correa, R., Forno, L., Díaz, V. y Tellez, M. (2018). Diversidad sexual, adolescencia y familia. *Revista de Familias y Terapias*, 27(45), 39-51.

- Giménez, M. y Mariscal, S. (2008). *Psicología del desarrollo: desde el nacimiento a la primera infancia*. McGraw-Hill.
- Jiménez, T.I., Murgui, S., Estévez, E., y Musitu, G. (2007). Family communication and delinquent behavior among Spanish adolescents: The mediating role of self-esteem. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, 473-485.
- Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L. y Underwood, J. M. (2019). Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students—19 states and large urban school districts, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(3), 67-71.
- Katz-Wise, S. L., Rosario, M. y Tsappis, M. (2016). Lesbian, gay, bisexual, and transgender youth and family acceptance. *Pediatric clinics of North America*, 63(6), 1011–1025
- López, M. (2010). *Características específicas del trabajo terapéutico con clientes y parejas lgtb y familias homoparentales*. (Trabajo de tercero de Terapia Familiar). Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar.
- Lucas, B. (30 de agosto de 2015). *LGTB: logros y retos en el siglo XXI*. El Orden Mundial. <https://elordenmundial.com/lgtb-logros-y-retos-en-el-siglo-xxi/>
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5), 551–558.
- Martínez, A., Bonell, L., Sempere, J. y Fuenzalida, C. (2021). Contribuciones para mejorar la eficacia de la conducción de grupos multifamiliares. Una revisión sistemática. *Indivisa, Boletín de Estudios e Investigación*, (21), 33-66.
- Martínez, R. (2017). *Lo nuestro sí que es mundial. Una introducción a la historia del movimiento LGTB en España*. Egales.
- Migerode, L., Lemmens, G., Hooghe, A., Brunfaut, E. y Meyncdens, M. (2005). Groupes systémics dans la dépression. *Thérapie familiale*, 26(4), 365-390.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Glosario de términos sobre diversidad afectivo sexual. Documento de apoyo para el abordaje de la salud sexual y la diversidad afectivo sexual en la prevención de la infección por el VIH y otras ITS*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Papalia, D.E., Wendkos, S. y Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. McGraw-Hill.

- Parker, C. M., Hirsch, J. S., Philbin, M. M. y Parker, R. G. (2018). The urgent need for research and interventions to address family-based stigma and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 63(4), 383–393.
- Pereyra, K. J. (2017). *Propiedades Psicométricas del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) en estudiantes de secundaria del Milagro*. (Tesis para obtener el Grado en Psicología). Universidad César Vallejo. Perú: Trujillo.
- Pérez, B., Fernández, L., Vicente, M. P., Oliveras, M. A y Lahoz, M. (2010). Validación española del drug abuse screening test (DAST-20 y DAST-10). *Salud y drogas*, 10(1), 35-50.
- Pérez, E., De la Cuesta, D., Louro, I. y Bayarre, H. (1997). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Ciencia ergo sum*, 4(1), 63-6.
- Pérez M. y Sempere J. (2012). Psicoterapia grupal multifamiliar y terapia multisistémica para adolescentes con trastorno del comportamiento perturbador. *Interpsiquis*.
- Ricoy, M. C. y Feliz, T. (2002). Estrategias de intervención para la escuela de padres y madres. *Educación XXI: Revista de la Facultad de Educación*, (5), 169-170
- Rodríguez, F. y González, F. (2000). *Evaluación y medición del riesgo de autolesión y suicidio*.
- Ruíz, E., Ballester, R., Gil, M. <sup>a</sup>. D., Giménez, C., y Nebot, J. E. (2020). Orientación sexual y salud mental en jóvenes universitarios españoles. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(1), 199-206.
- Schaefer, G. (2008). Multiple family group therapy in a drug and alcohol rehabilitation center. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy (ANZJFT)*, 29(1), 17-24.
- Schlatter, J., Irala, J., y Escamilla, I. (2005). Psicopatología asociada a la homosexualidad. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 49(3), 69-79.
- Sempere, J. y Fuenzalida, C. (2022). *Terapia interfamiliar: el poder de los grupos multifamiliares en contextos sociales, sanitarios y educativos*. Desclée de Brouwer.

**ANEXOS**

**ANEXO 1****DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES  
MAYORES DE EDAD**

He sido invitado a participar en el Programa “Terapia de Grupo Multifamiliar para población LGTBIQ+”, fundamentado en la terapia GMF, además de mi habitual terapia cognitiva en el IAJ. He recibido información sobre el programa, y las pruebas evaluativas que realizaré antes y después de recibir el programa.

Consiento voluntariamente participar en este programa de intervención, teniendo derecho a retirarme del programa en cualquier momento sin ninguna repercusión en mi habitual tratamiento en IAJ.

Nombre del participante \_\_\_\_\_

A día \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Firma del participante:

\_\_\_\_\_

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES  
MENORES DE EDAD**

Estoy informado/a de que mi hijo/a o menor tutelado \_\_\_\_\_ ha sido invitado a participar en el Programa “Terapia de Grupo Multifamiliar para población LGTBIQ+”, fundamentado en la terapia GMF, además de su habitual terapia cognitiva en el IAJ. He recibido información sobre el programa, y sobre las pruebas evaluativas que realizará antes y después de recibir el programa.

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ como madre/padre/tutor consiento voluntariamente su participación en este programa de intervención, teniendo derecho a retirarse del programa en cualquier momento sin ninguna repercusión en su habitual tratamiento en el IAJ.

