



## Trabajo Fin de Grado

### Programa PIASAS:

Programa de Prevención-Intervención con Adolescentes que han Sufrido  
Abusos Sexuales

#### **Alumna**

María Gonzalvo del Arco

#### **Directores**

Ángel Castro Vázquez

Juan Francisco Roy Delgado

#### **Grado de Psicología**

**Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel**

**Curso 2012-2013**

## Índice

1. Introducción.....	3
2. Fundamentación.....	4
3. Objetivos.....	7
4. Beneficiarios.....	7
5. Metodología.....	8
a. Participantes.....	8
b. Instrumentos.....	8
c. Procedimiento.....	9
d. Sesiones.....	10
6. Recursos.....	13
7. Evaluación.....	14
8. Resultados esperados.....	15
9. Conclusiones.....	16
10. Referencias.....	17
11. Anexos.....	21

## **Introducción**

El abuso sexual en la infancia constituye una problemática social cuya importancia no ha sido reconocida hasta hace pocas décadas. Supone una desestructuración en el desarrollo evolutivo del menor, con consecuencias físicas, conductuales, emocionales, sociales y sexuales. Entre estas últimas, distintas investigaciones muestran que haber sufrido un abuso sexual durante la infancia influye en la emisión de conductas sexuales de riesgo y en la posibilidad de sufrir nuevos episodios de abuso durante la adolescencia y la edad adulta.

La relevancia del problema impulsa el programa de prevención/intervención que aquí se presenta, cuyo objetivo principal es conseguir una mejora en el bienestar y calidad de vida de los adolescentes de ambos性, de entre 16 y 21 años, que hayan sufrido algún episodio de abuso sexual en la infancia. Además, también se podrán beneficiar de sus enseñanzas otros colectivos, como los familiares de los participantes, sus conocidos y, en última instancia, la sociedad en general, puesto que se darán pautas preventivas de conducta y se obtendrá información para dar mayor visibilidad a esta problemática social.

Los treinta participantes que tomarán parte en el programa, serán seleccionados en centros de salud especializados en salud sexual de adolescentes. Se dividirán en tres grupos; un grupo experimental y dos grupos control, que llevarán a cabo diferentes tareas. Todos los participantes llenarán una batería de cuestionarios antes y después de la aplicación del programa, que permitirá evaluar la eficacia de éste. La intervención consistirá en ocho sesiones de dos horas cada una, que se aplicarán a lo largo de cuatro semanas. En ellas se tratarán aspectos de salud y sexualidad, habilidades comunicativas y resolución de conflictos, así como habilidades de aceptación y autoestima, siguiendo los enunciados de dos modelos teóricos.

Se espera que tras la aplicación del programa, los participantes muestren un mayor conocimiento sobre las conductas de riesgo para su salud, así como mejores competencias para la negociación, la discusión y la toma de decisiones y una mayor autoestima y auto-aceptación. De esta manera, se estaría cumpliendo el objetivo del programa, mejorar el bienestar y la calidad de vida de estas personas, ayudándoles a superar un hecho tan traumático como es el haber sufrido un abuso sexual en la infancia.

## **Fundamentación**

El Código Penal español vigente en la actualidad identifica el abuso sexual como todo acto que atente contra la libertad o indemnidad sexual de otro, realizado sin el consentimiento de éste. Por su parte, el abuso sexual en la infancia puede definirse como la actividad encaminada a proporcionar placer sexual, estimulación o gratificación sexual a un adulto, que utiliza para ello a un menor, aprovechando su situación de superioridad (Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar y López-Soler, 2011). Además, se considera que existe abuso sexual cuando se dan circunstancias de asimetría entre víctima y agresor, ya sea de edad, de poder, conocimiento, o gratificación (Sánchez-Meca et al., 2011). De ellas, la más estudiada es la que hace referencia a la edad, puesto que para que se considere abuso sexual, distintas investigaciones concluyen que ha de existir una diferencia de al menos cinco años entre el agresor y el menor, cuando éste tenga menos de doce años, o una diferencia de al menos diez años cuando el menor tenga entre doce y 16 años (Finkelhor, 1979; López, 1995). Según Echeburúa (2004), la franja de edad de máximo riesgo corresponde a la de seis a doce años.

Este tipo de abuso ha sido una de las tipologías de maltrato más tardíamente estudiadas, tal y como afirman Arruabarrena y de Paúl (1999), pues hasta la década de los años noventa del siglo XX, con el reconocimiento de los derechos específicos de los menores, no se le había prestado especial atención (Lameiras, 2002). El abuso puede darse a través del contacto físico (e.g. tocamientos, sexo vaginal, oral o anal, perpetrado o sugerido), o a través del visionado de pornografía, exhibiciones de adultos o petición de favores sexuales (Finkelhor, 1999). Los lugares donde suceden estos episodios suelen ser los más frecuentados por los menores, como su casa, colegio, o centros de ocio (Urra, 2007). Además, los abusadores, sobre todo en el caso de las niñas, suelen pertenecer al entorno más cercano al menor, siendo personas a las que tienen mucho afecto (Echeburúa, 2004), aunque también hay un porcentaje importante de estos maltratos llevados a cabo por desconocidos, afectando más a los varones (Urra, 2007).

En cuanto a la distribución por sexo, los agresores suelen ser varones, entre el 85% y el 90% de los casos (Pereda, 2006). Algunos estudios concluyeron que alrededor de un tercio de los abusadores masculinos podrían estar imitando comportamientos que hubieran sufrido con anterioridad (Finkelhor, 2000; López y González, 2007). Por tanto, pese a que no se puede afirmar que exista una transmisión intergeneracional del abuso, ya que la mayoría de las víctimas son mujeres y éstas no se convierten posteriormente en abusadoras, sí es relativamente frecuente que los abusadores fueran víctimas durante

su infancia (de Paúl, 2000). También existen diferencias en función del género en las víctimas. Algunos estudios, como el de Garrido, Beneyto y Gil (1996) concluyen que alrededor de tres cuartas partes de estos abusos son sufridos por niñas, afectando la cuarta parte restante a varones. Debido a aspectos relacionados con la masculinidad y con el miedo a ser etiquetados y estigmatizados, muchas veces los niños no reconocen haber sufrido abusos, con lo que esa proporción podría ser mayor (Pereda, Polo, Grau, Navales y Martínez, 2007). Por esta razón, existe la necesidad de fortalecer las iniciativas de prevención de abusos sexuales, prestando atención a los varones, concienciándolos de su situación y buscando protección para ellos (Homma, Wang, Saewyc y Kishor, 2012).

El abuso sexual, sobre todo cuando se da de forma reiterada y es llevado a cabo por personas vinculadas afectivamente al niño, supone una desestructuración de la conducta y de las emociones del menor y, en ocasiones, una interferencia grave en su desarrollo evolutivo (Echeburúa, 2004). Según Echeburúa y Guerricaechevarría (2000), las principales consecuencias a corto y medio plazo del abuso sexual en niños y adolescentes pueden ser tanto físicas, como conductuales, emocionales, sociales y sexuales. Dentro de estas últimas, dos de las más estudiadas y documentadas son la emisión de conductas sexuales de riesgo y la probabilidad de volver a sufrir nuevos episodios de victimización sexual a lo largo de la adolescencia y la edad adulta, tal y como afirman Senn, Carey y Coury-Doniger (2012).

Hay estudios que ponen de manifiesto, tanto en varones como en mujeres, que haber sufrido algún episodio de abuso sexual en la infancia influye en la emisión de conductas sexuales de riesgo, como puede ser un inicio más temprano en las relaciones sexuales (Bensley, Van Eenwyk y Simmons, 2000; Holmes, Foa y Sammel, 2005; Upchurch y Kusunoki, 2004), un mayor número de parejas sexuales (Senn et al., 2012), un uso más inconsistente del preservativo (Bensley et al., 2000; DiLorio, Hartwell y Hansen, 2002; Senn et al., 2012), o un mayor consumo de drogas en las relaciones sexuales (Upchurch y Kusunoki, 2004). Todas estas conductas implican una mayor vulnerabilidad ante las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH (Holmes et al., 2005; Senn, Carey y Venable, 2008; Upchurch y Kusunoki, 2004). Además, se ha constatado que las personas que han sido víctimas de abuso sexual durante su infancia tienen dos veces más probabilidades de sufrir nuevos episodios de abuso durante su adolescencia y edad adulta que aquellas que no lo han sido (Barnes,

Noll, Putnam y Trickett, 2009; Classen, Palesh y Aggarwal, 2005; Santos-Iglesias y Sierra, 2012).

La relación entre haber sufrido abuso sexual en la infancia y la posterior emisión de conductas de riesgo está bien establecida en la literatura existente, como se ha puesto de manifiesto. Existen dos modelos teóricos que explican esta relación, de forma distinta. Por una parte, el modelo de Dinámicas Traumatogénicas (TD en sus siglas en inglés), formulado por Finkelhor y Browne (1985), se centra en las consecuencias que el abuso sexual puede tener en la sexualidad de las personas que lo sufren, principalmente en cuatro aspectos, bien documentados en distintas investigaciones: sexualización traumática (Matorin y Lynn, 1998), traición y falta de confianza (DiLillo y Long, 1999), estigmatización, vergüenza y culpa (Feiring, Coates y Taska, 2001), e impotencia o pérdida de poder (Bolger y Patterson, 2001; Gwandure, 2007). Además de haber demostrado la influencia que tiene el haber sufrido abuso sexual en la infancia en cada uno de estos cuatro factores, otras investigaciones, recogidas por Senn et al. (2008) ponen de manifiesto que éstos, a su vez, influyen en la emisión de conductas sexuales de riesgo.

