

EL SENTIMIENTO DE VERGÜENZA EN MUJERES SOBREVIVIENTES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL: IMPLICANCIAS CLÍNICAS

Carla Crempien
y Vania Martínez*

Resumen

Se estima que el antecedente de abuso sexual fluctúa entre un 15% y 20% en la población general femenina. Los efectos adversos del abuso sexual infantil en mujeres sobrevivientes están bien documentados. Los procesos emocionales se han convertido en centrales para dilucidar cómo estas experiencias afectan la salud mental. Una emoción que recientemente ha recibido especial atención por investigadores y clínicos es la vergüenza. Al ser una emoción orientada hacia la propia persona, tiene implicancias en el desarrollo del sí mismo y compromete toda la identidad de la víctima. La vergüenza debiera ser un foco en las intervenciones psicológicas en el abuso sexual infantil, ayudando el proceso de develamiento, para así reducir la vulnerabilidad a sus graves consecuencias y los problemas de salud mental asociados.

Palabras clave: vergüenza, abuso sexual infantil, abuso infantil, abuso sexual, mujeres sobrevivientes.

Key words: shame, childhood sexual abuse, child abuse, sexual abuse, women survivors.

Introducción

Se estima que el antecedente de abuso sexual infantil fluctúa entre 15% y 20% en la población general femenina (Leserman, 2005). En pacientes psiquiátricas adultas hospitalizadas, este antecedente puede llegar hasta el 50% (Bryer, Nelson, Miller y Krol, 1987).

El abuso sexual infantil (ASI) en mujeres se asocia a síntomas físicos, disfuncionalidad y mayor utilización de servicios asistenciales (Leserman, 2005). También se asocia a una mayor prevalencia de depresión, abuso de alcohol o drogas, trastornos de alimentación, comportamientos suicidas y trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Browne y Finkelhor, 1986; Deblinger y Runyon, 2005; Gamble y cols., 2006; Gorey, Richter y Snider, 2001; Paivio y Nieuwenhuis, 2001; Wolfson y Zlotnick, 2001).

Varias emociones, como rabia, tristeza, miedo, culpa y vergüenza, se relacionan a las experiencias

de ASI (Negrao, Bonanno, Noll, Putnam y Trickett, 2005; Paivio y Laurent, 2001). La vergüenza, al ser una emoción orientada hacia la propia persona, tiene implicancias en el desarrollo del sí mismo y el significado atribuido a la experiencia de ASI. Por otro lado, la vergüenza no sólo está relacionada con la experiencia del abuso, sino que compromete toda la identidad de la víctima (Negrao y cols., 2005).

A pesar de que hay un creciente interés en la investigación sobre los sentimientos de vergüenza y su relación con el abuso sexual, todavía es un campo en desarrollo (Berliner, 2005; Feiring, 2005).

El objetivo de este artículo es describir la relación entre vergüenza y el antecedente de ASI en mujeres adultas, distinguiendo la experiencia fenomenológica de la vergüenza y sus implicancias clínicas en el proceso de develamiento, en los problemas de salud mental y en las intervenciones psicológicas.

Fenomenología de la vergüenza

La vergüenza ha sido reconocida básicamente como una emoción sobre el sí mismo. Al igual que la culpa, ha sido descrita como una emoción reflexi-

* Carla Crempien y Vania Martínez
Doctorado Internacional en Psicoterapia, Escuela de Psicología,
Pontificia Universidad Católica de Chile
E-Mail: ccremp@uc.cl
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XIX p.p. 237-246
© 2010 Fundación AIGLÉ.

va y valorativa de la propia persona, en referencia a normas morales sobre lo que es correcto o incorrecto (Kämmerer, Rosenkranz, Parzer y Resch, 2003). Ambas emociones pueden ser vistas fenomenológicamente, como pertenecientes a la clase de emociones morales. Se han descrito algunas distinciones entre las experiencias de vergüenza y culpa. La más importante es que la vergüenza involucra a todo el sí mismo, mientras que la culpa se limita a aspectos específicos, en particular, a las acciones. En otras palabras, la vergüenza es acerca del “ser”, mientras que la culpa es sobre “el hacer” (Feiring y Taska, 2005; Kämmerer y cols., 2003; Mason 1993).

La vergüenza resulta de la diferencia percibida entre el sí mismo ideal y el sí mismo real. Esto produce una inmensa decepción de la propia persona, que se siente deficiente, inadecuada o defectuosa (Ferguson, 2005; Kämmerer y cols., 2003; Mason, 1993). La vergüenza aparece cuando el fracaso y los acontecimientos negativos se atribuyen al sí mismo en oposición a una atribución externa (Deblinger y Runyon, 2005). La vergüenza motivaría el aislamiento, mientras que la culpa, motivaría la reparación (Feiring y Taska, 2005; Kämmerer y cols., 2003; Mason, 1993; Stuewig y McCloskey, 2005; Tangney y Dearing, 2002).

Andrews y Hunter (1997) distinguen tres tipos de vergüenza: corporal, caracterológica y conductual. La vergüenza corporal se refiere a sentimientos de vergüenza relacionados con el propio cuerpo o parte de él. La vergüenza caracterológica se relaciona con la forma de ser, incluyendo los hábitos, las relaciones con otros y la clase de persona que se es. La vergüenza conductual refiere a lo que la persona hace. En este sentido, la definición de vergüenza conductual se acerca a la conceptualización de culpa de otros autores.

Los sentimientos de vergüenza puede ser reforzados por el aprendizaje social y los patrones familiares transgeneracionales. Las familias tienen reglas que determinan lo que se permite ver, oír, sentir y hablar que tienen la función de protegerla de temas vergonzosos. Los secretos familiares emergen desde la vergüenza familiar, que es mantenida por ellos en un ciclo recursivo (Mason, 1993).

