

Diseño de intervención cognitivo-conductual en víctimas de terapia de conversión

Trabajo Final de Grado: Diseño de Intervención en Psicología Clínica y de la Salud

Nombre Estudiante: Miriam Pichín Meneses
Plan de estudios: Grado en Psicología

Nombre Consultor/a: Silvia Monzón Reviejo

Fecha de entrega: 23/12/2022



Esta obra está sujeta a una licencia de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 Espanya de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

FICHA DEL TRABAJO FINAL DE GRADO DE PSICOLOGÍA

| | |
|--|---|
| Título del trabajo: | <i>Diseño de intervención cognitiva-conductual en víctimas de terapia de conversión</i> |
| Nombre del autor: | Miriam Pichín Meneses |
| Nombre del consultor/a: | Silvia Monzón Reviejo |
| Fecha de entrega: | 12/2022 |
| Ámbito del Trabajo Final: | <i>Psicología Clínica y de la Salud: intervención en víctimas de “terapias de conversión”</i> |
| Titulación: | <i>Grado en Psicología</i> |
| Resumen del Trabajo (máximo 250 palabras): | |
| <p>Con la elaboración de este estudio se tiene como objetivo proponer una intervención cognitivo-conductual eficaz dirigida a víctimas de “terapias de conversión”, que aborde síntomas depresivos y conductas suicidas, síntomas de TEPT, problemas relacionados con la propia identidad y disfunción sexual derivada de la reexperimentación traumática. De esta manera, se pretenden evaluar los principales síntomas provocados por este tipo de “terapias” que atentan contra la identidad sexual y de género de las personas que las sufren, antes y después de la intervención para comprobar los efectos de la misma.</p> <p>Para ello, se ha seleccionado una muestra de 50 personas LGBT+ que han estado sometidas a algún tipo de “terapia” o “intervención” destinada a modificar su orientación sexual y/o identidad de género, y se les ha aplicado una serie de pruebas psicométricas para evaluar los síntomas depresivos, riesgo de conductas suicida y síntomas postraumáticos, así como una entrevista semiestructurada para evaluar problemas en relación con la propia identidad y disfunciones sexuales derivadas de la reexperimentación de la experiencia traumática.</p> <p>De esta manera se espera que los resultados sean significativamente distintos en la evaluación pre y post intervención, habiendo una mejoría notable de los síntomas.</p> <p>Por último, se espera contribuir a la psicología clínica, aportando información sobre un ámbito poco estudiado como es la intervención psicológica en víctimas de “terapias de conversión”, y a la visibilidad de un problema que afecta a la comunidad LGBT+.</p> | |

Palabras clave (entre 4 y 8):

Terapia cognitivo-conductual, terapia de conversión, ECOSIEG, LGBT, trauma

Abstract (in English, 250 words or less):

With the elaboration of this study, the objective is to propose an effective cognitive-behavioural intervention aimed to victims of “conversion therapies”, addressing depressive symptoms and suicidal behaviours, PTSD symptoms, own identity problems and sexual dysfunction derived from the re-experiencing of the traumatic experience. In this way, it is trying to evaluate the main symptoms caused by this type of “therapies” that threaten sexual identity and gender of the people who suffer that, before and after the intervention to prove its effects.

To do this, the sample is from 50 LGBT+ people who have suffer some type of “therapy” or “intervention” aimed at modifying their sexual orientation and/or gender identity, and some psychometric tests have been applied to them to evaluate depressive symptoms, risk of suicidal behaviour and post-traumatic symptoms, as well as a semi-structured interview to evaluate problems related to own identity and sexual dysfunction derived from the re-experiencing of the traumatic experience.

In this way, it is expected that the results will be significantly different in the pre and post intervention evaluation, with a notable improvement of symptoms.

Finally, it is expected to contribute to clinical psychology, providing information on an understudied area such as psychological intervention in victims of “conversion therapy”, and to the visibility of a problem that affects the LGBT+ community.

Key words (in English, 4 - 8 words):

Cognitive behavioural therapy, conversion therapy, SOCE, LGBT, trauma

Índice

| | | |
|-------|------------------------------|----|
| 0. | Introducción | 1 |
| 1. | Contexto y justificación | 2 |
| 2. | Revisión teórica | 4 |
| 3. | Problema | 9 |
| 4. | Objetivos y/o hipótesis | 10 |
| 5. | Propósito de la intervención | 11 |
| 6. | Método | 12 |
| 6.1. | Diseño de la evaluación | 12 |
| 6.2. | Participantes | 13 |
| 6.3. | Instrumentos | 14 |
| 6.4. | Procedimiento | 16 |
| 7. | Análisis planteados | 20 |
| 8. | Discusión | 23 |
| 9. | Conclusiones | 24 |
| 10. | Referencias bibliográficas | 26 |
| 11. | Anexos | 30 |
| 11.1. | Calendario de trabajo | 30 |
| 11.2. | Anexo I | 31 |

0. Introducción

Nos referimos a las “terapias de conversión” utilizando comillas, ya que no hay un término concreto que tenga una total aceptación en el ámbito científico y en las organizaciones LGBTQ+ para referirnos a este tipo de prácticas, aunque otro de los términos más aceptados es ECOSIEG (Esfuerzos de Cambio de Orientación Sexual e Identidad y Expresión de Género), no obstante “terapias de conversión” sigue siendo el término más utilizado y que está más arraigado en el imaginario colectivo.

Tampoco existe una definición única y universal de las “terapias de conversión”, aunque las podemos definir porque se caracterizan principalmente por “el objetivo común de querer modificar o anular la identidad y/o expresión de género de las personas contra las que se dirigen, así como su orientación sexual, para <<acomodarlas>> a los cánones cisheteronormativos imperantes en nuestras sociedades.” (Castro, S., 2022, p. 26).

Algunas de las prácticas que se llevan a cabo en las “terapias de conversión” son procedimientos menos invasivos como “terapia” de grupo o individual, pero también se realizan otro tipo de procedimientos más aversivos como medicación, terapia electroconvulsiva, exorcismos, aislamiento, abusos verbales, humillaciones, entre otros; incluso en casos extremos, como argumenta el experto sobre orientación sexual e identidad de género de Naciones Unidas, Madrigal Borloz (2020) “hay una práctica horrenda que ocurre en muchos rincones del mundo que es la violación de mujeres lesbianas, con el supuesto propósito de convertirlas en mujeres heterosexuales”. Respecto a este punto adjunto una tabla realizada por la LGBTQ Foundation en 2020 en el Anexo I.

Los ECOSIEG los suelen llevar a cabo “profesionales de la salud, incluyendo médicos, psiquiatras, psicólogos, sexólogos y terapeutas. También las realizan líderes espirituales, practicantes religiosos, sanadores tradicionales y miembros de familias o comunidades” (Beynon et al., 2020). No se puede hablar de ECOSIEG (en inglés SOCE) sin mencionar el hecho de que la noción de que la

orientación sexual se puede cambiar es la piedra angular de los argumentos presentados por conservadores religiosos al servicio de abrogar derechos de las personas LGBT (Haldeman, 2015).

