

TRABAJO FIN DE GRADO



Universidad de Zaragoza

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Grado en Psicología

Teruel, 2014

Programa de intervención con adolescentes que han sufrido abuso sexual infantil

Alumna

Andrea Fuentes Ferrer

Directora

Dra. Teresa Isabel Jiménez Gutiérrez

Índice

• Introducción.....	1
• Justificación teórica.....	2
• Objetivos.....	7
• Beneficiarios y localización.....	8
• Metodología.....	9
a. Participantes.....	9
b. Instrumentos.....	9
c. Procedimiento-coordinación con otros recursos.....	10
d. Cronograma.....	11
e. Estructura del programa.....	13
• Recursos.....	17
• Evaluación.....	18
• Resultados esperados.....	18
• Referencias.....	20
• Anexos.....	23

Introducción

El abuso sexual infantil (en adelante ASI) no es un problema nuevo, sino una de las formas de maltrato infantil que ha acompañado al desarrollo del hombre durante toda su historia. Es el más escondido de los maltratos y del que menos se conoce, tanto en el ambiente médico legal como en el social, debido a que ha sido una de las tipologías de maltrato más tardíamente estudiada (Arenia, García y Rodríguez, 2012; Arch y Pereda, 2009). A pesar de esto, es un tema que en las últimas décadas ha cobrado importancia debido a que ha aumentado notablemente, el número de casos registrados, sin duda como consecuencia de una mayor concienciación por parte de la población y un mayor número de denuncias.

Se puede definir como una situación en la que un adulto o un niño de mayor edad obliga al contacto sexual a un niño. El abusador puede usar la fuerza física, soborno, intimidación, o aprovechar la propia inocencia y falta de conocimiento del niño (American Academy of Pediatrics, 1997). Además, el abuso sexual, junto con el abuso físico, la negligencia y el abuso psicológico, es una de las formas clínicas en que se presenta el Síndrome de Maltrato Infantil (Lagucik, Miras y Zamarbide, 2002). Este tipo de abuso se da en todas las culturas y clases sociales (Arenia et al., 2012; Pereda, 2006). Además constituye un problema universal y complejo, resultante de una interacción de factores individuales, familiares, sociales y culturales que puede en los casos más graves, llegar a desembocar en la muerte del menor (Pereda, 2009; González, 2014).

El ASI causa en el menor una serie de consecuencias psicológicas y físicas que continúan en la edad adulta. Además, y dado que su puesta en evidencia y diagnóstico no es fácil y suele pasar desapercibido durante mucho tiempo, deja marcas emocionales que cuanto más antiguas son, más difíciles de tratar (Arenia et al., 2012). Por este motivo se propone el presente programa de intervención, actuando en la adolescencia, ya que se considera una edad adecuada para que los participantes puedan exteriorizar sus experiencias de abuso sexual, así como para intervenir y poder, sino eliminar, minimizar esas consecuencias tan devastadoras que este tipo de abuso tiene. Así, el principal objetivo del programa es mejorar el bienestar de los participantes, que son 40 adolescentes comprendidos entre 16 y 19 años, de ambos性s y con la característica de haber sufrido abuso sexual en su infancia. Este programa dual propone una intervención tanto individual como grupal.

Los participantes en el programa pueden acceder a él través de dos vías: la vía directa, en la que los participantes podrán ver carteles anunciados en diferentes lugares y tendrán un número de teléfono y un email de contacto donde podrán dirigirse, o la vía indirecta, en la que a través de los servicios sociales y desde las diferentes secciones de la infancia y la adolescencia del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón se les derivarán al presente programa. Para dividir a los participantes se utiliza un diseño controlado y aleatorizado (cuasi-experimental), con un grupo experimental y un grupo control en lista de espera, con medición

pretest-postest. Una vez estén los grupos formados, se les suministrará una serie de cuestionarios que evaluarán diferentes aspectos que se van a trabajar en el programa así como un cuestionario que pretenderá evaluar la eficacia del presente programa. Dichos cuestionarios se pasarán de nuevo una vez completado el programa, por lo que se trata de una evaluación test-retest.

El programa consta de 10 sesiones, en las que se combinan las sesiones grupales con las individuales y se trabajarán aspectos de sexualidad, adicciones, problemas de relación a través de grupos, el apoyo parental con un taller impartido para los padres, problemas emocionales, sentimientos de culpa y estrategias de afrontamiento, todo ello en base a una revisión exhaustiva de la literatura científica relacionada con la problemática. Además se realizarán dos sesiones más para que los participantes cumplimenten la batería de pruebas pertinente.

Tras la aplicación completa del programa, se espera que los participantes muestren mayor autoestima, mayor conocimiento de su sexualidad y cómo experimentarla, que no se impliquen en conductas de riesgo relacionadas con las adicciones, que adopten mejores estrategias para relacionarse con iguales, ya sean amistades o pareja, que no eviten el problema, que perciban el apoyo mostrado por sus padres o tutores y que no se culpen por lo sucedido. Así, se cumplirán los diferentes objetivos planteados para este programa y se incrementará el bienestar y la calidad de vida de los participantes.

Justificación Teórica

El abuso sexual a menores puede definirse como la actividad encaminada a proporcionar placer sexual, estimulación o gratificación sexual a un adulto, que utiliza para ello a un niño, aprovechando su situación de superioridad. Además, se considera igualmente que existe abuso sexual cuando se dan circunstancias de asimetría entre víctima y agresor, ya sea: de edad, de poder, cuando el abusador tiene algún tipo de autoridad con respecto a la víctima, de conocimientos o habilidades, cuando el que abusa utiliza su astucia y habilidades de manipulación, o; de gratificación, cuando se presiona al niño de forma sutil (regalos, viajes, etc.) para que consienta el abuso (Mestre y Pérez del Río, 2013; López, Rosa y Sánchez, 2013). En el Código Penal español (artículo 181.2) identifica el abuso sexual infantil como *“aquellos actos que atenten contra la indemnidad sexual de un menor de trece años”*, y es castigado con pena de prisión de hasta 15 años (Aguilar, 2009).

El abuso sexual comprende la violación (penetración en vagina, boca o ano con el pene, dedo o con cualquier objeto sin el consentimiento de la persona), el contacto genital-oral, las caricias (tocar o acariciar los genitales de otro, incluyendo la masturbación forzada para cualquier acto sin penetración), el obligar a que el niño se involucre en contactos sexuales con animales (zoofilia), el obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas, las peticiones sexuales,

el voyerismo, el exhibicionismo (mostrar los genitales de manera inapropiada), y también incluye la explotación sexual infantil (implicar a menores en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía o promover la prostitución infantil o el tráfico sexual) (Ortiz y Redondo, 2005).

El abuso sexual siempre ha existido, ha ocurrido desde las culturas más primitivas hasta las más desarrolladas, y en cualquier status económico y sociocultural. Pero no es hasta la década de los 70 cuando se promulgan leyes que exigían la denuncia de sospecha de abuso sexual infantil (Alzate, 2009). Si bien es cierto, que por desgracia aún no es un tema que cause demasiado interés en los investigadores españoles y no se cuentan con muchos artículos científicos al respecto (Ortiz y Redondo, 2005).

No es fácil determinar la incidencia real de este problema en la población porque ocurre habitualmente en un entorno privado (la familia) y los menores pueden sentirse impotentes para revelar el abuso (Corral y Echeburúa, 2006; Sacroisky, 2002). Aún así, y en base a los estudios actuales realizados, el abuso sexual infantil es una patología muy frecuente, puesto que tiene una incidencia anual de 0,5 casos por 1000 niños, y una prevalencia durante la etapa de 0 a 18 años de uno de cada seis chicos y una de cada cuatro chicas (40,1% hombres y 58,9% mujeres) (Ortiz y Redondo, 2005), suele situarse en una franja de edad entre los 6 y los 12 años, si bien con una mayor proximidad a la pubertad (Corral y Echeburúa, 2006). A fecha de 1995, los datos de prevalencia en España oscilaban en torno al 18%, siendo en varones este porcentaje del 15% y en mujeres del 22% (Abad y Pereda, 2013; Alemán, Arias, Guillén, Lucas y Pérez, 2002; Cantón y Justicia, 2008). A fecha de 2009, se realizó un meta-análisis a nivel internacional que indica que la tasa de victimización, es decir, el porcentaje de personas que informan haber sido víctimas, oscila entre el 7,4% en varones y 19% en mujeres (Arch y Pereda, 2012; Mestre y Pérez del Río, 2013; Pieschacón, 1995). Hay un mayor número de niñas en el abuso intrafamiliar (incesto), con una edad de inicio anterior, sobre los 7-8 años, y un mayor número de niños en el abuso extrafamiliar (pederastia), con una edad de inicio posterior, sobre los 11-12 años (Corral y Echeburúa, 2006; López et al., 2012). Este abuso muchas veces no sale a la luz, debido al sometimiento del niño y a que no deja lesiones, o a que cuando acude al médico éstas han curado, o a que son difíciles de diagnosticar. Ortiz y Redondo (2005), calculan que sólo denuncian el 10% de las víctimas y Echeburúa y colaboradores (2006), señalan que tan sólo el 5% de los casos se encuentran envueltos en procesos judiciales.

Uno de los ámbitos más frecuentes donde se produce el abuso es el ámbito familiar, lo que hace su abordaje más problemático. Cuanto más cercano a la familia es el acto de abuso, más difícil resulta detectarlo (Arenia et al., 2012). En un 65% de los casos el abuso suele ser cometido por familiares (padres, hermanos mayores, etc.) y en un 85% por personas relacionadas con la víctima

(profesores, monitores, entrenadores, etc.). Son las dos situaciones más duraderas y no suelen darse conductas violentas asociadas. En otros casos los agresores son desconocidos, este tipo de abuso se limita a ocasiones aisladas, pero sin embargo, puede estar ligado a conductas violentas o a amenazas de ellas (Colmenares, Montero y Morillo, 2012; Corral y Echeburúa, 2006).

En el abuso sexual hay tres componentes importantes: víctima, abusador y proceso de abuso. En lo que a la víctima se refiere, existen una serie de factores de riesgo para sufrir abuso sexual, entre los que destacan: ser de sexo femenino ya que las niñas lo sufren más, aunque los varones lo denuncian menos; determinadas características de la familia, tales como la falta de padres protectores, los vínculos inseguros de los padres con los hijos (y viceversa), la presencia en el entorno del niños de un adulto sin parentesco biológico (padres adoptivos, cuidadores, etc.) (Ajuriaguerra, 1977; Comas, Curcoy, Luaces, Macías, Ortiz, Pou y Trenchs, 2008; Ortiz y Redondo, 2005), falta de flexibilidad familiar y, problemas de comunicación (Escalante, Gil, Schillagi y Squadrito, 2011; Pedreira, 2004). También ciertas características de la víctima, como son el aislamiento de otros niños de su edad y retramiento, ya que hacen al niño más vulnerable (aunque probablemente esto será más una consecuencia que un factor de riesgo), aquellos niños con una capacidad reducida para resistirse o revelarlo, como son los que todavía no hablan y los que muestran retrasos en el desarrollo y discapacidades físicas y psíquicas. Asimismo son también sujetos de alto riesgo los niños que se encuentran carentes de afecto en la familia, que pueden inicialmente sentirse halagados por la atención de la que son objeto, al margen de que este placer con el tiempo acabe produciendo en ellos un profundo sentimiento de culpa (Corral y Echeburúa, 2005).

Respecto a las consecuencias, el abuso sexual, supone una desestructuración de la conducta y de las emociones del menor, y, en ocasiones, una interferencia grave en su desarrollo evolutivo. Los trabajos publicados al respecto muestran la no existencia de un patrón de síntomas único y la presencia de una extensa variedad de síntomas en estas víctimas, impidiendo establecer un síndrome que defina y englobe los problemas emocionales, cognitivos y sociales que se relacionan con la experiencia de abuso sexual (Pereda, 2009). Algunos autores constatan peor salud mental general en víctimas de abuso sexual infantil, con una mayor presencia de síntomas y trastornos psiquiátricos, así como una probabilidad cuatro veces mayor de desarrollar trastornos de la personalidad en comparación con la población en general. (Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 2013; Pereda, 2010).

Los indicadores psicológicos del abuso sexual infantil o consecuencias iniciales son aquellos efectos que suelen presentarse en los dos años siguientes al abuso. Los efectos iniciales del abuso sexual infantil pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo y configurar, en la edad adulta, los llamados efectos a largo plazo del abuso sexual (Arenia et al., 2012) e incluso, como expone Pereda

(2009), algunos síntomas pueden desarrollarse exclusivamente en determinados períodos evolutivos. Los estudios indican que al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas a corto plazo. El alcance del impacto psicológico va a depender del grado de culpabilización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. En general, suelen presentar reacciones ansioso-depresivas, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos. En cuanto a los efectos a largo plazo, son menos frecuentes y más difusos que las secuelas iniciales, pero afectan al menos al 30% de las víctimas (Arch y Pereda, 2009). Los problemas más habituales son las alteraciones en la esfera sexual -disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, especialmente-, la depresión y el trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira (Corral y Echeburúa, 2006).