Abuso sexual y vergüenza

El contexto de secreto en el que ocurre el ASI y las amenazas para guardar silencio promueven los sentimientos de vergüenza (Bonanno et. al., 2002; Nagel, Putnam, Noll y Trickett, 1997). La paradoja es que es la víctima del abuso la que se siente inadecuada y defectuosa, sintiendo miedo a ser rechazada por otros, por lo que se aísla y asume una conducta

sumisa, que refuerza la victimización (Finkelhor y Browne, 1985; Deblinger y Runyon, 2005).

Andrews y Hunter (1997) encontraron que la vergüenza corporal es la que más relación tiene con el ASI. Las víctimas a menudo sienten que sus cuerpos han sido dañados, se sienten diferentes y les preocupa que esto pueda ser reconocido por otros.

Negrao y cols. (2005) afirmaron que la vergüenza por el abuso, no se relaciona únicamente con la experiencia del abuso, sino que involucra a todo el ser de la víctima y se convierte en parte de su identidad.

Perrone y Nannini (1997) han descrito la dinámica del ASI, centrándose en la naturaleza de la relación establecida entre el perpetrador y la víctima. Ellos llaman “hechizo” a la relación particular en la que el abusador va influyendo sobre la víctima, sin que ésta tome conciencia de ello. La víctima está consciente de su participación en la relación, pero no puede entender su naturaleza. Está confundida, paralizada y no logra darse cuenta del momento en el que se han traspasado sus límites. La víctima siente la incongruencia de la situación, pero no puede hablar de ello, no puede referirse a los hechos ni tampoco las emociones involucradas son comunicables. El perpetrador da diferentes mensajes para que la víctima se sienta responsable por el abuso y la protección de la familia. La vergüenza expresa la dificultad de la víctima para distinguir la responsabilidad del agresor en la relación de abuso.

Deblinger y Runyon (2005) identificaron varios mensajes verbales y no verbales dados por los adultos en el contexto del ASI, que pueden inducir sentimientos de vergüenza. El abuso es a menudo perpetrado por un cuidador que incentiva a la víctima a guardar silencio y ocultar los abusos. El abusador hace creer a su víctima que fue ella la que provocó el abuso por su comportamiento seductor o sucio. La víctima siente que el abuso tiene que ver con algo que es o que hace. Siente que hay algo mal en ella, algo que debe ocultar y se siente avergonzada. El abuso puede ser introducido primero como un juego natural y secreto entre el adulto de confianza y la niña. Cuando ella empieza a darse cuenta de que hay algo que no es correcto, se confunde y siente que no puede detenerlo. Este sentimiento de impotencia y el mensaje de mantener el secreto, la hace mentir, evitar el contacto social y aislarse de los demás, sintiéndose avergonzada. El incesto sería más inductor de vergüenza que el abuso no incestuoso (Ginzburg y cols., 2006), es probable que esto tenga que ver con la ruptura de una prohibición social más fuerte y la, a menudo, cualidad crónica del abuso. Kämmerer y cols. (2003) señalan que las experiencias repetidas de vergüenza se traducen en cogniciones de auto-devaluación y baja autoestima.

En un estudio longitudinal, Feiring y Taska (2005) encontraron que en una minoría de niñas, la vergüenza relacionada al abuso se extendía a lo largo de los años. Sin embargo, el pronóstico de las niñas con altos niveles de vergüenza un año después del develamiento es a menudo malo, persistiendo más de la mitad de estas víctimas con altos síntomas seis años más tarde.

Develamiento del abuso sexual y vergüenza

Se ha llamado develamiento al proceso en que, por un lado, la víctima abre y revela el abuso sexual que ha vivido y, por otro lado, la respuesta del entorno a esta revelación. Las niñas, sienten al mismo tiempo, necesidad y miedo de revelar el secreto del abuso sexual. Desean develarlo ya que necesitan ser protegidas y sentirse seguras, pero al mismo tiempo sienten miedo a no ser creídas, a ser culpadas, y a provocar una ruptura familiar. La respuesta de los otros puede ayudar a la recuperación o contribuir al proceso de trauma. Se ha visto que las consecuencias del ASI pueden ser mitigadas si la niña encuentra alguien con quien hablar sobre el abuso y si la respuesta que recibe es de apoyo. (Crisma, Bascelli, Paci y Romito, 2004; Lovett, 2004; Finkelhor y Browne, 1985; Summit, 1983).

El no develar o el retrasar el develamiento parece estar asociado con la vergüenza. Williams (1994) reportó que el 38% de una muestra de mujeres sobrevivientes de ASI no dio a conocer el evento traumático. Un estudio cualitativo exploratorio, en adolescentes víctimas de ASI, encontró que los principales obstáculos para develar los abusos eran el temor a no ser creídos, la vergüenza y el miedo a causar problemas a la familia (Crisma y cols., 2004). En otra investigación se les pidió a estudiantes universitarios que calificaran la importancia de una lista de obstáculos para denunciar violación y abuso sexual, se encontró que las barreras más importantes fueron la vergüenza, la culpa y la preocupación por la familia y los amigos (Sable, Danis, Mauzy y Gallagher, 2006). En un estudio que explora las experiencias de los niños y sus padres en relación al develamiento del abuso sexual, Hershkowitz, Lanes y Lamb (2007) encontraron que 50% de los niños reportaron sentimientos de miedo y vergüenza a las respuestas de sus padres, y que estos tendían a enojarse o a culpar a sus hijos. Los autores sugieren que los niños pueden predecir muy bien las respuestas de los padres y que la anticipación de las respuestas negativas de los padres disminuye la voluntad de los niños a develar.