Con este trabajo se pretende diseñar una intervención eficaz para que las víctimas de las “terapias de conversión” puedan superar las secuelas psicológicas producidas por este tipo de prácticas. Concretamente, la intervención irá dirigida a síntomas depresivos y conductas suicidas, síntomas de trastorno por estrés postraumático (TEPT), problemas en relación con la propia identidad y disfunción sexual derivada de la reexperimentación de la experiencia traumática. Se abordará desde un enfoque cognitivo-conductual (TCC), ya que esta terapia apunta a todos los aspectos del sufrimiento humano, incluidas las cogniciones, la experiencia emocional y el comportamiento. El enfoque general se basa en el aquí y ahora, involucrando al cliente en una relación colaborativa y como participante activo para encontrar soluciones concretas a problemas de salud mental (Hofmann, 2021).

1. Contexto y justificación

En los años 90 la OMS dejó de catalogar la homosexualidad como un trastorno mental puesto que “no hay evidencia empírica para apoyar la patologización o medicalización de las variaciones en la orientación sexual o identidad de género” (Beynon et al., 2020), pero aun así Mallory et al. (2018) destacan que solo en Estados Unidos cerca de 700.000 adultos de entre 18 y 59 años han recibido “terapias de conversión”, de los cuales unos 350.000 la recibieron siendo adolescentes. Según otros estudios, las personas que son sometidas a terapias de conversión antes de los 18 años tienen significativamente más probabilidades de experimentar un trastorno mental grave, lo que corrobora aún más el consenso científico en torno a la terapia de conversión como un daño psicológico (Higbee et al., 2020). Los jóvenes LGBT sufren un mayor riesgo de depresión, ansiedad, suicidio, y otros problemas de salud mental. Sus experiencias, como el rechazo familiar, el bullying y la falta de aceptación social, pueden contribuir negativamente a su salud (Johnson et al., 2019).

Son muchas las investigaciones que han estudiado los efectos psicológicos que provocan las “terapias de conversión”, entre ellos encontramos estado de ánimo depresivo, incremento de la ansiedad y conductas suicidas (Flentje et al., 2014). Otros autores indican que los efectos combinados de vulnerabilidad y humillación extrema generan profundos sentimientos de vergüenza, culpabilidad, auto repugnancia e inutilidad, lo que puede desencadenar en un dañino autoconcepto y en cambios de personalidad (Beynon et al., 2020)

Por lo tanto, no son pocas las prácticas que se llevan a cabo con la finalidad de oprimir o suprimir la orientación sexual y/o la identidad de género de un colectivo ya de por sí discriminado y con un alto nivel de estigma.

Con el aumento de la relevancia de la lucha del colectivo LGBTQ+ y el auge del reconocimiento de derechos de los últimos años, sorprende la casi inexistente bibliografía sobre programas de intervención que traten las consecuencias que las “terapias de conversión” provocan en la salud psicológica de las víctimas.

Debido a la escasez de investigaciones sobre víctimas de “terapias de conversión” y, por ende, a la ausencia de una intervención terapéutica eficaz dirigida a paliar las secuelas psicológicas que provocan, con este estudio se espera aportar conocimiento a un área aún por explorar, evaluando los síntomas y la gravedad de los mismos provocados por los ECOSIEG, llevando a cabo un diseño de intervención psicológica desde un enfoque cognitivo-conductual, para que las personas del colectivo LGBTQ que hayan sido sometidas a cualquier tipo de “terapia” o intervención con el fin de modificar su orientación y/o identidad sexual, puedan superar los síntomas depresivos, las conductas suicidas y los síntomas de TEPT, así como los problemas de identidad y disfunción sexual derivados del proceso traumático.

2.Revisión teórica

Los ECOSIEG se sustentan en la idea de que la orientación sexual y la homosexualidad no son innatas, sino que se desarrollan en respuesta a experiencias patológicas, relacionales o ambientales y, por lo tanto, pueden, o

deben, ser alteradas (Przeworki et al., 2021). Aunque no se basan únicamente en la orientación sexual, sino que también puede ser cualquier enfoque que tiene como objetivo persuadir a las personas trans para que acepten su sexo asignado al nacer (Griffin et al., 2020).

Horner, J. (2019) en su investigación señala que los clientes que buscan ser atendidos en los servicios de salud mental después de haber pasado por “terapias de conversión”, han sobrevivido a una manipulación psicológica y posiblemente a una experiencia traumática. Puede que hayan sufrido alguna crisis de identidad. El componente de la identidad añade otro nivel de complicación al trabajo clínico en el área de salud mental. Hay que tener en cuenta que muchas de las personas que acuden a “terapias de conversión”, lo hacen porque su autoconcepto o sus creencias chocan con su orientación sexual. Además, el impacto de acontecimientos sobre las personas es mucho más grave cuando sus creencias cambian (Mas, 2015).

En relación a este aspecto, es importante tener en cuenta que, después de pasar por una “terapia de conversión”, algunas personas es probable que presenten ambivalencia en relación a su orientación sexual, aspecto que debe ser abarcado en el tratamiento. En este sentido, es importante no minimizar el impacto que puede tener la pérdida del autoconcepto. Algunos clientes llegan a tener conductas suicidas por este motivo (Haldeman, 2002).

La crisis de identidad sexual se manifiesta con un estado emocional donde las personas experimentan sentimientos negativos, tales como vergüenza, culpa, preocupación, autodesprecio y negación hacia su identidad sexual (Herek, 2004; Wright & Perry, 2006. Citado en Chan et al., 2022). En investigaciones de este mismo autor, se ha reflejado que las personas que habían pasado por ECOSIEG eran más propensas a internalizar actitudes negativas hacia la homosexualidad, sentirse inseguras acerca de la identidad sobre su orientación sexual y les resultó más difícil aceptar su atracción hacia el mismo género, que a las personas que no habían experimentado los ECOSIEG. Por lo tanto, los ECOSIEG a menudo implican la supresión y la negación de partes importantes de uno mismo e indican la exclusión de la propia identidad (Chan et al., 2022).

Las “terapias de conversión” atentan contra la identidad sexual y propia de la víctima, por tanto, “estas experiencias pueden amenazar la identidad e integridad, resultando en una respuesta de pena y vergüenza que puede ser considerablemente más compleja y tóxica que una respuesta puramente basada en el miedo a una no-identidad vinculada a un trauma (por ejemplo, un tornado)” (Livingston et al., 2020).

Según Herman (1992) citada en Horner (2019), los individuos que han sido traumatizados por las “terapias de conversión”, vacilan entre estados de completa amnesia del trauma a estados de mucha sensibilidad y de revivir el acontecimiento.

En cuanto al tratamiento referente a síntomas de trastorno de estrés postraumático, el objetivo de la terapia cognitiva es ayudar al usuario a identificar y desafiar las creencias disfuncionales relacionadas con el trauma y desarrollar creencias alternativas más precisas y útiles, así como trabajar sobre las emociones de culpa y/o vergüenza (Villena et al., 2022, p. 82).

Los síntomas de TEPT están divididos en síntomas positivos, como reexperimentación, alteraciones cognitivas, evitación y activación, y en síntomas negativos, como apatía, embotamiento afectivo y sensación de indefensión. Además, en sucesos traumáticos prolongados puede haber problemas para regular las emociones o mantener relaciones personales estables (Soriano et al., 2022. p. 142).

La reestructuración cognitiva tiene como objetivo tanto corregir los pensamientos y creencias ya formados en relación con el trauma, como evitar la formación de nuevas cogniciones desadaptativas y minimizar la generalización estimular (Mas, 2015. p. 560). Además, la autora añade que uno de los problemas principales asociados a la sintomatología del TEPT es la evitación, la cual consiste en huir de pensamientos, recuerdos, sentimientos, actividades o situaciones relacionados con la experiencia traumática, lo cual tiene un valor adaptativo, pero continuar evitándolo como si el peligro siguiera presente, impide la habituación a situaciones que no son peligrosas, limitando así la vida de la persona.