En general, los estudios muestran que la problemática derivada del abuso sexual infantil puede dividirse en cinco grupos (ver Tabla 1), siendo éstos:

- problemas emocionales, incluyendo los trastornos depresivos y bipolares, la ansiedad, el trastorno por estrés postraumático, las conductas autodestructivas (conductas de riesgo, ausencia de autoprotección, entre otras) (Pereda, 2010; Noll, Putnam y Shenk, 2009; Mestre y Pérez del Río, 2013) así como las conductas autolesivas (Moyer y Klonsky, 2008; Pereda, 2010), las ideas suicidas e intentos de suicidio (González, Ramírez, Ramos y Vignau, 2001) y la baja autoestima;
- problemas de relación, destacando el mayor aislamiento y ansiedad social, menor cantidad de amigos e interacciones sociales, así como bajos niveles de participación en actividades comunitarias;
- problemas de conducta y adaptación social, se observan mayores niveles de hostilidad, conductas antisociales y trastornos de conducta;
- problemas funcionales, de los que destacan dolores físicos sin razón médica que los justifique, además de trastornos de la conducta alimentaria (Pereda, 2010) y trastorno de somatización (presencia de síntomas somáticos que requieren tratamiento médico y que no pueden explicarse totalmente por la presencia de una enfermedad conocida, ni por los efectos directos de una sustancia), abuso de sustancias (Bulik, Hettema, Klender, Myers, Prescott y Silberg, 2009; Mestre y Pérez del Río, 2013; Putnam, 2003), desórdenes ginecológicos, inicio temprano de la menopausia, etc. (Pereda, 2010), además de los problemas de sueño, que afectan al 56% de los casos según Pereda, 2009 y;
- problemas sexuales, que incluyen la sexualidad desadaptativa siendo ésta la consecuencia más extendida del abuso sexual infantil y las conductas de riesgo sexual (Arenia et al.,

2012; Escalante et al., 2011; Hamild, Kemmemeier y Peterson, 2001; Noll et al., 2009; Pereda, 2010). Además, algunos estudios coinciden en que la revictimización es una de las consecuencias del abuso sexual infantil relacionadas con el área de la sexualidad que supone una mayor gravedad. Por revictimización se entiende la experiencia posterior de violencia física y/o sexual en víctimas de abuso sexual infantil por agresores distintos al causante del abuso en la infancia (Arch y Pereda, 2009; Arenia et al., 2012; Hamild et al., 2001; Pereda, 2010).

Tabla 1.

Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil

Problemas emocionales	Problemas de relación	Problemas de conducta y adaptación social	Problemas funcionales	Problemas sexuales
<ul style="list-style-type: none"> -Trastorno depresivo y bipolar -Síntomas y trastornos de ansiedad -Trastorno por estrés postraumático -Baja autoestima -Alexitimia -Trastorno límite de la personalidad -Conductas autodestructivas -Conductas suicidas 	<ul style="list-style-type: none"> -Aislamiento y ansiedad social -Dificultades en la relación de pareja -Dificultades en la crianza de los hijos 	<ul style="list-style-type: none"> -Hostilidad -Trastornos de conducta 	<ul style="list-style-type: none"> -Trastornos de la conducta alimentaria -Dolores físicos -Trastorno de conversión -Crisis convulsivas no epilépticas -Trastorno disociativo -Trastorno de somatización -Desórdenes ginecológicos -Abuso de sustancias 	<ul style="list-style-type: none"> -Sexualidad insatisfactoria y disfuncional -Conductas de riesgo sexual -Maternidad temprana -Prostitución -Revictimización

Sin embargo, se ha observado que existe una gran variabilidad respecto al ajuste psicológico de las víctimas del ASI, de forma que no todas ellas presentan problemas a largo plazo. Por ello, es fundamental determinar qué variables explican las diferencias en el ajuste de las víctimas. Dos de las variables intrapersonales más estudiadas son las estrategias de afrontamiento y las atribuciones de culpa.

Las estrategias de afrontamiento constituyen una variable intrapersonal susceptible de cambio y que han sido estudiadas por su rol en el ajuste de las víctimas tras el abuso. El término afrontamiento hace referencia al aspecto del proceso de estrés que incluye los intentos del individuo para manejar los estresores (Grau, Martínez y Salanova, 2005). El modelo predominante para clasificar las estrategias empleadas para afrontar el abuso es el de “aproximación-evitación” (Roth y Cohen, 1986). Según este modelo, los pensamientos y/o acciones se pueden dirigir hacia una amenaza (aproximación) o a alejarse de ella (evitación). La mayoría de los estudios que han examinado el efecto de diferentes estrategias han encontrado una relación entre las estrategias de afrontamiento de evitación (por ejemplo: negación, distanciamiento, aislamiento social) y un peor ajuste psicológico tras el ASI (Cantón, Cantón, Rosario y Justicia, 2011; Cantón y Justicia, 2008; Rosenthal, Rasmussen, Palm, Batten y Follette, 2005). También se ha encontrado que las estrategias de afrontamiento de evitación aumentan el riesgo de revictimización, así como de desarrollo de

trastorno de estrés postraumático. Además, el uso de la evitación se relaciona con un mayor riesgo de obtener puntuaciones más altas en depresión y más bajas en autoestima (Cantón y Justicia, 2008).

Otra variable intrapersonal que ha sido estudiada como un posible mediador entre el ASI y el ajuste psicológico han sido las atribuciones de culpa por el abuso. Desde un punto de vista teórico, la víctima puede dirigir la responsabilidad del abuso hacia sí misma, hacia el agresor o hacia otros adultos. Los resultados de los estudios indican que la autoinculpación y la inculpación a la familia se asocian a un peor ajuste psicológico, en cambio, la mayoría de los estudios no han encontrado una relación entre la inculpación al agresor y el bienestar psicológico de las víctimas (Cantón, Cantón, Rosario y Justicia, 2011; Feiring y Cleland, 2007). Además de incrementar los síntomas provocados por el ASI, las atribuciones de culpa también podrían estar asociadas a un estilo de afrontamiento de evitación. Las víctimas que piensan que son culpables de su experiencia, tienen mayores dificultades para aceptar el abuso. Aumentando así el riesgo de que utilicen estrategias como la negación o el distanciamiento para evitar los sentimientos de culpa persistentes (Cantón, Cantón, Rosario y Justicia, 2011). Uno de los modelos que lo han explicado es el Modelo Multidimensional de Kubany y Watson (2003), el cual expresa que la vivencia de un acontecimiento negativo con las particulares características que presenta el abuso sexual, provoca que gran parte de sus víctimas desarrolle sentimientos de culpa (Pereda, 2006).

Por lo expuesto anteriormente, se presenta este programa de intervención, en el que se van a trabajar diferentes aspectos. Por un lado, se desarrollarán sesiones de psicoeducación, aportando así conocimientos acerca de la sexualidad y las adicciones. Por otro lado, se abordarán aspectos emocionales como son la autoestima, el autoconcepto, las estrategias de afrontamiento o la autoinculpación (sentimiento de culpa). También se trabajarán los problemas de relación a través de la intervención grupal, ya que, son considerables las ganancias que desde la literatura se le atribuye al espacio grupal: compartir, comprender y validar sus experiencias así como disminuir los sentimientos de estigmatización ayuda al desarrollo y fortalecimiento de habilidades sociales (Rivera, 2004). Y, por último, también tiene hueco en el presente programa el apoyo parental, ya que en la mayoría de los estudios se indica que las víctimas de abuso sexual infantil perciben un menor nivel de apoyo (Corral y Echeburúa, 2006; Pereda, 2006).

Objetivos

El objetivo principal del presente programa es mejorar el bienestar de los participantes, haciendo que puedan llevar una vida adaptativa a pesar del suceso pasado, mejorando su bienestar psicológico, ayudándoles a superar el trauma tanto a ellos como a sus padres/tutores y a evitar conductas de riesgo. Además, existen una serie de objetivos específicos, como son:

- Enseñar a los participantes a afrontar los problemas, instaurando en el individuo un patrón de afrontamiento diferente al de evitación.
- Mejorar el conocimiento sobre conductas de riesgo, sobre todo las relacionadas con la sexualidad y las adicciones, ya que son las que más se presentan en este colectivo.
- Disminuir los pensamientos de autoinculpación.
- Concienciar a los padres/tutores de los participantes sobre la importancia de su apoyo tanto en el proceso como con posterioridad.
- Reducir síntomas de depresión o tristeza, así como reforzar su autoestima tratando con ello de eliminar el efecto de revictimización.
- Facilitar el desarrollo de un sentimiento de cohesión grupal, proporcionando técnicas para relacionarse de forma positiva y conseguir que sus relaciones sean satisfactorias.
- Ayudar a los participantes a detectar sus propias emociones y sentimientos, así como a exteriorizarlos.

Beneficiarios y localización

El presente programa consta de beneficiarios directos e indirectos.

En primer lugar, en cuanto a los beneficiarios directos, el programa va dirigido a jóvenes que estén empadronados en Aragón, de edades comprendidas entre los 16 y los 19 años de ambos性, que hayan sufrido abuso sexual infantil, ya sea por parte de un familiar, un conocido o un desconocido. Se considera este rango de edad ya que, para que los objetivos planteados se puedan cumplir, se requiere de una cierta madurez biopsicosocial, estimando además que es la edad apropiada debido a que se trata del periodo de tiempo en el que se comienzan a tener relaciones románticas o de pareja, y todo ello justifica la elección del mencionado rango. Además se realizará una sesión con los padres/tutores, por lo que también serán beneficiarios directos de este programa.

Como beneficiarios indirectos del programa, se consideran los conocidos y amigos de estos participantes, además de sus futuros hijos, ya que se estima que si el programa es eficaz, ayudará a mejorar el bienestar y la calidad de las relaciones interpersonales de estos adolescentes y futuros adultos. También se considera que la sociedad va a ser beneficiaria del programa, debido a que sus resultados ayudarán a un mejor conocimiento del problema y aumentará la sensibilización y empatía por los protagonistas del mismo. Y, por último, cualquier persona que sufra de ASI, ya que se pretende que este programa sea eficaz y pueda ser usado por múltiples profesionales en su día a día para intervenir en grupos de víctimas de abuso sexual infantil.

La localización del programa se sitúa en el centro cívico Distrito 14, en el barrio de La Jota,

en la ciudad de Zaragoza, comunidad autónoma de Aragón, España. El centro cívico facilitará una sala lo suficientemente grande para poder llevar a cabo el proyecto.

Metodología

Participantes

En este programa participarán cuarenta adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 16 y los 19 años, seleccionados a través de dos vías, bien por la vía directa en la que los participantes son los que a través de un teléfono/email de contacto podrán dirigirse al programa; o bien, la vía indirecta, que se da partir de los Servicios Sociales, desde las secciones de la infancia y la adolescencia del departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón, que pone a los participantes en contacto con el programa. Los participantes se dividirán en dos grupos:

- Grupo experimental: formado por veinte adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 16 y los 19 años, que hayan sufrido abusos sexuales durante su infancia y a los que se les aplica el programa descrito en este proyecto.
- Grupo control: formado por veinte adolescentes con características sociodemográficas similares a las de los participantes del grupo experimental, que hayan sufrido abusos sexuales durante su infancia y a los que se les aplica un programa común, que trata diferentes aspectos sobre hábitos saludables y eliminación de conductas de riesgo. Estos participantes pasarán a formar parte de una lista de espera. Tras la finalización del programa al grupo experimental, se impartirá el mismo programa al grupo control.

Instrumentos

En primer lugar, para seleccionar a los participantes, se aplicará un cuestionario sociodemográfico, en el que se pregunta el sexo, la edad, el país de nacimiento y el nivel educativo, de esta forma, se establecerán los grupos de forma equilibrada sin que exista interferencia en estas variables y pueda falsear los resultados de las pruebas. Además, para los participantes que vienen por la vía indirecta, es decir, que acuden por voluntad propia sin ser recomendado por los Servicios Sociales, se aplicará un cuestionario sociodemográfico en el que se pregunta el sexo, la edad, país de nacimiento, nivel educativo, edad de la pareja, relación con la víctima, tipo de acto sexual y si hubo amenaza o uso de la fuerza. Así se podrá detectar si han sufrido abuso sexual infantil y se podrá seleccionar una muestra homogénea.

En segundo lugar, se va a hacer una evaluación pretest-postest y otra evaluación a largo plazo (8 meses después) para probar la eficacia del presente programa de intervención. Para ello, los participantes cumplimentarán antes de comenzar la intervención (T1), después de completarla (T2),

y tras el trascurso de 8 meses (T3) una batería de cuestionarios relacionados que evalúan las siguientes variables: el autoconcepto (García y Musitu, 1999), la autoestima global (Rosenberg, 1965), el clima familiar (Moos y Moos, 1981), el consumo de drogas (Carballo, García, García, Herrasti, Fernandez y Secades, 2011), estilo interpersonal (Bowen, 1986), estrés percibido (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983), malestar psicológico (Kessler y Mroczek, 1994), satisfacción con la vida (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) y sintomatología depresiva (Radloff, 1977) (ver Anexo I). También cumplimentarán un cuestionario de sexualidad (Díaz, Madueño, Muñoz y Núñez, 2003) (ver Anexo II para una descripción detallada de los instrumentos).