Los niños rara vez denuncian el ASI de manera espontánea, sobre todo cuando el autor es conocido por la víctima (Crisma y cols., 2004). Dos tipos de develamiento se han descrito: accidentales e intencionales. El develamiento accidental se asocia con niveles más altos de la vergüenza (Feiring, Taska y Lewis, 1996). En este tipo de divulgación, la víctima es descubierta en una situación que revela la existencia de abuso, reforzando los sentimientos de que ella es parte de algo sucio e inapropiado, lo que aumenta sus sentimientos de vergüenza. Bonanno y cols. (2002) proponen que la situación de ser descubierta, puede hacer que la víctima atribuya su propio silencio a la complicidad o a la participación en el abuso, aumentando los sentimientos de vergüenza y culpa. Por otra parte, el develamiento intencional sería un indicador de una mayor capacidad de la víctima para contener la ansiedad asociada a la vergüenza. En ambos casos, si la respuesta no es de apoyo, el sentimiento de impotencia de la niña aumenta (Finkelhor y Browne, 1985; Summit, 1983).

Bacon (2001) refiere la importancia de comprender el develamiento como un proceso continuo y dinámico, que puede oscilar entre la revelación y la retractación y viceversa. Las niñas necesitan permiso para develar, a menudo prueban la viabilidad de la divulgación y la respuesta de los demás en una especie de develamiento tentativo.

El develamiento del abuso ocurre a menudo con el padre no abusivo, generalmente la madre. Las madres también sienten vergüenza y culpa, por lo que es necesario reconocer sus propias necesidades en el proceso de develamiento, especialmente cuando las creencias de su cultura y los valores tienden a culparlas, contribuyendo a mantener el secreto (Lovett, 2004).

Hay algunos hallazgos empíricos acerca de la relación entre el develamiento, la vergüenza y el bienestar psicológico. Lovett (2004) refiere que algunas investigaciones con mujeres adultas sobrevivientes de ASI, han demostrado que el develamiento se asocia con menos síntomas.

Vergüenza, abuso sexual y problemas de salud mental

Varios estudios han encontrado que los sentimientos de culpa y vergüenza están altamente asociadas a psicopatología en las sobrevivientes de ASI (Andrews, Brewin, Rose y Kirk, 2000; Ginzburg y cols. 2006; Stuewig y McCloskey, 2005).

El antecedente de ASI predice el desarrollo de síntomas de TEPT (Boney-McCoy y Finkelhor, 1996; Widom, 1999). Los sucesos traumáticos están asociadas con emociones negativas que promueven

la evitación cognitiva y conductual, prolongando los síntomas de TEPT (Berliner, y Wheeler, 1987). Por otro lado, la vergüenza a menudo motiva una respuesta de evitación, porque el individuo quiere ocultar la propia exposición (Barrett, Zahn-Waxler, y Cole, 1993). La vergüenza está relacionada al desarrollo de síntomas de TEPT, contribuyendo a la evolución posterior de los síntomas (Andrews y cols., 2000; Jaycox, Zoellner y Foa, 2002). La investigación ha demostrado que la vergüenza en mujeres que no develan el ASI puede conducir a mayor sintomatología de TEPT (Negrao y cols., 2005). En un estudio longitudinal, tras un año de develamiento del ASI, la vergüenza fue una importante emoción para entender el desarrollo de los síntomas de TEPT (Feiring, Taska y Lewis, 2002). La vergüenza sigue siendo una emoción importante para la predicción de cuáles víctimas de ASI manifestarán los síntomas de TEPT aun después de seis años desde el develamiento del abuso. Los autores proponen que la vergüenza persistente puede explicar el fracaso para procesar el abuso y el mantenimiento de los síntomas de TEPT (Feiring, y Taska, 2005).

El antecedente de ASI también es un factor de riesgo de depresión en la adultez (Molnar, Buka y Kessler, 2001). Hay evidencias de que la vergüenza media la relación entre el ASI y la gravedad de la depresión en la edad adulta (Andrews, 1995; Kallstrom-Funqua, Weston y Marshall, 2004). Gamble y cols. (2006) encontraron que los síntomas depresivos de las pacientes con historia de ASI fueron más severos que en aquellas que nunca habían sido abusadas sexualmente. Feiring y Taska (2005) encontraron que las mujeres que habían sido abusadas sexualmente y expresaban intensos sentimientos de vergüenza relacionada con el abuso, tenían niveles más altos de depresión. En su estudio longitudinal de seguimiento a niños víctimas de diferentes tipos de maltrato, Stuewig y McCloskey (2005) encontraron que la propensión a la vergüenza, estaba relacionado con niveles más altos de depresión.

Respecto al rol mediador de la vergüenza, Andrews (1995) encontró que la vergüenza corporal daría cuenta de la relación entre el ASI y depresión en la edad adulta y que esta relación no podría explicarse por la baja autoestima o la insatisfacción con el cuerpo. La vergüenza corporal parece estar enraizada en las experiencias de la infancia y no suele ser el resultado de experiencias de abuso vividas de adultos. Andrews y Hunter (1997), encontraron que los tres tipos de vergüenza: corporal, caracterológica y conductual se relacionan con un curso crónico o recurrente de la depresión. La propensión a sentir vergüenza, además de dificultar la recuperación de la depresión, está involucrada en el desencadenamiento de episodios posteriores.

Las personas con graves antecedentes de ASI reportaron niveles más altos de neuroticismo, en particular de la conciencia de sí mismo que está relacionado conceptualmente con la vergüenza

Un estudio demostró una relación estadísticamente significativa entre vergüenza y conductas suicidas y automutilantes en mujeres en prisión. Tanto el ASI como la vergüenza corporal hacen significativas contribuciones a la tendencia a conductas automutilantes, sin embargo, la vergüenza corporal ha demostrado el efecto más fuerte, mediando parcialmente los efectos del ASI (Milligan y Andrews, 2005).