El paciente que se ha visto expuesto a un acontecimiento traumático, puede tener dificultades para recuperar voluntariamente el recuerdo de lo acontecido. Sin embargo, esta información vuelve en forma de recuerdos intrusivos involuntarios frecuentes en un intento fallido de llegar a una integración de la experiencia vivida. Por lo tanto, la exposición a las memorias traumáticas en un entorno de seguridad propicia la habituación al miedo y el cambio posterior en la estructura cognitiva en la que está almacenada, modificando así su significado y el relato, y posibilitando el reprocesamiento emocional del trauma. De esta manera, los resultados arrojan que la técnica de exposición es altamente eficaz para el TEPT (Villena et al., 2022, p. 82).

Por otro lado, Haldeman (2022) explica que la disfunción sexual no es poco común entre los supervivientes de “terapias de conversión”, aunque quienes han pasado por tratamientos aversivos parecen ser especialmente vulnerables a la disfunción sexual, ya que estos tratamientos afectan al individuo tanto a nivel físico como mental; por lo tanto, en terapia se requiere que se consideren las actitudes y sentimientos que rodean la interacción sexual.

Algunas investigaciones apuntan a que las personas que han sufrido estos tratamientos aversivos, como electroshocks, al verse en una situación de intimidación sexual se transportan al momento de la “terapia de conversión” y, por lo tanto, son incapaces de afrontar cualquier actividad sexual (Horner, 2019). Los síntomas de reexperimentación son muy frecuentes en víctimas de agresiones sexuales y maltrato (Echeburúa et al., 2005, citado en Soriano et al., 2022), condiciones frecuentes en “terapias de conversión”.

Desde un enfoque cognitivo conductual, algunos elementos útiles para tratar la disfunción sexual derivada de una experiencia traumática, según O’Driscoll y Flanagan (2015), son la psicoeducación para entender el sistema biológico implicado en la disfunción sexual y normalizar emociones, lo que además permite mejorar la motivación en relación al tratamiento, las técnicas de relajación para reducir la ansiedad anticipatoria y la tensión referente a las dificultades sexuales, y, por último, técnicas de exposición.

Se ha descubierto que la participación forzada en “terapias de conversión” de una institución religiosa se asocia con mayores probabilidades de experimentar

síntomas depresivos y pensamientos suicidas (Ogunbajo et al., 2021). Además, Green et al. (2020) en su estudio, explican que los ECOSIEG, durante su investigación, fueron el factor predictivo más fuerte de múltiples intentos de suicidio. Otros estudios han abordado y demostrado la asociación de las “terapias de conversión”, tanto con pensamientos suicidas como con intentos de suicidio (Turban, et al., 2020). La terapia cognitivo conductual (TCC) disminuye el riesgo de suicidio, enseñando a reconocer señales de alarma de conductas suicidas y nuevas estrategias conductuales para afrontar pensamientos suicidas (Camacho, 2022. p. 132).

En cuanto al riesgo de suicidio, se pone de manifiesto la relevancia de la rigidez cognitiva, ya que proporciona la base del espectro completo de pensamientos y creencias relacionados con el suicidio: desesperanza, sensación de pertenencia frustrada, sentimientos de atrapamiento y derrota y el odio a uno mismo. Desde la TCC se pretende que el usuario aprenda como reconocer y categorizar sus pensamientos automáticos en varias situaciones, cómo evaluar esos pensamientos y creencias y cómo generar interpretaciones y perspectivas alternativas que le resulten más equilibradas (Bryan, 2019).

Según Vallejo y Comeche (2015), los síntomas depresivos se pueden explicar desde el modelo cognitivo de Beck (1967) porque las personas que los sufren tienden a tener una visión negativa de sí mismos, viéndose como una persona con poca valía y atribuyendo sus experiencias desagradables a defectos propios; una visión negativa de su mundo, y una visión negativa del futuro, ya que anticipa que los síntomas depresivos actuales seguirán indefinidamente. Por tanto, se corresponden con representaciones de experiencias pasadas, que se utilizan para analizar la información en la actualidad. Estos autores también añaden la activación conductual como una técnica eficaz para tratar los síntomas depresivos, sobre todo las conductas evitativas como la inactividad o el aislamiento, ya que el mantenimiento de este tipo de conductas ayuda a perpetuar el problema. Según Rodríguez et al. (2022), una de las mayores aportaciones de la activación conductual radica en entender a la persona a partir de su situación contextual y no de supuestos problemas internos, por lo que se pone el foco en las relaciones que el paciente establece con su entorno. Una de las técnicas de la activación conductual es la

programación de actividades valiosas, procedimiento que ha mostrado mayor impacto para romper con la situación depresiva.

Por lo tanto, Las principales estrategias serían las técnicas conductuales, como la programación de actividades y técnicas de afrontamiento, y las cognitivas, como el uso de autorregistros, técnicas de reatribución y técnicas basadas en imaginación. La terapia cognitivo conductual (TCC) ha mostrado una eficacia semejante o incluso mayor que la medicación antidepresiva y otras terapias también eficaces, así como su utilidad para prevenir recaídas (Rodríguez et al., 2022, p. 54).

De esta manera, diversas investigaciones han demostrado un efecto positivo de las terapias cognitivo-conductuales en personas LGBT en cuanto a síntomas depresivos y a baja autoestima (Ross et al., 2007), aunque en una intervención con personas del colectivo LGBT podemos encontrar un mayor nivel de dificultad, ya que las personas LGBT+ perciben un futuro más desadaptativo, o dudan de su capacidad para lograr de manera eficaz una meta de vida significativa, en función de sus experiencias actuales y pasadas (Hirsch et al., 2016).

3. Problema

Las “terapias de conversión” están científicamente desacreditadas, violan fundamentalmente los derechos humanos, y se sabe que dañan directamente a las personas que las sufren. Estas prácticas también implican un daño amplio a largo plazo para las personas LGBT+ al perpetuar el estigma, los prejuicios, la discriminación y la violencia por motivos de orientación sexual e identidad de género (ABAI, 2021)

Diversas investigaciones han estudiados los efectos de las “terapias de conversión” en las víctimas. Este procedimiento puede tener consecuencias graves en las personas que los sufren, ya que “todas las formas de terapia de conversión, incluyendo la “psicoterapia”, pueden provocar un intenso dolor y sufrimiento psicológico. Todas las prácticas que intentan la conversión son inherentemente humillantes, degradantes y discriminatorias. [...] Individuos que

han pasado por esta práctica a menudo experimentan disminución de autoestima, episodios de ansiedad, tendencias depresivas, síntomas depresivos, aislamiento social, dificultades de intimidad, autodesprecio, disfunción sexual y pensamientos suicidas”. (Beynon et al., 2020). En este mismo estudio, además, se refleja que una de las posibles consecuencias es un trastorno de estrés postraumático (TEPT).

No existe apenas bibliografía que se centre en el estudio de intervenciones eficaces dirigidas a abordar la sintomatología concreta provocada por haber sido sometido a “terapias de conversión”. De esta forma, nuestro objetivo no es otro que realizar un diseño de intervención efectivo y basado en evidencia científica, como es la terapia cognitivo-conductual, que permita a las víctimas superar las secuelas psicológicas que provocan los ECOSIEG, como los síntomas depresivos y conductas suicidas, los síntomas de TEPT, los problemas de identidad y la disfunción sexual derivada de la reexperimentación de la experiencia traumática.