Por último, tras finalizar el programa, se les pasará una batería de preguntas acerca de la satisfacción con éste y un espacio para que puedan poner sugerencias de mejora para próximos programas en potencial rediseño del mismo (Anexo III).

Procedimiento-coordinación con otros recursos

Como hay dos vías para que los participantes entren en este proyecto de intervención, la vía directa en la que ellos se ponen en contacto con los directores del programa y la indirecta en la que son derivados por Servicios Sociales, es muy importante realizar una adecuada difusión del proyecto. Para ello, se informará a los trabajadores de los Servicios Sociales así como a asociaciones de infancia, casas de juventud, centros de salud, centros educativos, asociaciones de vecinos, que permitirán además poner en sus instalaciones carteles informativos con la descripción de nuestro servicio así como el teléfono y el email de contacto. Durante la recepción de solicitudes, se contactará con los participantes que cumplan con las características requeridas, es decir, que tengan entre 16 y 19 años y hayan sufrido ASI. A continuación, con ayuda de los Servicios Sociales y el profesional a cargo de este programa, se seleccionarán a los 40 participantes y se les dividirá aleatoriamente en dos grupos. Una vez establecidos los grupos se aplicará la batería de cuestionarios anteriormente nombrados, que cumplimentarán de nuevo una vez finalizado el programa de intervención y a los ocho meses de su finalización.

La intervención con los adolescentes será tanto individual como grupal. En el tratamiento individual se abordarán los sentimientos de desorientación y culpa que el adolescente pueda tener, sentimientos de depresión y falta de autoestima de forma más profunda. Por otra parte, en el tratamiento grupal se pretende la reafirmación de la víctima como individuo, como parte de una familia y como miembro de un grupo de iguales (Gutiérrez, 2009). Además les ayudará a establecer pautas de relación y se contemplará como un beneficio secundario del programa, es decir, que sin ser un objetivo de este, si al finalizar el programa, tanto los adolescentes como los padres/tutores establecen un grupo de quedada donde tengan espacio para la diversión pero también para escucharse, se verá la eficacia de este programa y se considerará como un beneficio secundario.

La intervención que se propone supone dos fases, una primera fase psicoeducativa y una

fase terapéutica. La fase psicoeducativa es de gran importancia dado que proporciona a la víctima autonomía, dotando a los individuos de claves para la resolución de sus conflictos tanto sexuales como los relacionados con las drogas, reduce el sentimiento de indefensión derivado de la experiencia abusiva, facilita la percepción de una mayor sensación de control y reduce el riesgo de posibles futuras victimizaciones. En esta fase se les informará sobre la sexualidad y se incorporarán conocimientos acerca de conductas de riesgo orientadas hacia las adicciones. En cuanto a la fase terapéutica se abordarán temas emocionales, de relación, afrontamiento y la autoinculpación, de esta forma, se pretende el desahogo emocional y que los adolescentes aprendan a identificar y regular sus propias emociones.

Cronograma

A continuación se presenta el cronograma del programa. En la siguiente tabla se indican las sesiones, objetivos, actividades y su correspondiente duración así como los recursos necesarios por el profesional para llevarlo a cabo.

Tabla 2

Cronograma

Sesión	Objetivos	Actividades	Duración	Recursos
Sesión 0.1: PRE-TEST	-Que los participantes completen las baterías de preguntas	Completar las baterías de cuestionarios	90'	Anexos I y II
1ª Sesión PRESENTACIÓN	-Dar a conocer el programa -Facilitar el conocimiento de los participantes entre sí -Crear un clima cómodo, empático, favoreciendo la colaboración y la comunicación	Presentación de la psicóloga	10'	Anexo III
		Presentación del programa	15'	
		Enunciación norma básica: CONFIDENCIALIDAD	10'	
		Presentación de los participantes	20'	
		Dinámicas: “cambio de lugar”, “mi compañero y yo” y “pasa el hilo”	45'-50'	
		Conclusiones	10'	
2º Sesión EDUCATIVA: SEXUALIDAD	-Dar a conocer la sexualidad, de forma objetiva y sana -Adquirir conocimientos de conductas sexuales de riesgo y enfermedades de transmisión sexual, para poder evitarlas	Introducción de la psicóloga acerca de la sexualidad, ¿que opinan?	15'	Anexo IV
		Dinámica: “mujeres y hombres”, diferencias según sexo, de la sexualidad	20'	
		Conocimiento de prácticas saludables o no, a través de la dinámica: “saludable-no saludable”	20'	
		Conocimiento de mitos extendidos, a través de la dinámica: “mitos y datos”	15'	
		Conocimientos de las ITS, a través del ejercicio: “enfermedades de transmisión sexual”	40'	
		Conclusiones	10'	
3º Sesión EDUCATIVA:	-Conocer los riesgos asociados al consumo de alcohol y otras drogas -Conocer los efectos de las drogas	Debate a través del ejercicio, ¿qué es una droga?	20'	
		Conocimientos de mitos y datos del alcohol, a través de la dinámica: “Alcohol, ¿mito	15'	

ADICCIONES		o dato?		Anexo V
		Explicación de la psicóloga, a través del ejercicio: ¿cómo afecta el alcohol a la sexualidad?	20'	
		Ejercicio: "otras drogas"	45'	
		Conclusiones	10'	
4º y 5º Sesión EMOCIONES	<ul style="list-style-type: none"> -Aprender a identificar y expresar sus propias emociones -Mejorar la autoestima y disminuir la tristeza -Fomentar una visión positiva de ellos mismos -Reconocer sus fortalezas -Aprender relajación 	Aprender a relajarse y respirar	45'	Anexo VI
		Afrontar los pensamientos negativos a través de las dinámicas: "pensamientos negativos...¡STOP!" y "pensamientos que fastidian"	50'	
		Autoestima, a través de los ejercicios "¿qué es la autoestima?" (lluvia de ideas), "mi imagen" y "yo debería"	60'	
		Dinámicas para reforzar autoestima: "el espejo" y "la mano"	30'	Anexo VII
		Conclusiones	10'	
		Relleno formulario satisfacción	10'	
6º Sesión: COHESIÓN GRUPAL- RELACIONES	<ul style="list-style-type: none"> -Conocer los tres estilos comunicativos -Ser conscientes de como una historia puede cambiar -Realizar ejercicios que sólo se pueden resolver grupalmente 	Relajación	15'	Anexo VI
		Debate y posterior explicación de los estilos comunicativos y <i>role-playing</i> , a través del ejercicio: "estilos comunicativos"	60'	
		Dinámica: "la historia"	20'	
		Dinámica: "la meta"	15'	Anexo VIII
		Conclusiones	10'	
7º Sesión: APOYO PARENTAL	<ul style="list-style-type: none"> -Padres/tutores (no agresores) aprendan a mostrar el apoyo hacia sus hijos -Rol activo del progenitor no agresor 	Presentación de la psicóloga y de padres/tutores	10'	Anexo IX
		Explicación de los "enfoques de culpabilización y de responsabilidad"	50'	
		Espacio de desahogo grupal, dudas, aclaraciones, historias a compartir	60'	
8º Sesión: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> -Conocer el modelo aproximación-evitación -Dotar de estrategias de afrontamiento diferentes a las de evitación 	Relajación	15'	Anexo VI
		Explicación del modelo por parte de la psicóloga	30'	
		Ejercicio: plantear situaciones y alternativas de afrontamiento	30'	
		<i>Role-playing</i> con las situaciones planteadas	30'	
		Conclusiones	10'	
9º Sesión: CULPA	<ul style="list-style-type: none"> -Reducir la autoinculpación y la culpación a la familia 	Relajación	15'	Anexo VI
		Explicación psicóloga acerca de la culpa	30'	
		Símil mochila	40'	
		Conclusiones	10'	
10º Sesión: DESPEDIDA	<ul style="list-style-type: none"> -Aclaración de conceptos -Resolución de dudas 	Relajación	15'	Anexo VI
		Resolución de dudas por parte de la psicóloga	15-30'	

		Dinámicas: “características positivas”, “la historia incompleta” y “la despedida”	40'	Anexo X
Sesión 0.2: POS-TEST	-Que los participantes completen las baterías de preguntas	Realización de los cuestionarios ya cumplimentados antes de comenzar el programa así como el de satisfacción	90'	Anexos I y II

Estructura del programa

La estructura del programa que se propone se divide en diez sesiones de dos horas de media cada una, con dos sesiones semanales, por lo que su duración será de 20 horas repartidas en cinco semanas. Al terminar cada sesión, se dedicará un espacio de tiempo a extraer las conclusiones de la misma, donde los participantes expondrán las dudas, pensamientos y sentimientos que hayan surgido. Se realizarán dos sesiones más de hora y media de duración dedicadas a la cumplimentación de las baterías de pruebas (una situada al principio del programa, pretest, y otra a su finalización, posttest). Asimismo, se propone una hora de sesión individual con cada participante los tres días restantes de la semana, siendo 5 participantes al día, por lo que en 4 días, (una semana y un día), se habrá entrevistado a los 20 participantes del proyecto y se establecerán las horas si necesitan más terapia individual al finalizar la intervención grupal, para que de esta forma, los resultados no se vean sesgados.

Sesiones grupales:

Sesión 0.1. Pre-test

Se invertirá hora y media en que los participantes cumplimenten la batería de pruebas, para que la psicóloga pueda comprobar la eficacia del programa (Anexo I).

Sesión 1. Presentación

Objetivos: dar a conocer el programa, facilitar el conocimiento de los participantes entre sí y con la psicóloga que lo va a llevar a cabo; empezar a crear un clima cómodo, empático, que favorezca la colaboración y la comunicación, así como la cohesión grupal (uno de los objetivos de este proyecto).

Actividades: en esta sesión se definirá el programa y los objetivos que se pretenden. Se enunciará la norma básica: la confidencialidad. Asimismo se pedirá la colaboración a los participantes con el objetivo de que el proceso sea más enriquecedor para todos. Por último se llevará a cabo una serie de dinámicas de presentación.

Metodología: La profesional se presentará y realizará una introducción de los contenidos y los objetivos del programa a todos los integrantes del grupo. Los participantes deberán poner su nombre en un folio para que todos los compañeros y la psicóloga puedan ver como se llaman, a su

vez, la psicóloga también pondrá su nombre en grande para que todos puedan tratarla por su nombre. Por último realización de las dinámicas “Cambio de lugar”, “Mi compañero y yo” y “Pasa el hilo”, expuestas en el Anexo III.

Sesión 2. Sesión educativa: sexualidad

Objetivos: dar a conocer la sexualidad, de forma objetiva y sana, así como adquirir conocimientos de conductas sexuales de riesgo y enfermedades de transmisión sexual para, de esta forma, poder evitarlas.

Actividades: en esta sesión, se hablará acerca de la sexualidad, ¿qué es?, diferencias entre sexos, conductas saludables y no saludables, enfermedades de transmisión sexual y mitos extendidos acerca del tema.

Metodología: se abrirá la sesión con un pequeño debate acerca del significado de sexualidad. Posteriormente se realizarán las dinámicas expuestas en el Anexo IV.

Sesión 3. Sesión educativa: adicciones

Objetivos: dar a conocer a los participantes los riesgos asociados al consumo de alcohol y otras drogas. Conocer los efectos de las diferentes drogas.

Actividades: en esta sesión se definirá el significado de “droga”, así como se aclararán las consecuencias a largo plazo de las diferentes drogas existentes, se hablará del alcohol, falseando diferentes mitos y se expondrán los efectos del alcohol sobre la sexualidad.

Metodología: la sesión se abrirá con un debate “¿qué es una droga?”, completado por la explicación de la psicóloga. Posteriormente se falsearán una serie de mitos sobre el alcohol. Después, la psicóloga explicará cómo el alcohol afecta a la sexualidad, y, para finalizar la sesión, se realizará un pequeño resumen acerca de las drogas existentes así como sus efectos tanto inmediatos como a largo plazo. Todas estas actividades se llevarán a cabo con el material del Anexo V.

Sesiones 4 y 5. Emociones

Objetivos: aprender a identificar sus emociones así como a expresarlas. Mejorar su autoestima y disminuir la tristeza. Fomentar una visión positiva de ellos mismos, así como reconocer sus fortalezas. Aprender a relajarse.

Actividades: en esta sesión, la psicóloga enseñará a respirar y relajarse. Por otro lado, se aprenderán estrategias para afrontar los pensamientos negativos. Y, por último, se impartirán unas cuestiones teóricas acerca del término “autoestima” y se realizarán unas dinámicas.

Metodología: la sesión comenzará con unas explicaciones teóricas acerca de la importancia

de aprender a respirar bien y a relajarse. Posteriormente, se realizará un ejercicio de relajación, que se repetirá en las siguientes sesiones. En la sesión 4, se abordará la cuestión de los pensamientos negativos, y se realizarán dos dinámicas expuestas en el Anexo VI. La sesión 5 se orientará hacia la mejora de la autoestima, para ello, se realizará un pequeño debate acerca de su significado, tres dinámicas para terminar de comprenderla, y para cerrar la sesión, se realizarán dos dinámicas “El espejo” y “La mano” para reforzarla, todas ellas expuestas en el Anexo VII. Así como también se llenará un cuestionario acerca de la satisfacción con el programa (Anexo II).