Burney y Irwin (2000) encontraron una relación entre los sentimientos de autoconciencia, sobre todo la vergüenza, y los trastornos alimentarios. En su estudio, la vergüenza relacionada con la conducta alimentaria, fue el mejor predictor de la gravedad de la sintomatología del trastorno. Andrews (1997) encontró que la relación entre abuso sexual y bulimia está mediada por la vergüenza corporal. Murray y Waller (2002) también encontraron que la experiencia de vergüenza era importante para comprender la relación entre el abuso sexual y las actitudes bulímicas. En su análisis de mediadores encontraron que los niveles de vergüenza explicaban parcialmente la relación entre antecedente de abuso sexual y bulimia y que explicaban totalmente la relación entre el abuso sexual intrafamiliar y actitudes bulímicas. Tripp y Petrie (2001) sugieren que el abuso sexual aumenta en las mujeres, el riesgo de desarrollar vergüenza corporal, culpabilidad, menosprecio por el cuerpo y trastornos alimentarios. En una muestra nacional representativa de adolescentes de ambos sexos que habían sufrido abusos sexuales, el porcentaje de quienes tenían atracones y purgas fue mayor en quienes no habían develado el abuso en comparación con aquellos que lo habían hecho (Ackard, Neumark-Sztainer, Hannan, French y Story, 2001).

Un estudio sugiere una asociación positiva entre vergüenza, hostilidad y agresión (Bennett, Sullivan y Lewis, 2005). Los autores sugieren que la vergüenza precede a la ira. Una posible explicación de esto es que la agresión podría compensar la sensación de impotencia relacionada a la vergüenza (Stuewig y McCloskey, 2005). Otro estudio no encontró relación entre la vergüenza y el comportamiento antisocial en los niños maltratados seguidos durante ocho años en la adolescencia (Stuewig y McCloskey, 2005).

Numerosos estudios documentan que los adultos con historia de ASI muestran niveles relativamente altos de la disociación (Banyard, Williams y Siegel, 2001; Butzel y cols., 2000; Lipschitz, Kaplan, Sorkenn, Chorney y Asnis, 1996; Zlotnick y cols.

1996). La disociación puede obstaculizar el procesamiento cognitivo y afectivo de experiencias traumáticas, lo que aumenta la vulnerabilidad al TEPT (Butler, Duran, Jasiukaitis, Koopman y Spiegel, 1996). Se ha planteado que la vergüenza podría promover tendencias disociativas en personas maltratadas (Feiring, Taska y Lewis, 1996). En un estudio realizado por Irwin (1998) se encontró que la propensión a la vergüenza, la propensión a la vulnerabilidad y la edad contribuyeron significativamente a la predicción de tendencias disociativas. La disociación puede ser empleada para modular e incluso eliminar la experiencia de la vergüenza (Feiring, Taska y Lewis, 1996). Irwin (1998) refiere que la disociación puede ser una defensa contra los sentimientos de vergüenza y culpa. Una mayor propensión a la vergüenza se asoció con niveles más altos de disociación, especialmente entre las mujeres que habían sufrido un trauma sexual precoz en su desarrollo (Talbot, Talbot y Tu, 2004).

Hay otros problemas de salud mental que han sido descritos como consecuencias del ASI, pero el papel de la vergüenza en estas relaciones no ha sido suficientemente estudiado. Por ejemplo, hay un estudio que examinó la relación entre el ASI y el uso de sustancias en adolescentes, que encontró que la impulsividad, media esta relación, mientras que no hubo efecto de mediación entre el auto-concepto depresivo y el consumo de sustancias (Bailey y McCloskey, 2005). Los autores relacionaron el auto-concepto depresivo a la vergüenza, la asociación directa entre la vergüenza y el uso de sustancias no fue estudiada.

Implicancias clínicas en intervenciones psicológicas

Debido a la documentada relación entre los sentimientos de vergüenza en mujeres sobrevivientes de ASI, el proceso de develamiento y la salud mental, es importante revisar las implicancias clínicas en las intervenciones psicológicas, considerando al individuo, la familia y los aspectos culturales.

Ackard y cols. (2001) proponen que un aspecto central que puede impedir mayores consecuencias del abuso es el promover y apoyar el develamiento de la experiencia por parte de la víctima, proveyendo servicios de salud accesibles y confidenciales, además del entrenamiento de profesionales y familias sobre cómo llevar a cabo estas discusiones difíciles.

Las relaciones que los sobrevivientes del ASI establecen en el proceso de develamiento y recuperación, incluyendo la relación terapéutica, pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de los sentimientos de vergüenza o pueden ayudar a la

víctima a superarlos. Los aspectos no específicos de la relación psicoterapéutica, como respuestas sensibles a las expresiones verbales de la víctima de la experiencia de abuso, una actitud de cuidado, respeto, escucha activa y reflejo de las preocupaciones de la víctima, deben ser considerados en este proceso (Deblinger y Runyon, 2005; Pattakou-Parassiri y Nestoros, 2007).

Feiring y Taska (2005) proponen que la vergüenza relacionada al abuso debe ser un foco del tratamiento. Ellos sugieren que los terapeutas deben ayudar a los pacientes con antecedentes de ASI a hacer frente a la vergüenza para ayudarles a procesar las experiencias traumáticas cognitiva y emocionalmente. Por ejemplo, terapeuta y paciente pueden crear en forma colaborativa una jerarquía de experiencias relacionadas al abuso que sean sentidas como vergonzosas, y utilizarla a través de sesiones para exponer gradualmente al cliente a situaciones imaginarias de vergüenza cada vez mayor. La reestructuración cognitiva puede utilizarse para desafiar las creencias disfuncionales que refuerzan la vergüenza. Los terapeutas deben ser cuidadosos con sus propias expresiones verbales o no verbales de vergüenza que podrían tener el efecto de reforzar la vergüenza en las víctimas. También sugieren que en relación al tratamiento de los niños abusados es eficaz ayudar a que los miembros de la familia disminuyan su propia vergüenza y evitación.