4. Objetivos y/o hipótesis

El objetivo del estudio es llevar a cabo un diseño de intervención, comprobando la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en las principales consecuencias psicológicas causadas por las “terapias de conversión”, como los síntomas depresivos y conductas suicidas, la sintomatología de trastorno por estrés postraumático (TEPT), los problemas de identidad y disfunción sexual provocados por la reexperimentación de la experiencia traumática.

De esta manera, la pregunta a la que se pretende dar respuesta es la siguiente:

- ¿Es efectiva la terapia cognitivo-conductual para eliminar los síntomas depresivos y conductas suicidas, los síntomas de TEPT y los problemas de identidad y disfunción sexual producidos por la “terapia de conversión”?

Así pues, los objetivos son los siguientes:

1. Evaluar los síntomas y la gravedad de los mismos en víctimas de “terapias de conversión”.

2. Diseñar una intervención desde una perspectiva cognitivo-conductual para tratar los principales síntomas producidos por los ECOSIEG en población LGBT y comprobar su efectividad.

5. Propósito de la intervención

El propósito último de este diseño de intervención es identificar y evaluar los principales síntomas derivados de la experiencia traumática de los ECOSIEG en sus víctimas y comprobar la eficacia y utilidad de la terapia cognitivo conductual para abordarlos. Se pretende que los pacientes sometidos a esta intervención puedan afrontar y superar los problemas psicológicos relacionados con el hecho de haber vivido una experiencia traumática que atenta contra su propia identidad, como son los síntomas depresivos y conductas suicidas, los síntomas de trastorno por estrés postraumático y los problemas de identidad y disfunción sexual derivados de la reexperimentación del trauma.

Debemos destacar que, en el caso de aplicar esta intervención, siempre deberemos tener en cuenta y respetar las individualidades de cada caso y adaptar la terapia a las mismas.

Diseñando esta intervención también se pretende hacer una contribución a la intervención clínica en psicología y a la mejora de la calidad de vida de las personas del colectivo LGBT+, además de dar visibilidad a la vulneración de derechos que aún sufren, así como contribuir a la supresión del estigma social que les persigue.

6. Método

6.1. Diseño de la evaluación

La evaluación de la intervención se llevará a cabo de manera mayormente cuantitativa, ya que el objetivo es conocer los síntomas y su gravedad de una manera objetiva, mediante distintos tests psicométricos, aunque también se incluirá la entrevista semiestructurada como técnica cualitativa.

Realizaremos una intervención para verificar si la variable independiente, que es la terapia cognitivo conductual (TCC) es efectiva para tratar los síntomas derivados de haber sido víctima de “terapias de conversión”, lo que corresponde con la variable dependiente.

Para seleccionar la muestra se les realizará a los candidatos una serie de preguntas demográficas iniciales, incluyendo información sobre su orientación sexual e identidad de género y también se les preguntará si han recibido alguna vez “terapias de conversión”. Una vez la muestra ya está concretada, se les realizarán una serie de tests psicométricos y entrevistas para conocer la existencia y gravedad de los síntomas derivados de los ECOSIEG.

Es importante destacar que cada participante tendrá un contexto concreto y su experiencia en las “terapias de conversión” habrá sido distinta, por lo tanto, los síntomas y la gravedad de los mismos son susceptibles de diferir entre los individuos participantes. De esta manera, nos centraremos en los efectos de las “terapias de conversión” que son más relevantes según la bibliografía y, aunque la intervención será la misma para todos los participantes, deberemos tener en cuenta las necesidades y demandas de cada uno de ellos. Por lo tanto, nos centraremos sobre todo en síntomas depresivos e ideación suicida y síntomas de trastorno por estrés post-traumático, poniendo especial atención a posibles problemas de identidad y disfunción sexual provocada por la reexperimentación de la experiencia traumática.

Una vez hemos recogido los datos demográficos y seleccionado la muestra iniciaremos la intervención, la cual constará de 4 fases:

1. Fase de evaluación pre-intervención, la cual estará formada por 3 sesiones en las que los participantes deberán realizar una serie de pruebas

psicométricas y entrevistas semi estructuradas. Las pruebas psicométricas que se utilizarán serán el IDB-II (Beck et al., 1996), el *Self Injurious Thoughts and Behaviours Interview* (SITBI), y la Escala Global de Estrés postraumático (EGEP-5).

2. Fase de intervención, la cual constará de un total de 9 sesiones de una hora y cuarto de duración. Durante la intervención se trabajarán aspectos cognitivos-conductuales como la activación conductual, la identificación del problema y estrategias de afrontamiento a través de conceptos como la auto-evaluación y el control cognitivo, la identificación de los desencadenantes traumáticos y, por último, trabajaremos con la técnica de exposición en imaginación.
3. Fase de evaluación post-intervención, en la que los participantes deberán repetir los tests psicométricos de la primera fase de evaluación y se les volverán a realizar las entrevistas, con el fin de comprobar si la terapia cognitivo-conductual ha sido eficaz.
4. Fase de seguimiento, que se llevará a cabo en los 3, 6 y 12 meses posteriores a la segunda fase de evaluación en la que se observará si la mejora se mantiene en el tiempo y con el fin de evitar recaídas.

6.2. Participantes

La muestra constará de 50 personas mayores de 18 años, para centrar la intervención en población adulta. Los sujetos deberán autodenominarse como parte del colectivo LGBT+ y haber pasado por “terapias de conversión”; por lo tanto, se trata de una muestra no probabilística e intencional. La selección de la muestra será grande a nivel estadístico (>30) para facilitar el posterior análisis de resultados y favorecer la representatividad de la muestra en la población de personas víctimas de ECOSIEG. A su vez, se evitará seleccionar una muestra de más de 50 sujetos, para así garantizar la calidad de la recogida de datos y controlar con más facilidad la duración del estudio.

En cuanto a otros criterios de inclusión, se tendrá en cuenta que la “terapia de conversión” haya ocurrido hace menos de 2 años y, en cuanto a criterios de exclusión, se descartará a los participantes que hayan presentado algunos de estos síntomas de manera significativa antes de la “terapia de conversión”, a los participantes que hayan vivido alguna otra experiencia traumática que haya

podido causar o potenciar algunos de los síntomas objeto de estudio y a los que, en la fase de evaluación presenten un riesgo muy alto de suicidio, debido a la urgencia de necesidad de una intervención.

En relación a los aspectos éticos, la participación en el estudio será totalmente voluntaria y, cabe destacar que se recogerán los datos con la autorización expresa de los sujetos y que la información recogida será la estrictamente necesaria para llevar a cabo el estudio. La recogida de todos los datos, tanto en manifestaciones verbales como en tests psicométricos, estará sujeta a un deber y a un derecho de secreto profesional, del que, solo podría ser eximido por el consentimiento expreso del cliente; tal y como se indica en el artículo 40º del código deontológico del Psicólogo (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2015, p. 8).

6.3. Instrumentos

Para llevar a cabo la evaluación de los participantes, tanto antes como después de la intervención, se utilizarán distintos tests psicométricos para conocer los principales síntomas derivados de las “terapias de conversión” y su gravedad.