El otro modelo teórico, que sirve para explicar qué variables influyen en la emisión de conductas sexuales de riesgo, es el modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales (IMB en sus siglas en inglés), enunciado por Fisher y Fisher (1992), que sugiere que aquellas personas que poseen más información y conocimientos sobre mecanismos de transmisión, prevención y consecuencias de las ITS, mayor motivación para protegerse de contactos no seguros y actitudes más positivas hacia el sexo seguro, así como mayores habilidades conductuales (e.g. negociación para llevar a cabo conductas sexuales seguras, asertividad, autoeficacia), emiten menos conductas de riesgo. Numerosos estudios apoyan la asociación entre los constructos del modelo IMB y las conductas sexuales de riesgo, en variedad de población (Robertson, Stein y Baird-Thomas, 2006; Scott-Sheldon et al., 2010), incluyendo adolescentes (Boyer et al., 2000). Las personas que han sufrido abusos sexuales pueden tener menos conocimientos sobre las ITS, además de tener dificultades para distinguir entre realidad y fantasía en una situación sexual, ya que los abusadores mienten y distorsionan la realidad (Zurbirggen y Freyd, 2004). Si estas personas no perciben los riesgos, no estarán motivados para llevar a cabo conductas sexuales seguras y protegerse (Senn et al., 2012). Y, a la vez, pueden haber aprendido que no poseen el control sobre sus encuentros y situaciones sexuales, con lo que pueden carecer de las habilidades

conductuales necesarias para practicar sexo seguro (Hall, Hogben, Carlton, Liddon y Koumans, 2008).

Por todo ello y por la relevancia social que posee actualmente el abuso sexual en la infancia, se presenta este programa de prevención/intervención.

## **Objetivos**

El objetivo principal de este programa es favorecer que los adolescentes que sufrieron abusos sexuales en su infancia puedan llevar una vida adaptativa, mejorando su bienestar físico y psicológico, superando el trauma en la medida de lo posible y evitando riesgos posteriores, tanto para sí mismos como para las personas con las que se relacionen. Para ello, se aplicarán los constructos y enunciados de los modelos teóricos TD (Finkelhor y Browne, 1985) e IMB (Fisher y Fisher, 1992), para prevenir, en primera instancia, la revictimización sexual y la emisión de conductas sexuales de riesgo. Además, se establecen cuatro objetivos específicos:

- Instaurar en el individuo conocimientos sobre conductas de riesgo para la salud y el bienestar físico y psicológico (sexo, drogas, alcohol, redes sociales), con el propósito de dotarles de las herramientas necesarias para prevenirlas.
- Instaurar en el individuo conocimientos sobre conductas sexuales adaptativas y alentar su puesta en práctica.
- Desarrollar en el individuo habilidades de comunicación eficaz, para evitar que sigan sufriendo otras agresiones, para saber anticipar situaciones y resolver conflictos.
- Eliminar o reducir los posibles pensamientos recurrentes a la situación de abuso, miedo, culpabilidad, vergüenza e inferioridad.

## **Beneficiarios**

Este programa va dirigido a jóvenes de edades comprendidas entre los 16 y los 21 años (la literatura existente sobre el tema establece los 16 años como edad límite para que un abuso sexual sea considerado infantil, aunque siguen encontrándose en situación de riesgo ante las ITS), de ambos sexos, que hayan sufrido abusos sexuales, infringidos tanto por parte de un conocido, sea familiar o no, como por un desconocido, e independientemente de su cultura, nacionalidad, condición social y sexual. Además, se estima que otros colectivos se beneficiarán de forma indirecta. En primer lugar, los familiares y conocidos de estos sujetos, a los que se espera dotar de las herramientas

necesarias para que mejoren su relación. También se beneficiarán otros investigadores en la materia, porque a partir del estudio asociado a este programa, se aportará información sobre los mecanismos que median entre el abuso sexual en la infancia y sus consecuencias. Por último, se estima que la sociedad en general también se beneficiará de los resultados del programa; en primer lugar, porque se pretenden instaurar en los participantes las pautas para llevar a cabo conductas preventivas, lo que servirá para proteger a las personas con que se relacionen. Y, en segundo lugar, porque debido a la relevancia social del tema, todo proyecto que aporte información sobre él puede ser considerado como positivo.

## **Metodología**

### *Participantes*

En este proyecto participarán treinta adolescentes de ambos性, con edades comprendidas entre los 16 y los 21 años, seleccionados en varios centros de salud especializados en salud sexual de adolescentes. Los participantes se dividirán en tres grupos:

- Grupo experimental: formado por diez adolescentes de ambos性, con edades comprendidas entre los 16 y los 21 años, que hubieran sufrido abusos sexuales durante su infancia y a los que se les aplicaría el programa descrito en este proyecto.
- Grupo control 1: diez adolescentes de ambos性, con edades comprendidas entre los 16 y los 21 años y características sociodemográficas similares a las de los miembros del grupo experimental, que hubieran sufrido abusos sexuales durante su infancia y a los que se les aplicaría un programa sobre hábitos saludables (alimentación, consumo de alcohol y drogas, sexualidad).
- Grupo control 2: diez adolescentes de ambos性, con edades comprendidas entre los 16 y los 21 años y características sociodemográficas similares a los miembros de los dos grupos anteriores, que hubieran sufrido abusos sexuales durante su infancia y que no participarían en ningún programa de intervención.

### *Instrumentos*

Para seleccionar a los participantes se utilizarán dos cuestionarios, uno sociodemográfico, para poder caracterizar a la muestra (sexo, edad, país de nacimiento, nivel educativo, actividad laboral, número de historia clínica) y otro para identificar si

han sufrido abuso sexual en la infancia. En este caso, se evaluará de dos maneras; en primer lugar, los participantes informarán de un máximo de diez personas con las que hayan tenido contactos sexuales antes de los 16 años, e informarán de algunos datos de cada relación (edad, edad de la pareja, relación, tipo de acto sexual, duración de la relación y si hubo uso de la fuerza o la amenaza). A través de esta vía, se identificará que los participantes sufrieron abuso sexual si cumplen las condiciones de asimetría de edad que se exponen en el primer párrafo de la justificación. En segundo lugar, se les preguntará si creen que han sufrido algún tipo de abuso sexual en la infancia. Si contestaran que sí, se les harán las mismas preguntas sobre esa relación que en la primera vía descrita.

Para llevar a cabo la evaluación de la eficacia de este programa de intervención, los participantes rellenarían, en dos momentos temporales (T1 y T2, antes y después de la intervención), una batería de cuestionarios seleccionados para evaluar las variables analizadas en el estudio. Todos los instrumentos están testados en investigaciones anteriores y presentan adecuados niveles de fiabilidad y validez. En concreto, se evaluará la sexualización traumática (McCallum, Peterson y Mueller, 2012), la traición/confianza (Larzelere y Huston, 1980), la culpa (Janda y Bazemore, 2011) y las relaciones de poder en la pareja (Pulerwitz, Gortmaker y DeJong, 2000), dentro del modelo TD; y los conocimientos sobre las ITS (Espada et al., 2009), la motivación para llevar a cabo conductas sexuales seguras (Espada et al., 2013) y las habilidades conductuales, a través de la autoeficacia para el uso del preservativo (DiClemente et al., 2004) y de la asertividad sexual (Morokoff et al., 1997; Sierra, Vallejo-Medina y Santos-Iglesias, 2011), dentro del modelo IMB. Además, se evaluaría la victimización sexual después de los 16 años (Koss y Oros, 1982) y la emisión de conductas sexuales de riesgo, preguntando a los participantes si han tenido relaciones sexuales con penetración (vaginal y anal), su edad de inicio, número de parejas, uso del preservativo, consumo de alcohol y drogas, y su historial de ITS.

### *Procedimiento*

La selección de los participantes se llevaría a cabo en centros de salud especializados en aspectos sexuales de adolescentes y jóvenes, con los que se contactaría para solicitar su colaboración. Se informaría tanto a los trabajadores del centro como a los pacientes, inscribiéndose los interesados, siempre que cumplieran los criterios de inclusión generales (tener entre 16 y 21 años y ser usuarios del centro de

salud). A continuación, se seleccionarían treinta participantes que hubieran sufrido abuso sexual en la infancia, detectados tras llenar el cuestionario pertinente y de acuerdo con los profesionales que los tratan en el centro de salud, para dividirlos aleatoriamente en los tres grupos. Posteriormente, todos los participantes llenarían la batería de cuestionarios elaborada (exceptuando el sociodemográfico y el de abuso sexual), que volverían a llenar al acabar los programas de intervención aplicados.

### *Sesiones*

La estructura del programa que se propone se divide en ocho sesiones de dos horas cada una, con dos sesiones semanales, con lo que su duración sería de 16 horas repartidas en cuatro semanas. Al terminar cada sesión, se dedicaría un espacio de tiempo a extraer las conclusiones de la misma, donde los participantes expondrían las dudas, pensamientos y sentimientos que les hayan surgido. En la Tabla 1 se muestra la estructura de las sesiones, de sus temas y contenidos.