Greenberg y Pascual-Leone (2006) también hacen hincapié en que la relación terapéutica es fundamental en el procesamiento emocional. Ellos proponen cuatro principios para ayudar a guiar la intervención terapéutica para trabajar con las emociones en general: la conciencia emocional, la mejora de la regulación emocional, la reflexión activa sobre la emoción y la transformación emocional. Estos principios pueden ser aplicados en el trabajo con la vergüenza de mujeres sobrevivientes de ASI. Sostienen que es importante facilitar el compromiso emocional del cliente con recuerdos dolorosos en el proceso de la terapia. Afirman que las emociones desadaptativas necesitan ser reguladas. Tomar conciencia de las emociones puede promover la reflexión sobre la experiencia de crear un nuevo significado, que ayuda a las víctimas a desarrollar nuevas narrativas para explicar la experiencia. El último principio implica el proceso de cambio de emoción por emoción. Por ejemplo, la vergüenza desadaptativa puede transformarse en la auto-aceptación accediendo a la rabia, a auto-calmarse, a la compasión y al orgullo.

La terapia del trauma centrada en la emoción se ha encontrado eficaz en el tratamiento de mujeres sobrevivientes de ASI que sufren de traumas psicológicos. Esta terapia contempla tres mecanismos

interrelacionados de cambio: (1) acceder y modificar los recuerdos traumáticos que generan experiencias desadaptativas, como el miedo y la vergüenza, (2) acceder a las emociones adaptativas que están reprimidas, como la rabia y la tristeza y (3) proporcionar una experiencia interpersonal correctiva con el terapeuta (Paivio y Nieuwenhuis, 2001).

Aunque el apoyo empírico para la eficacia de las terapias de grupo para las mujeres con una historia de ASI es escasa, se han descrito como eficaces para reducir malestar psicológico, incluyendo la estigmatización y la vergüenza. Las terapias de grupo ofrecen la oportunidad de manejar los síntomas, reestructurar las distorsiones cognitivas y mejorar estrategias de auto-cuidado que son aspectos cruciales para tratar los sentimientos de vergüenza y las conductas asociadas (Feiring, Taska y Lewis, 1996; Nusbaum, 2000; Talbot y cols, 1999; Zupanich y Kreidler, 1998).

Las intervenciones tempranas con niños víctimas de abuso sexual ayudarían a la prevención de consecuencias negativas en la salud mental de adultos. Cohen, Deblinger, Mannarino y Steer (2004) han documentado la eficacia de un modelo de tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma para los niños víctimas de abuso sexual para ayudarles a superar sentimientos de vergüenza. El terapeuta puede ayudar a reducir los sentimientos de vergüenza en los niños que han sido abusados usando y ayudándolos a usar palabras directas para la experiencia de abuso como utilizar el término "abuso sexual" en lugar de "lo que pasó". El lenguaje indirecto contribuye a reforzar la idea de que el abuso es demasiado vergonzoso para discutirlo abiertamente.

Bennett y cols. (2005) proponen que los programas de intervención que incluyan actividades que disminuyan la propensión a la vergüenza o ayuden a las personas abusadas a manejar su vergüenza, pueden disminuir el enojo y los problemas de conducta. Kearney-Cooke y Striegle-Moore (1994) sugieren que es importante alentar a los pacientes a identificar y hablar de sus sentimientos de vergüenza y experiencias. Afirmaron que es útil para reconocer la vergüenza con los pacientes en las áreas en que se ven más afectados.

Deblinger y Runyon (2005) afirmaron que ayudar a las víctimas a desarrollar una narrativa verbal estructurada verbal y coherente no sólo contribuye a reducir los sentimientos de vergüenza, sino que también disminuye las posibilidades de desarrollar síntomas de TEPT.

Es posible que en mujeres víctimas de ASI, los sentimientos de vergüenza sean confirmados y fortalecidos por la repetición de la experiencia traumática (Gibson y Leitenberg, 2001). La aceptación del terapeuta ayuda a la sobreviviente de ASI a expre-

sar los sentimientos de vergüenza. Centrarse en los comportamientos basados en la vergüenza puede reducir el riesgo de la revictimización de las mujeres, ayudándolas a resolver sus sentimientos de imperfección (Kessler y Bieschke, 1999).

Los aspectos culturales deben ser considerados por su posibilidad de aumentar algunos de los efectos negativos de la vergüenza en el proceso de develamiento y recuperación de las experiencias de ASI. Fontes (2007) ofrece una visión general acerca de la vergüenza de víctimas latinas y sus familias, mostrando cómo las creencias culturales, los valores, las tradiciones, los tabúes y las preocupaciones impactan en la experiencia global de ASI.

Es importante señalar que hay víctimas que son resilientes y no desarrollan sentimientos de vergüenza, ni problemas de salud mental. Es necesario identificar los factores protectores para reducir la vulnerabilidad de la víctima como el apoyo familiar y el estilo de afrontamiento adaptativo (Deblinger y Runyon, 2005).