Para ello, en primer lugar, se procederán a evaluar los síntomas depresivos y conductas suicidas, debido a la urgencia de las mismas. En cuanto a la evaluación de los síntomas depresivos, se administrará la segunda edición del Inventario de Depresión de Beck, conocido como IDB-II (Beck et al., 1996), traducido al español. Esta prueba está formada por 21 ítems en los cuales se presentan distintas frases, haciendo énfasis en los síntomas depresivos cognitivos, que se valorarán en una escala de 0-3 según la gravedad que presentan en el momento presente para el sujeto.

En investigaciones de Barreda Sánchez-Pachas (2019) se ha demostrado que la versión traducida al español presenta una buena fiabilidad ($\alpha = .93$). Además, se ha señalado que muestra una buena validez, tanto de instrumento como de constructo, para la utilización clínica.

Para evaluar comportamientos suicidas se administrará la escala Self-Injurious Thoughts and Behaviours Interview (SITBI) traducida al español. Esta escala nos permite evaluar, a través de 169 ítems, de una manera general las conductas suicidas, haciendo referencia la presencia, frecuencia y características de

ideación, planes, expresiones e intentos de suicidio. En cuanto a sus propiedades psicométricas, la versión traducida al español del SITBI ha demostrado tanto fiabilidad test-retest como validez de constructo (García Nieto et al., 2013).

Se utilizará la Escala Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) para evaluar un posible TEPT en los participantes del estudio. La EGEP-5 es una escala autoaplicada en español que consta de 58 ítems y que tiene como objetivo evaluar la sintomatología del TEPT. Esta escala se basa en los criterios diagnósticos para el TEPT del DSM-V, pero no solo se limita al diagnóstico del TEPT, si no que realiza una evaluación global de la sintomatología postraumática sobre su gravedad, así como las características del suceso traumático asociado a la sintomatología (Crespo et al., 2017).

Conviene prestar atención a la posible existencia de problemas de identidad y a la disfunción sexual producto de la reexperimentación de la experiencia traumática; para ello realizaremos la evaluación a través de entrevistas semiestructuradas donde se abordarán la existencia y gravedad de las problemáticas, ya que no existen instrumentos de evaluación estandarizados que aborden los problemas de identidad y de disfunción sexual como sintomatología derivada directamente de una experiencia traumática, ni que se pueda adaptar al conjunto de la muestra.

6.4. Procedimiento

En primer lugar, se llevará a cabo la selección de la muestra aplicando los criterios de inclusión y de exclusión mencionados anteriormente. Para ello, en un primer contacto con los potenciales participantes se llevará a cabo una recogida de datos demográficos, entre los que se incluirá la edad, orientación sexual, género con el que se identifican y si dicho género se corresponde con su sexo asignado al nacer. Cabe destacar que nos dirigiremos hacia los participantes en género neutro hasta que nos indiquen lo contrario para garantizar el respeto y la inclusión hacia todas las identidades y expresiones de género. Una vez tenemos estos datos, se les realizarán una serie de preguntas para finalizar con los criterios de inclusión y exclusión:

- ¿Alguna vez has participado, obligado o de manera voluntaria, en algún tipo de terapia o procedimiento, con el objetivo de modificar tu orientación sexual y/o tu expresión de género?
- ¿Alguna vez has participado, obligado o de manera voluntaria, en algún tipo de terapia o procedimiento, con el objetivo de modificar tu identidad de género y/o tu expresión de género?
- ¿Hace cuánto tiempo que participaste?
- ¿Has presentado con anterioridad a la “terapia” algún tipo de trastorno/problema psicológico significativo?

Posteriormente, se procederá a la evaluación de los síntomas de manera individual. Debido a que algunas de las pruebas psicométricas cuentan con un gran número de ítems y para evitar la fatiga de los participantes, se dedicará una sesión a cada prueba. De esta manera, en la primera sesión, se administrará el Self-Injurious Thoughts and Behaviours Interview (SITBI) para comprobar el riesgo de suicidio de los participantes y, en caso de que fuera necesario, comprobar si alguno necesita ser derivado por riesgo urgente de suicidio.

Así pues, en la segunda sesión se aplicará el IDB-II (Beck et al., 1996) para comprobar la presencia de síntomas depresivos.

Durante la tercera sesión se aplicará la Escala Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) para evaluar los síntomas que puedan corresponder a un trastorno de estrés postraumático y, para finalizar, se llevará a cabo una entrevista semiestructurada donde abordaremos si existen problemas en relación con la propia identidad de cada uno de los participantes y si existen disfunciones sexuales debido a la reexperimentación traumática. Cabe destacar que en las sesiones de evaluación no se espera realizar un diagnóstico de ningún trastorno psicológico, sino evaluar los síntomas de la manera más objetiva posible y la gravedad de los mismos.

Las sesiones de la fase de intervención tendrán una duración de una hora y cuarto y se espaciarán en un periodo de dos semanas. Los últimos 15 minutos de las sesiones se utilizarán para resolver posibles dudas que el paciente pueda tener.

En la cuarta sesión se procederá a la devolución de resultados de las pruebas, se hablará con el participante sobre los objetivos de la intervención y se le informará sobre el número de sesiones y el procedimiento a seguir en cada una de ellas; además se realizará psicoeducación, explicándole cómo ciertos mecanismos como la evitación favorecen el mantenimiento de los síntomas depresivos y de los síntomas postraumáticos.

En la quinta sesión, abordaremos el tema de la activación conductual. Para ello se hablará con el paciente de conductas que se realizaban en el pasado con más frecuencia y que a causa de los síntomas depresivos se han visto reducidas. Conjuntamente con el paciente, realizaremos una lista de las actividades, ordenándolas de más sencilla a más compleja, prestando especial atención en aquellas que son placenteras para él, con el objetivo de que, gradualmente, vaya volviendo a realizarlas, siempre poniendo objetivos realistas para sus circunstancias. Así pues, le daremos un autorregistro que deberá rellenar en casa para que pueda ir observando su evolución y, además, pueda empezar a identificar sus pensamientos disfuncionales y sus emociones. El autorregistro será el siguiente:

| Día | ¿Qué quiero hacer? | ¿Qué pienso al respecto? | ¿Cómo me siento? | ¿Qué he hecho finalmente? | ¿Qué pienso al respecto? | ¿Cómo me siento? |
|------------|---------------------------|---------------------------------|-------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| | | | | | | |

En la sexta sesión, empezaremos analizando con el paciente sus logros conductuales y analizaremos sus pensamientos y sentimientos al respecto, poniendo especial atención a la existencia de pensamientos relacionados con el suicidio. Una vez se ha comenzado y avanzado con la activación conductual, sería relevante trabajar las estrategias de afrontamiento del paciente, lo que consiste en identificar las estrategias inadecuadas, que pueden estar potenciando y manteniendo los efectos negativos desencadenados por el suceso original y, por otro lado, facilitar los recursos y habilidades necesarias para afrontar de forma adecuada el problema (Vallejo & Comeche, 2015. p.

628). Para ello, en esta sesión, a través del análisis del autorregistro, deberemos intentar que el paciente vea cómo la manera de afrontar los problemas incide sobre su conducta y, del mismo modo, como él puede controlarla. Añadiremos a la lista de conductas a realizar algunas más complejas y le añadiremos sub-metas para segmentar las tareas. De cara a la próxima sesión, deberemos pactar con el paciente un auto-refuerzo que pueda llevar a cabo al realizar las sub-metas y, además, deberá auto-evaluarse con una puntuación de 0-5 después de realizarlas. De esta manera, podrá ir aplicando el auto-refuerzo para mantener las conductas y al mismo tiempo ver su mejoría.