A día \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Firma del padre/madre/tutor:

\_\_\_\_\_

## ANEXO 2

Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) (Lozano et al., 2007)

<b>CECAD</b>		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Estoy nervioso					
2	Duermo peor que antes					
3	Me encuentro mal cuando estoy entre gente					
4	Pienso en hacerme daño a mí mismo					
5	Tan pronto estoy de buen humor como de mal humor.					
6	Me despierto muchas veces durante la misma noche.					
7	Tengo la sensación de que me falta el aire para respirar.					
8	Me relajo con dificultad.					
9	Se me quedan dormidos los brazos, manos, pies y piernas.					
10	Me cuesta mucho dormir.					
11	Me enfado con facilidad.					
12	Tengo mucho sueño durante el día.					
13	Siento dolores en el pecho.					
14	Me siento mal en los lugares que se me es difícil escapar.(ascensor, autobús, aula)					
15	Ahora tengo menos ganas de comer que antes.					
16	Cuando estoy entre gente procuró en marcharme a otro lugar.					
17	Lloro con facilidad.					
18	Me preocupa perder el control de mí mismo.					
19	Los demás pueden hacer la mayoría de las cosas mejor que yo.					
20	Tengo una sensación de hormigueo en algunas partes del cuerpo.					
21	Creo que soy inútil.					
22	Cualquier cosa me irrita mucho.					
23	Se me nubla la vista.					
24	Pienso que todo lo hago mal.					
25	Me vienen pensamientos molestos a mi cabeza, aunque yo no quiera.					



# CECAD

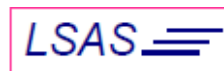
		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
26	Tiendo a pensar lo peor.					
27	Me tiemblan las manos.					
28	Necesito que otros me ayuden para hacer las cosas bien.					
29	Me enfado sin motivos.					
30	No sirvo para nada.					
31	Tengo miedo a no saber hacer bien las cosas.					
32	Tengo pensamientos que no se me quitan y que me molestan.					
33	Siento una opresión en el pecho que me quita la respiración.					
34	Durante el día paso con facilidad de estar alegre a estar triste.					
35	Me cuesta trabajo ponerme a pensar sobre las cosas.					
36	Me siento preocupado por cosas que me puedan ocurrir.					
37	Cuando me levanto por las mañanas me siento cansado.					
38	Tengo miedo de que la gente se burle de mí.					
39	Me siento con rabia por dentro.					
40	Me canso más rápido que los demás.					
41	Cuando tengo que hacer la tarea dudo si haré de una forma o de otra					
42	Quiero estar solo.					
43	Me agobia en los sitios con mucha gente. (Centros comerciales, cines, etc.)					
44	Me siento muy solo.					
45	Aunque las cosas tengan una parte positiva y buena, yo suelo fijarme en la negativa o mala.					
46	Tengo pesadillas y terrores nocturnos.					
47	Me siento triste.					
48	Siento dolores por diferentes partes de mi cuerpo.					
49	Me siento vacío.					
50	Pienso que no valgo para nada.					

**FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBA QUE HAS CONTESTADO**

Lozano, L., García, E. y Lozano L.M (2007). *Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión*. TEA Ediciones.

## ANEXO 3

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) (Liebowitz, 1987) traducida y adaptada al castellano (Bobes, 1999).



Identificación ..... Fecha .....

*Cada ítem se evalúa desde las dos dimensiones fundamentales del trastorno de fobia social: el grado de temor o ansiedad experimentado ante las situaciones y su nivel de evitación. Puntuar según los siguientes criterios:*

**Miedo o ansiedad:**

- 0 Nulo
- 1 Leve
- 2 Moderado
- 3 Severo

**Evitación:**

- 0 Nunca (0%)
- 1 Ocasionalmente (1-33%)
- 2 Frecuentemente (33-67%)
- 3 Usualmente (67-100%)

	Temor o ansiedad				Evitación			
	0	1	2	3	0	1	2	3
1. Hablar por teléfono en público (P)	○	○	○	○	○	○	○	○
2. Participar en pequeños grupos (P)	○	○	○	○	○	○	○	○
3. Comer en lugares públicos (P)	○	○	○	○	○	○	○	○
4. Beber con otros en lugares públicos (P)	○	○	○	○	○	○	○	○
5. Hablar con personas con autoridad (S)	○	○	○	○	○	○	○	○
6. Actuar, representar o dar un discurso frente a una audiencia (P)	○	○	○	○	○	○	○	○
7. Ir a una fiesta (S)	○	○	○	○	○	○	○	○
8. Trabajar mientras le están observando (P)	○	○	○	○	○	○	○	○
9. Escribir mientras le están observando (P)	○	○	○	○	○	○	○	○
10. Telefonar a alguien a quien no conoce muy bien (S)	○	○	○	○	○	○	○	○
11. Hablar con alguien a quien no conoce muy bien (S)	○	○	○	○	○	○	○	○
12. Conocer a extraños (S)	○	○	○	○	○	○	○	○
13. Orinar en un baño público (P)	○	○	○	○	○	○	○	○
14. Entrar en un cuarto cuando los demás ya están sentados (P)	○	○	○	○	○	○	○	○
15. Ser el centro de atención (S)	○	○	○	○	○	○	○	○
16. Hablar en una reunión (P)	○	○	○	○	○	○	○	○
17. Hacer un examen (P)	○	○	○	○	○	○	○	○
18. Expresar desacuerdo o desaprobación a personas a quienes no conoce muy bien (S)	○	○	○	○	○	○	○	○
19. Mirar a los ojos a personas a quienes no conoce muy bien (S)	○	○	○	○	○	○	○	○
20. Dar un informe a un grupo (P)	○	○	○	○	○	○	○	○
21. Tratar de enamorar a alguien (P)	○	○	○	○	○	○	○	○
22. Devolver compras en una tienda (S)	○	○	○	○	○	○	○	○
23. Organizar una fiesta (S)	○	○	○	○	○	○	○	○
24. Resistir a un vendedor insistente (S)	○	○	○	○	○	○	○	○

TOTAL miedo o ansiedad:

TOTAL Evitación:

**Respuestas del cuestionario:**

Puntuación total 0-51 puntos: normalidad, no se aprecia ansiedad social.

Puntuación total de 52-81 puntos: ansiedad social moderada

Puntuación total de 82-94 puntos: estado de ansiedad social significativa

Los resultados del test solo tienen un valor orientativo

Liebowitz, M. R (1987). Social Phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.