La fortaleza, como un estilo de afrontamiento positivo que empodera a las personas incluso frente a eventos estresantes, se considera un factor de protección para ayudar a los sobrevivientes de ASI. En un estudio se encontró que la fortaleza tiene un efecto moderador significativo en el impacto negativo de la vergüenza internalizada debido al abuso sexual. Este estilo de afrontamiento puede ser promovido por las relaciones íntimas de apoyo como puede ser la establecida en la psicoterapia (Feinauer, Hilton y Callahan, 2003).

Los factores de resiliencia como la búsqueda de apoyo emocional fuera de la familia, la capacidad de pensar bien de uno mismo, la espiritualidad, la atribución externa de la culpa y el reconocimiento de poder personal han sido reconocidos por estas mujeres como cruciales para superar la experiencia de abuso sexual. Estos factores podrían prevenir las consecuencias adversas del ASI, como la baja autoestima, depresión, vergüenza y otras dificultades interpersonales a largo plazo (Valentine y Feinauer, 1993).

Discusión

La vergüenza relacionada a una historia de ASI parece ser un punto crucial a considerar en las intervenciones psicológicas de las sobrevivientes. La vergüenza puede ser vista tanto como una dimensión de sufrimiento psicológico a raíz de la experiencia de ASI, y como mediadora entre la experiencia de abuso y los trastornos psicológicos y psiquiátricos (Andrews, 1995; Berliner, 2005; Murray y Waller, 2002).

Los estudios a menudo no distinguen entre el abuso sexual intrafamiliar y extrafamiliar, y este es un aspecto relevante a distinguir cuando se estudia los sentimientos de vergüenza (Ginzburg y cols., 2006). Se sabe que el ASI se da, en la mayoría de los casos, en el contexto de las relaciones familiares o que el autor tiene algún tipo de relación de cuidado o es conocido por la víctima. La experiencia profunda de la vergüenza relacionada con el abuso sexual en estos contextos la intimidad requiere mayor estudio.

Un aspecto que podría ser relevante para explorar en futuras investigaciones tiene que ver con las particularidades cualitativas en relación a la edad en que el ASI ocurrió. Es posible pensar que la experiencia de abuso sexual tendría un impacto emocional diferente dependiendo de si ocurre, por ejemplo, en una edad pre-verbal o durante la pubertad. La vergüenza puede ser experimentada o procesada con características específicas en relación con la etapa de desarrollo. También es posible esperar que la vergüenza aparezca años después del ASI, cuando esta experiencia es reconocida como algo que implica haber participado en una situación inapropiada.

Asimismo, considerando los aspectos culturales, sería interesante estudiar las diferencias de género en la dinámica, experiencia y expresión de la vergüenza en sobrevivientes de ASI. Comprender el significado más específico del abuso y de la vergüenza en ambos sexos, probablemente sería una contribución relevante a la práctica clínica.

Una reflexión clínica que surge de esta revisión tiene que ver con la complejidad de las emociones provocadas por el ASI, el develamiento y la forma en que ellos son significados y posicionados en la historia de sobrevivencia. Debido a que el foco de esta revisión fueron los sentimientos de vergüenza, fue necesario distinguir fenomenológicamente la vergüenza de otras emociones relacionadas, como la culpa, a fin de realizar una aproximación más precisa a los efectos de la vergüenza en las experiencias de ASI.

La experiencia de ASI puede ser vista como un proceso traumático en el que el cuerpo y el sí mismo son invadidos, sometidos y expuestos a una experiencia relacional caracterizada por la confusión y la imposibilidad de salir, buscar ayuda y simbolizar internamente (Perrone y Nannini, 1997). El ASI es un trauma relacional que involucra vergüenza, culpa y humillación. Sería interesante estudiar más a fondo esta compleja dinámica a fin de entender cómo estas emociones interactúan tras la experiencia de abuso e impactan en la construcción de la identidad y en las relaciones interpersonales. Esto podría te-

ner interesantes implicancias clínicas en los fenómenos de resiliencia y revictimización.

Otra reflexión clínica tiene que ver con la relación entre la vergüenza relacionada al abuso y la vergüenza como un elemento más estable en las mujeres que han sobrevivido al ASI. La pregunta acerca de cómo los intensos sentimientos de vergüenza, relacionados con el abuso sexual, pueden contribuir a desarrollar un estilo de experimentar o cómo la propensión individual a la vergüenza está relacionada al desarrollo de la vergüenza asociada al abuso ha sido estudiada por algunos autores (Feiring y Taska, 2005), aunque probablemente se necesita mayor investigación. Las formulaciones de Mason (1993) sobre la participación de la familia en el desarrollo del ciclo de los secretos y la vergüenza pueden traer algo de luz sobre este tema. Los patrones comunicacionales y las normas familiares pueden promover los sentimientos de vergüenza en sus miembros, dando mensajes de que es incorrecto el sentir, preguntar, hablar o incluso ver. Los patrones comunicacionales y las normas familiares promotores de vergüenza en sus miembros pueden ser un factor de riesgo para el retraso del develamiento. La forma en que la familia se protege de la amenaza de los temas vergonzosos es manteniendo el secreto.

Extender el estudio de las emociones en las mujeres sobrevivientes de ASI más allá de la ansiedad y el miedo podría permitir saber más acerca de la vulnerabilidad a las graves consecuencias, las vías diferenciales de la gama de resultados posibles y los potenciales blancos de las intervenciones terapéuticas. La vergüenza y otras emociones sobre el sí mismo, relacionadas al ASI, son un campo de investigación interesante y en desarrollo, considerando que esta experiencia traumática tiene probablemente un gran impacto en el desarrollo del sí mismo, en la construcción de la identidad y en las relaciones con los demás.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackard, D.M., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P.J., French, S., y Story, M. (2001). Binge and purge behavior among adolescents: associations with sexual and physical abuse in a nationally representative sample: the Commonwealth Fund survey. *Child Abuse and Neglect*, 25(6), 771-785.
- Andrews, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(2), 277-285.
- Andrews, B. (1997). Bodily shame in relation to abuse in childhood and bulimia: a preliminary investigation. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 41-49.