En la séptima sesión, comentaremos la lista de tareas y los avances del paciente y comenzaremos a abordar las cogniciones del paciente con relación al problema, siempre respetando la voluntad del paciente y el ritmo que necesite seguir para hablar de su experiencia. De esta manera, para mejorar su control cognitivo y analizar sus pensamientos, valoraciones y creencias, deberemos cuestionar la visión de la realidad que el paciente nos comparte para que así sea él mismo quien también se lo cuestione y encuentre alternativas más adaptativas. El objetivo último de este procedimiento es que el paciente acabe entendiendo que haber sido víctima de una “terapia de conversión” no es culpa suya ni de su identidad y/o orientación sexual y que ésta es totalmente válida y, por supuesto, no es un motivo por el que sentir vergüenza ni culpabilidad.

En la octava sesión, una vez hemos mejorado la sintomatología depresiva, comenzaremos a abordar aspectos más relacionados con la experiencia traumática de los ECOSIEG. En este punto, el paciente debería haber mejorado su capacidad para controlar e identificar emociones, por lo que tendremos que incidir en la identificación del desencadenante de la sintomatología. Para ello deberá realizar otro autorregistro:

| Día | Qué he sentido | Qué he pensado | Qué creo que lo ha desencadenado |
|------------|-----------------------|-----------------------|---|
| | | | |

Además, en esta sesión se pactarán con el paciente actividades que le resulten placenteras y/o relajantes, por si hay algún momento en el que poner atención en un desencadenante que le provoca una reacción emocional muy intensa; de esta manera podremos trabajar la relajación ante situaciones que le generen malestar, pero sin descuidar el mantenimiento de la realización de conductas.

En la novena sesión, analizaremos el autorregistro poniendo especial atención a los desencadenantes y también a las emociones positivas, con la finalidad de que el paciente también tome consciencia de los eventos agradables que le suceden. En cuanto a la disfunción sexual derivada de la experiencia traumática, será importante prestar especial atención a las cogniciones y emociones que tienen que ver con las conductas sexuales, y, en caso necesario, dedicar una parte de la sesión a psicoeducación sobre aspectos relacionados con la disfunción sexual. También deberemos indicarle al paciente que siga realizando las actividades que le resulten relajantes.

En las sesiones número diez, once y doce, se llevará a cabo la técnica de exposición en imaginación. Esta técnica consiste en que el paciente deberá repetir el relato de su experiencia traumática en voz alta, desde antes de comenzar la “terapia de conversión”, hasta que se encuentra fuera de peligro. Deberá intentar detallarlo lo máximo posible, al igual que sus sentimientos, pensamientos, sensaciones físicas y conductas. Se deberá guiar al paciente para que no salga del relato y para hacer énfasis en aspectos que considere relevantes. El objetivo es que el paciente, a través de la exposición, vaya disminuyendo sus reacciones emocionales desadaptativas, modificando sus cogniciones, valores y creencias también desadaptativas. En estas sesiones es de vital importancia respetar en todo momento el tiempo que el paciente necesite para poder hablar de la experiencia traumática y no presionarle. Antes

de finalizar la última sesión, se le darán unas pautas para que pueda realizar la exposición en casa.

En la sesión número trece se volverá a pasar el cuestionario *Self Injurious Thoughts and Behaviours Interview* (SITBI), esperando que el riesgo de conductas suicidas haya desaparecido o descendido notablemente.

En la sesión número catorce se volverá a pasar el cuestionario IDB-II (Beck et al., 1996) para evaluar si ha habido una mejoría en los síntomas depresivos.

En la sesión número quince se evaluarán de nuevo los síntomas traumáticos utilizando la Escala Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) para observar si se ha producido mejoría.

Por último, se realizarán sesiones de seguimiento a los tres, seis y doce meses para comprobar que la mejoría se va manteniendo en el tiempo y para prevenir recaídas.

7. Análisis planteados

Para conocer la eficacia de la intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de los síntomas derivados de las “terapias de conversión”, deberemos analizar los resultados, tanto de las pruebas psicométricas realizadas, como de las entrevistas semiestructuradas, antes y después de la intervención para comprobar si existe mejoría o no, y dar así respuesta a la pregunta de investigación.

En cuanto a las pruebas psicométricas, se realizará un análisis cuantitativo de los resultados pre y post intervención, para ello se tendrá en cuenta un nivel de confianza del 95% (significación del 0,05) y se realizará la prueba Saphiro-Wilks para comprobar si las variables presentan una distribución normal.

Estaremos analizando los resultados sobre dos medias relacionadas, ya que pretendemos comparar las medias de los resultados en el IDB-II, el *Self Injurious Thoughts and Behaviours Interview* (SITBI) y en la Escala Global de Estrés Postraumático (EGEP) en un solo grupo, esperando que las medias antes y después del tratamiento difieran significativamente, lo que significará que el tratamiento tiene efecto sobre el grupo.

En el caso de que se cumplan los criterios de distribución normal, se utilizará una prueba paramétrica que consiste en poner a prueba la hipótesis nula, siendo μ_1 la media de las puntuaciones obtenidas por el grupo antes de la intervención, y siendo μ_2 la media de las puntuaciones obtenidas por el grupo después de la intervención. De esta manera:

H_0 : $\mu_1 \neq \mu_2$. Hay diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones de ambos grupos, por lo tanto, se mantiene la hipótesis nula.

H_1 : $\mu_1 = \mu_2$. No hay diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones de ambos grupos, por lo que la intervención no ha funcionado y se rechaza la hipótesis nula. En este caso tendríamos que modificar el procedimiento de la intervención.

En el caso del mantenimiento de la hipótesis nula, el contraste de medias relacionadas lo realizaríamos con el estadístico T para medias relacionadas, que se distribuye según la *t de Student*. De esta manera, podríamos comprobar si la variable independiente (terapia cognitivo-conductual) tiene efecto sobre las variables dependientes (síntomas derivados de las terapias de conversión).

En el caso de que no se cumplieran los criterios de distribución normal, tendríamos que aplicar una prueba no paramétrica, como la prueba de Mann-Whitney con el estadístico U, ya que nos permitiría conocer la influencia de la intervención sobre la muestra.

En el caso en el que se aprecien diferencias significativas de las medias de las puntuaciones de las distintas pruebas psicométricas en los sujetos pre y post intervención, tendríamos que comprobar que la diferencia de las puntuaciones se deba a la intervención y no a variables externas; por lo tanto, tendríamos que calcular si existe correlación entre las variables. Para ello utilizaremos el coeficiente de correlación de Pearson, el cual nos indica el grado de relación entre las variables, su sentido y su intensidad, en una escala de -1 a 1. Si la correlación es muy próxima a 1 o a -1 significará que existe una correlación lineal fuerte, y si se acerca mucho a 0 nos indicará que la correlación es prácticamente nula y, por lo tanto, la intervención no habrá tenido efecto sobre los resultados de las pruebas psicométricas.

Por otro lado, en cuanto a las entrevistas semiestructuradas sobre problemas relacionados con la propia identidad, se realizará una transcripción selectiva mientras hablamos con los participantes y un registro de conducta, de manera que si el paciente, por ejemplo, llora en algún momento o hace una pausa muy larga, quedará anotado. En cuanto al análisis de la transcripción, realizaremos una codificación abierta de primer orden, dónde englobaremos todas aquellas frases y/o expresiones que hagan referencia a la propia identidad sexual y/o de género, para, posteriormente realizar una codificación de segundo orden, donde englobaremos las frases y/o expresiones que hagan referencia a aspectos negativos sobre la propia identidad. En estos aspectos negativos también se incluirán conductas que puedan expresar algún tipo de conflicto o descontento en relación con la identidad sexual para poder tener en cuenta la connotación de lo que dice el paciente. Así pues, se espera que en la entrevista realizada post-intervención haya un descenso significativo de las oraciones codificadas en segundo orden, lo que implicará un resultado favorable en relación con los objetivos de la intervención, y el mantenimiento de la hipótesis nula.