*Tabla 1. Cronograma de las sesiones.*

<i>Sesiones</i>	<i>Tema</i>	<i>Contenidos</i>
1º sesión	Presentación	-Presentación de la psicóloga -Descripción del programa -Presentación de los participantes -Actividades -Conclusiones
2º sesión	Sexualidad y Salud	-Conducta sexual segura -VIH/sida, vías de transmisión y prevención -Prejuicios y estigma del VIH/sida -Conclusiones
3º sesión	Conductas de riesgo	-Drogas y alcohol -Redes Sociales/Internet -Conclusiones
4º sesión	Aprendiendo a comunicarnos	-Tipos de comunicación -Resolución de conflictos y toma de decisiones -Hablar sobre el problema
5º sesión		-Confianza -Conclusiones
6º sesión	Aprendiendo a aceptarnos	-Autoestima -Pensamientos erróneos -Autoconcepto y figura corporal -Responsabilidad y control
7º sesión		-Mi presente y mi futuro -Conclusiones
8º sesión	Final	-Resumen Programa -Conclusiones finales -Evaluación satisfacción -Cumplimentación Batería Cuestionarios

## **Sesión 1. Presentación**

*Objetivo:* conocer el programa, su propósito; facilitar el conocimiento de los participantes entre sí y con la psicóloga; crear un clima que favorezca la participación y la comunicación, así como la cohesión del grupo. Para ello, se enunciarán las tres reglas básicas del programa: participación, respeto y confidencialidad. Los participantes se presentarán uno a uno, diciendo su nombre, edad y tres cualidades que les caractericen. Además, tendrán que escribir en una hoja qué es lo que esperan del programa y exponerlo a los compañeros y se realizará una serie de dinámicas para romper el hielo, que se presentan en el Anexo 1.

## **Sesión 2. Sexualidad y Salud**

*Objetivos:* conocer las conductas sexuales de riesgo y de protección; conocer los conceptos de VIH y sida, las vías de transmisión y las formas de prevención; conocer la existencia de prejuicios hacia las personas infectadas por el VIH.

*Conducta sexual:* la psicóloga informará sobre cuáles son las conductas sexuales de riesgo y de protección. Además, se llevará a cabo la dinámica que aparece en el Anexo 2 y se informará y practicará acerca del correcto uso del preservativo, tanto masculino como femenino.

*VIH, sida, vías de transmisión y prevención:* antes de proporcionarles la información, se llevaría a cabo una dinámica individual sobre los mitos acerca del VIH (Anexo 3). Posteriormente, la psicóloga explicaría los conceptos relevantes del tema y resolverá posibles dudas que puedan surgir.

*Prejuicios:* se realizaría la dinámica que se encuentra en el Anexo 4, con la que quedará demostrado que todos tenemos prejuicios y estigmatizamos a otras personas, sólo por su aspecto físico, sin conocer su comportamiento.

## **Sesión 3. Conductas de riesgo**

*Objetivo:* dar a conocer a los participantes los riesgos asociados al consumo de alcohol y otras drogas, así como del uso indiscriminado de las redes sociales u otras páginas de internet.

*Alcohol y drogas:* en primer lugar, se les entregaría una lista con mitos asociados a su consumo, que deben debatir y argumentar. Posteriormente, se resolverían y se les explicarían las consecuencias que puede tener el consumo abusivo de estas sustancias.

*Redes sociales/Internet:* se les explicaría qué son las redes sociales y cuáles son las más conocidas, así como los riesgos que supone una adicción a éstas. Se les preguntará si utilizan las redes sociales, durante cuánto tiempo y qué les motiva a ello.

### **Sesiones 4 y 5. Aprendiendo a comunicarnos**

*Objetivo:* que los participantes aprendan a comunicar sus inquietudes de manera asertiva; que sean capaces de resolver los conflictos que les puedan surgir, de tomar sus propias decisiones, anticiparse y valorar las consecuencias que tienen las conductas de riesgo y que esa comunicación no repercuta en su vida diaria.

*Tipos de comunicación:* se trabajarán a partir de la dinámica que se presenta en el Anexo 5, diferenciando la comunicación asertiva de la agresiva y la pasiva. También es relevante que conozcan cómo la información se pierde y se distorsiona, para lo que se llevará a cabo la dinámica presente en el Anexo 6.

*Resolución de conflictos y toma de decisiones:* se trabajará a partir de las actividades que se encuentran en los anexos 7 y 8 de este trabajo. En la segunda de esas dinámicas, los participantes deberán pensar en una situación en la que se sientan presionados a hacer algo involuntariamente, para analizar cómo la resolverían.

*Hablar sobre el problema y trabajar la confianza:* el grupo se sentará en círculo y la psicóloga explicará que deben ser ellos mismos los que aporten información sobre un problema determinado, en el momento en que les corresponda. Para que sean capaces de volver a hacerlo en el futuro, deberían contar cómo sucedió y qué sintieron al sufrir un episodio de abuso sexual. A través de esta dinámica también se trabajará la confianza, tanto en ellos mismos, al verse capaces de transmitir sus inquietudes, como en los demás, al constatar que les están escuchando y comprendiendo, por haber sufrido episodios similares. Es la fuerza del grupo de apoyo.

### **Sesiones 6 y 7. Aprendiendo a aceptarnos**

*Objetivos:* aumentar la autoestima de los participantes; aprender a identificar y sustituir los pensamientos negativos por otros positivos; fomentar una visión realista y positiva de ellos mismos; favorecer la aceptación de la figura corporal; conocer el grado de control que poseen ante un suceso negativo y aprender qué es lo que está en su mano cambiar y qué no, para ser realistas.

*Autoestima:* la psicóloga expondrá teóricamente qué es la autoestima, cuáles son sus bases, el efecto *Pygmalion* y cómo influye en la autoestima. Al terminar, se realizará una dinámica relacionada con este tema, que se puede consultar en el Anexo 9.

*Pensamientos negativos:* se realizaría la dinámica que se presenta en el Anexo 10, para enseñar a los participantes a identificar los pensamientos negativos y a sustituirlos por otros positivos.

*Autoconcepto e imagen corporal:* se realizarán las dinámicas que aparecen descritas en los Anexos 11 y 12.

*Responsabilidad y control:* se llevará a cabo una dinámica en la que, al principio, deberán anotar qué cosas les hacen sentir bien y qué cosas les hacen sentir mal. A continuación, deberían decidir cuáles de esas cosas negativas pueden cambiar, para que sean conscientes de que todo no está en su mano, mientras que otras cosas sí son susceptibles de cambio.

*Mi presente y mi futuro:* para explorar cómo se ven en la actualidad y cómo se ven en el futuro, se llevaría a cabo la dinámica recogida en el Anexo 13.

## **Sesión 8. Final**

En esta última sesión, la psicóloga realizaría un resumen con los contenidos más importantes trabajados en cada una de las sesiones del programa y preguntaría a los participantes si tienen alguna duda o sugerencia que añadir, además de aportar sus conclusiones finales del programa. Se evaluará la satisfacción del programa mediante un cuestionario en el que los participantes valorarán los contenidos mostrados, la forma de llevarlo a cabo, el grado de cumplimiento de las expectativas y posibles sugerencias de mejora (Anexo 14). Y, para terminar, cumplimentarán la batería de cuestionarios que llenaron antes de comenzar el programa, con el fin de poder valorar si éste ha sido efectivo.

## **Recursos**

*Recursos humanos:*

- Personal del centro de salud (médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, orientadores), que facilite el acceso a la muestra.
- Un psicólogo, para la implementación del programa.

*Recursos materiales:*

<u>Instalaciones/mobiliario</u>	<u>Material fungible</u>
- Aula (prestada en el centro de salud).	- Rotuladores.
- Mesas.	- Borrador.
- Sillas.	- Folios.
- Pizarra.	- Carpetas.
	- Bolígrafos.
	- Pegamento.
	- Tijeras.
	- Revistas.
	- Preservativos (femeninos y masculinos).
	- Objeto simulador de pene.
	- Espejo

## Evaluación

Se desean llevar a cabo varios tipos de evaluación, para fortalecer el programa desde diferentes ámbitos. En primer lugar, en cuanto a la procedencia de los evaluadores, se realizaría una evaluación mixta, tanto por el propio personal del programa (psicóloga, participantes, personal del centro de salud), como por personal externo, puesto que este tipo de evaluación se considera más objetiva. Además, en función del momento en que se llevara a cabo la evaluación de la implementación del programa, ésta se realizaría en tres fases:

*Antes:* evaluación del estudio, del diseño y de la planificación y metodologías seleccionadas. Para ello, se consultaría con investigadores y profesionales de reconocido prestigio en este campo de conocimiento, como la profesora Theresa E. Senn (Syracuse University), el doctor Michael Carey (Miriam Hospital Providence), el profesor Ralph J. DiClemente (Emory University), el profesor Pablo Santos Iglesias (Universidad de Zaragoza), o el doctor Juan Madrid Gutiérrez (Centro Madrid Salud Joven).

*Durante:* evaluación del desarrollo, del ambiente y del desempeño, obteniendo la opinión tanto de los participantes como de la psicóloga, en base a preguntas, cuestionarios o entrevistas realizadas durante o después de las sesiones del programa.

*Después:* evaluación de la eficacia y de la satisfacción.

La evaluación de la eficacia del programa de prevención/intervención se realizaría a través del estudio pre-post ya explicado en la metodología de este trabajo. Se entiende que, si en comparación con la evaluación T1 y con los dos grupos control, en la segunda cumplimentación de los cuestionarios (T2), el grupo experimental presenta mejores resultados en las variables evaluadas, el programa es eficaz.

Por último, la evaluación de la satisfacción, se realizaría en base a la opinión de los participantes y la psicóloga del programa a la finalización de éste, a través de un cuestionario de satisfacción, junto a una serie de preguntas abiertas sobre aspectos que se podrían mejorar (Anexo 14).