- Andrews, B., Brewin, C.R., Rose, S., y Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: the role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(1), 69-73.
- Andrews, B., y Hunter, E. (1997). Shame, early abuse, and course of depression in a clinical sample: a preliminary study. *Cognition and Emotion, 11*(4), 373-381.
- Bacon, H. (2001). Telling the baby crocodile's story: attachment and the continue of disclosure. In S. Richardson, H. Bacon. (Eds.), *Creative responses to Child Sexual Abuse. Challenges and Dilemmas* (pp. 60-80). Jessica Kingsley Publishers, Philadelphia.
- Bailey, J.A., y Mc Closkey, L.A. (2005). Pathways to adolescent substance use among sexually abused girls. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*(1), 39-53.
- Banyard, V.L., Williams L.M., y Siegel, J.A. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse: an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 697-715.
- Barrett, K.C., Zahn-Waxler, C. y Cole, P.M. (1993). Avoiders versus amenders implications for the investigation of guilt and shame during toddlerhood? *Cognition and Emotion, 7*, 481-505.
- Bennett, D.S., Sullivan, M.W., y Lewis, M. (2005). Young children's adjustment as a function of maltreatment, shame, and anger. *Child Maltreatment, 10*(4), 311-323.
- Berliner, L. (2005). Shame in child maltreatment: contributions and caveats. *Child Maltreatment, 10*(4), 387-390.
- Berliner, L., y Wheeler, J.R. (1987). Treating the effects of sexual abuse on children. *Journal of Interpersonal Violence, 2*, 415-434.
- Bonanno, G.A., Keltner, D., Noll, J.G., Putnam, F.W., Trickett, P.K., Lejeune, J., y Anderson, C. (2002). When the face reveals what words do not: facial expressions of emotion, smiling, and the willingness to disclose childhood sexual abuse. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*(1), 94-110.
- Boney-McCoy, S., y Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1406-1416.
- Browne, A., y Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin, 99*(1), 66-77.
- Bryer, J.B., Nelson, B.A., Miller, J.B., y Krol, P.A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry, 144*(11), 1426-1430.
- Burney, J., y Irwin, H. J. (2000). Shame and guilt in women with eating-disorder symptomatology. *Journal of Clinical Psychology, 56*(1), 51-61.
- Butler, L.D., Duran, R.E., Jasiukaitis, P., Koopman, C., y Spiegel, D. (1996). Hypnotizability and traumatic experience: a diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *American Journal of Psychiatry, 153*(7 Suppl.), 42-63.
- Butzel, I.S., Talbot, N.L., Duberstein, P.R., Houghtalen, R.P., Cox, C. y Giles, D.E. (2000). The relationship between traumatic events and dissociation among women with histories of CSA. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*, 547-549.
- Cohen, J.A., Deblinger, E. Mannarino, A.P. y Steer, R.A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sex abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(4), 393-402.
- Crisma, M., Bascelli, E., Paci, D., y Romito, P. (2004). Adolescents who experienced sexual abuse: fears, needs and impediments to disclosure. *Child Abuse and Neglect, 28*(10), 1035-1048.
- Deblinger, E., y Runyon, M.K. (2005). Understanding and treating feelings of shame in children who have experienced maltreatment. *Child Maltreatment, 10*(4), 364-376.
- Feinauer, L., Hilton, H.G., y Callahan, E.H. (2003). Hardiness as a moderator of shame associated with childhood sexual abuse. *The American Journal of Family Therapy, 31*, 65-78.
- Feiring, C. (2005). Emotional development, shame, and adaptation to child maltreatment. *Child Maltreatment, 10*(4), 307-310.
- Feiring, C., y Taska, L.S. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: a longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment, 10*(4), 337-349.
- Feiring, C., Taska, L., y Lewis, M. (1996). A process model for understanding adaptation to sexual abuse: the role of shame in defining stigmatization. *Child Abuse and Neglect, 20*, 767-782.
- Feiring, C., Taska, L., y Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: the role of shame and attributional style. *Developmental Psychology, 38*(1), 79-92.
- Ferguson, T.J. (2005). Mapping shame and its functions in relationships. *Child Maltreatment, 10*(4), 377-386.