Sesión 6. Cohesión grupal-relaciones

Objetivos: Conocer los tres estilos comunicativos. Ser conscientes de como una historia puede cambiar conforme va pasando de persona a persona. Ser capaces de resolver ejercicios de forma grupal.

Actividades: en esta sesión, se explicarán y aprenderán los tres estilos comunicativos (asertivo, pasivo y agresivo). También, serán testigos de cómo una historia determinada es capaz de tergiversarse hasta el punto de convertirse en otra. Y, también se aprenderá a resolver ejercicios de forma grupal.

Metodología: en primer lugar, se realizará el ejercicio de relajación. Después, la psicóloga y los participantes realizarán un debate acerca de los estilos comunicativos, ¿qué son?, posteriormente se explicarán y se realizará un *role-playing* con diferentes situaciones elegidas para aclarar los conceptos que puedan quedar dudosos. Después, se dará paso a la dinámica “la historia”, con ella los participantes podrán ser testigos de cómo una historia puede tergiversarse hasta parecer otra diferente. Para cerrar la sesión se realizará una dinámica grupal llamada “La meta”, en la que sólo conseguirán el triunfo si colaboran entre ellos. Todas ellas explicadas en el Anexo VIII.

Sesión 7. Apoyo parental

Esta sesión se realizará para los padres/tutores de los participantes. Acudirán tanto los progenitores de aquellos participantes en los que el abusador no sea un progenitor, como el progenitor no abusador en aquellos casos en los que el abusador sea uno de los progenitores.

Objetivos: enseñarles a mostrar el apoyo hacia sus hijos durante el presente proceso, pero también durante el resto de su vida. En los casos en los que sea uno de los progenitores el abusador, potenciar en el otro progenitor el rol de agente activo en el proceso de recuperación de su hijo.

Actividades: en esta sesión, se van a poner de manifiesto dos enfoques a posicionarse ante el suceso “el enfoque de culpabilización” y “el enfoque de responsabilidad”. Posteriormente se compartirán dudas, experiencias, situaciones...

Metodología: En primer lugar, la sesión se abre con la presentación de la psicóloga, así como de los participantes de ese día que serán los padres/tutores de los adolescentes que participan en el proyecto. Posteriormente, la psicóloga explicará “el enfoque de culpabilización” y “el enfoque de responsabilidad” (Anexo IX). Para finalizar, se colocarán las sillas en forma de círculo, y se dejará un espacio para que los padres/tutores y la psicóloga, puedan compartir sucesos, experiencias, dudas, aclaraciones, etc.

Sesión 8. Estrategias de afrontamiento

Objetivos: Conocer el modelo aproximación-evitación y dotar de estrategias de afrontamiento diferentes a las de evitación.

Actividades: en esta sesión, se explicará el modelo nombrado, así como se pondrá en práctica.

Metodología: la sesión comenzará con un ejercicio de relajación. Posteriormente, y para que los participantes sepan que es el modelo de aproximación-evitación, la psicóloga lo explicará de forma simple y se pondrán diferentes ejemplos de situaciones que se les pueden presentar a lo largo de su vida. Los participantes propondrán alternativas de afrontamiento para dichas situaciones. Para finalizar, se realizará un *role-playing*.

Sesión 9. Culpia

Objetivo: reducir la autoinculpación y la culpación a la familia (en aquellos casos en los que el agresor sea desconocido y en los progenitores no agresores cuando el agresor ha sido uno de ellos).

Actividades: aclarar conceptos acerca de la culpa, hacer ver que ni ellos ni sus familiares son culpables de lo sucedido.

Metodología: En primer lugar, se realizará el ejercicio de relajación. Posteriormente, la psicóloga explicará que a veces las cosas suceden sin que nosotros mismos seamos culpables y se pondrán diferentes ejemplos de la vida cotidiana. Cuando el concepto esté asentado y a través de un dibujo de una mochila, se realizará un símil llenando la mochila de todo con lo que los participantes vayan autoculpándose a lo largo de su vida, de esa forma se pretende que vean que no pueden cargar a lo largo de su vida con semejante peso porque los va haciendo pequeños, por lo que tienen que deshacerse de la mochila para poder seguir su camino sin ese gran peso que sólo les aporta cosas negativas.

Sesión 10. Despedida

Objetivos: aclaración de conceptos y resolución de dudas.

Actividades: en esta sesión se resolverán las dudas que hayan podido surgir a lo largo del programa, también se realizarán unas dinámicas de despedida.

Metodología: en primer lugar, se realizará el ejercicio de relajación. Posteriormente, se resolverán todas las preguntas, dudas, sugerencias que los participantes puedan tener. Para finalizar se realizarán una serie de dinámicas de despedida expuestas en el Anexo X.

Sesión 0.2. Postest

Se invertirá hora y media en que los participantes cumplimenten la batería de pruebas, para que la psicóloga pueda comprobar la eficacia del programa (Anexos I). También llenarán la encuesta de satisfacción expuesta en el anexo II.

Sesiones individuales:

En principio, tan solo se realizará una entrevista individual con cada participante. En ella se preguntará acerca de su actual vida, así como aspectos más clínicos acerca del abuso. Si la psicóloga estima que el participante necesitará más sesiones, se establecerá un plan de terapia ajustada a las necesidades de cada participante una vez finalizadas las sesiones grupales. De esta forma, no habrá participantes con cierta “ventaja” por tener más sesiones individuales y los resultados de los cuestionarios no se verán sesgados. Estas sesiones serán llevadas a cabo en despachos prestados por los Servicios Sociales del Gobierno de Aragón.

Recursos

Recursos humanos:

- Un psicólogo, para la implementación del programa.

Recursos materiales:

- Mobiliario: Aula (prestada en el centro cívico “Distrito 14”), despacho (prestado por los Servicios Sociales), mesas, sillas y pizarra.
- Material informático: Ordenador, proyector, pantalla para el proyector, fotocopiadora e impresora, USB.
- Material fungible: dos paquetes de folios, bolígrafos, bovina de lana, un espejo pequeño y una caja, folios en sucio o periódicos viejos, rotuladores, dos cartulinas grandes.

Evaluación

Se llevarán a cabo varios tipos de evaluación para de esta forma, fortalecer el programa. Las evaluaciones propuestas son:

En primer lugar, tras diseñar el presente programa, se presentará ante diferentes profesionales del abuso sexual infantil, con la intención de detectar los fallos así como añadir aspectos que durante el diseño se hayan pasado por alto sin esa intención. En concreto, el programa se presentará a Pepa Horne Goicoechea (responsable del Programa de Prevención del Abuso Sexual Infantil y de la Campaña “Educa, no Pegues”, de Save the Children), a Esperanza Casals (psicóloga del Servicio de atención a abuso sexual infantil del Grupo de Especialistas en Psicología Aplicada e Investigación, ESPAI) y a los profesores Terebel Jiménez y Ángel Castro (profesores de las áreas de Psicología Evolutiva y de la Educación y Psicología Social de la Universidad de Zaragoza).

Antes de comenzar el programa se aplicará a los participantes una batería de cuestionarios ya comentada en el apartado de *Metodología*, para evaluar el estado, los pensamientos, sentimientos, etc. de éstos en todas las áreas a tratar antes de comenzar la intervención (T1). Una vez presentado y rediseñado (si es necesario), se realizará una evaluación en la sesión 5, en la que los participantes y la psicóloga llenarán un pequeño cuestionario acerca de la satisfacción hacia el programa. Y, por último, tras la finalización del programa, en la sesión 10, se realizará la encuesta de satisfacción así como los cuestionarios que se llenaron antes del comienzo (T2). Además, pasados 8 meses tras la finalización del programa, se volverán a aplicar los cuestionarios (T3), para así evaluar los efectos a largo plazo del presente programa de intervención. En este caso, se mandará por correo postal los diferentes cuestionarios y los participantes tendrán que remitirlos a una dirección facilitada por la psicóloga. Estos datos se recogen con el objetivo de realizar una comparación entre T1, T2 y T3, se entiende que, si en comparación con la evaluación T1 y T2 y con el grupo control, en la tercera cumplimentación de los cuestionarios (T3), el grupo experimental presenta mejores resultados en las variables evaluadas, el programa es eficaz. Además, se requiere que en la evaluación T1 ambos grupos no tienen que ser distintos para, si se encuentran diferencias en T2 (efectos a corto plazo) y T3 (efectos a largo plazo), puedan ser atribuidas al tratamiento propuesto.

Resultados esperados

En base a la bibliografía existente sobre el tema, se espera que se encuentren diferencias entre los grupos en T2 (efectos a corto plazo) y T3 (efectos a largo plazo), y así poderlas atribuir al tratamiento.

Si, como se espera, este programa de intervención resulta eficaz, se observarían mejoras en los resultados esperados en la segunda evaluación (T2) del grupo experimental, a la finalización del programa. Se espera una mejor puntuación en Autoestima Global, así como una mejora de Clima Familiar, una mayor Satisfacción con la Vida, que disminuya la escala de Sintomatología Depresiva, así como que haya disminuido e incluso eliminado el Consumo de Drogas, menor Malestar Psicológico, mejor Autoconcepto, un Estilo Comunicativo más asertivo, y por último, que los participantes tengan menor sensación de Estrés que el grupo control.

También, y cumpliendo un objetivo del presente programa, se espera que los participantes, tras la finalización del programa, tengan pautas más adaptativas acerca de la forma de relacionarse, así como que hayan formado un grupo cohesionado y agradable, que sepan detectar y expresar sus emociones de forma sana. Además, tras la tercera evaluación (T3) 8 meses después de la finalización del programa, se espera que se mantengan las puntuaciones recogidas en la T2 e incluso que hayan mejorado, ya que los participantes habrán tenido tiempo para interiorizar conceptos, ponerlos en práctica y esto hará que su calidad de vida mejore notablemente. Esto significará que el programa es eficaz para mantener y mejorar las puntuaciones en el tiempo.

En cuanto a la efectividad del programa, de forma independiente a los objetivos propuestos y establecidos, se espera que tanto los padres como los hijos hayan seguido reuniéndose para compartir situaciones, experiencias, pasar ratos agradables, y de esta forma, crear un grupo de amistad, agradable, donde tengan confianza tanto para la diversión como para escucharse y reforzarse cuando ellos sientan que sea necesario. También, se espera que practiquen la relajación diariamente, ya que han podido ver las consecuencias positivas que esto conlleva.

Igualmente, en el grupo control se esperarían mejoras en las variables relacionadas con las conductas sexuales y las adicciones, ya que ha sido la materia que con este grupo se ha trabajado.

Referencias

- Abad, J. y Pereda, N. (2013). Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. *Revista Española de Medicina Legal*, 39, 19-25.
- Aguilar, M.M. (2009). Abuso sexual en la infancia. *Anales de derecho*, 27, 210-240.
- Ajuriaguerra, J. (1977). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Masson.
- Alemán, M.C., Arias, A., Guillén, E., Lucas, F. y Pérez, D. (2002). La detección de los casos de abuso sexual infantil desde los servicios sociales generales: principales dificultades y algunas sugerencias para su solución. *Alternativas. Cuadernos de trabajo social*, 10, 241-251.
- Alzate, D. (2009). Propuesta de trabajo para la prevención del maltrato y el abuso sexual infantil. *Cultura de los Cuidados*, 6, 46-56.
- American Academy of Pediatrics. (1997). *El abuso sexual infantil: Qué es y cómo prevenirlo*. Recuperado el 26 de febrero de 2014, de <http://www.aap.org>.
- Arch, M. y Pereda, N. (2009). Abuso sexual infantil: evaluación e intervención clínico-forense. FOCAD.
- Arch, M. y Pereda, N. (2012). Exploración psicológica forense del abuso sexual en la infancia: una revisión de procedimientos e instrumentos. *Papeles del Psicólogo*, 33, 36-47.
- Arenia, B., García, I. y Rodríguez, Y. (2012). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Eureka*, 9, 58-68.
- Batten, S., Folette, V., Palm, K., Rasmussen, M. y Zachary, M. (2005). Chronic avoidance helps explain the relationship between severity of childhood sexual abuse and psychological distress in adulthood. *Journal of child sexual abuse*, 14, 25-41.
- Bulik, C., Hettema, J., Kendler, K., Myers, J., Prescott, C. y Silberg, J. (2009). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. *American Medical Association*, 57, 953-959,
- Cantón, D. y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20, 509-515.
- Cantón, D., Cantón, J., Cortés, M.R. y Justicia, F. (2011). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema*, 23, 66-73.
- Cleland, C. y Feiring, C. (2007). *Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over six years following discovery*. Recuperado el 15 de abril de 2014, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2149908/>
- Cohen, L. y Roth, S. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*.