## **Resultados esperados**

En base a la bibliografía existente sobre el tema, se espera que en la primera evaluación (T1), los participantes de cada uno de los tres grupos que participan en este programa, obtuviesen resultados similares en las variables evaluadas, acordes con el hecho de haber sufrido algún episodio de abuso sexual en la infancia y en comparación con otros adolescentes que no hubieran sufrido abuso. Esto es: puntuaciones elevadas en sexualización traumática; mayor desconfianza hacia su pareja sexual; mayor sentimiento de culpa en las relaciones sexuales; menos control y poder en su relación de pareja y en la toma de decisiones; menos conocimientos sobre ITS, conductas de riesgo y métodos de prevención; baja motivación para llevar a cabo conductas preventivas; baja autoeficacia para usar el preservativo, y pocas habilidades comunicativas para trasladar la información de manera asertiva y saber resolver conflictos; una mayor probabilidad de volver a sufrir episodios de victimización sexual y una mayor emisión de conductas sexuales de riesgo.

Si, como se espera, este programa de prevención/intervención resulta eficaz, se observarían mejoras en esos resultados esperados en la segunda evaluación (T2) del grupo experimental, a la finalización del programa. Se espera un descenso en las puntuaciones de sexualización traumática, en la desconfianza hacia la pareja y en el sentimiento de culpa en las relaciones sexuales, así como en la emisión de conductas sexuales de riesgo y en la probabilidad de volver a sufrir nuevos episodios de abuso. Además, se esperaría un aumento del control sobre la toma de decisiones en la pareja, de los conocimientos sobre las ITS, de la motivación para llevar a cabo conductas sexuales seguras, así como mayor autoeficacia en el uso del preservativo y más habilidades comunicativas de negociación y resolución de conflictos con la pareja.

Igualmente, en el grupo control 1, se esperarían mejoras en las variables relacionadas con las conductas sexuales (conocimientos, motivación, habilidades conductuales), dado que realizaría un programa de intervención de hábitos saludables. En el grupo control 2 no se esperarían mejoras. No obstante, se ha de plantear la posibilidad de que en futuras aplicaciones, los participantes que forman parte de los grupos control formaran parte del grupo experimental, para no desatender sus posibles demandas y su bienestar.

## **Conclusiones**

La relevancia que posee actualmente el abuso sexual en la infancia, su influencia en el desarrollo posterior del individuo y las consecuencias que puede conllevar, en este caso en el ámbito de la sexualidad, como es una mayor vulnerabilidad ante nuevos episodios de abuso y una mayor emisión de conductas sexuales de riesgo, hacen necesaria la implementación de nuevos programas de prevención y de intervención como el que aquí se presenta, que tiene en cuenta a personas de ambos性 y en la etapa de su vida inmediatamente posterior a aquella en la que han sufrido el abuso. De esta manera, se acorta el tiempo de vulnerabilidad y de emisión de conductas de riesgo.

De la misma manera, es importante llevar a cabo programas similares destinados a personas menores de 16 años que hayan sufrido abusos sexuales y que no tengan las habilidades ni la ayuda necesaria para superar ese acontecimiento. Estos programas se podrían aplicar desde los doce años, aunque habría que tener en cuenta las dificultades relacionadas con el anonimato, la confidencialidad y la ley de protección de datos de los menores. En esos casos, sería necesario el consentimiento informado de los padres o tutores, que pueden ser las mismas personas que llevan a cabo los episodios de abuso, con lo que se incuraría en una contradicción cuyo principal perjudicado sería el menor.

Por último y en relación al programa que aquí se ha presentado, se estima que cuando se lleve a cabo y se demuestre su eficacia y viabilidad, se habrá conseguido cumplir el objetivo principal de este trabajo, que es mejorar el bienestar físico y psicológico de estas personas, ayudándoles a superar una situación muy dolorosa y mejorando sus vidas, en la medida de lo posible.

## Referencias

- Arruabarrena, M.I. y de Paúl, J. (1994). *Maltrato a los niños en familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Barnes, J.E., Noll, J.G., Putnam, F.W. y Trickett, P.K. (2009). Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 33, 412-420.
- Bensley, L.S., Van Eenwyk, J. y Simmons, K.W. (2000). Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. *American Journal of Preventive Medicine*, 18, 151–158.
- Bolger, K.E. y Patterson, C.J. (2001). Pathways from child maltreatment to internalizing problems: Perceptions of control as mediators and moderators. *Development and Psychopathology*, 13, 913–940.
- Boyer, C.B., Shafer, M., Wibbelsman, C.J., Seeberg, D., Teitle, E. y Lovell, N. (2000). Associations of sociodemographic, psychosocial, and behavioral factors with sexual risk and sexually transmitted diseases in teen clinic patients. *Journal of Adolescent Health*, 27, 102–111.
- Classen, C., Palesh, O.G. y Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6, 103-129.
- de Paúl, J. (2000, Noviembre). La Violencia Familiar. Conferencia presentada en el *Congreso de Violencia y Género*. Málaga (España).
- DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Harrington, K.F., Lang, D.L., Davies, S.L., Hook, E.W., ... Robillard, A. (2004). Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292, 171-179.
- DiLillo, D. y Long, P.J. (1999). Perceptions of couple functioning among female survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7, 59–76.
- DiLorio, C., Hartwell, T., y Hansen, N. (2002). Childhood sexual abuse and risk behaviors among men at high risk for HIV infection. *American Journal of Public Health*, 92, 214–219.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona: Ariel

- Espada, J.P., Ballester, R., Huedo-Medina, T.B., Secades-Villa, R., Orgilés, M. y Martínez-Lorca, M. (2013). Development of a new instrument to assess AIDS-related attitudes among Spanish youngsters. *Anales de Psicología*, 29, 83-89.
- Espada, J.P., Huedo-Medina, T.B., Orgilés, M., Secades, R., Ballester, R. y Remor, E. (2009). Propiedades psicométricas de la Escala de Conocimientos sobre VIH/SIDA para adolescentes (VIH-KS). *Health and Addictions*, 9, 149-164.
- Feiring, C., Coates, D.L. y Taska, L. S. (2001). Ethnic status, stigmatization, support, and symptom development following sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 1307–1329.
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York: The Free Press.
- Finkelhor, D. (1999). *Victimología infantil. Violencia contra niños*. Barcelona: Ariel.
- Finkelhor, D. (2000). *Infancia y trauma: separación, abuso, guerra*. Madrid: Brand Editorial.
- Finkelhor, D. y Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530–541.
- Fisher, J.D., y Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455–474.
- Garrido, V., Beneyto, M. y Gil, A. (1996). *Los delincuentes sexuales institucionalizados. Un estudio de los agresores de niños*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Gwandure, C. (2007). Sexual assault in childhood: Risk HIV and AIDS behaviors in adulthood. *AIDS Care*, 19, 1313–1315.
- Hall, T., Hogben, M., Carlton, A.L., Liddon, N. y Koumans, E.H. (2008). Attitudes towards using condoms and condom use: Differences between sexually abused and non abused African American female adolescents. *Behavioral Medicine*, 34, 45–52.
- Holmes, W.C., Foa, E.B. y Sammel, M.D. (2005). Men's pathways to risky sexual behavior: Role of co-occurring childhood sexual abuse, post-traumatic stress disorder, and depression histories. *Journal of Urban Health*, 82, 89–99.
- Homma, Y., Wang, N., Saewyc, E. y Kishor, N. (2012). The relationship between sexual abuse and risky sexual behavior among adolescent boys: A meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*, 51, 18-24.

- Janda, L.H. y Bazemore, S.D. (2011). The Revised Mosher Sex-Guilt Scale: its psychometric properties and a proposed ten-item version. *The Journal of Sex Research*, 48, 392-396.
- Koss, M.P. y Oros, C.J. (1982). Sexual Experiences Survey: A research instrument investigating sexual aggression and victimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 455-457.
- Lameiras, M. (2002). *Los abusos sexuales en la infancia. Abordaje psicológico y jurídico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Larzelere, R.E. y Huston, T.L. (1980). The dyadic trust scale: Toward understanding interpersonal trust in close relationships. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 595-604.
- López, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- López, F. y González, E. (2007). Abusos sexuales a menores y sexualidad infantil: una frontera por definir. *Sexología integral*, 4, 21-29.
- Matorin, A.I. y Lynn, S.J. (1998). The development of a measure of correlates of child sexual abuse: The Traumatic Sexualization Survey. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 261–280.
- McCallum, E.B., Peterson, Z.D. y Mueller, T.M. (2012). Validation of the Traumatic Sexualization Survey for use with heterosexual men. *The Journal of Sex Research*, 49, 423-433.
- Morokoff, P.J., Quina, K., Harlow, L.L., Whitmire, L., Grimley, D.M., Gibson, P.R. y Burkholder, G.J. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 790-804.
- Pereda, N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores* (Tesis doctoral). Recuperado de [http://deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42552/2/01.NPB\\_MARCO\\_TEORICO.pdf](http://deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42552/2/01.NPB_MARCO_TEORICO.pdf).
- Pereda, N., Polo, P., Grau, N., Navales, N. y Martínez, M. (2007). Víctimas de abuso sexual en la infancia. Estudio descriptivo. *Revista d'estudis de la violència*, 1, 1-8.
- Pulerwitz, J., Gortmaker, S.L. y DeJong, W. (2000). Measuring sexual relationships power in HIV/STD research. *Sex Roles*, 42, 637-660.