**ANEXO 4**

Cuestionario Drug Abuse Screening Test-20 (DAST-20) (Skinner y Goldberg, 1986)

**Drug Abuse Screening Test - 20 (DAST-20)**

1. ¿Ha consumido algún tipo de droga sin prescripción médica?
2. ¿Ha abusado de los medicamentos?
3. ¿Ha consumido más de una droga al mismo tiempo?
4. ¿Puede pasar la semana sin consumir drogas?
5. ¿Siempre que quiere es capaz de parar de consumir drogas?
6. ¿Ha tenido pérdidas de memoria o le han aparecido "imágenes del pasado" como consecuencia de su consumo de drogas?
7. ¿Se ha sentido mal consigo mismo o culpable por su consumo de drogas?
8. ¿Su pareja o sus familiares suelen quejarse de su consumo de drogas?
9. ¿El consumo de drogas le ha creado problemas de pareja o con sus padres?
10. ¿Ha perdido amigos por su consumo de drogas?
11. ¿Ha desatendido a su familia a consecuencia de su consumo de drogas?
12. ¿Ha tenido problemas en el trabajo debido a su consumo de drogas?
13. ¿Ha perdido su trabajo por el consumo de drogas?
14. ¿Se ha peleado con alguien mientras estaba bajo el efecto de alguna droga?
15. ¿Ha realizado alguna actividad ilegal para obtener drogas?
16. ¿Ha sido detenido por posesión de drogas ilegales?
17. ¿Ha notado síntomas de abstinencia cuando deja de consumir drogas?
18. ¿Ha tenido problemas de salud como consecuencia del consumo de drogas? (Por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias, etc.)
19. ¿Ha solicitado ayuda a alguien por un problema con las drogas?
20. ¿Ha recibido algún tratamiento por un problema de drogas?

Skinner, H., y Goldberg, A. (1986). Evidence for a drug dependence syndrome among narcotic users. *British Journal of Addiction*, 81, 479-484.

## ANEXO 5

Escala de Ideación Suicida (Beck et al., 1979) traducida al español (Rodríguez y González, 2000)

### 7.1.1. Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI)

1

1. <i>Deseo de vivir</i> 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno
2. <i>Deseo de morir</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
3. <i>Razones para vivir/morir</i> 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i> 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i> 0. Breve, períodos pasajeros 1. Por amplios períodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i> 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo
8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i> 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación
9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i> 0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control
10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i> 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. <i>Razones para el intento contemplado</i> 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. <i>Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</i> 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados
13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i> 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento
0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
1. Inseguridad sobre su valor
2. Seguro de su valor, capacidad
15. Expectativas/espera del intento actual
0. No
1. Incierto
2. Sí
16. Preparación actual para el intento contemplado
0. Ninguna
1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
17. Nota suicida
0. Ninguna
1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
2. Nota terminada
18. Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)
0. Ninguno
1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado
0. Reveló las ideas abiertamente
1. Frenó lo que estaba expresando
2. Intentó engañar, ocultar, mentir

Beck, A. T., Kovacs, M., y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343-352.

## ANEXO 6

Adaptación en español de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener et al. (1985) (Atienza et al., 2000).

### ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS) (Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000; Pons et al., 2002)

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor, sé sincero con tu respuesta.

		Muy en desacuerdo		Neutro		Muy de acuerdo
1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). La escala de satisfacción con la vida. *Revista de evaluación de la personalidad*, 49.

## ANEXO 7

Escala de Comunicación Padres-Adolescente (PACS) de Barnes y Olson (1982)

**ESCALA DE COMUNICACIÓN PADRES-ADOLESCENTE**

A continuación vas a encontrar unas frases que describen la **relación con TU madre y con TU padre**. Piensa en qué medida estas frases responden a tu verdadera situación con ellos. Recuerda que no existen respuestas buenas o malas, lo importante es que **reflejen tu opinión personal**. Te recomendamos que empieces por MI MADRE. Cuando acabes, sigue con MI PADRE.

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre

	MI MADRE					MI PADRE				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1.- Puedo hablarle acerca de lo que pienso sin sentirme mal o incómodo/a.....										
2.- Suelo creerme lo que me dice.....										
3.- Me presta atención cuando le hablo.....										
4.- No me atrevo a pedirle lo que deseo o quiero.....										
5.- Me dice cosas que me hacen daño.....										
6.- Puede saber cómo me siento sin preguntármelo.....										
7.- Nos llevamos bien.....										
8.- Si tuviese problemas podría contárselos.....										
9.- Le demuestro con facilidad afecto.....										
10.- Cuando estoy enfadado, generalmente no le hablo.....										
11.- Tengo mucho cuidado con lo que le digo.....										
12.- Le digo cosas que le hacen daño.....										
13.- Cuando le hago preguntas, me responde con sinceridad..										
14.- Intenta comprender mi punto de vista.....										
15.- Hay temas de los que prefiero no hablarle.....										
16.- Pienso que es fácil hablarle de los problemas.....										
17.- Puedo expresarle mis verdaderos sentimientos.....										
18.- Cuando hablamos me pongo de mal genio.....										
19.- Intenta ofenderme cuando se enfada conmigo.....										
20.- No creo que pueda decirle cómo me siento realmente en determinadas situaciones.....										

**¿En quienes estabas pensando cuando respondías?:**

Marca sólo una respuesta con una X:

- Mi propia madre  
 Mi madrastra  
 Otra mujer que cuida de mí

Marca sólo una respuesta con una X:

- Mi propio padre  
 Mi padrastro  
 Otro hombre que cuida de mí

Barnes, H. & Olson D. H. (1982). Parent adolescent communication scale. En D. H. Olson, H. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen y W. Wilson (Eds), *Family Inventories: Inventories Used in a National Survey of Families across the Family Life Cycle* (pp. 33-48) St. Paul: University of Minnesota Press.