- Colmenares, Z., Montero, L. y Morillo, B. (2012). Conocimiento de los padres en la prevención del abuso sexual infantil. *Enfermería Global*, 25, 1-7.
- Comas, LL., Curcoy, A.I., Luaces, C., Macías, C., Ortiz, J., Pou, J. y Trenchs, V. (2008). Abuso sexual infantil. Características de las consultas y manejo desde el servicio de urgencias. *Emergencias*, 20, 173-178.
- Corral, P. y Echeburúa, E. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 75-82.
- Corral, P., Echeburúa, E., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de psicología*, 29, 29-37.
- Díaz, J., Madueño, R., Muñoz, J. y Núñez, D. (2003). Evaluación de la conducta sexual contraceptiva en adolescentes de la Z. B. S. de Álora. *Medicina de familia*, 4, 20-26.
- Escalante, E., Gil, M.C., Schillagi, M.C. y Squadrito S.A. (2011). Evaluación y análisis fenomenológico del relato en pericias realizadas por abuso sexual en niños/as-adolescentes. *Liberabit*, 17, 157-151.
- González, E. (2014). Abuso sexual infantil: detección y notificación de casos. FOCAD.
- González-Forteza, C., Ramírez, C., Ramos, L. y Vignau, L.E. (2001). El abuso sexual y el instinto suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24, 16-25.
- Grau, R.M., Martínez, I. y Salanova, M. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema*, 17, 390-395.
- Gutiérrez, A. (2013). *Intervención con víctimas de abuso sexual infantil*. Recuperado el 3 marzo de 2014, de <http://www.derechoycambiosocial.com>.
- Hamid, A., Kemmelmeier, M. Y Peterson, C. (2001). Child sexual abuse, peer sexual abuse, and sexual assault in adulthood: a multi-risk model of revictimization. *Journal of traumatic stress*, 14, 351-368.
- Lagucik, A., Miras, M. y Zamarbide, A. (2002). *Abuso sexual infantil*. Recuperado el 18 de febrero de 2014, de <http://www.clinicapediatrica.fcm.unc.edu.ar>.
- Lantierra, L. (2009). Inteligencia emocional infantil y juvenil. Madrid: Aguilar
- López, C., Rosa, A. y Sánchez, J. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A metanalysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 67-93.
- Madueño, C. (2008). Sexo para adolescentes. Madrid: LIBSA
- Martínez, J. y Sinclair, C. (2006). Culpa o responsabilidad: Terapia con madres de niñas y niños que han sufrido abuso sexual. *Psykhe*, 15, 25-35.

- Mestre, M. y Pérez del Río, F. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles del Psicólogo*, 34, 144-149.
- Moyer, A. y Klonsky D. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 166-170.
- Noll, J., Putnam, K. y Shenk, Ch. (2009). Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: a meta-analytic update. *Journal of pediatric psychology*, 34, 366-378.
- Ortiz, M.R. y Redondo, C. (2005). Revisión: el abuso sexual infantil. *Boletín de Pediatría*, 45, 3-16.
- Pedreira, J.L. (2004). La infancia en la familia con violencia: Factores de riesgo y contenidos psicopatológicos. Recuperado el 18 de marzo de 2014, de <http://www.psiquiatria.com>.
- Pereda, N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores* (Tesis doctoral). Recuperado el 10 de abril de 2014, de http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2533/02.NPB_INVESTIGACION_EMPIRICA.pdf?sequence=3
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30, 135-144.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31, 191-201.
- Pereda, N. (2010). Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 12, 273-285.
- Pieschacón, M. (1995). Abuso sexual infantil: una revisión de la literatura y la investigación. *Suma Psicológica*, 2, 5-21.
- Putnam, F. (2003). Ten year research update review: child sexual abuse. *American academy of child & adolescent psychiatry*, 42, 269-278.
- Rivera, C. (2004). *Intervención individual y grupal con niños y adolescentes varones abusados sexualmente por ofensores del mismo género*. Recuperado el 18 de febrero, de <http://clubensayos.com>.
- Roca, E. (2007). Como mejorar tus habilidades sociales. Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional. Valencia: ACDE
- Sacroisky. G. (2002). *Abuso Sexual Infantil*. Recuperado el 11 de marzo de 2014, de <http://www.intramed.net>.
- Vallés, A. y Vallés, C. (1998). Autoestima. Alcoy: Marfil
- Vallés, A. y Vallés, C. (2003). Refuerzo de las habilidades sociales-III. Madrid: método EOS
- Instrumentos recuperados el 20 de abril de 2014 de <http://www.uv.es/lisis/>

Anexo I

Tabla 3
Descripción de los instrumentos

Nombre	Autores	Factores	Nº ítems	Fiabilidad	Validez
Autoconcepto Forma-5 (AF-5)	García y Musitu, 1999	5: autoconcepto académico, autoconcepto social, autoconcepto emocional, autoconcepto familiar y autoconcepto físico	30	La consistencia interna global es de 0,81 (alpha de Cronbach)	Todas las dimensiones del autoconcepto correlacionan positivamente con la dimensión de apoyo de la socialización familiar, y negativamente con las dimensiones de coerción, sobreprotección y reprobación paternas
Escala de autoestima de Rosenberg (RSE; RosenbergSelf-EsteemScale)	Rosenberg, 1965	1	10	La consistencia interna está entre 0,74 y 0,88 (alpha de Cronbach), y en la adaptación española de Echeburúa, ésta se encuentra entre 0,80 y 0,87	Se confirma su validez al encontrarse correlaciones positivas con la percepción de un clima familiar cohesionado y con la satisfacción vital, y negativas con medidas de soledad, victimización y sintomatología depresiva
Escala de Clima Familiar (FES; Family Environment Scale)	Moos y Moos, 1981	3: cohesión, expresividad y conflicto	27 (Escala de Relaciones interpersonales)	La consistencia interna muestra unos datos de 0,85 en la escala de Cohesión, 0,80 para la escala de Expresividad y 0,86 para la escala de Conflicto (alpha de Cronbach)	La dimensión de Relaciones Interpersonales del Clima Familiar ha mostrado correlaciones positivas con la satisfacción con la vida y la empatía, y correlaciones negativas con la percepción de soledad, la sintomatología depresiva y la violencia. Esta dimensión correlaciona también negativamente con el consumo de alcohol, tabaco y cannabis.
Escala de consumo de drogas	Carballo, Errati, García, García, Herrasti, Fernández y Secades, 2011		8	No permite	No permite
Cuestionario de Estilo Interpersonal para Adolescentes (CEI-A)	Bowen, 1986, Adaptación: Grupo Lisis, 2013	2: asertividad y agresividad	11	La fiabilidad total es de 0,67, mientras que la fiabilidad de los factores es de 0,70 y 0,68, respectivamente (alpha de Cronbach)	El estilo agresivo correlaciona de modo positivo y significativo con la comunicación ofensiva y evitativa con el padre y con la madre, y correlaciona negativa y significativamente con la empatía. El asertivo correlaciona de modo positivo con la comunicación abierta con el padre y con la madre, así como con la empatía.
Escala de Estrés	Cohen,	1	4	Alpha de	Esta medida correlaciona

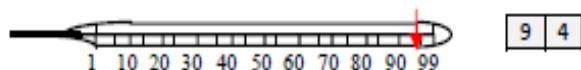
Percibido- EEP (PSS4; Perceived Stress Scale)	Kamarck y Merlmenstein, 1983			Cronbach de 0,6	positivamente con la presencia de sintomatología depresiva, conflictos familiares, problemas en la comunicación familiar y problemas de conducta en la adolescencia. Las correlaciones son negativas en el caso de la percepción de apoyo social y la existencia de una elevada autoestima
Escala de Malestar Psicológico de Kessler K10 (Kessler Psychological Distress Scale K10)	Kessler y Mroczek, 1994	1	10	Consistencia interna de 0,88 (alpha de Cronbach)	Altas correlaciones positivas con el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) y la Escala de Ansiedad de Spielberger (STAI-R)
Escala de Satisfacción con la Vida	Diener, Emmons, Larsen, Griffin, 1985	1	5	Alpha de Cronbach de 0,74	Correlaciona negativamente con medidas de soledad, estrés percibido, sintomatología depresiva, y conducta violenta entre adolescentes y positivamente con participación comunitaria, comunicación familiar, clima social familiar y autoestima social
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de Estados Unidos (CES-D; Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)	Radloff, 1977	6: ánimo deprimido, sentimientos de culpa e inutilidad, pérdida de apetito, desamparo y desesperación, problemas de sueño y problemas de concentración	7	Alpha de Cronbach de 0,81	Correlaciona positivamente con medidas de percepción de estrés y problemas de conducta y victimización en la escuela y negativamente con medidas de autoestima, satisfacción vital, apoyo familiar y comunicación familiar

*Todos los cuestionarios e información sobre sus características psicométricas han sido obtenidos de la web lisis: www.uv.es/lisis

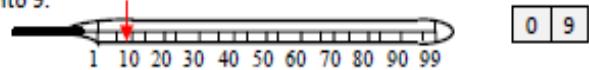
ESCALA DE AUTOCONCEPTO

A continuación encontrará una serie de frases. Lee cada una de ellas cuidadosamente y contesta según tu criterio seleccionando el lugar correspondiente del termómetro.

Por ejemplo, si una frase dice: 'La música me ayuda a estar contento' y estás muy de acuerdo, marcarás un nivel alto. En este caso la respuesta está en el nivel 94.



Por el contrario si estás muy poco de acuerdo elegirás un nivel bajo, en este caso la respuesta está en el punto 9.



No olvides que en el termómetro existen muchas opciones. Para ser más precisos, tienes en el termómetro 99 posibilidades de responder. Escoge la que más se corresponde con lo que piensas.

1. Hago bien los trabajos escolares		
2. Consigo fácilmente amigos/as		
3. Tengo miedo de algunas cosas		
4. En casa me critican mucho		
5. Me cuido físicamente		
6. Mis profesoras/es me consideran un buen estudiante		
7. Soy una persona amigable		
8. Muchas cosas me ponen nerviosa/o		
9. Me siento feliz en casa		
10. Me buscan para hacer actividades deportivas		
11. Trabajo mucho en clase		
12. Es difícil para mí hacer amigas/os		
13. Me asusto con facilidad		
14. Mi familia está decepcionada de mí		
15. Me considero elegante		
16. Mis profesoras/es me quieren		
17. Soy un chico/a alegre		
18. Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nerviosa/o		
19. Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas		
20. Me gusta cómo soy físicamente		
21. Soy un buen estudiante		
22. Me cuesta hablar con desconocidos/as		
23. Me pongo nerviosa/o cuando me pregunta el profesor/a		
24. Mis padres me dan confianza		
25. Soy buena/o haciendo deporte		
26. Mis profesoras/as me consideran inteligente y trabajador/a		
27. Tengo muchos amigos/as		
28. Soy un chico/a nervioso/a		
29. Me siento querido/a por mis padres		
30. Soy una persona atractiva		

ESCALA DE AUTOESTIMA GLOBAL

A continuación vas a encontrar una lista de frases que describen formas de ser y de sentirse.

Piensa en qué medida estas de acuerdo con estas frases y responde siguiendo la numeración del 1 al 4 que se recoge en la siguiente tabla.

Tomemos como ejemplo la frase *hago bien los trabajos escolares*, si estás “muy en desacuerdo” con esta frase marca el 1, si por el contrario estás “muy de acuerdo” marca el 4.

No existen respuestas buenas o malas, lo importante es que reflejen tu opinión personal.

Muy en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	De acuerdo 3	Muy de acuerdo 4
------------------------	--------------------	-----------------	---------------------

1. Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás-----	1	2	3	4
2. Creo que tengo numerosas cualidades positivas-----	1	2	3	4
3. En general, tiendo a pensar que soy un fracaso-----	1	2	3	4
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente-----	1	2	3	4
5. Creo que no tengo motivos para estar orgulloso/a de mí mismo/a-----	1	2	3	4
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a-----	1	2	3	4
7. En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a-----	1	2	3	4
8. Desearía sentir más respeto por mí mismo/a-----	1	2	3	4
9. A veces me siento realmente inútil-----	1	2	3	4
10. A veces pienso que no sirvo para nada-----	1	2	3	4

ESCALA DE CLIMA FAMILIAR: RELACIONES INTERPERSONALES

En esta página vas a leer algunas frases que describen situaciones que pueden ocurrir en la familia.

Piensa si estas frases describen o no a tu familia y rodea con un círculo la V (VERDADERO) si la frase refleja lo que sucede en tu familia o la F (FALSO) si la frase no refleja lo que sucede en tu familia.

Por ejemplo: *En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.*

Si crees que esto ocurre mucho en tu familia y que, por tanto, la frase es verdadera siempre o casi siempre, señala la opción V.

Si crees que esto no pasa en tu familia, marca la F.

Si es verdadera para unos miembros de la familia pero no para otros, marca la respuesta que corresponda a la mayoría.

¡Recuerda que no existen respuestas correctas e incorrectas, sino que lo importante es conocer tu opinión!