- Robertson, A.A., Stein, J.A. y Baird-Thomas, C. (2006). Gender differences in the prediction of condom use among incarcerated juvenile offenders: Testing the information-motivation-behavior skills (IMB) model. *Journal of Adolescent Health, 38*, 18–25.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A.I. y López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11*, 67-93.
- Santos-Iglesias, P. y Sierra, J.C. (2012). Sexual victimization among Spanish college women and risk factors for sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence, 27*, 3468-3485.
- Senn, T.E., Carey, M.P. y Coury-Doniger, P. (2012). Mediators of the relation between Chilhood Sexual Abuse and Women's Sexual Risk Behavior: A Comparison of Two Theoretical Frameworks. *Archives of Sexual Behavior, 41*, 1363-1377.
- Senn, T.E., Carey, M.P. y Venable, P. (2008). Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: Evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clinical Psychology Review, 28*, 711–735.
- Scott-Sheldon, L.A., Carey, M.P., Venable, P.A., Senn, T.E., Coury-Doniger, P. y Urban, M. (2010). Predicting condom use among STI clinic patients using the information-motivation-behavior skills (IMB) model. *Journal of Health Psychology, 15*, 1093–1102.
- Sierra, J.C., Vallejo-Medina, P. y Santos-Iglesias, P. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale. *Anales de Psicología, 27*, 17-26.
- Upchurch, D.M., y Kusunoki, Y. (2004). Associations between forced sex, sexual and protective practices, and sexually transmitted diseases among a national sample of adolescent girls. *Women's Health Issues, 14*, 75–84.
- Urra, J. (2007). *SOS... Víctima de abusos sexuales*. Madrid: Pirámide.
- Zurbriggen, E.L., y Freyd, J.J. (2004). The link between child sexual abuse and risky sexual behavior: The role of dissociative tendencies, information-processing effects, and consensual sex decision mechanisms. En J. Koenig, L.S. Doll, A. O'Leary y W. Pequegnat (Eds.), *From child sexual abuse to adult sexual risk* (pp. 3-10). Washington, DC: American Psychological Association.

## **Anexo 1**

### **Dinámica: “El fotomatón”**

Por parejas, cada uno dibuja a su compañero mientras le entrevista para presentarlo posteriormente al resto del grupo; incluye preguntas en relación a su grado de autoestima.

Advertir que es normal que los dibujos no nos favorezcan, pues casi nadie queda bien cuando se retrata en un fotomatón.

### **Dinámica: “Mis objetos identificativos”**

En una mesa del aula se distribuirá una serie de objetos y cada uno de los participantes seleccionará tres objetos con los que se identifica.

De uno en uno, comunican a los demás los objetos elegidos como identificativos y explican sus razones.

### **Dinámica: “Entrelazados”**

Se pedirá que formen parejas en el grupo; en cada una de ellas, los integrantes deberán ponerse espalda con espalda y con los brazos entrelazados. Posteriormente, se pedirá que se sienten en el suelo, deberán levantarse ayudándose sólo con las piernas y la espalda. Cuando lo vayan haciendo, se irán juntando dos parejas, después tres, y así progresivamente hasta que lo puedan hacer los diez participantes a la vez.

### **Dinámica: “El teléfono sin palabras”**

Se necesitarán dos hojas de papel donde aparezca el mismo mensaje: “En un garito de los suburbios, un viejo cantaba con un micro mientras su guapa compañera tocaba con la guitarra bellas melodías”.

Se divide a los participantes en dos grupos. Dentro de cada grupo, los participantes se colocan en fila y se le entrega al último de cada grupo el papel donde está escrito el mensaje. Está prohibido mostrar el papel a los demás. Lo leerá en silencio y lo devolverá al coordinador de la actividad. El último de cada grupo expresa gestualmente el mensaje al penúltimo, éste se lo transmite de forma no verbal al siguiente y así sucesivamente hasta llegar al primero, que lo deberá traducir a palabras.

Ganará el grupo cuya traducción se parezca más al original.

## **Anexo 2**

### **Dinámica: Saludable - No Saludable**

Se dividirá a los participantes en grupos de tres o cuatro personas, y se les repartirán tarjetas en las que aparezca una serie de afirmaciones. Ellos deberán clasificarlas como saludables o no saludables. Al finalizar, se pondrán en común y deberán razonar por qué las han clasificado de esa manera.

La clasificación correcta aparece a continuación:

#### Afirmaciones saludables:

- Disfruto mi sexualidad como chico/chica en función de lo que yo decido y no de lo que me dicen los demás.
- Voy a mi ritmo sin que me agobie nadie.
- Disfruto de mi sexualidad sin sentirme mal.
- Si tengo relaciones sexuales utilizo siempre el preservativo.
- Elijo el momento y la persona con la que quiero tener sexo.
- Consulto con mis padres o personas adultas de confianza sobre los temas que desconozco.
- Resuelvo mis dudas y contrasto lo que me cuentan.
- Me informo de los riesgos que suponen las prácticas sin protección.
- Hablo sin que me dé vergüenza sobre sexo y el preservativo con otras personas.
- Disfruto mi sexualidad de forma positiva, pero pienso en las consecuencias si estoy en una situación de riesgo.

#### Afirmaciones NO saludables:

- Vivo mi sexualidad pendiente sobre todo de agradar a los demás.
- Me siento mal o culpable por mi forma de experimentar la sexualidad.
- No me parece del todo necesario utilizar el preservativo.
- Pienso que los riesgos del sexo sin protección como embarazos o enfermedades de transmisión sexual no van conmigo.
- Me da vergüenza hablar sobre sexo.

### **Anexo 3**

#### **Dinámica: “Mitos y Hechos”**

De manera individual, se repartirán los enunciados que aparecen a continuación. Los participantes deberán decir si son mitos o son hechos. Al terminar, se hará un debate grupal, en el que se irán aclarando uno por uno todos los enunciados. Las respuestas correctas están debajo de cada enunciado, en cursiva.

Enunciados y respuestas correctas:

1. El sida es una enfermedad en la que el cuerpo no puede combatir las enfermedades.  
*HECHO. El sida debilita el sistema inmune, y por eso el cuerpo no puede defenderse de las enfermedades.*
2. El sida es causado por un virus.  
*HECHO. El virus se llama VIH.*
3. Si tú abrazas a alguien que tiene sida, puedes contagiarte con el VIH.  
*MITO. Abrazar es contacto casual; no puedes contagiarte de una ITS por tocar a alguien.*
4. Cualquiera se puede contagiar con el VIH.  
*HECHO. Cualquiera que se exponga a sangre, semen, leche materna o secreciones vaginales infectadas. El sexo sin protección y compartir agujas infectadas te pone en riesgo de contraer el VIH.*
5. El sida es curable.  
*MITO. Para el sida hay tratamiento, pero no existe una cura contra el VIH. Mientras que los tratamientos pueden ayudar a la gente con sida a vivir más tiempo, no eliminan todos los síntomas y la mayoría de las veces tienen efectos secundarios. Pero el VIH y el sida se pueden prevenir.*
6. El VIH se puede contraer si uno usa artículos personales de otra persona, como un peine o un cepillo de cabello, o sentándose en un inodoro.  
*MITO. No hay intercambio de fluidos corporales infectados y el VIH no puede vivir fuera del cuerpo.*
7. Si una mujer embarazada es VIH positiva, es posible que el VIH se le transmita al bebé antes de nacer.  
*HECHO. El virus puede pasar de la madre al bebé durante el embarazo, o a través del intercambio de sangre entre la madre y el bebé durante el parto.*
8. Si uno tiene el sida, eso le hace más propenso a contagiarse con otras enfermedades.  
*HECHO. El sistema inmune no funciona debidamente y no puede dar protección contra las enfermedades.*
9. Puedes saber con una mirada si una persona está infectada con el VIH o una ITS.  
*MITO. El VIH es un virus que afecta al sistema inmune. Este sistema está dentro del cuerpo. No se puede saber si una persona está infectada con una ITS con sólo mirarla.*

*Por eso, en muchas ocasiones, la gente que está infectada con el VIH no sabe que lo tiene. La única manera de asegurarse de que no se está infectado por el VIH es haciéndose la prueba.*

10. Los preservativos son efectivos para prevenir las infecciones de trasmisión sexual como el VIH.

*HECHO. Cuando los preservativos se usan consistente y correctamente proporcionan un 98% de protección contra el embarazo no deseado y las ITS, especialmente el VIH.*

11. Puedes aumentar el riesgo de contagiarte con el VIH si tienes sexo con muchas personas sin protegerte.

*HECHO. Tener sexo con muchas personas aumenta el riesgo de contraer una ITS, porque cada vez que tienes sexo sin protegerte, es como si tuvieras sexo con todas las parejas anteriores de tu compañero/a.*

12. El VIH se encuentra principalmente en el semen, en la sangre, en los fluidos vaginales y en la leche materna de las personas que están infectadas.

*HECHO. Estos son los únicos cuatro fluidos en los que el virus está presente en cantidades lo suficientemente altas para transmitir el virus.*

13. Si donas sangre, te arriesgas a contagiarte con el VIH.

*MITO. No hay riesgo de contraer el VIH a través de la donación de sangre (a menos que haya una mala práctica médica y se usen jeringuillas usadas e infectadas).*

14. Las mujeres lesbianas (mujeres que tienen relaciones sexuales solamente con otras mujeres) no se tienen que preocupar por infectarse por el VIH.

