

Evaluación de un programa de intervención terapéutica en mujeres que han vivido abuso sexual infantil

Yazmín A. Quintero Hernández
y Patricia Andrade Palos

Resumen

El propósito del estudio fue evaluar un programa de intervención dirigido a mujeres con experiencia de abuso sexual infantil. El programa consta de 11 sesiones individuales basadas en estrategias del modelo de terapia narrativa, con el objetivo principal de reducir los sentimientos de culpa y vergüenza. Las participantes fueron cuatro mujeres a las cuales se evaluó mediante una entrevista semiestructurada realizada antes y después del tratamiento. Las entrevistas fueron

Abstract

The purpose of this study was to evaluate an intervention program aimed at women with child sexual abuse experiences. The program consists of 11 individual sessions based on strategies of narrative therapy model, with the aim of reducing feelings of guilt and shame. The participants were four women who were assessed using a semi-structured interview conducted before and after treatment. The interviews were audio taped and transcribed, and by a thematic

YAZMÍN A. QUINTERO HERNÁNDEZ, Programa de Maestría y Doctorado, Facultad de Psicología en la UNAM [jessaminey@yahoo.com]

PATRICIA ANDRADE PALOS, Tutora del Programa de Doctorado, Facultad de Psicología en la UNAM [palos@servidor.unam.mx].

Esta investigación forma parte de un proyecto más extenso que pretende evaluar a un número mayor de mujeres, algunas aún en tratamiento. El proyecto incluye metodología cuantitativa y cualitativa.

Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 14, núm. 1, enero-junio 2012, pp. 49-71.

Fecha de recepción: 23 de marzo de 2011 | Fecha de aceptación: 27 de junio de 2011.

audiograbadas y transcritas por medio de un análisis temático por categorías. Se encontraron cambios positivos, y los más evidentes fueron los referidos a la imagen que tenían de sí mismas y los relacionados con la disminución de sentimientos de culpa y vergüenza en ellas; por otro lado, el programa de intervención resultó ser efectivo para las entrevistadas de acuerdo con la evaluación que efectuaron de sus propios cambios y del proceso terapéutico.

PALABRAS CLAVE

terapia narrativa, culpa, vergüenza, sobrevivientes de abuso sexual

analysis across categories were contrasted changes in the narratives of participants after treatment. Positive changes were found, being more evident that refer to the image that participants have of themselves and those related to the decrease in feelings of guilt and shame on them, on the other hand, the intervention program was effective for participants according to the evaluation made of its own changes and the therapeutic process.

KEY WORDS

narrative, therapy, guilt, shame, sexual abuse survivors.

Introducción

El programa de intervención que se evaluó se basa en estrategias del modelo de terapia familiar narrativa, por lo cual resulta importante subrayar algunos principios centrales del enfoque narrativo que enmarca el trabajo del terapeuta. Tal enfoque pone en duda la existencia de verdades absolutas y cuestiona la misión de la objetividad; advierte la existencia de una construcción social de la realidad donde el conocimiento surge dentro de las comunidades, por lo que las historias culturales determinarán las historias de las narrativas particulares; enfatiza la construcción de la realidad por medio del lenguaje; señala que éste es cambiante, lo que conduce a que las conversaciones terapéuticas sean oportunidades para cambiarlo y negociar diferentes significados; considera que las realidades se mantienen por la narrativa y, por lo tanto, se es prisionero de las propias descripciones; reconoce la existencia de narra-

tivas dominantes que determinan el comportamiento e indica la importancia de adentrarse en las narrativas dominantes con el fin de encontrar eventos extraordinarios; por lo anterior, la terapia narrativa se funda en describir historias por medio de un renarrar, con el propósito de que esas historias se vuelvan transformativas (Gergen, 2002; White, 1986; White, 1993; White y Epston, 1993).

Uno de los principales autores dentro de la terapia narrativa es Michael White (Payne, 2002) quien partió del supuesto de que el lenguaje es muy poderoso, crea realidades y determina destinos. White (1993) expuso que la fuerza más poderosa para modificar nuestras vidas son los relatos que constantemente contamos a nosotros y a los demás. Andersen (1996) también mencionó la trascendencia del lenguaje en la construcción de significados y, por lo tanto, su enorme poder curativo; definió que el lenguaje ayuda a construir la realidad, pues, una cosa que no puede nombrarse, sencillamente no existe, por lo cual la realidad sólo puede construirse según el lenguaje que se tenga en el repertorio; además, sugirió que, cuando todos nombran algo de una misma manera, ayudan a co-crearlo, lo co-construyen, mientras que cuando alguien nombra “algo”, automáticamente todos empiezan a ver ese “algo” a modo de proceso contagioso.

En ese sentido, la terapia narrativa retoma la importancia del lenguaje y del contexto de interacción de las personas en la creación de significados, lo cual resulta útil si se considera que las creencias familiares y sociales en torno del abuso sexual pueden influir en la sensación de culpa y vergüenza; así, será indispensable retomar en terapia el surgimiento y permanencia de las creencias propias alrededor del abuso sexual infantil.

Por otro lado, White y Epston (1993) establecieron que el significado que los miembros atribuyen a los hechos decreta su comportamiento; en este sentido, las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados. Asimismo, apuntaron que, para comprender las experiencias, éstas deben “relatarse”, y es precisamente su relato lo que establece el significado que se atribuirá a la experiencia. De esta forma, para dar sentido a sus vidas, las personas realizan una narración de su experiencia y su relato, a la vez que ordena la cotidianidad, sienta la interpretación de

experiencias posteriores. Así, tales relatos son constitutivos y modelan la vida y las relaciones. Además, las estructuras narrativas requieren un proceso de selección mediante el cual se deja de lado, de entre el conjunto de datos de la experiencia, aquellos datos que no encajan en los relatos dominantes que las personas desarrollan.