1. En mi familia nos apoyamos y ayudamos realmente unos a otros.-----	V	F
2. Los miembros de la familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos.-----	V	F
3. En nuestra familia reñimos mucho.-----	V	F
4. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos “pasando el rato”.-----	V	F
5. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.-----	V	F
6. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.-----	V	F
7. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.-----	V	F
8. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todo el mundo.-----	V	F
9. En mi familia a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo.-----	V	F
10. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.-----	V	F
11. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.-----	V	F
12. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.-----	V	F
13. Cuando hay que hacer algo en casa es raro que se ofrezca alguien como voluntario.-----	V	F
14. En casa, si a alguien se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.-----	V	F
15. Las personas de nuestra familia nos critican frecuentemente unas a otras.-----	V	F
16. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras.-----	V	F
17. En mi casa cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado-----	V	F
18. En mi familia a veces nos peleamos a golpes.-----	V	F
19. En mi familia hay poco espíritu de grupo.-----	V	F
20. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.-----	V	F
21. Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz-----	V	F
22. Realmente en mi familia nos llevamos bien unos con otros.-----	V	F
23. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.-----	V	F
24. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.-----	V	F
25. En mi familia se presta mucha atención y tiempo a cada uno de nosotros.-----	V	F
26. En mi familia expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.-----	V	F
27. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.-----	V	F

ESCALA CONSUMO DROGAS

1. Dime si has consumido alguna vez en tu vida alguna de estas sustancias (Señala con una X tu respuesta e indica el número de veces aproximado, si son más de 20 escribe más de 20, si son cero escribe lo también):

	SI	NO	EDAD INICIO	Nº VECES
a) Alcohol				
b) Tabaco				
c) Cannabis (hachís y/o marihuana)				
d) Cocaína				
e) Alucinógenos (éxtasis, LSD, tripis, setas, drogas de síntesis,...)				
f) Hipnosedantes (tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir,...)				

2. Dime si has consumido en el último mes alguna de estas sustancias (Señala con una X tu respuesta e indica el número de días, si son cero escribe lo también):

	SI	NO	Nº DÍAS
a) Alcohol			
b) Tabaco			
c) Cannabis (hachís y/o marihuana)			
d) Cocaína			
e) Alucinógenos (éxtasis, LSD, tripis, setas, drogas de síntesis,...)			
f) Hipnosedantes (tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir,...)			

3. Dime si has consumido en la última semana alguna de estas sustancias (Señala con una X tu respuesta e indica el número de días, si son cero escribe lo también):

	SI	NO	Nº DÍAS
a) Alcohol			
b) Tabaco			
c) Cannabis (hachís y/o marihuana)			
d) Cocaína			
e) Alucinógenos (éxtasis, LSD, tripis, setas, drogas de síntesis,...)			
f) Hipnosedantes (tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir,...)			

4. Dime si has consumido en las últimas 12 horas alguna de estas sustancias (Señala con una X tu respuesta):

	SI	NO
a) Alcohol		
b) Tabaco		
c) Cannabis (hachís y/o marihuana)		
d) Cocaína		
e) Alucinógenos (éxtasis, LSD, tripis, setas, drogas de síntesis,...)		
f) Hipnosedantes (tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir,...)		

5. En el caso de consumir tabaco de forma habitual, dime cuántos cigarrillos de media fumas al día: _____ cigarrillos.

6. Dime con qué frecuencia has consumido en el último año las siguientes sustancias (señala con una X la casilla correspondiente):

	Nunca	1 por mes	1 por semana	2 a 4 por semana	Diariamente
a) Alcohol					
b) Tabaco					
c) Cannabis (hachís y/o marihuana)					
d) Cocaína					
e) Alucinógenos (éxtasis, LSD, tripis, setas, drogas de síntesis,...)					
f) Hipnosedantes (tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir,...)					

7. En el caso de haber consumido alcohol en los últimos 30 días, indica de promedio la cantidad de consumiciones que has realizado siguiendo la siguiente tabla:

	En Días laborables (De lunes a jueves)	En Fin de semana (De Viernes a Domingo)
a) N° Vasos de vino o mezcla con otras bebidas		
b) N° de cañas y cervezas		
c) N° de copas (combinados, cubatas)		
d) N° de copas de licores sin mezclar		

8. Por último, dime cuántos días has notado los efectos del alcohol o te has emborrachado en:

	Número de Días
a) Último año	
b) Último mes	
c) Última semana	

CUESTIONARIO DE ESTILO INTERPERSONAL

Para cada una de las afirmaciones que se hacen a continuación, decide cuáles de las respuestas siguientes se aplican mejor a ti en tus relaciones con los compañeros de clase. Por favor, indica el grado en que estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las frases, haciendo una cruz (X) en la casilla que corresponda.

	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
1. Si la gente es maleducada, yo contesto también con malos modales.				
2. Otras personas encuentran interesantes mis opiniones y lo que hago.				
3. No me importa burlarme de alguien o ser irónico si me ayuda a alcanzar mis objetivos.				
4. Pido explicaciones cuando creo que de verdad las merezco.				
5. Encuentro una forma de atacar a alguien que me haga una crítica.				
6. Puedo expresar con orgullo lo que consigo sin ser un creido o una creída.				
7. Le digo a la gente lo que quiere oír si me ayuda a conseguir lo que quiero.				
8. Me resulta fácil pedir ayuda.				
9. Puedo expresar mis sentimientos a alguien que de verdad me importa.				
10. Cuando me enfado con otras personas, lo que hago es perder el control más que expresar lo que siento.				
11. Confío en mi capacidad para reclamar mis derechos.				

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

En la siguiente tabla vas a encontrar preguntas sobre **tus pensamientos durante EL ÚLTIMO MES**. Responde por favor rodeando con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a tus pensamientos. Por ejemplo, si en el último mes te has sentido muchas veces confiado para solucionar tus problemas, rodea el 3 en la pregunta 3. Lo

Lo más adecuado es responder sin pensar demasiado, teniendo en cuenta los siguientes cuatro números que aparecen en la tabla.

Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4

1. He sentido que era incapaz de controlar las cosas más importantes de mi vida	1	2	3	4
2. Me he sentido confiado en mi capacidad para solucionar problemas personales	1	2	3	4
3. He sentido que las cosas seguían su ritmo	1	2	3	4
4. He sentido que las dificultades se amontonaban sin poder solucionarlas	1	2	3	4

ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER (K10)

Adaptación al castellano Grupo Lisis 2011 (UANL)

Las siguientes preguntas describen formas en que la gente actúa o se siente. Marca la opción que mejor se aadecue a tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes (Por favor, marca una respuesta para cada inciso, si estás inseguro haz tu mejor estimación).

En el último mes	Nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Muchas Veces 4	Siempre 5
1. ¿Con qué frecuencia te has sentido cansado, sin alguna buena razón?					
2. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso?					
3. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan nervioso que nada te podía calmar?					
4. ¿Con qué frecuencia te has sentido desesperado?					
5. ¿Con qué frecuencia te has sentido inquieto o intranquilo?					
6. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan impaciente que no has podido mantenerte quieto?					
7. ¿Con qué frecuencia te has sentido deprimido?					
8. ¿Con qué frecuencia has sentido que todo lo que haces representa un gran esfuerzo?					
9. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan triste que nada podía animarte?					
10. ¿Con qué frecuencia te has sentido un inútil?					

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA

Aquí tienes una serie de frases que reflejan ideas sobre la vida. Ahora se trata de que nos digas en qué medida estás de acuerdo o no con estas ideas.

Por ejemplo: *Mi vida es en la mayoría de los aspectos como me gustaría que fuera.*

Si estás “Muy en desacuerdo” con esta frase marca el 1. Si estás “Muy de acuerdo” marca el 4.

¡Recuerda!:

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	3	4

1. Mi vida es en la mayoría de los aspectos como me gustaría que fuera.....	1	2	3	4
2. Hasta ahora, todo lo que me gustaría tener en mi vida ya lo tengo.	1	2	3	4
3. No estoy contento/a con mi vida.	1	2	3	4
4. Si pudiera vivir mi vida otra vez, me gustaría que fuera como ha sido hasta ahora--	1	2	3	4
5. No me gusta todo lo que rodea a mi vida.....	1	2	3	4

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

En la siguiente tabla vas a encontrar preguntas sobre tus pensamientos durante **EL ÚLTIMO MES**. Responde por favor rodeando con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a tus pensamientos. Por ejemplo, si en el último mes te has sentido muchas veces deprimido, rodea el 3 en la pregunta 3. Lo más adecuado es responder sin pensar demasiado, teniendo en cuenta los siguientes cuatro números que aparecen en la tabla.

Nunca 1	Pocas veces 2	Muchas veces 3	Siempre 4
------------	------------------	-------------------	--------------

1. Sentía como si no pudiera quitarme de encima la tristeza, ni siquiera con la ayuda de mi familia o amigos-----	1	2	3	4
2. Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo-----	1	2	3	4
3. Me sentí deprimido-----	1	2	3	4
4. Me parecía que todo lo que hacía era una esfuerzo-----	1	2	3	4
5. No dormí bien-----	1	2	3	4
6. Disfruté de la vida-----	1	2	3	4
7. Me sentí triste-----	1	2	3	4

CUESTIONARIO SOBRE SEXUALIDAD JUVENIL

Este cuestionario que se os presenta es anónimo, nadie puede saber quién es la persona que lo rellena de modo que la confidencialidad está garantizada.

Solamente tenéis que contestar poniendo una (X) en la contestación que más se aproxime a vuestra experiencia personal.

- ¿Cuál es tu sexo? Hombre Mujer
 - ¿Qué edad tienes?
-
- En tus relaciones con personas del otro sexo, ¿a qué grado de intimidad sexual habéis llegado como máximo?
 - No he tenido ningún tipo de contacto
 - He hecho manitas, algún beso sin llegar a más
 - Caricias íntimas sin llegar a la penetración
 - He llegado al coito completo
 - Si has llegado al coito completo, ¿con qué frecuencia lo has practicado?
 - No he llegado al coito completo
 - Lo he hecho 1 ó 2 veces al año
 - Lo he hecho 1 ó 2 veces al mes
 - Lo he hecho 1 ó 2 veces a la semana
 - Lo he hecho más de 2 veces a la semana
 - Si has llegado al coito completo, ¿ha existido estabilidad con tu pareja?
 - No he llegado al coito completo
 - Lo he realizado siempre con la misma pareja
 - He cambiado una vez de pareja
 - He cambiado más de una vez de pareja
 - Si has llegado al coito completo, ¿a qué edad tuviste tu primera experiencia?
 - No he llegado al coito completo
 - Antes de los 13 años
 - A los 13-14 años
 - A los 15-16 años
 - A los 17-18 años
 - Después de los 18 años
 - Si has llegado al coito completo, ¿has utilizado algún método anticonceptivo?
 - No he llegado al coito completo
 - Nunca he utilizado métodos anticonceptivos
 - He utilizado métodos anticonceptivos alguna vez, pero no todas
 - He utilizado métodos anticonceptivos siempre

- En el caso de que hayas utilizado métodos anticonceptivos, indica qué método utilizas generalmente

-No los he utilizado nunca
-Marcha atrás
-Método Ogino
-Preservativo
-Pastillas anticonceptivas
-DIU
-Otros: _____

- Respecto a los métodos anticonceptivos responde lo que consideres verdadero o falso:

-La marcha atrás es un método anticonceptivo bastante seguro V F
-Si se lava con cuidado, podemos utilizar el preservativo varias veces V F
-Para utilizar pastillas anticonceptivas, es conveniente ser revisada por el médico V F
-Tener relaciones sexuales completas durante la regla es un método seguro para evitar el embarazo V F
-Las pastillas anticonceptivas son eficaces si se toman antes de cada relación V F
-Tomar pastillas anticonceptivas protege de contraer enfermedades de transmisión sexual (SIDA, gonorrea...) V F
-El preservativo protege de las enfermedades de transmisión sexual V F

Anexo II

Cuestionario de satisfacción del programa

Sexo: _____

Edad: _____

Anexo III

Dinámica: “Cambio de lugar”

Se construye un círculo con sillas sentándose cada participante en una, excepto uno que se coloca en el centro. No puede quedar ninguna silla vacía. La dinámica consiste en ir dando indicaciones para que los participantes vayan cambiando de lugar en función de diferentes características o experiencias. Quien se encuentra en el centro debe conseguir sentarse en una silla lo más rápido que pueda. La idea es no quedarse en el centro. Se da una consigna sencilla a modo de prueba para verificar que todos/as lo entiendan: “Se cambian de lugar quienes tengan hermanos”. Se motiva a cambiar de lugar corriendo y atravesando el círculo. La persona que queda dentro, lanza la siguiente consigna, no obstante se tendrá una lista para ayudarles:

- Se cambian de lugar quienes tienen pareja
- Se cambian de lugar quienes hacen nuevas amistades por internet
- Se cambian de lugar quienes les gusta bailar
- Se cambian de lugar quienes estén enamorados
- Se cambian de lugar quienes piensen que las mujeres tienen menos necesidades sexuales
- Se cambian de lugar quienes mantienen relaciones sexuales
- ...

Al terminar el juego se les pregunta ¿cómo os habéis sentido? ¿cuál ha sido la consigna que más personas ha movido?

Dinámica: “Mi compañero y yo”

Se distribuirá al grupo en parejas, de forma que ambos hablarán sobre sus características personales, se definirán y darán datos que a ellos les parezcan relevantes para su presentación. Posteriormente, por parejas, un compañero presentará al otro y viceversa frente a los demás.

Dinámica: “Pasa el hilo”

Sentados en un círculo, se cogerá una bovina de lana que sujetará la psicóloga por un extremo, y dirá su nombre, de donde viene y la comida y actividad que más le guste. Luego lanzará la bovina a otro participante que tendrá que repetir la secuencia, y así hasta que todos la realicen.