*MITO. Cualquiera que tenga comportamientos sexuales de riesgo tiene posibilidades de infectarse por el VIH.*

15. Una madre que está infectada con el VIH puede infectar a su bebé con la leche materna.

*HECHO. Hay suficiente cantidad del virus presente en la leche materna para pasar de la madre al hijo.*

16. Las pastillas anticonceptivas pueden prevenir que uno se infecte con el VIH.

*MITO. Si se toman correctamente, las pastillas anticonceptivas solamente evitan el embarazo.*

17. La monogamia (tener sólo una pareja) es 100% segura contra la infección del VIH.

*MITO. Ambos miembros de la pareja tienen que tener la misma definición de monogamia y ambos tienen que estar libres de infección. La única manera segura de protegerse es usar correctamente un preservativo cada vez que se tiene sexo.*

18. Si besas a alguien que tiene el VIH, te vas a contagiar con el virus.

*MITO. No hay intercambio de fluidos corporales infectados. Aunque el VIH se ha encontrado en la saliva, no se conocen casos de transmisión por este medio.*

19. Tener sexo sin protección con una persona que es VIH-positiva es una manera de contraer la infección.

*HECHO. Si alguien tiene sexo sin protección, tiene alto riesgo de contraer el virus.*

20. Puedes contagiarte con el VIH si compartes una aguja con alguien que esté infectado/a, o teniendo sexo con alguien que esté infectado/a.

*HECHO. Debido al intercambio de fluidos corporales, compartir agujas con alguien que está infectado es la manera más segura de contagiarse con el virus.*

21. Solamente los hombres homosexuales pueden infectarse con el VIH.

*MITO. El sexo anal es la práctica sexual que pone a la gente en mayor riesgo de contraer el VIH. Cualquiera que tenga sexo oral, anal, o vaginal sin protección corre el riesgo, no solamente los hombres homosexuales.*

22. Tener sexo anal aumenta el riesgo de contagiarse con el VIH.

*HECHO. El sexo anal es la práctica sexual más arriesgada. La piel alrededor del ano tiene muchos vasos capilares y es muy delgada y sensible. Durante el sexo anal, se puede romper. Estos factores contribuyen a la infección con el VIH.*

23. Tener sexo oral (tu boca en el pene, la vagina, o en el ano de tu pareja) sin protección aumenta tu riesgo de contagiarte con el VIH.

*HECHO. El virus está presente en los fluidos vaginales y en el semen; por lo tanto el sexo oral sin protección es una conducta sexual arriesgada. Mientras que la evidencia científica muestra que el riesgo de transmisión oral del VIH es bajo, el riesgo de transmitir otras bacterias e ITS de esta manera es alto.*

24. La abstinencia es la única forma de evitar por completo que te infectes con el VIH.

*HECHO. La abstinencia del sexo es la manera más segura de prevenir la transmisión de una ITS como el VIH.*

25. Sólo las personas que reciben sexo anal (el pene en el ano) corren el riesgo de contagiarse con el VIH.

*MITO. Tanto el que da como el que recibe sexo anal corren el riesgo de contraer el VIH.*

## Anexo 4

### Dinámica: “Prejuicios VIH”

Se harán cuatro grupos y se repartirá la imagen que aparece debajo. A cada grupo se le asignará una de las filas de personas que aparecen en la imagen y se les preguntará quién de ellos es el que podría tener VIH y deberán argumentarlo. Después de que se pongan de acuerdo entre los grupos, se pondrá en común al resto de compañeros.



## **Anexo 5**

### **Dinámica: “Siempre hay una forma de decir bien las cosas”**

Se repartirá una hoja con la teoría que aparece en el recuadro a cada uno de los participantes.

#### **“SIEMPRE HAY UNA FORMA DE DECIR BIEN LAS COSAS”**

En distintas situaciones se nos plantea la necesidad de usar formas correctas de comunicación que nos ayuden a resolver los conflictos de manera adecuada. Una comunicación correcta debe cumplir cuatro condiciones:

- Usar palabras y gestos adecuados
- Defender bien los propios intereses
- Tener en cuenta los argumentos y los intereses del otro
- Encontrar soluciones de compromiso razonables para ambas partes

Sin embargo, en nuestra comunicación con los demás, podemos reaccionar de tres formas:

#### **1. Podemos ser ASERTIVOS:**

- Decimos lo que pensamos y cómo nos sentimos
- No humillamos, desagradamos, manipulamos o fastidiamos a los demás
- Tenemos en cuenta los derechos de los demás
- No siempre evitamos los conflictos, pero sí el máximo número de veces
- Empleamos frases como: “Pienso que...”, “Siento...”, “Quiero...”, “Hagamos...”, “¿Cómo podemos resolver esto?”, “¿Qué piensas”, “¿Qué te parece?”,...
- Hablamos con fluidez y control, seguros, relajados, con postura recta y manos visibles, utilizamos gestos firmes sin vacilaciones, miramos a los ojos

#### **2. Podemos ser PASIVOS:**

- Dejamos que los demás violen nuestros derechos
- Evitamos la mirada del que nos habla
- Apenas se nos oye cuando hablamos
- No respetamos nuestras propias necesidades
- Nuestro objetivo es evitar conflictos a toda costa
- Empleamos frases como: “Quizá tengas razón”, “Supongo que será así”, “Bueno, realmente no es importante”, “Me pregunto si podríamos...”, “Te importaría mucho...”, “No crees que...”, “Entonces, no te moleste...”
- No expresamos eficazmente nuestros sentimientos y pensamientos

#### **3. Podemos ser AGRESIVOS:**

- Ofendemos verbalmente (humillamos, amenazamos, insultamos,...)
- Mostramos desprecio por la opinión de los demás
- Estamos groseros, rencorosos o maliciosos
- Hacemos gestos hostiles o amenazantes
- Empleamos frases como: “Esto es lo que pienso, eres estúpido por pensar de otra forma”, “Esto es lo que yo quiero, lo que tuquieres no es importante”, “Esto es lo que yo siento, tus sentimientos no cuentan”, “Harías mejor en...”, “Ándate con cuidado...”, “Debes estar bromeando...”, “Si no lo haces...”, “Deberías...”

A continuación, deberán describir individualmente una situación conflictiva en la que hayan reaccionado de manera pasiva, y otra situación en la que hayan reaccionado de manera agresiva, y responderán a las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo podrías haber reaccionado de forma asertiva en las dos situaciones anteriores?
2. Describe una situación conflictiva o una conversación difícil que hayas tenido con otra persona y en la que hayas reaccionado de forma asertiva.
3. ¿Cuál es la forma de reaccionar que cumple mejor las cuatro condiciones de una correcta comunicación?
4. ¿Cómo nos sentimos tras reaccionar de forma pasiva? ¿y agresiva? ¿y asertiva?
5. ¿Con qué forma de reaccionar se daña menos la relación interpersonal?
6. ¿Cómo te ven los demás al comportarte de forma asertiva? ¿y agresiva? ¿y pasiva?
7. ¿Qué conclusiones has sacado de todo eso?

## **Anexo 6**

### **Dinámica: “La noticia”**

Se necesitará una hoja donde esté escrita la siguiente noticia:

“Suenan tambores, huele a azufre y de las ventanas de las casas bajas de la plaza de los Santos Niños sale una intensa luz rojiza. Es la noche del martes 8, la elegida para conmemorar el recién estrenado título de ciudad Patrimonio de la Humanidad, y unos demonios muy particulares, a sueldo de la prestigiosa compañía teatral Comediants, comienzan a asomar a las ventanas y a escupir fuego. En la plaza no cabía un alma más. Se hizo de día gracias a las sales minerales de las antorchas y bengalas que portaba la legión de demonios y contra la Casa Tapón se dibujó la silueta de una gran araña que enfiló hacia la calle Mayor.

Los diablos se subieron al escenario montado junto a la Capilla del Oidor y levantaron sus copas, llenas de ¡fuego, claro está!, para brindar por el título de Patrimonio de la Humanidad que la UNESCO concedió a Alcalá el pasado 2 de diciembre.”

Cuatro voluntarios se salen de la habitación mientras se explica lo que se va a hacer al resto del grupo. Entra el primero y se le lee la noticia. Éste debe reproducírsela al segundo, lo que recuerde y así sucesivamente. El cuarto de los participantes deberá escribir la noticia resultante en la pizarra.

Posteriormente, se reflexiona en grupo sobre cómo se transmite la información, cómo se pierde, se distorsiona y se inventa. Se puntualiza que el receptor recuerda mejor lo que le llama la atención y no recuerda lo irrelevante para él, y cómo, a medida que va recibiendo el mensaje, el receptor va traduciendo lo percibido para posteriormente reconstruirlo en el recuerdo según un proceso lógico: la información que le falta se la imagina; ello explica porque se van añadiendo “cosas nuevas”.

## **Anexo 7**

### **Dinámica: “Resolviendo casos”**

El coordinador presenta esta actividad como una forma de practicar la toma de decisiones en el terreno de las relaciones sexuales. Los participantes se agrupan por parejas o tríos y el coordinador reparte una tarjeta con la descripción de un caso a cada pareja o trío. A continuación, explicará el procedimiento: cada pareja leerá su caso y tratará de aplicar el método de solución de problemas al mismo:

1. Definir el problema de forma objetiva.
2. Buscar todas las alternativas posibles ante el problema.
3. Valorar cada alternativa (consecuencias positivas y negativas, a corto y a largo plazo).
4. Elegir la alternativa mejor valorada.

Después de que las parejas hayan trabajado el caso, se expondrán las soluciones a todo el grupo.

Los casos que se trabajarán son:

#### **CASO 1**

Silvia y Juan se conocieron en una fiesta. Silvia era una chica muy simpática, alegre, graciosa y a Juan le parecía muy guapa. Juan era el chico que Silvia siempre había deseado encontrar. La noche pasó tan rápido para ellos que sin darse cuenta la fiesta iba decayendo, la gente se iba pero como ellos estaban muy a gusto juntos decidieron seguir juntos en casa de Juan, donde no había nadie. Tras varios besos, y caricias, Juan comenzó a quitarle la ropa a Silvia. Ella se apartó y le dijo a él que iba demasiado rápido. Juan insistía una y otra vez intentando convencer a Silvia de que no pasaría nada.