8. Discusión

En el caso de que los resultados de este estudio fueran a favor de los objetivos planteados, implicaría que una intervención cognitivo-conductual aplicando técnicas de activación conductual, identificación del problema y entrenamiento en estrategias de afrontamiento, sería eficaz para tratar los síntomas depresivos provocados por un proceso que atenta contra la propia identidad como es el caso de los ECOSIEG, además de que técnicas basadas en la identificación de desencadenantes y técnicas conductuales como la exposición en imaginación, son igualmente útiles para tratar los síntomas postraumáticos de las “terapias de conversión”.

Por otro lado, si los resultados de la intervención fuesen en contra de los objetivos, habría que analizar si el motivo corresponde a la aplicación de las técnicas empleadas o bien si deberíamos responder a la pregunta de investigación, afirmando que las terapias cognitivo-conductuales no son

eficaces para víctimas de “terapias de conversión” y habría que plantear otros enfoques que mejoraran los resultados.

En cuanto a investigaciones realizadas con anterioridad a este estudio, no hay apenas bibliografía que se centre en intervenciones concretas dirigidas a víctimas de “terapias de conversión”, pero sí existen una gran cantidad de investigaciones que abalan las terapias cognitivo-conductuales para tratar síntomas depresivos y postraumáticos; por lo tanto, unos resultados positivos en este estudio demostrarían que las técnicas cognitivo-conductuales son útiles para tratar este tipo de sintomatología en pacientes que hayan sido víctimas de los ECOSIEG, mientras que unos resultados desfavorables, implicarían que un enfoque cognitivo-conductual no se puede aplicar de manera eficaz en estas circunstancias concretas, aunque sí en síntomas similares desencadenados por otros factores.

En cualquier caso, siendo los resultados favorables o desfavorables, se considera que la aplicación de esta intervención puede aportar relevancia al ámbito de la psicología clínica y al estudio de los tratamientos dirigidos a víctimas de “terapias de conversión”, debido a la casi inexistente bibliografía y a la falta de una intervención basada en evidencia científica que permita mejorar la calidad de vida de las víctimas, disminuyendo su sufrimiento y abordando los síntomas depresivos y conductas suicidas, los síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT), los problemas relacionados con la propia identidad y la disfunción sexual derivada de la reexperimentación traumática que generan los ECOSIEG.

Por último, la elaboración de este estudio, pone de manifiesto una práctica que, a día de hoy, se lleva a cabo a nivel mundial y atenta contra los Derechos Humanos y la identidad sexual y/o de género, la cual es urgente visibilizar e investigar para impulsar la desaparición de la discriminación y el estigma social hacia las personas del colectivo LGBT+.

9. Conclusiones

Durante la elaboración de este estudio, no se ha podido seguir de manera estricta el calendario de trabajo diseñado para ello (adjuntado en Anexo I), debido a que la falta de bibliografía relevante para el objeto de estudio ha alargado el proceso más de lo esperado. Debido al mismo motivo, hubo que modificar el enfoque elegido para diseñar una intervención adecuada, ya que, en un primer momento, se iba a diseñar una intervención desde el análisis funcional de la conducta, utilizando técnicas meramente conductuales dirigidas a tratar los síntomas provocados por las “terapias de conversión”.

Algunos aspectos que han dificultado la búsqueda de bibliografía son, en primer lugar, que las “terapias de conversión” no tienen una definición universal y estandarizada. Se las conoce por múltiples términos, lo que dificulta la búsqueda de información tanto en español como en inglés. Algunos de estos términos son “terapias de conversión”, “terapias reparativas”, “terapias de reorientación”, ECOSIEG (esfuerzos de cambio de orientación sexual e identidad y expresión de género) o, en inglés, SOCE (*Sexual orientation change efforts*).

Otra de las limitaciones es que los síntomas derivados de una experiencia traumática varían dependiendo del paciente y de sus variables personales y contextuales, lo que no permite realizar una categorización generalizable de los efectos que provocan las “terapias de conversión”.

De esta manera, es extensa la bibliografía que ha estudiado las “terapias de conversión”, los efectos que pueden provocar y las consideraciones éticas de su aplicación, pero son muy escasos los estudios sobre cómo evaluar y tratar a las personas que han pasado por ello, tal y como se ha puesto de manifiesto con anterioridad en este estudio. En consecuencia, teniendo en cuenta que las “terapias de conversión” se siguen llevando a cabo en la actualidad y son altamente dañinas para las personas del colectivo LGBT+ y, por ende, para toda la sociedad, debería ser una materia más estudiada.

Por consiguiente, el estudio realizado pretende, por una parte, proponer una intervención basada en evidencia científica, que sea útil y eficaz para tratar las

consecuencias que provocan las “terapias de conversión” y, por otra, dar visibilidad a la vulneración de derechos que sufre el colectivo LGBT+ en todo el mundo.

10. Referencias bibliográficas

- Association for Behavior Analysis International (2021). Statement on conversion therapy and practices. <https://www.abainternational.org/about-us/policies-andpositions/policy-statement-on-conversion-therapyand-practices,-2021.aspx>
- Barreda Sánchez-Pachas, D. V. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de BeckII (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*, 22(1), 39-52. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>
- Beynon, J., Birmanns, B., Brasholt, M., Cohen, J., Duque, M., Duterte, P., van Es, A., Fernando, R., Fincanci, S. K., Hamzeh, S., Hansen, S. H., Hardi, L., Heisler, M., Iacopino, V., Leth, P. M., Lin, J., Louahlia, S., Luytkis, H., Modvig, J., Viera, D. N. (2020). Statement on conversion therapy. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 72, 101930. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2020.101930>
- Bryan, C. J. (2019). Cognitive behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Implications for meeting standard of care expectations with suicidal patients. *Behavioral Sciences & the Law*, 37(3), 247-258. <https://doi.org/10.1002/bsl.2411>
- Camacho López-Tofiño, J., Caballo López, A., Ramírez Guillén, A., Rodríguez López, P., Villena Jimena, A., López-Botet de Juan, M., Rancaño Vázquez, P., Torres Pardo, B. & Tajima Pozo, K. (2022). Tratamiento para la conducta suicida. En *Manual de Tratamientos psicológicos* (4.^a ed., pp. 132-134). Academia de preparación PIR, S.L.
- Carrillo Garzón, A. E. (2021). Terapias de conversión sexual como violación a los derechos humanos: Entrevista a Víctor Madrigal Borloz. *Iuris Dictio*, 27, ISSN-e 2528-7834, ISSN 1390-6402. <https://doi.org/10.18272/iu.v27i27.2309>
- Castro, S. (2022). *Ni enfermos ni pecadores: La violencia silenciada de las «terapias de conversión» en España* (1.^a ed.). Penguin Random House.
- Chan, R. C. H., Leung, J. S. Y. & Wong, D. C. K. (2022). Experiences, Motivations, and Impacts of Sexual Orientation Change Efforts: Effects on Sexual Identity Distress and Mental Health Among Sexual Minorities. *Sexuality Research and Social Policy*. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00669-5>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2015). *Código deontológico del psicólogo*.
- Crespo, M., Gómez, M. M. y Soberón, C. (2017). EGEP-5. Evaluación Global de Estrés Postraumático. Madrid: TEA Ediciones.
- Flentje, A., Heck, N. C. & Cochran, B. N. (2014). Experiences of Ex-Ex-Gay Individuals in Sexual Reorientation Therapy: Reasons for Seeking