- Finkelhor, D., y Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530-541.
- Fontes, L.A. (2007). Sin Vergüenza: addressing shame with Latino victims of child sexual abuse and their families. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(1), 61-83.
- Gamble, S.A., Talbot, N.L., Duberstein, P.R., Conner, K.R., Franus, N., Beckman, A.M., y Conwell, Y. (2006). Childhood sexual abuse and depressive symptom severity. The role of neuroticism. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(5), 382-385.
- Gibson, L.E., y Leitenberg, H. (2001). The impact of child sexual abuse and stigma on methods of coping with sexual assault among undergraduate women. *Child Abuse and Neglect*, 25, 1343-1361.
- Ginzburg, K., Arnow, B., Hart, S., Gardner, W., Koopman, C., Classen, C.C., Giese-Davis, J., y Spiegel, D. (2006). The abuse-related beliefs questionnaire for survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 30, 929-943.
- Gorey, K.M., Richter, N. L., y Snider, E. (2001). Guilt, isolation and hopelessness among female survivors of childhood sexual abuse: effectiveness of group work intervention. *Child Abuse and Neglect*, 25(3), 347-355.
- Greenberg, L.S., y Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: a practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology*, 62(5), 611-630.
- Hershkowitz, I., Lanes, O., Lamb, M.E. (2007). Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. *Child Abuse and Neglect*, 31(2), 111-123.
- Irwin, H.J. (1998). Affective predictors of dissociation II: shame and guilt. *Journal of Clinical Psychology*, 54(2), 237-245.
- Jaycox, L.H., Zoellner, L., y Foa, E.B. (2002). Cognitive-behavior therapy for PTSD in rape survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 891-906.
- Kallstrom-Fuqua, A.C., Weston, R., y Marshall, L.L. (2004). Childhood and adolescent sexual abuse of community women: mediated effects on psychological distress and social relationships. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 980-992.
- Kämmerer, A., Rosenkranz, J., Parzer, P., y Resch, F. (2003). *Heidelberg Fragebogen zu Schamgefühlen (HFS)*. Frankfurt: Harcourt Tests.
- Kearney-Cooke, A., y Striegel-Moore, R.H. (1994). Treatment of childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A feminist psychodynamic approach. *International Journal of Eating Disorders*, 15(4), 305-319.
- Kessler, B.L., y Bieschke, K.J. (1999). A retrospective analysis of shame, dissociation and adult victimization in survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling Psychology*, 46 (3), 335-341.
- Leserman, J. (2005). Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67, 906-915.
- Lipschitz, D.S., Kaplan, M.L., Sorkenn, J., Chorney, P., y Asnis, G.M. (1996). Childhood abuse, adult assault, and dissociation. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 261-266.
- Lovett, B. (2004). Child sexual abuse disclosure: maternal response and other variables impacting the victim. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(4), 355-371.
- Mason, M. (1993) Shame: Reservoir for family secrets. En E. Imber-Black, *Secrets in families and family therapy* (pp. 29-43). W.W. Norton, New York.
- Milligan, R-J, y Andrews, B. (2005). Suicidal and other self-harming behaviour in offender women: the role of shame, anger and childhood abuse. *Legal and Criminological Psychology*, 10, 13-25.
- Molnar, B.E., Buka, S.L., y Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91, 753-760.
- Murray, C., y Waller, G. (2002). Reported sexual abuse and bulimic psychopathology among nonclinical women: the mediating role of shame. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 186-191.
- Nagel, D.E., Putnam, F.W., Noll, J.G. y Trickett, P.K. (1997). Disclosure patterns of sexual abuse and psychological functioning at 1-year follow-up. *Child Abuse and Neglect* 21(2), 137-147.
- Negrao, C., 2nd, Bonanno, G.A., Noll, J.G., Putnam, F.W., y Trickett, P.K. (2005). Shame, humiliation, and childhood sexual abuse: distinct contributions and emotional coherence. *Child Maltreatment*, 10(4), 350-363.
- Nusbaum, G.A. (2000). A case illustration of combined treatment using a psychodynamic group for women sexual abuse survivors o address and modify self-punitive superego trends. *Group*, 24(4), 289-302.
- Paivio, S.C., y Laurent, C. (2001). Empathy and emotion regulation: reprocessing memories of childhood abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 213-226.
- Paivio, S.C., y Nieuwenhuis, J.A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: a preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 115-133.

- Pattakou-Parassiri, V., Nestoros, J.N. (2007). La alianza terapéutica y el compromiso en la terapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI(2), 151-157.
- Perrone, R. y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia: un abordaje sistémico y comunicacional* (pp. 124-142). Editorial Piados, Buenos Aires.
- Sable, M.R., Danis, F., Mauzy, D.L., y Gallagher, S. K. (2006). Barriers to reporting sexual assault for women and men: perspective of college students. *Journal of American College Health*, 55(3), 157-162.
- Stuewig, J., y McCloskey, L.A. (2005). The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: psychological routes to depression and delinquency. *Child Maltreatment*, 10(4), 324-336.
- Summit, R.C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse and Neglect*, 7(2), 177-193.
- Talbot, N.L., Houghtalen, R.P., Duberstein, P.R., Cox, C., Giles, D.E., y Wynne, L.C. (1999). Effects of group treatment for women with a history of childhood sexual abuse. *Psychiatric Services*, 50(5), 686-692.
- Talbot, J.A., Talbot, N.L., y Tu, X. (2004). Shame-proneness as a diathesis for dissociation in women with histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 17(5), 445-448.
- Tangney, J. P. & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*, Guilford Press, New York.
- Tripp, M.M., y Petrie, T.A. (2001). Sexual abuse and eating disorders: a test of a conceptual model. *Sex Roles*, 44(1/2), 17-32.
- Valentine, L., y Feinauer, L.L. (1993). Resilience factors associated with female survivors of childhood sexual abuse. *The American Journal of Family Therapy*, 21(3), 216-224.
- Widom, C.S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1223-1229.
- Williams, L.M. (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6), 1167-1176.
- Wolfsdorf, B.A. y Zlotnick, C. (2001). Affect management in group therapy for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 169-181.
- Zlotnick, C., Shea, T.M., Pearlstein, T., Begin, A., Simpson, E., y Costello, E. (1996). Differences in dissociative experiences between survivors of childhood incest and survivors of assault in adulthood. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 52-54.
- Zupancic, M.K., y Kreidler, M.C. (1998). Shame and the fear of feeling. *Perspectives in Psychiatric Care*, 34 (3), 29-34.

Abstract: Lifetime history of sexual abuse is estimated to range from 15% to 25% in general female population. The adverse effects of childhood sexual abuse in women survivors are well documented. Emotional processes have emerged as central for elucidating how these experiences affect mental health. One emotion that has recently received increased attention by researchers and clinicians is shame. As a self-oriented emotion, it has implications on the development of the self and encompasses the whole identity of the victim. Shame should be a focus in psychological interventions, helping the disclosure process, reducing the vulnerability to severe consequences and mental health problems associated with childhood sexual abuse.