#### **CASO 2**

María quedó el sábado por la noche con unos amigos de clase. Tras disfrutar de una larga noche, bailar y reír con sus amigas, conoció a Andrés, que le pareció muy simpático y atractivo. Después de tomar unas copas, Andrés, invitó a María a salir a la calle y dar un paseo. Cuando se dieron cuenta, y sin pensarlo, estaban juntos en la habitación de María. María tenía preservativos y no quería mantener relaciones sexuales sin hacer uso de ellos. Se lo dice a Andrés, pero él le dice que no le gusta, y que esté tranquila que él “controla”.

#### **CASO 3**

Marina y Pablo salían juntos desde hacía tiempo. Han tenido sexo en alguna ocasión utilizando siempre preservativo. Esta vez se han dado cuenta de que no les quedan.

Pablo le propone a Marina hacerlo sin preservativo. Marina dudosa escucha a Pablo argumentarle que no pasaría nada por una sola vez. El controlaba y se retiraría a tiempo. Le decía que si es que no confiaba en él, que le hacía ilusión y que además le cortaría el rollo tener que bajar a la calle a por preservativos.

#### **CASO 4**

Lucía y Santi salen juntos desde hace unos meses. Santi había tenido relaciones sexuales con una chica hacía un tiempo. Durante una conversación con Lucía averiguó que ella había estado con otros chicos anteriormente. Santi se pregunta si ella podría tener el VIH o quizás otras enfermedades. Recuerda que ese tipo de enfermedad no se reconoce por el aspecto físico. Santi no sabe ni la manera de resolver ni qué hacer frente a esta situación.

## **Anexo 8**

### **Dinámica: “Prueba tu firmeza”**

Cada participante pensará en una situación en la que se haya sentido presionado a hacer algo que no quería hacer. Deberá reflexionar sobre cómo reaccionó y cómo podría haberlo hecho siguiendo los siguientes pasos:

1. Describe de forma detallada qué ocurrió, cómo te sentiste y qué querías hacer tú.
2. ¿Cómo reaccionaste? ¿Qué dijiste?
3. ¿Tu reacción fue pasiva, assertiva o agresiva?
4. ¿Cómo te sentiste? ¿Cómo imaginas que se sintió la otra persona?
5. ¿Lograste tu objetivo o sólo el del otro? ¿Llegasteis a un objetivo común?
6. ¿Qué otras alternativas tenías? ¿Qué consecuencias conllevaba cada alternativa?

## **Anexo 9**

### **Dinámica: “El juego de la autoestima”**

Se entrega a cada participante una hoja que representa su autoestima. El coordinador de la sesión leerá en voz alta una lista de sucesos cotidianos que pueden dañar la autoestima. Despues de cada frase, los adolescentes arrancarán un trozo más o menos grande de papel según la proporción de su autoestima que ese suceso quitaría. Se hace luego lo mismo pero, al revés, juntando los trozos a medida que la coordinadora de la sesión lee una lista de sucesos que pueden hacer recuperar la autoestima.

#### Sucesos que pueden dañar tu autoestima:

- Discutes con tu mejor amigo
- Tienes una pelea con tu novio y todavía no has hecho las paces
- Suspendes un examen
- Alguien critica algo que has hecho
- Te dicen que vistes raro
- Tu pandilla de amigos no cuenta contigo para salir de marcha
- Te ponen un mote
- Te miran raro
- Uno de tus padres te critica y te llama “inútil”
- Te sale un grano gordo en la cara
- Un amigo difunde un secreto que tú le confiaste
- Te sientes enfermo
- Se rumorea por el pueblo (barrio, colegio, instituto, universidad) que eres una chico o una chica fácil
- Rompes un objeto valioso que le gustaba a un familiar cercano
- Tu novio te pone los cuernos
- Tienes muchos trabajos/deberes
- Te insultan por la calle
- Tu equipo de fútbol pierde
- Has tomado una decisión equivocada
- Tu padre/madre te grita
- Un chico te da calabazas

#### Sucesos que pueden aumentar tu autoestima:

- Un compañero te pide consejo o ayuda para resolver un problema personal
- Te compras unos zapatos nuevos
- Un chico que te gusta te pide salir con él
- Sacas un 10 en un examen/trabajo
- Recibes una carta o una llamada de un amigo
- Te dicen que te quieren
- Te decides a pedir una cita a un amigo y te dice que sí
- Haces una nueva amistad
- Haces algo divertido
- Le cuentas a alguien cercano algo importante para ti y ves que te apoyan y comprenden
- Te hablan con educación y respeto
- Tu equipo de fútbol gana
- Te tratan como a un adulto
- Haces deporte y te sientes fuerte y sano
- Todos tus amigos te dicen que les encanta tu nuevo corte de pelo
- Tu padre/madre se disculpa por haberte gritado

Al terminar, reflexionarán sobre el juego mediante una serie de preguntas:

1. ¿Has recuperado la autoestima? ¿En qué porcentaje (toda o parte)?
2. ¿Qué fue lo que más dañó tu autoestima? ¿Por qué?
3. ¿Cómo podrías evitar que te dañara tanto?
4. ¿Qué fue lo que menos te dañó la autoestima? ¿Por qué?
5. ¿Qué fue lo que más te hizo recuperar la autoestima? ¿Por qué?
6. ¿Cómo podemos ayudar a los demás a recuperar la autoestima?

## Anexo 10

### Dinámica: “Descubriendo pensamiento erróneos”

Se repartirá a cada participante una hoja con los diez mecanismos existentes para crear pensamientos erróneos y se trabajará en grupo, añadiendo además mecanismos para poder vencerlos.

Los 10 mecanismos para crear pensamientos erróneos:

Mecanismo	Definición	Enunciados típicos
<b>Hipergeneralización.</b>	Sacar conclusiones generales incorrectas de un hecho o detalle concreto.	Todo el mundo... Siempre... Nadie...
<b>Designación global.</b>	Hacer afirmaciones simplistas que dan una visión distorsionada de uno mismo.	Soy un... Soy muy...
<b>Filtrado negativo.</b>	Ver las cosas fijándose sólo en lo negativo.	Esto está mal... y esto... y esto... y esto...
<b>Pensamiento polarizado o maniqueo</b>	Ver las cosas como enteramente buenas o enteramente malas.	Soy totalmente... Es totalmente...
<b>Autoacusación</b>	Sentirse culpable de todo, sea responsable o no de lo ocurrido	No sé cómo, pero lo tenía que haber evitado... Siempre lo estropeo todo...
<b>Personalización o autoatribución.</b>	Sentir que lo que sucede alrededor siempre está en relación con uno mismo.	Seguro que se refiere a mí... Lo ha dicho por mí...
<b>Proyección</b>	Creer que los demás ven las cosas como uno mismo.	Por qué no hacemos esto, a mi hermano le gusta... Tengo frío, ponte un jersey...
<b>Hipercontrol.</b>	Pensar que todo está bajo nuestro control.	Puedo con todo...
<b>Hipocontrol.</b>	Pensar que nada está bajo nuestro control.	No puedo hacer nada... Pasará lo que tenga que pasar...
<b>Razonamiento emocional</b>	Usar sentimientos, prejuicios, simpatías o antipatías para valorar la realidad.	No me cae bien, luego lo hace mal... Es guay, luego está bien...

Cómo vencerlos:

- Romper con el pensamiento sirviéndose de palabras o frases contundentes como: no, mentira, calla, para con esta basura, no es verdad...
- Desenmascarar el mecanismo.
- Análisis realistas que tengan en cuenta toda la realidad y sus distintos matices.
- Pensamientos positivos, viendo el lado bueno de las cosas.
- Autoafirmar nuestra propia valía y nuestras posibilidades de forma realista y optimista.

A continuación, se dividirá a los participantes en tres grupos y se les repartirá una hoja con cuatro casos a cada grupo. Deberán indicar el pensamiento erróneo al que corresponda cada caso y escribir al lado un pensamiento positivo alternativo. Después, en todo el grupo, puesta en común.