- Treatment, Perceived Helpfulness and Harmfulness of Treatment, and Post-Treatment Identification. *Journal of Homosexuality*, 61(9), 1242-1268. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.926763>
- García Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., Paz Yepes, M. & Baca-García, E. (2013). Traducción y validación de la Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview en población española con conducta suicida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 101-108. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.07.001>
- Green, Amy E.; Price-Feeney, Myeshia; Dorison, Samuel H.; Pick, Casey J. (2020). *Self-Reported Conversion Efforts and Suicidality Among US LGBTQ*
- Griffin, L., Clyde, K., Byng, R. & Bewley, S. (2020). Sex, gender and gender identity: a re-evaluation of the evidence. *BJPsych Bulletin*, 45(5), 291-299. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.73>
- Youths and Young Adults, 2018. American Journal of Public Health*, e1–e7. doi:10.2105/ajph.2020.305701
- Haldeman, D. C. (2002). Therapeutic Antidotes: Helping Gay and Bisexual Men Recover from Conversion Therapies. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 5(3-4), 117-130. https://doi.org/10.1300/j236v05n03_08
- Higbee, M., Wright, E. R. & Roemerman, R. M. (2020). Conversion Therapy in the Southern United States: Prevalence and Experiences of the Survivors. *Journal of Homosexuality*, 69(4), 612-631. <https://doi.org/10.1080/00918369.2020.1840213>
- Hirsch, J. K., Cohn, T. J., Rowe, C. A. & Rimmer, S. E. (2016). Minority Sexual Orientation, Gender Identity Status and Suicidal Behavior: Serial Indirect Effects of Hope, Hopelessness and Depressive Symptoms. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(2), 260-270. <https://doi.org/10.1007/s11469-016-9723-x>
- Hofmann, S. G. (2021). The future of cognitive behavioral therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 45, 383-384. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10232-6>
- Horner, J., (2019). Undoing the Damage: Working with LGBT Clients in Post-Conversion Therapy. *Columbia social work review*, 8(2010), 8-16. <https://doi.org/10.7916/d8-8xxa-aq93>
- Johnson, B., Leibowitz, S., Chavez, A. & Herbert, S. E. (2019). Risk Versus Resiliency. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 28(3), 509-521. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.02.016>
- Livingston, N. A., Berke, D., Scholl, J., Ruben, M., & Shipherd, J. C. (2020, June 1). Addressing Diversity in PTSD Treatment: Clinical Considerations and Guidance for the Treatment of PTSD in LGBTQ

- Populations. *Current Treatment Options in Psychiatry*. Springer. <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00204-0>
- Mallory, C., Brown, T. N., & Conron, K. J. (2018). Conversion therapy and LGBT youth. Los Angeles, CA: The Williams Institute. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Conversion-Therapy-LGBT-Youth-Jan-2018.pdf>
- Mas Hesse, B. (2015). Trastorno de estrés postraumático. En *Manual de terapia de conducta* (pp. 553-668). Dykinson.
- Meanley, S., Haberlen, S. A., Okafor, C. N., Brown, A., Brennan-Ing, M., Ware, D., Egan, J. E., Teplin, L. A., Bolan, R. K., Friedman, M. R. & Plankey, M. W. (2020). Lifetime Exposure to Conversion Therapy and Psychosocial Health Among Midlife and Older Adult Men Who Have Sex With Men. *The Gerontologist*, 60(7), 1291-1302. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa069>
- Ross, L. E., Doctor, F., Dimito, A., Kuehl, D. & Armstrong, M. S. (2007). Can Talking About Oppression Reduce Depression? *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 19(1), 1-15. https://doi.org/10.1300/j041v19n01_01
- Soriano Medina, M., Torres Pardo, B., Rodríguez López, P. & Quiles Higuero, L. (2022). Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. En *Manual de psicología clínica* (3.a ed., Vol. 1, pp. 139-152). Academia de preparación PIR, S.L.
- O'Driscoll, C. & Flanagan, E. (2015). Sexual problems and post-traumatic stress disorder following sexual trauma: A meta-analytic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(3), 351-367. <https://doi.org/10.1111/papt.12077>
- Ogunbajo, A., Oke, T., Okanlawon, K., Abubakari, G. M. & Oginni, O. (2021). Religiosity and Conversion Therapy is Associated with Psychosocial Health Problems among Sexual Minority Men (SMM) in Nigeria. *Journal of Religion and Health*, 61(4), 3098-3128. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01400-9>
- Przeworski, A., Peterson, E. & Piedra, A. (2021). A systematic review of the efficacy, harmful effects, and ethical issues related to sexual orientation change efforts. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(1), 81-100. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12377>
- Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L. & Keuroghlian, A. S. (2020). Association Between Recalled Exposure to Gender Identity Conversion Efforts and Psychological Distress and Suicide Attempts Among Transgender Adults. *JAMA Psychiatry*, 77(1), 68. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285>

- Vallejo, M. A., Comeche, M. I. (2015). Depresión. En *Manual de terapia de conducta* (pp. 597-669). Dykinson.
- Villena Jimena, A., caballo lópez, A., Rodríguez López, P., Ramírez Guillén, A., Camacho López-Tofiño, J., Rancaño Vázquez, P., López-Botet de Juan, M., Torres Pardo, B. & Tajima Pozo, K. (2022). tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT). En *Manual de Tratamientos psicológicos* (4.^a ed., pp. 82-85). Academia de preparación PIR, S.L.
- Wallach, S., Garner, A., Hanley, M. & Howell, S. (2020). The Global State of Conversion Therapy - A Preliminary Report and Current Evidence Brief. *LGBT foundation*. <https://doi.org/10.31235/osf.io/9ew78>

Anexos

10.3. Calendario de trabajo

| Etapas y Tareas/ Actividades de Seguimiento (PECs) | Se pt ie m br e | Octubre | | | | Noviembre | | | | | Diciembre | | | | Enero | | | | Observaciones/ Comentarios estudiantes | Observacione s/ Comentarios consultor/a |
|---|--------------------------------|---------|--------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--|--|
| | S4 | S 1 | S 2 | S 3 | S 4 | S 1 | S 2 | S 3 | S 4 | S 5 | S 1 | S 2 | S 3 | S 4 | S 1 | S 2 | S 3 | S 4 | | |
| 0. Elaborar la ficha del TFG y el calendario | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Elección del tema | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|1.1. Definición exhaustiva del tema escogido y búsqueda bibliográfica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|1.2. Establecer objetivos y plantear hipótesis de trabajo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Desarrollo de la revisión teórica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|2.1. Seleccionar las fuentes fundamentales para construir el marco teórico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|2.2. Integrar la información obtenida y elaborar los apartados correspondientes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Me gustaría tener la primera memoria lista a principios de la S1 para tener tiempo de repasar/corregir lo necesario. | |
| 3. Método | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|3.1. Definir el diseño de la investigación/evaluación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|3.2. Definir los participantes, instrumentos y procedimiento a seguir | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|3.3. Definir los análisis planteados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|3.4. Exponer e Interpretar los | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