## ANEXO 8

Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL elaborado por Ortega et al. (1999)

## CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

Ítems	INDICACIONES A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, según la frecuencia en que ocurre la situación. Marque con una X donde corresponda.						Ítems
		1 CASI NUNCA	2 POCAS VECES	3 A VECES	4 MUCHAS VECES	5 CASI SIEMPRE	
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia	1	2	3	4	5	1
2	En mi casa predomina la armonía	1	2	3	4	5	2
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades	1	2	3	4	5	3
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	1	2	3	4	5	4
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	1	2	3	4	5	5
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	1	2	3	4	5	6
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	1	2	3	4	5	7
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan	1	2	3	4	5	8
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	1	2	3	4	5	9
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	1	2	3	4	5	10
11	Podemos conversar diversos temas sin temor	1	2	3	4	5	11
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas	1	2	3	4	5	12
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	1	2	3	4	5	13
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos	1	2	3	4	5	14
SUME LOS SUBTOTALES DE ESTA LINEA Y OBTENGA LA SUMA TOTAL							
		SUME LAS COLUMNAS					

## CALIFICACIÓN

De 57 a 70 Familia funcional

De 43 a 56 Familia moderadamente funcional

De 28 a 42 Familia disfuncional

De 14 a 27 Familia severamente disfuncional

Sume el número de Ítem que se indica y conozca la INTERPRETACIÓN

	Suma
1 y 8 ..... Cohesión	—
2 y 13 ..... Armonía	—
5 y 11 ..... Comunicación	—
7 y 12 ..... Permeabilidad	—
4 y 14 ..... Afectividad	—
3 y 9 ..... Roles	—
6 y 10 ..... Adaptabilidad	—

(compare sus resultados con su pareja)



Ministerio de la Familia  
Educación parental  
"Cada hogar una escuela"  
UMN

## INTERPRETACIÓN

**Cohesión:** Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

**Armonía:** Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

**Comunicación:** Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

**Permeabilidad:** Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

**Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

**Roles:** Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

**Adaptabilidad:** Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiere.

Ortega, T., Cuesta, D. D. L. y Días, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 164-168.



## ANEXO 9 MANUAL PARA EL PROFESIONAL DEL PROGRAMA

### FICHA 1: COLECTIVO LGTBIQ+ (sesión 2)

**Orientación sexual:** término utilizado para referirse a la atracción emocional y/o física hacia individuos del mismo género (*homosexual*), de un género diferente (*heterosexual*) o de más de un género (*bisexual*), así como a la falta de interés o atracción sexual (*asexualidad*) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

**Sexo:** resultado de una sucesión compleja de elementos fundamentalmente biológicos (elementos sexuales) que definen al ser humano como hombre o mujer, bajo una concepción binarista (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

**Género:** conjunto de características sociales y culturales históricamente construidas, que se atribuyen a las personas en función de su sexo, refiriéndose a las conductas esperadas por nacer con un sexo biológico, y que es producto de la socialización (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

**Identidad de género:** identificación de cada persona en el género que siente, reconoce y/o nombra como propio. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

### MITOS

- Ser LGTBIQ+ no es natural, es una moda.
- La homosexualidad es una enfermedad, o un problema de salud.
- Podemos cambiar la orientación sexual y la identidad de género de una persona.
- El VIH es una enfermedad de homosexuales.
- Las personas bisexuales son promiscuas.

La nueva información incorporada durante la sesión cuestiona en sí misma los anteriores mitos con base en la ignorancia sobre dicho colectivo. Para contrastar los datos estadísticos del VIH se utilizará el artículo de Castilla et al. (2006). Se reflexionará conjuntamente sobre estos mitos y su falta de apoyo empírico.

Castilla, J., Sobrino, P., Lorenzo, J. M., Moreno, C., Izquierdo, A., Lezaun, M. E., ... y Zulaika, D. (2006). Situación actual y perspectivas futuras de la epidemia de

VIH y sida en España. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* , 29(1), 13-25.  
Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

## **FICHA 2: COLABORACIÓN PARENTAL (sesión 3)**

- Cuando los jóvenes son discriminados, las relaciones familiares parecen mitigar el impacto negativo asociado (Freitas et al., 2016).
- El apoyo y la aceptación familiar están asociados con una mayor autoestima, apoyo social y estado de salud general, así como con menos depresión, abuso de sustancias y suicidio en los jóvenes LGBTIQ+ (Katz-Wise et al., 2016).
- Cuando los jóvenes revelan su no heterosexualidad, algunos padres reaccionan de manera negativa e incluso violenta. (Freitas et al., 2016).
- El rechazo de los padres a una orientación no heterosexual se ha relacionado con un aumento de los problemas de salud mental, el uso de sustancias y los intentos de suicidio (Freitas et al., 2016).
- En cuanto a las consecuencias relacionales, la percepción de bajo apoyo social puede incrementar el nivel de ansiedad social y el uso de estrategias de evitación, como el aislamiento y los comportamientos de riesgo (Espada et al., 2012).

Durante la segunda parte de la sesión 3 se visualizará la película “Lola” (Micheli, 2019). Este contenido audiovisual aborda la temática de esta sesión, la importancia del apoyo y aceptación familiar en jóvenes LGTBIQ+.

**FICHA TÉCNICA DE LA PELÍCULA****Título:** Lola**Título original:** Lola vers la mer**Dirección:** Laurent Micheli**Año:** 2019**Duración:** 90 min**País:** Bélgica**Productora:** Coproducción Bélgica-Francia; Lunanime, Wrong Men North**Género:** Drama**Guión:** Laurent Micheli**Música:** Raf Keunen**Fotografía:** Olivier Boonjing

**Reperto:** Mya Bollaers, Benoît Magimel, Els Deceukelier, Sami Outalbali, Jérémy Zagba, Anemone Valcke, Adriana Da Fonseca, Delphine Bibet, Felix Vannoorenberghe, Denis M'Punga, Mathias Sercu, Vincenzo De Jonghe, Anne-Marie Loop, Kris Swinnen, Robbie Cleiren, Rania Saddiki, Thao Maerten, Django Schrevens, Jérémy Gillet, Jules Galland, Maxime Clausse, Elise Havelange, François Brice

Micheli, L. (Director). (2019). Lola vers la mer [Película]. Coproducción Bélgica-Francia; Lunanime, Wrong Men North

### **FICHA 3: DERECHOS ASERTIVOS (sesión 4)**

#### **EJERCICIO 1**

Brainstorming: derechos propios y de los demás.