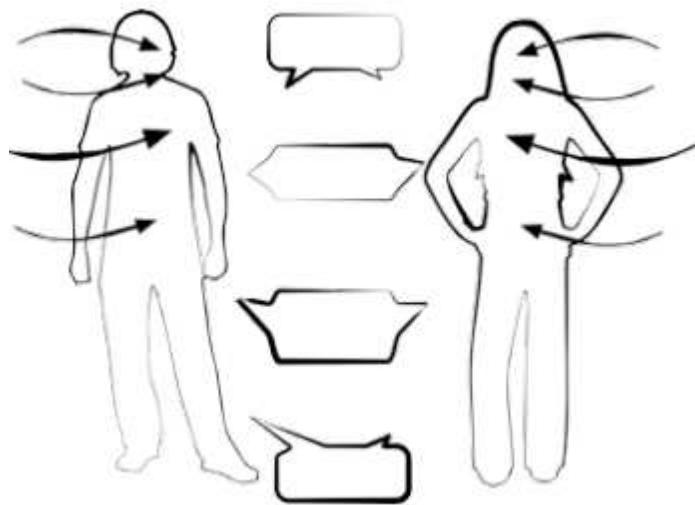
Anexo IV

Dinámica: “Mujeres y hombres”

Se divide al grupo en 4 subgrupos y se les proporciona una hoja grande con una silueta de un hombre y una silueta de una mujer dibujadas. Se les dice que tienen que escribir:

- en la cabeza: lo que piensan los hombres y lo que piensan las mujeres acerca de la sexualidad
- en la boca: lo que dicen hombres y mujeres acerca de la sexualidad
- en el corazón: que sienten hombres y mujeres acerca de esta vivencia
- en las manos: que actividades realizan hombres y mujeres vinculadas con la sexualidad
- en los pies: que errores comenten hombres y mujeres en el ejercicio de la sexualidad

Posteriormente se pone en grupo los resultados de cada subgrupo y se crea debate acerca de las ideas, conceptos que actualmente se tienen acerca de la sexualidad en hombres y en mujeres



Dinámica: “Saludable-no saludable”

Se dividirán 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 razones por qué las han clasificado de esa manera.

La clasificación correcta aparece a continuación:

Afirmaciones saludables:

- Disfruto mi sexualidad como chico/a en función de lo que yo decido

- 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 en 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 mi sexualidad
- No me parece del todo necesario utilizar el preservativo.
- Pienso que los riesgos del sexo sin protección como embarazos o ETS no me van a pasar a mi
- Me da vergüenza hablar sobre sexo.

Dinámica: “Mitos y datos”

Se presentan las siguientes frases, se debatirán y se clasificarán en “mito” o “dato”:

- Una vez que un hombre se ha excitado y tiene una erección, debe continuar hasta eyacular porque puede ser dañino si no lo hace. (Mito)
- Un hombre viril puede eyacular varias veces durante el mismo coito. (Mito)
- El volumen de una eyaculación oscila entre 2 y 6ml, es decir, una o dos cucharadas soperas. (Dato)
- Un pene grande es más potente y da mucho más placer a cualquier mujer. (Mito)
- La vagina tiene la capacidad de adaptarse al tamaño del pene. (Dato)
- En la relación sexual cada uno conoce instintivamente lo que la pareja piensa o quiere, por lo tanto no hace falta expresarlo. (Mito)
- Masturarse a pesar de tener pareja significa que las cosas no van bien con ella. (Mito)
- Una pareja ideal consigue el orgasmo al mismo tiempo. (Mito)

- El coito durante la menstruación puede contribuir a aliviar molestas y dolores. (Dato)
- El coito anal solo lo realizan los pervertidos o los homosexuales. (Mito)
- El coito dura más tiempo si se realiza esporádicamente. (Mito)
- La mujer que tiene fantasías sexuales con otras mujeres significa que le gustan las chicas y que, por tanto, es lesbiana. (Mito)
- Todos los años se producen en el mundo de 35 a 53 millones de abortos, de los cuales de 15 a 22 son clandestinos. (Dato)
- Los travestis son siempre homosexuales. (Mito)
- Si practicas el sexo con alguien que conoces es imposible que contraigas una enfermedad de transmisión sexual. (Mito)

Ejercicio: “Enfermedades de transmisión sexual”

Según la actividad sexual, el riesgo de contagio es mayor o menor:

- Riesgo muy bajo---> besos con lengua
- Riesgo bajo---> masturbación mutua
- Riesgo medio---> sexo oral en hombre/mujer
- Riesgo alto---> coito vaginal/coito anal

Explicación: cándidas, clamidia, condilomas, gonorrea, hepatitis b, herpes genital, ladillas, sífilis, tricomoniasis y sida.

Tras la explicación se plantean las siguientes preguntas, creando un debate:

- ¿Qué diferencia hay entre un seropositivo y un enfermo de SIDA?

Ambos son portadores del VIH y pueden contagiarla. El seropositivo, sin embargo, no ha desarrollado las infecciones que la caracterizan.

- ¿Cómo se contagia el SIDA?

El SIDA se contagia por transmisión sexual, por entrar en contacto con la sangre o la madre embarazada enferma a su hijo. Ni cosas como los estornudos, la compañía, el darse la mano, besarse, comer del mismo plato o compartir ropa puede contagiar el SIDA.

- ¿Un enfermo de SIDA puede contagiar a un animal?

No. El SIDA solo puede contagiarse de un humano a otro, por lo que ninguna persona puede transmitírselo a un animal.

Anexo V

Ejercicio: “¿Qué es una droga?”

Se presenta esta pregunta a los participantes, motivándoles a crear un debate. Además se pregunta ¿por qué los jóvenes curiosean en el mundo de las drogas?

- Creen que les liberan de sus problemas
- Creen que no se engancharán
- Creen que la podrán dejar cuando quieran
- Creen que no pasa nada por una vez
- Creen que serán mejor aceptados por los amigos
- Creen que les hará parecer mayores
- Creen que son más libres
- ...

Dinámica: “Alcohol, ¿Mito o dato?”

- El alcohol aumenta la potencia sexual. *Mito, en realidad puede estimular el deseo pero impide la acción.*
- El alcohol ayuda a dormir mejor. *Mito, altera las fases del sueño, perturbando la acción reparadora de éste, con el consiguiente cansancio posterior.*
- El alcohol da calor. *Mito, la piel se calienta, pero produce frío interno.*
- El alcohol es bueno para el corazón. *Mito, no hay evidencia de esto, pero sí de que a la larga produce enfermedades coronarias.*

Ejercicio: “¿Cómo afecta el alcohol a la sexualidad?”

- Femenina:

-Puede afectar a la lubricación vaginal

-Puedes quedarte embarazada al no estar pendiente de tomar las precauciones pertinentes

-Puedes contagiarte de alguna ETS

-Estás tan aturdida que no te “enteras” de nada

-Si estás embarazada y bebes regularmente, puedes provocar en tu bebé el síndrome del alcoholismo

- Masculina:

-Puede estimular el deseo pero impide la acción, impidiendo así la erección

- Puedes dejar embarazada a tu pareja porque estás aturdido y no tomas las precauciones debidas
- Puedes contagiarte de alguna ETS
- Puedes aburrir y defraudar a tu pareja
- A largo plazo, genera impotencia

Ejercicio: “Otras drogas”

Explicación de: heroína, tranquilizantes, barbitúricos, GHB, disolventes, cafeína, tabaco, anfetaminas, cocaína, hierbas estimulantes, marihuana, éxtasis, LSD y DMT.

Tabla 4

Drogas y características

	Heroína	Tranquilizantes	Barbitúricos	GHB	Disolventes	Cafeína
Forma de consumo	-Fumar -Inyectar -Ampollas	-Comprimidos	-Comprimidos	-Líquido -Cápsulas	-Inhalar	-Bebida
Sensaciones inmediatas	-Euforia -Analgésico -Sociable -Seguro	-Reducción ritmo cardíaco -Disminución tensión arterial	-Ninguna sensación de bienestar	-Euforia -Desinhibición	-Euforia -Sensación de ser invencible	-Concentración -Atención -Energía
Consecuencias largo plazo	-Sobredosis -ETS -Adicción	-Perdida peso -Agotamiento	-Efecto anestésico	-Sedación -Vómitos	-Mareo -Apatía -Alucinaciones	-Nerviosismo -Ansiedad -Malestar estomacal

	Tabaco	Anfetaminas	Cocaína	Hierbas estimulantes
Forma de consumo	-Fumar	-Comprimidos	-Fumar -Esnifar	-Cápsulas
Sensaciones inmediatas	-Tranquilizante	-Bienestar -Euforia -Energía	-Bienestar -Hiperactividad -Eliminación del cansancio	-Aumento de energía -Aumento percepción -Aumento de conciencia
Consecuencias largo plazo	-Adicción -Daño en pulmones -Faringitis, tos	-Pérdida de peso -Problemas de erección	-Ansiedad -Pánico -Ideas paranoides	-Nerviosismo -Tremblores -insomnio -Palpitaciones

	Marihuana	Éxtasis	LSD	DMT
Forma de consumo	-Fumar	-Comprimidos	-Oral: papel/píldoras diminutas	-Oral -Fumar
Sensaciones inmediatas	-Relajación -Felicidad -Sociables	-Agudeza de los sentidos -Sentimiento de resistencia	-Alteración de la percepción	-Alteración de la percepción
Consecuencias largo plazo	-Pensamientos dispersos -Ataques de pánico -Alucinaciones -Sequedad de boca y ojos -Taquicardia	-Conductas peligrosas -Insuficiencia renal y hepática -Muerte	-Ataques de pánico	-Terror -Pánico -Demencia

Anexo VI

Respiración-Relajación

La psicóloga introducirá el ejercicio de la siguiente forma:

“Hace tiempo que practico la relajación, y me ha ayudado a aprender formas nuevas de tranquilizarme y de dominar mejor mi estrés. ¿Os gustaría probarlo? Creo que es muy importante aprender a calmar la mente y a relajar el cuerpo cuando lo necesito. Los científicos han descubierto que saber cómo dominar el estrés es importante para la salud, y que cuanto antes aprendamos a dominarlo, mejor. Dicen que esto tiene muchísimas ventajas: puede mejorar la atención para que nos concentremos mejor, nos ayuda a recordar las cosas, incluso podemos tomar excelentes decisiones, ser más creativos y, por supuesto, estar más sanos y felices.

Para aprender a calmar la mente y relajar el cuerpo cuando estamos estresados es muy importante darse cuenta de cómo estamos respirando. Sin embargo, como la respiración es algo que hacemos automáticamente no solemos prestarle mucha atención, aunque la respiración nos aporta todo tipo de cosas necesarias: energía, claridad de pensamiento y mejor salud. Además, cuando aprendemos a trabajar con nuestra respiración podemos cambiar nuestro estado de ánimo o liberar el estrés acumulado en el cuerpo. Una de las maneras para relajarse es respirar muy profundamente; sin embargo, como la respiración es algo que hacemos automáticamente no solemos prestarle mucha atención y no sabemos si estamos respirando profundamente o no. Vamos a hacer un experimento: extiende el brazo hacia delante, súbelo más arriba del hombro y estira el dedo índice como si estuvieras apuntando algo. Ahora mueve el dedo de un lado al otro como si fuera un limpiaparabrisas. Hazlo unas cinco veces. (La psicóloga lo realiza también, para servir de ejemplo). ¿Qué has notado en la respiración durante el experimento? ¿Estabas respirando o conteniendo la respiración? ¿Se movía el abdomen o solo el pecho? En la vida diaria hay muchas cosas que interfieren en la manera en que respiramos: no nos dejan hacerlo profundamente, tanto si nos damos cuenta como si no. Cuando estamos distraídos, estresados o enfadados no solemos llenar de aire los pulmones y tomar el oxígeno necesario para que el cuerpo se mantenga sano. Por ello, vamos a practicar la respiración profunda. Para ello, vamos a respirar por la nariz, con la boca cerrada, y a colocar las manos sobre el abdomen a ver si se hincha cuando cogemos aire y se hunde cuando lo soltamos. ¿Listos? Aire dentro: 1, 2, 3, 4, 5, y fuera: 1, 2, 3, 4, 5. (Ayudarles y realizar varias repeticiones hasta que todos lo consigan).

Una vez enseñados a respirar correctamente, se seguirá la técnica de relajación de Jacobson.

Dinámica: “Pensamientos negativos... ¡STOP!”

A veces nos ocurre que nos ponemos tristes sin motivo. Pensamos que somos torpes y que

no servimos para nada. Nuestro ánimo se viene abajo y se nos nota la tristeza en la cara, en la manera de hablar, en nuestro comportamiento, en el estudio y los demás nos lo notan muchas veces y nos preguntan “¿qué te pasa?”

Ese ánimo tan bajo es debido a que cuando una cosa no funciona como queremos empezamos a pensar en lo mal que lo hemos hecho, en que tenemos la culpa de todo. Son pensamientos negativos. Pasamos mucho rato pensando en lo negativo y si nos entrenamos aprendemos a estar siempre tristes cuando tenemos algún problema.

Para levantar nuestro ánimo es necesario que pensemos en las cosas que sí funcionan bien, en lo que somos capaces de hacer, en las cualidades que tenemos. Si lo hacemos así nos entrenamos para estar alegres, contentos e ilusionados.