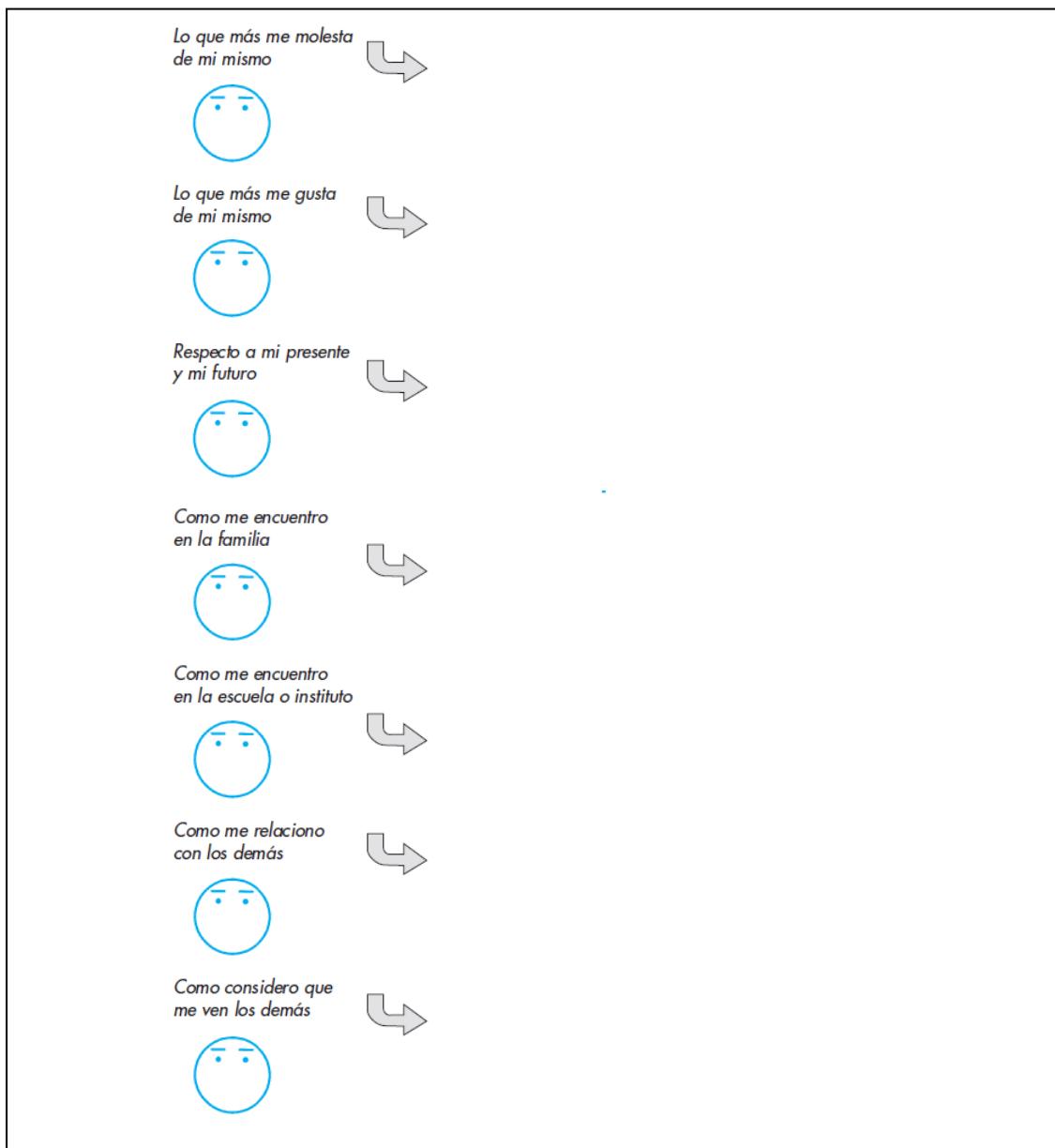
- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>He derramado sobre mi compañera Sofía un vaso de coca-cola en una fiesta. Soy un gafe. Estropeo todo lo que toco.</i></li><li>- <i>He suspendido tres asignaturas. Nunca conseguiré aprobarlas. Los profesores me tienen manía. Por más que haga no saldré del pozo.</i></li><li>- <i>Carmen no se ha callado mi secreto. No se puede confiar en nadie. Todo el mundo me engaña.</i></li><li>- <i>Las chicas no se interesan por mí. Soy tan bajo</i></li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>He pedido ayuda a un compañero de clase para un trabajo y me ha dicho que no puede. Nadie quiere saber nada de mí.</i></li><li>- <i>Los chicos mayores del barrio se meten conmigo y yo me dejo para que no me peguen. No sé hacer otra cosa. Mi padre dice que soy un "lili". Me siento mal</i></li><li>- <i>Mi nariz es enorme. Con lo fea que soy, ¿qué chico se fijará en mí? Seguro que no apruebo la evaluación.</i></li><li>- <i>Soy un desastre y no me acordaré de nada. Ya lo verás, me saldrá fatal.</i></li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Pedro se ha reído. Seguro que de mí. Soy un payaso. Todos se burlan de mí.</i></li><li>- <i>Soy guapa y los chicos me persiguen. El placer sexual me da asco. Engordaré para que no se fijen en mí. Así nunca haré "guarrerías" con los chicos.</i></li><li>- <i>Me ha salido mal un problema de "mates". No sé hacer ninguno. Todos me salen mal.</i></li><li>- <i>De un tiempo a esta parte, no paro de hacerme "pajas". Soy un pervertido.</i></li></ul>   |

## Anexo 11

### Dinámica: “El autoconcepto”

Se repartirá a cada participante la hoja que aparece en el cuadro, y cada uno de ellos deberá dibujar expresión a las caras de esa hoja y escribir en ella frases que describan cómo se ven a ellos mismos.

Al terminar, las leerán a sus compañeros, quienes intentarán descubrir posibles pensamientos erróneos, les harán ver el lado positivo y reforzarán sus cualidades.



## **Anexo 12**

### **Dinámica: “Aceptación de la figura corporal”**

Delante de un espejo, cada participante deberá observarse y autoexplorarse, y contestar a las siguientes preguntas:

- ¿Soy alto/a, bajo/a? ¿Soy gordo/a, flaco/a?
- ¿Cómo es mi cuerpo de espaldas, de perfil?
- ¿Cómo es mi pelo?
- ¿Cómo es mi cara: ojos, nariz, orejas, boca,...?
- ¿Cómo es mi cuello?
- ¿Cómo son mis hombros, mis pechos,..?
- ¿Cómo es mi abdomen?
- ¿Cómo son mis genitales: pene, testículos, clítoris, vagina,...?
- ¿Cómo son mis nalgas, mi ano?
- ¿Cómo son mis brazos, mis manos?
- ¿Cómo son mis caderas?
- ¿Cómo son mis muslos, mis piernas, mis pies?
- ¿Qué partes, al acariciarlas, he sentido placer?

Al terminar, deberán valorar del 1 al 10 el grado de aceptación de cada una de las partes de su propia figura corporal:

- Altura
- Volumen
- Cabeza
- Pelo
- Ojos
- Nariz
- Orejas
- Boca (labios y dientes)
- Cuello
- Hombros
- Pechos
- Abdomen
- Pene/Clítoris
- Testículos/Vagina
- Nalgas
- Ano
- Brazos
- Manos
- Caderas
- Muslos
- Piernas
- Pies

Cuando hayan valorado su figura corporal, se pondrá en común, los compañeros reforzarán lo positivo de los otros participantes y se harán unas reflexiones finales:

Reflexión 1:

Las personas que cuidan el cuerpo tienen una mejor imagen de sí mismas. Se sienten con más energías, más vivas, más atractivas y más saludables. Y de una mejor imagen corporal surge mayor respeto por uno mismo y una más sana autoestima. Todos los días haz cuando menos una cosa que sea buena para tu cuerpo. Camina o corre un poco, come verduras frescas o fruta, dúchate, lávate el pelo, limpia tus dientes con hilo dental y cepillo, contémplate desnudo frente al espejo y gratífícate disfrutando de ti mismo, ponte en contacto con tu propio cuerpo, explórate y acaricia tu piel, encuentra tu atractivo, relájate y libera tensiones.

Reflexión 2:

En los medios de comunicación nos intentan vender un determinado modelo de figura corporal. Al no poseer esa figura, muchas personas se angustian. No caigas en la trampa. Recuerda que los gustos de las personas son diferentes, por lo que siempre podemos encontrar a alguien que le guste nuestro cuerpo. Todos podemos ser atractivos para los demás y ser queridos.

Reflexión 3:

Recuerda que la figura corporal es importante cuando no se conoce a las personas, pero no lo es tanto cuando se convive con ellas.

Reflexión 4:

Lo importante no es la mera figura corporal, sino la gracia que se le ponga. Haz que tu cuerpo sea expresivo.

## **Anexo 13**

### **Dinámica: “Mi presente y mi futuro”**

Cada participante tendrá un folio en cuya parte superior izquierda escribirá “este soy yo”, y en la parte superior derecha “este es mi futuro”. Se trata de hacer un “collage con fotos de revistas, palabras o dibujos que simbolicen cosas de sí mismos y de su futuro. Al terminar, se reflexionará sobre qué papel juega uno mismo y el entorno en el cumplimiento de las metas.

El guión para realizar la reflexión serían las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo he reflejado mi presente en el “collage”: negativo o positivo? ¿Por qué?
2. ¿Me ha resultado fácil imaginarme cómo será mi futuro? ¿Por qué?
3. ¿Qué te puede obstaculizar para alcanzar tus metas?
4. ¿Qué papel juega uno mismo en el cumplimiento de las metas?
5. ¿Qué papel juega el entorno en el cumplimiento de las metas?

## **Anexo 14**

### **CUESTIONARIO DE VALORACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA**

Sexo: \_\_\_\_\_

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

1. ¿Cómo valorarías los contenidos abordados en el programa?

Nada adecuados Algo adecuados Bastante adecuados Muy adecuados

Justificación\_\_\_\_\_

---

2. De los contenidos trabajados ¿cuáles te han parecido más interesantes?
- 
- 

3. ¿Qué otros contenidos te gustaría haber trabajado?
- 
- 

4. ¿Cómo valorarías la metodología utilizada en el programa?

Nada adecuada Algo adecuada Bastante adecuada Muy adecuada

Justificación\_\_\_\_\_

---

5. ¿Qué te ha parecido la actuación del psicólogo?

Nada adecuada Algo adecuada Bastante adecuada Muy adecuada

Justificación\_\_\_\_\_

---

6. ¿El programa ha respondido a tus expectativas?

Nada Algo Bastante Mucho

Justificación\_\_\_\_\_

---

7. Valora del 1 al 10 el programa: \_\_\_\_\_

8. Valora tu satisfacción del 1 al 10 hacia el programa: \_\_\_\_\_

9. Escribe aquellos comentarios que te parezcan oportunos:
- 
- 
- 
-