#### **EJERCICIO 2**

Lee a continuación esta lista sobre derechos asertivos (Castanyer, 2010) para poder construir tu propio sistema de creencias que recojan los derechos tanto propios como de los demás.

1. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad
2. El derecho a expresar los propios sentimientos y opiniones
3. El derecho a ser escuchado
4. El derecho a juzgar mis necesidades, establecer mis prioridades y tomar mis propias decisiones
5. El derecho a decir “NO” sin sentir culpa
6. El derecho a pedir lo que quiero, sabiendo que mi interlocutor tiene derecho a decir “no”.
7. El derecho a cambiar
8. El derecho a cometer errores
9. El derecho a pedir información y ser informado
10. El derecho a decidir no ser asertivo
11. El derecho a ser independiente
12. El derecho a decidir qué hacer con mis propiedades, cuerpo, tiempo, etc., mientras no se violen los derechos de otras personas
13. El derecho a tener éxito
14. El derecho a gozar y disfrutar
15. El derecho a mi descanso

¿Qué derechos utilizas con más frecuencia? ¿Cuál no aplicas? Reflexionar por qué nos cuesta más alguno de los derechos citados.

#### **EJERCICIO 3**

Escoge un derecho de los nombrados anteriormente que consideres importante pero que generalmente no se aplique en tu vida. A continuación sigue las indicaciones del terapeuta. “Cerrad los ojos, respirad profundamente e imaginad que tenéis ese derecho que normalmente no tenéis. Imaginaros qué cosas cambian en vuestra vida gozando de este derecho, cómo os sentís con vosotros mismos, qué cambia alrededor, cómo cambia la relación con los otros...” El ejercicio de imaginación continúa durante dos minutos. El terapeuta continúa durante otro par de minutos “ahora imaginad que perdéis ese derecho que teníais hace un momento, pensad qué aspectos cambian en vuestra vida, cómo os sentís con vosotros mismos, cómo os sentís con otras personas... ¿cómo ha cambiado todo?”

Discusión en pareja sobre la importancia del derecho que habéis elegido, cómo cambian las relaciones, los sentimientos con uno mismo y con los demás cuando se respetan tus propios derechos y cuando no son respetados. Reflexión sobre la relevancia de los derechos propios y del resto.

## **FICHA 4: ESTILOS DE COMUNICACIÓN Y COMPONENTES NO VERBALES (sesión 5)**

### **DEFINICIONES Y EJEMPLOS (Corrales et al, 2017):**

**Estilo de comunicación asertiva:** conjunto de pensamientos, sentimientos y acciones que a través de la expresión verbal y no verbal adecuada a las situaciones lleva a la consecución de los objetivos personales de forma socialmente aceptable.

**Estilo de comunicación pasiva:** aquella que no defiende los propios derechos, con poco humor, distante y contraída, volumen bajo de voz, escasa claridad y accediendo a las demandas de las demás sin tener en cuenta las propias.

**Estilo de comunicación agresiva:** agresión y dominio hacia los demás. Se utilizan gestos intimidatorios, palabras de contenido imperativo, amenazas, defiende los derechos faltando al respeto hacia los derechos de los demás.

### **COMPONENTES NO VERBALES DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA (Castanyer, 2010):**

- Mirada
- Expresión facial
- Postura corporal
- Gestos
- Componentes paralingüísticos: volumen, tono, fluidez del habla, claridad y velocidad.

### **EJERCICIO 1**

A continuación se van a presentar a través del proyector una serie de escenas a través de material audiovisual (escenas grabadas en vídeo). A cada uno de vosotros os repartirán 3 tarjetas de diferentes colores que se identifican con uno de los tipos de estilos de comunicación presentados anteriormente: verde (asertiva), rojo (agresiva), azul (pasiva). Posteriormente a la visualización de cada una de estas escenas, cada uno de vosotros levantará la tarjeta que considere acorde con el estilo de comunicación representado en

el vídeo. Todas las respuestas serán justificadas o discutidas en el caso de no haber acuerdo.

## **EJERCICIO 2**

Contenido audiovisual que sirva como ejemplo de los componentes no verbales de la comunicación, para que cada uno de los integrantes del grupo pueda identificar alguno de ellos. Discusión grupal sobre los distintos elementos de la comunicación no verbal presentados en las escenas.

## **EJERCICIO 3**

Ahora sois vosotros los que vais a representar distintas situaciones para afianzar los conocimientos aprendidos durante esta sesión. El terapeuta repartirá distintas situaciones y respuestas asociadas a un estilo de comunicación (pasivo, agresivo o asertivo) que serán representadas por voluntarios del grupo. El resto del grupo tendrá que identificar el estilo comunicativo que está utilizando el compañero, además de exponer qué elementos de la comunicación no verbal son más notorios o evidentes.

Corrales, A., Quijano, N. K. y Góngora, E. A. (2017). Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas. Un programa para desarrollar habilidades para la vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 58-65.