“NO DEJES QUE UN PENSAMIENTO NEGATIVO PERMANEZA EN TU MENTE NI UN SOLO INSTANTE, CAMBIALO INMEDIATAMENTE POR UN PENSAMIENTO SOBRE ALGO BUENO DE TI”

Cada vez que llegue a tu mente un pensamiento negativo debes decirte a ti mismo/a en voz baja...¡¡STOP!!! e inmediatamente pensar en algo agradable y bueno. Practícalo muchas veces y aprenderás a manejar tus pensamientos. Tú podrás ser el dueño de tus pensamientos y podrás elegir los positivos.

- Compartir con los compañeros el pensamiento agradable y bueno en el que se van a centrar para eliminar los pensamientos negativos.

Dinámica: “Pensamientos que fastidian”

A veces pensamos cosas sobre nosotros/as mismos/as que nos ponen tristes, nos apenan y nos bajan el ánimo. Si una cosa no nos sale como queríamos decimos que TODO nos sale mal y eso no es verdad. Unas cosas salen mal, otras salen regular y otras muchas van muy bien. Cuando algo no sale como quisiéramos decimos ¡no sirvo para nada! y eso nos pone de mal humor y hace que nos valoremos muy poco. Sin embargo es mucho mejor pensar que “esto no se me da muy bien” y aceptar que es así sin enfurecernos ni entristecernos.

Si pensamos solo en las cosas que salen mal tendremos poca confianza en nosotros/as mismos/as. Al cabo del día hacemos muchas cosas bien y **TENEMOS DERECHO A PENSAR EN ELLAS.**

- Para combatir los pensamientos que fastidian...

-No le gusto a nadie--> hay muchas personas a las que sí les sirvo

-Soy un desastre---> algunas cosas no me salen como yo quisiera pero otras si
-No sirvo para nada---> hay bastantes cosas para las que si sirvo
-Soy un aburrido total---> hay momentos en los que no estoy muy alegre
-Yo siempre hago todo mal---> no soy un artista pero me defiendo bien con lo que hago

- Escribe pensamientos positivos:

-
-
-
-
-

- Escribe algunas cosas que esta semana te hayan salido bien

-
-
-
-
-

RECUERDA: TÚ PUEDES MANEJAR TUS PENSAMIENTOS PARA QUE NO TE FASTIDIEN.
PIENSA MUCHAS VECES DURANTE EL DÍA EN:

-Lo que tú sabes hacer
-Las cosas agradables
-Tu derecho a ser feliz

Anexo VII

Ejercicio: “¿Qué es la autoestima?”

- ¿quién soy yo?
- ¿me gusta quién soy? ¿Por qué?

La autoestima es...

- Sentirse a gusto consigo mismo
- Saberse importante
- Sentirse especial
- Estar orgulloso/a y contento/a de lo que haces, piensas y sientes
- Ser responsable
- Aceptar las dificultades sin enfadarse cuando no nos salen las cosas como queremos
- Expresar tus emociones
- Tener entusiasmo con las cosas que haces
- Tener buenas relaciones con los demás

Ejercicio: “Mi imagen”

Yo creo que la imagen es...

“La imagen es todo nuestro cuerpo: nuestra manera de ser, de vestir...”

Yo me veo a mi mismo _____

Creo que mi imagen personal es _____

Anúnciate a ti mismo/a...

- Este soy yo:
 - soy _____
 - Me siento _____
 - Soy capaz de _____
 - Aficiones _____
 - Lo que quiero ser _____
 - Mi personaje favorito _____
 - Mi mejor cualidad es _____

Ejercicio: “Yo debería”

Ideas previas. Contesta:

- ¿Yo **debería** ser perfecto?
- ¿Yo **debería** solucionarlo todo?
- ¿Yo **debería** saberlo todo?
- ¿Yo **debería** estar siempre alegre?
- ¿Yo **debería** no cometer errores nunca?

Respuestas correctas:

- No siempre debemos ser perfectos. Hay cosas que se nos dan peor que otras
- Tenemos solución para muchas cosas, para otras no
- Nadie lo sabe todo. Vamos aprendiendo poco a poco
- Es bueno estar alegre, pero en ocasiones no podemos estarlo
- Es bueno equivocarse y aprender de los fallos

Dinámica: “El espejo”

La psicóloga sacará una caja y dirá que lo que hay dentro es algo único, precioso, valioso, irrepetible, bonito, único, auténtico, y sobre todo muy importante. Después, se invitará a los participantes a acercarse uno a uno y asomarse dentro de la caja, con la condición de que no digan nada al resto de sus compañeros. Dentro de la caja habrá un espejo, por lo que lo que verán será su propio rostro y él mismo es el que es único, bonito e inigualable.

Moraleja: “PARA SER UN BUEN AMIGO DE TI MISMO TÚ TIENES QUE DECIRTE COSAS BONITAS Y BUENAS DE TI. ESTÁ BIEN GUSTARSE A SI MISMO Y LLEGAR A SER TÚ”

Dinámica: “La mano”

Se repartirá un folio a cada participante y se les invitará a que dibujen su propia mano. Después, en cada dedo deberán poner una cualidad suya que no sea física. Posteriormente se comparte la habilidad que más les guste.

Advertir que a todo el mundo le cuesta mucho detectar cinco habilidades o fortalezas propias.

Anexo VIII

Ejercicio: “Estilos comunicativos”

Se empieza la sesión preguntando “¿Qué formas creéis que existen de comunicarse?”



Tras la lluvia de ideas, se realiza la siguiente explicación:

Las habilidades sociales son una serie de conductas observables, pero también pensamientos y emociones, que nos ayudan a mantener relaciones interpersonales satisfactorias, y a procurar que los demás respeten nuestros derechos y no nos impidan lograr nuestros objetivos.

Son pautas de funcionamiento que nos permiten relacionarnos con otras personas, de tal forma que consigamos un máximo de beneficios y un mínimo de consecuencias negativas, tanto a corto como a largo plazo.

Existen tres clases de conductas o estilos de actuar en las relaciones sociales: la conducta asertiva, la conducta pasiva y la conducta agresiva. La conducta deseable en las relaciones con los demás es la **ASERTIVA**.

- Los asertivos...

-¿Cómo son? Expresan directamente lo que sienten, sus necesidades, sus derechos y sus opiniones, pero sin violar los derechos de los demás.

-¿Qué hacen? En las conversaciones con los demás, lo que expresan con palabras va acompañado de conductas no verbales: postura adecuada, gestos con la cara, las manos...

-¿Qué piensan? Las personas asertivas antes de hablar piensan las consecuencias de lo que van a decir, de manera que no perjudique a los demás, pero expresando claramente lo que pretenden.

-Para decir algo no hace falta humillar, desagradar o fastidiar a los demás.

-Esta conducta respeta a uno mismo y a los demás.

- Los pasivos...

-¿Cómo son? Son incapaces o tienen mucha dificultad para expresar sus sentimientos, sus pensamientos, sus opiniones. Son incapaces de decir que NO. Dejan que los demás violen sus derechos.

-¿Qué hacen? Evitan la mirada del que está hablando, apenas se le oye cuando habla, tienen una postura corporal tensa, muchos nervios, tics...

-La conducta asertiva es una falta de respeto hacia las propias necesidades.

-Sentimientos de incomprendimiento e inferioridad.

- Los agresivos...

-¿Cómo son? Violan los derechos de los demás, tienen una conducta inapropiada, ofenden, insultan, amenazan y humillan.

-¿Qué hacen? Emplean gestos amenazantes, lenguaje con doble sentido que ofende, sienten desprecio por las opiniones de los demás.

-El objetivo de las personas que se comportan agresivamente es vencer, forzar a la otra persona a perder, quieren salirse siempre con la suya a costa de lo que sea.

Una vez explicados los estilos de comunicación, se realizará un role-playing. El tema puede estar planteado por los participantes o se puede plantear la siguiente situación: “Tu pareja no quiere ponerse el condón y tú si que quieras”. Se eligen a seis participantes para que, por parejas, representen los tres estilos comunicativos. Los demás compañeros puede dar opciones de resolución ante esa situación o cualquier otra.

Dinámica: “La historia”

Se eligen a 10 participantes, la historia se lee a uno de ellos, y a los 10 restantes que no participaran de forma directa en la dinámica, serán espectadores. Los otros 9 salen de la sala, tras leer la historia, entra otro compañero y el primero se la cuenta, y así sucesivamente. Al final, el último compañero cuenta la historia que ha escuchado, y posteriormente la psicóloga lee de nuevo la historia original. De esta forma todos serán testigos del cambio que la historia a sufrido.

Un granjero en el norte de Extremadura colocó un tejado delgado sobre su granero. Poco después un viento huracanado lo hizo volar y cuando el granjero lo encontró, a veinte km, estaba doblado y encogido con imposible reparación.

Un amigo y un abogado le indicaron que la Compañía Ford de Automóviles le pagaría un buen precio por la chatarra y el granjero decidió enviar el tejado a la Compañía para ver cuánto podía sacar por él. Lo embaló en una gran caja de madera y lo envió a Avilés, Asturias, poniendo claramente el remite para que la Compañía Ford supiera donde enviar el cheque.

Pasadas doce semanas, el granjero no había oído hablar nada de la Compañía Ford. Finalmente, cuando estaba a punto de escribirles para averiguar lo que pasaba, recibió un sobre de ellos. Decía así: “No sabemos que chocó contra su coche pero lo tendremos arreglado para el quince del siguiente mes”.

Dinámica: “La meta”

Se le repartirá a cada participante una hoja de periódico, que cada uno colocará en el suelo, tienen que conseguir llegar al otro lado de la sala, pero solo pueden pisar el periódico, quien caiga al suelo, está descalificado. De esta forma se fomenta la colaboración grupal y el compartir, ya que necesitan la ayuda mutua para superar esta prueba.

Anexo IX

“Enfoque de culpabilización” y “enfoque de responsabilidad” (Martínez y Sinclair, 2006)

ENFOQUE DE CULPABILIZACIÓN	ENFOQUE DE RESPONSABILIDAD
Se centra en los déficit Enfatiza el rol de los progenitores o del progenitor no abusador en la ocurrencia del abuso	Se centra en las competencias Enfatiza el rol de los progenitores o del progenitor no abusador en la reparación
Implica un juicio a una persona	Supone la evaluación de acciones concretas
Paraliza recursos	Activa recursos
Induce una postura resistente y defensiva los progenitores o en el progenitor no abusador	Favorece la asociación con los progenitores o con el progenitor no abusador

Enfoque de culpabilización*

Este enfoque supone una perspectiva centrada en los déficit de las figuras no abusadoras, enfatizando lo que éstas no hicieron y cómo contribuyeron a generar el daño sufrido por su hijo/a. Es fundamental considerar que culpabilizar siempre implica un juicio a los progenitores, frente al cual es esperable que éstos tiendan a paralizarse o a defenderse. En efecto, toda indicación culpabilizadora limita las posibilidades de asociarse con los progenitores y trabajar en conjunto por el bienestar del adolescente, ya que exacerba sus sentimientos de incompetencia. Además, contribuye a una postura resistente frente a la intervención.

Enfoque de responsabilidad*

Este enfoque pretende potenciar los recursos de los progenitores. Más que estar centrado en lo ocurrido en el pasado, releva la importancia de garantizar la protección del adolescente en el presente y futuro. Es decir, en lugar de poner el acento en el daño, pone el acento en la superación del sufrimiento. Así, desde esta perspectiva se busca identificar qué es lo que los progenitores pueden hacer para reducir el impacto de abuso en su hijo/a, surgiendo una serie de tareas que ellos pueden realizar para ayudarlo a superar dicho impacto. Esto es concordante con un modelo de competencias que busca activar los recursos disponibles, tanto del adolescente como en su contexto relacional. (Martínez y Sinclair, 2006)

*Cuando dice progenitores también se refiere al progenitor no abusador.

Anexo X

Dinámica: “Características positivas”

Se reparte un folio a cada participante, y estos escriben su nombre, una vez escrito, todos van pasando folio por folio poniendo una característica positiva del compañero en cuestión. De esta forma, al finalizar la dinámica, todos tendrán un folio con un montón de cualidades suyas que los demás observan de él.

Dinámica: “La historia incompleta”

Se pone la siguiente frase en un folio: “Erase una vez un chico llamado...”, y se pasa al primer participante, dejando que sólo este vea la frase escrita por la psicóloga, este, doblará el folio de tal forma que esa frase no se vea, y escribirá otra oración siguiendo con la historia. Posteriormente pasará el folio al siguiente compañero y así sucesivamente. Al final, se leerá la historia construida entre todos.

Dinámica: “La despedida”

Los participantes formarán dos círculos, uno en frente del otro, de esta forma habrá un círculo más grande y otro más pequeño donde se quedarán en parejas mirándose. Cuando la psicóloga diga, van a compartir entre la pareja un sueño, pasado un rato, la psicóloga ordenará que el círculo del centro gire en sentido de las agujas del reloj un puesto, por lo que se cambiará de compañero y tendrán que compartir un miedo. Así, se repetirá el movimiento 8 veces más, compartiendo: una película, un personaje famoso, un secreto, un personaje de Disney, un animal, un color, una profesión y el día más feliz de su vida.