## **FICHA 5: REEVALUACIÓN COGNITIVA (sesión 6)**

La reevaluación cognitiva es útil para terminar con las respuestas emocionales problemáticas. Es importante poner atención a las interpretaciones que hacemos sobre las situaciones y evaluarlas no como verdaderas, sino como posibles interpretaciones. Desarrollar la habilidad para generar nuevas interpretaciones más realistas sobre los hechos facilita la regulación emocional. Existen dos estrategias útiles para ello: contrarrestar la sobrestimación de la probabilidad y descatastrofizar (Barlow et al., 2019a) .A continuación se presentarán diferentes ejercicios para trabajar la reevaluación cognitiva (Barlow et al., 2019a):

### **EJERCICIO 1 “Imagen ambigua”**

**Para usuarios y familiares:** Este ejercicio se realizará para mostrar a los participantes cuantas interpretaciones se puede hacer de una situación en función del estado de ánimo. Fomentaremos la flexibilidad cognitiva pidiéndoles que piensen diferentes interpretaciones para explicar la situación de una imagen ambigua que se presentará con el proyector. Los participantes deberán decir en primer lugar cuál es la interpretación inicial, el pensamiento automático que se les ha presentado al ver la imagen, y posteriormente comentar las diferentes interpretaciones que ha conseguido elaborar.

### **EJERCICIO 2**

**Para usuarios:** Detecta un pensamiento negativo automático que aparezca cuando pienses en ti mismo o cuando estés en alguna situación que no te haga sentir bien.

**Para familiares:** Detecta un pensamiento negativo automático que aparezca cuando pienses en la sexualidad/ identidad de género de tu familiar.

- ¿Sé seguro que \_\_\_\_\_ pasará o es cierto?
- ¿Qué evidencias tengo a favor y en contra sobre este pensamiento o creencia?
- ¿Podría haber alguna otra explicación?
- ¿En qué medida sientes que \_\_\_\_\_ es cierto?
- ¿Cuál es la probabilidad más realista de que \_\_\_\_\_ sea cierto?
- ¿Mi pensamiento negativo automático viene impulsado por las emociones intensas que estoy experimentando?

- Si \_\_\_\_\_ fuera cierto, ¿podría afrontarlo? ¿Cómo podrías manejarlo?
- Incluso si \_\_\_\_\_ fuera cierto, ¿podrías vivir con ello

### **EJERCICIO 3 “Técnica de las flechas descendentes”**

**Para usuarios:** piensa en una situación desagradable o que temas que te ocurra por tu sexualidad/identidad de género.

**Para familiares:** piensa en una situación desagradable o que temas que le ocurra a tu familiar por su sexualidad/identidad de género.

Evaluación automática: \_\_\_\_\_



Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí?  
¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?



Evaluación encubierta: \_\_\_\_\_



Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí?  
¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?



Evaluación encubierta: \_\_\_\_\_

### **EJERCICIO 4 “Evaluación alternativa”**

**Para usuarios:** Piensa en diferentes situaciones que te provoquen emociones desagradables o situaciones en las que aparezcan pensamientos negativos sobre ti mismo (puede ser sobre cualquier aspecto de ti, sexualidad/identidad de género incluida). Rellena la tabla a continuación para practicar la elaboración de diferentes interpretaciones.

**Para familiares:** Piensa en situaciones que te provoquen emociones desagradables o pensamientos negativos sobre tu familiar en cuestión (enfado, culpa, vergüenza incluidos). Rellena la tabla a continuación para practicar la elaboración de diferentes interpretaciones.

Situación/desencadenante	Evaluación automática	Emoción	Identificación de error de pensamiento	Evaluación alternativa

Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., Murray, H., Ellard, K., Bullis, J.,...Cassullo-Robbins, C. (2019a). *Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (2.ª ed.): Manual del terapeuta* (Jorge Osma y Elena Crespo, trad., 2019). Madrid: Alianza Editorial.

## **FICHA 6: COMUNICACIÓN ASERTIVA (sesión 7)**

Esta sesión se dedicará exclusivamente al entrenamiento en comunicación asertiva en diferentes situaciones cotidianas del contexto familiar, puesto que ya se presentó la teoría sobre el tema y se entrenó para aprender a diferenciar los diferentes estilos comunicativos en la sesión 5.

### **EJERCICIO 1**

Piensa en una situación del contexto familiar (pedir algo, hacer una crítica, rechazar una petición, dar tu opinión) en la que sea conveniente usar la comunicación asertiva. Aplica los conocimientos aprendidos en la sesión anterior teniendo en cuenta la comunicación verbal y la no verbal. El ejercicio se comentará con el resto del grupo en voz alta, lo que te proporcionará retroalimentación sobre cómo has abordado la situación. En caso de que tus compañeros no estén de acuerdo con tu manera de abordar la asertividad propondrán nuevas formas verbales y no verbales que puedes considerar.

### **EJERCICIO 2**

El terapeuta planteará una serie de situaciones del contexto familiar que se deberán resolver con un estilo de comunicación asertivo. En primer lugar, el terapeuta explicará las instrucciones colectivamente. Posteriormente, terapeuta y co-terapeuta a través de la técnica del modelado representarán una de las situaciones planteadas a modo de ejemplo. A continuación, se representarán por parejas las distintas situaciones planteadas mediante la técnica de ensayo de conducta. Los compañeros proporcionarán retroalimentación sobre si se ha utilizado un estilo de comunicación asertivo o no y por qué.

### **EJERCICIO 3**

Tarea para casa: aplica las técnicas aprendidas para comunicarte de una manera asertiva durante la próxima semana. Puedes practicar esta habilidad sobre la situación que elegiste en el ejercicio 1 (en la vida real) o sobre cualquier otra situación que se presente en tu contexto familiar hasta la próxima sesión, donde debas dar tu opinión, hacer una crítica constructiva, expresar desacuerdo, etc. En la siguiente sesión se hará una revisión junto con el grupo sobre cómo extrapolaste lo aprendido a la vida real.

## **FICHA 7: EXPRESAR DESAGRADO O MOLESTIA JUSTIFICADOS (sesión 8)**

El terapeuta realizará una introducción a la habilidad en la que se explicitará la importancia de expresar el desagrado o molestia (justificados) de una conducta o actitud de una persona que nos moleste. De esta forma, si se realiza de manera asertiva (estilo de comunicación aprendido en anteriores sesiones) la otra persona puede saber que una de sus conductas nos causa cierta molestia, y no volver a repetirla.

Asimismo, existe la llamada técnica DESC (Bower y Bower, 2004) que consiste en una serie de pasos útiles para expresar los sentimientos desagradables:

1. **DESCRIBIR** la conducta molesta de la otra persona de manera objetiva
2. **EXPRESAR** tus pensamientos o sentimientos sobre la conducta de manera positiva
3. **SOLICITAR** el cambio de conducta que quieres que lleve a cabo la otra persona, y pregúntale si está de acuerdo.
4. **CONSECUENCIAS** positivas que proporcionará si cambia su conducta.

### **EJERCICIO 1**

Piensa en una conducta que realice alguien de tu contexto familiar que a ti te resulte desagradable o molesto. Aplica los pasos de la técnica DESC aprendidos en la sesión para expresar tu molestia de una forma adecuada. El ejercicio se comentará con el resto del grupo en voz alta, lo que te proporcionará retroalimentación sobre cómo has abordado la situación. En caso de que tus compañeros no estén de acuerdo con la forma en la que expresaste el desagrado propondrán nuevas alternativas que puedes considerar.

### **EJERCICIO 2**

El terapeuta planteará una serie de situaciones que se representarán por parejas mediante la técnica de ensayo de conducta en las que la conducta/actitud de otra persona del núcleo familiar sea molesta para nosotros o nos cause malestar. El terapeuta explicará las instrucciones colectivamente. Posteriormente, terapeuta y co-terapeuta a través de la técnica del modelado representarán una de las situaciones planteadas a modo de ejemplo. A continuación, las parejas irán representando las diferentes situaciones planteadas. Los compañeros proporcionarán retroalimentación sobre el modo de

expresar el desagrado o molestia, y plantearán otras formas de expresión en el caso de no considerarla adecuada.

### **EJERCICIO 3**

Tarea para casa: aplica estas técnicas para expresar desagrado o molestia justificados durante la próxima semana. Puedes practicar esta habilidad para expresar desagrado sobre la conducta que elegiste en el ejercicio 1 o cualquier otra conducta/actitud que se presente en tu contexto familiar hasta la próxima sesión, donde se hará una revisión junto con el grupo sobre cómo extrapolaste lo aprendido durante la sesión a la vida real.

## **FICHA 8: DISCULPARSE O ADMITIR IGNORANCIA (sesión 9)**

### **EJERCICIO 1**

Se asignarán parejas de forma aleatoria para mantener una conversación sobre un tema que uno de los dos domine o tenga bastantes conocimientos, mientras la otra persona practica la habilidad de admitir la ignorancia. De esta forma el participante podrá confirmar en primera persona que ser ignorante en un ámbito no es tan grave y que incluso admitir la ignorancia te abre las puertas a realizar cuestiones y aprender sobre ello. Posteriormente, será la otra persona quién elija un tema de su interés/dominio para que el otro practique esta habilidad.

### **EJERCICIO 2**

Piensa en una situación que se haya dado en tu contexto familiar por la que quieras disculparte o admitir ignorancia. Aplica los conocimientos aprendidos en las anteriores sesiones para disculparte de manera asertiva. Tus compañeros te proporcionarán feedback sobre la disculpa.

### **EJERCICIO 3**

El terapeuta planteará una serie de situaciones que se representarán por parejas mediante la técnica de ensayo de conducta en las que uno de los integrantes de la pareja tendrá que disculparse por una conducta/actitud o admitir ignorancia a otra persona del núcleo familiar. En primer lugar, el terapeuta explicará las instrucciones colectivamente. A continuación, terapeuta y co-terapeuta a través de la técnica del modelado representarán una de las situaciones planteadas a modo de ejemplo. Posteriormente, las parejas irán representando las diferentes situaciones planteadas. Los compañeros proporcionarán retroalimentación sobre el modo de disculparse, y plantearán otras formas de expresión en el caso de no considerarla adecuada.

### **EJERCICIO 4**

Tarea para casa: aplica estas técnicas para disculparte o admitir ignorancia durante la próxima semana. Puedes practicar esta habilidad sobre la conducta que elegiste en el ejercicio 1 (en la vida real) o cualquier otra conducta/actitud por la que sientas que

debes disculparte o admitir ignorancia que se presente en tu contexto familiar. En la próxima sesión se hará una revisión junto con el grupo sobre cómo extrapolaste lo aprendido durante la sesión a la vida real.



## FICHA 9: PRESENTACIÓN DE LA TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (sesión 10)

“Es un proceso de siete pasos que sirve para encontrar soluciones nuevas y útiles a largo plazo para cualquier tipo de problema. Nos hace pensar, sentir y actuar positivamente frente a la situación problemática.” (Huamán et al., 2011)

Según Huamán et al. (2011) existen 7 pasos:

- **Paso 1. Definir el problema:** ¿En qué consiste? ¿Cuándo ocurre? ¿Cómo ocurre? ¿Quiénes están involucrados? ¿Por qué es importante para mí?
- **Paso 2. Proponer alternativas:** Elaborar un listado de posibles soluciones, planteando la mayor cantidad de alternativas posibles.
- **Paso 3. Elegir la alternativa más eficaz:** combinar varias de las posibles alternativas, eliminar las menos prometedoras, plantear ventajas y desventajas de las tres mejores alternativas y finalmente elegir la alternativa que solucionará el problema a largo plazo (mayor número de ventajas que de desventajas).
- **Paso 4. Desarrollar un plan a implementar:** elaborar detalladamente la serie de pasos/actividades que es necesario realizar para alcanzar la alternativa elegida.
- **Paso 5. Ejecutar el plan:** llevar a la práctica el plan elaborado.
- **Paso 6. Evaluar los resultados:** analizar el nivel de satisfacción alcanzado con la solución del conflicto y en caso de no ser suficiente, volver al 2º paso y elegir una alternativa diferente.
- **Paso 7. Gratificarse por el logro:** felicitarse por adquirir la habilidad de resolución de conflictos y poner solución a largo plazo al problema.

### EJERCICIO 1

Aplica los distintos pasos de la técnica de resolución de conflictos al problema propuesto por el terapeuta.

#### Paso 1: Definición del problema

.....  
 .....

**Paso 2: Proponer alternativas**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....

**Paso 3: Elegir alternativa razonable**

	Ventajas	Inconvenientes
1 <sup>a</sup>		
2 <sup>a</sup>		
3 <sup>a</sup>		

**Paso 4: Desarrollar un plan**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

**Paso 5: Ejecución del plan**

.....

.....

.....

**Paso 6: Evaluación de resultados**

.....  
.....

**Paso 7: Gratificación por el logro**

.....  
.....

Huamán, J., Albuquerque, F. y Guillén, R. (2011). *Manual de terapia multifamiliar: Una guía para que la familia contribuya a la rehabilitación de las personas con discapacidad derivada de un trastorno mental.*

## **FICHA 10: RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN SITUACIONES DE LA VIDA DIARIA (sesión 11)**

### **EJERCICIO 1**

Piensa en situaciones de conflicto cotidianas en tu contexto familiar. Aplica la técnica de resolución de conflictos aprendida en la sesión anterior, y sus respectivos pasos para solucionar el conflicto a largo plazo. El ejercicio se comentará con el resto del grupo en voz alta, lo que te proporcionará retroalimentación sobre tu alternativa elegida para solucionar el problema. En caso de que tus compañeros no consideren adecuada tu alternativa elegida, propondrán nuevas alternativas que puedes añadir a tu lista para valorarla posteriormente.

### **EJERCICIO 2**

El terapeuta planteará una serie de situaciones que se representarán por parejas mediante la técnica de ensayo de conducta. El terapeuta explicará las instrucciones colectivamente. Posteriormente, terapeuta y co-terapeuta lo ejemplificarán a través de la técnica del modelado. A continuación, las parejas irán representando las diferentes situaciones-problema planteadas. Los compañeros proporcionarán retroalimentación sobre la alternativa elegida, sobre el plan elaborado para alcanzar dicha alternativa resolutive o sobre cualquier paso del proceso de resolución.

### **EJERCICIO 3**

Tarea para casa: aplica esta técnica de resolución de conflictos durante la próxima semana. Puede ser el conflicto recurrente que elegiste en el ejercicio 1 o cualquier otro conflicto que se presente en el contexto familiar hasta la próxima sesión, donde se hará una revisión junto con el grupo sobre cómo resolviste el problema y si la alternativa fue la más adecuada para solucionar el problema a largo plazo.

**FICHA 11: EXPRESIÓN EMOCIONAL (sesión 12)**

A continuación se presentan diferentes enunciados que pueden ayudarte a la expresión emocional sobre situaciones del contexto familiar. Rellena los espacios acorde a tu experiencia personal para posteriormente comentarlas durante la sesión de forma asertiva y respetuosa. En caso contrario, la psicóloga/o pasará tu turno.

Cuando (indicar familiar) \_\_\_\_\_ me dice \_\_\_\_\_ yo me siento \_\_\_\_\_

Cuando (indicar familiar) \_\_\_\_\_ hace \_\_\_\_\_ yo me siento \_\_\_\_\_

Yo tengo una actitud \_\_\_\_\_ con (indicar familiar) \_\_\_\_\_ porque siento que \_\_\_\_\_

Me gustaría que (indicar familiar) \_\_\_\_\_ cambiase \_\_\_\_\_ así me sentiría \_\_\_\_\_

Hago \_\_\_\_\_ cuando (indicar familiar) \_\_\_\_\_ hace o dice \_\_\_\_\_

**FICHA 12: OCIO COMPARTIDO (sesión 13)****EJERCICIO 1**

Enumera a continuación la lista de hobbies, actividades o cosas que te gusta realizar en tu tiempo libre:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**EJERCICIO 2**

Intercambia la ficha con tus familiares para buscar hobbies en común o actividades parecidas. Anótalas a continuación:

**ACTIVIDADES PARA COMPARTIR OCIO\***

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

\* En el caso de no encontrar ninguna actividad de ocio en común, podéis elegir alguna de las presentadas a continuación:

Ir en bicicleta	Viajar	Tocar un instrumento
Ir a pasear	Ver series, películas	Lectura
Correr	Pintar/dibujar	Escuchar un género/artista musical
La montaña	Fotografía	Ir a conciertos/shows
La playa	Deporte	Jugar a juegos de mesa

**FICHA 13: DEVOLUCIÓN Y AGRADECIMIENTOS (sesión 14)**

¿Qué cambios has notificado en tu relación con tu madre/padre?

---

---

¿Cómo te hace sentir esto? ¿Han cambiado tus sentimientos hacia esta persona?

---

---

¿Y qué cambios ha habido en la relación con tu padre/madre/hermano?

---

---

¿Cómo te hace sentir esto? ¿Han cambiado tus sentimientos hacia esta persona?

---

---

¿Consideras que ha cambiado la comunicación familiar?

---

---

¿Se ha modificado el funcionamiento y dinámica familiar?

---

---

Agradezco a (indicar familiar) por haber cambiado (añadir conducta/actitud)

\_\_\_\_\_. Este cambio era muy importante para mí porque esto hacía que

yo\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_y ahora\_\_\_\_\_

**FICHA 14: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA (sesión 15)**

¿Consideras los contenidos del programa adecuados y suficientes?

---

---

Valoración del 1 al 10:

¿Qué contenido/sesión te ha parecido más interesante/necesaria?

---

---

¿Qué sesión o contenido te parece menos relevante?

---

---

¿Qué opinas de las técnicas utilizadas para la consecución de los objetivos?

---

---

Valoración del 1 al 10:

¿Consideras efectiva la forma de implementar el programa por parte del psicólogo/a?

---

---

Valoración del 1 al 10:

¿Consideras que el programa de intervención ha conseguido los cambios esperados?

¿Ha conseguido modificar la dinámica familiar?

---

---

Valoración del 1 al 10:

¿Qué cambiarías del presente programa?

---

---

¡Gracias por su participación!