Los postulados de la narrativa aceptan que los individuos organizan su experiencia y le dan sentido por medio de los relatos y que, en la construcción de éstos, expresan aspectos escogidos de su experiencia vivida. La narrativa introduce la idea de que los sujetos son ricos en experiencia vivida y que sólo una fracción de esa experiencia puede relatarse y expresarse en un determinado momento; por lo tanto, gran parte de la experiencia queda inevitablemente fuera del relato dominante acerca de la vida y las relaciones de las personas; es decir, aunque la experiencia es tan amplia, la vida es un texto con narrativas dominantes y, en ocasiones, la gente se centra en algo que puede convertirse en problemático. Estos aspectos de la experiencia vivida que quedan fuera del relato dominante de las personas, llamados “acontecimientos extraordinarios”, constituyen una fuente de riqueza y fertilidad para la generación de relatos alternativos (White, 1993; White y Epston, 1993).

La aplicación de tales supuestos en terapia estipula que, cuando los relatos dominantes no dejan espacio suficiente para la representación de otros relatos preferentes, es necesario identificar acontecimientos extraordinarios para generar relatos alternativos que permitan representar nuevos significados, de modo que con ello aporten posibilidades más deseables y nuevos significados que las personas experimentarán como más útiles y satisfactorios (White, 1986; White y Epston, 1993). En este sentido, Kamler (2002) destacó la relevancia de ayudar a las mujeres que vivieron agresión sexual a superar la opresión de las imágenes dominantes y patológicas que tienen de sí mismas, retomando en terapia algunos aspectos que permitan el acceso a nuevas imágenes positivas sobre sí mismas.

Algunas personas que viven abuso sexual infantil se sienten avergonzadas o culpables, y se responsabilizan de algunas de las situaciones alrededor del abuso sexual, sea por haberlo permitido, no haberlo evitado

o incluso por creer que, de alguna manera, lo provocaron o participaron activamente en él. La culpa y vergüenza pueden manifestarse también por el hecho de haber sentido placer, por sus propios sentimientos generados a raíz del abuso sexual o por las consecuencias que el descubrimiento del abuso tuvo en sus familias y relaciones (Alaggia, 2005; Barker-Collo, 2001; Deblinger y Runyon, 2005; Feiring y Taska, 2005; Feiring, Taska y Lewis, 1996; Mannarino y Cohen, 1996a; Mannarino y Cohen, 1996b; Mannarino, Cohen y Berman, 1994; McGee, Wolfe y Olson, 2001; Peters y Range, 1996; Quas, Goodman y Jones, 2003; Ullman y Filipas, 2005).

Los sentimientos de culpa y vergüenza suelen permanecer por mucho tiempo (Feiring y Taska, 2005) y llevan a que los individuos tengan una imagen negativa de sí mismos, se sientan malos o sucios y crean que merecen situaciones dañinas o dolorosas a manera de castigo. Esos sentimientos pueden explicar algunas conductas comúnmente observadas en personas que han vivido abuso sexual infantil, como los pensamientos de devaluación y minusvalía, la baja autoestima, las conductas autodestructivas, la depresión, las pobres expectativas a futuro, la dificultad para entablar relaciones, el temor y la ansiedad (Andrews, Corry, Slade, Issakidis y Swanston, 2004; Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, y Myers, 2000; Lev-Wiesel, 2000; Molnar, Buka y Kessler, 2001; Tebbutt, Swanston, Oates y O'Toole, 1997; Trickett, Noll, Reiffman y Putnam, 2001). Por lo tanto, esos sentimientos resultan ser una parte fundamental en el proceso que viven los sujetos con abuso sexual infantil y de igual forma son mediadores esenciales en su recuperación (Deblinger y Runyon, 2005; Gorey, Richter y Snider, 2001).

La evidencia de sentimientos de culpa y vergüenza en personas que han vivido abuso sexual infantil, así como los efectos de ambas en la sintomatología y en el posterior ajuste adaptativo, remite a la trascendencia no sólo de diseñar propuestas de intervención que puedan incidir en la vergüenza y la culpa y así mediar los efectos negativos del abuso sexual infantil, sino de contar con evaluaciones adecuadas de sus resultados.

En ese sentido, existen algunas propuestas terapéuticas dirigidas al tratamiento de mujeres adultas con experiencia de abuso sexual infantil que incluyen diversos enfoques como el psicoeducativo, cognitivo, pis-

codinámico, psicocorporal, de soluciones, colaborativo y narrativo, entre otros; así como modalidades de terapia de apoyo, grupal, individual y familiar. Sin embargo, son pocas las propuestas de tratamiento que cuentan con estudios que evalúen su efectividad (Kessler, White y Nelson, 2003; Leserman, 2005), aun menos las evaluaciones de intervenciones con un enfoque desde la narrativa. Además, no se encontró evidencia de investigaciones centradas en la reducción de los sentimientos de culpa y vergüenza en individuos con experiencias de abuso sexual infantil.

En el programa de intervención que se diseñó para este estudio, se consideró que los sentimientos de culpa y vergüenza pueden eliminarse o reducirse al cambiar el significado que las personas han otorgado a su propia experiencia de abuso sexual infantil; se trabajó con el enfoque de terapia narrativa debido a que precisamente los medios narrativos han sido utilizados para deconstruir significados problemáticos y en su lugar co-construir narrativas y significados más deseables, liberadores, útiles y satisfactorios (McNamee y Gergen, 1996). En este sentido, tal modalidad terapéutica puede favorecer la disminución de la autoatribución de culpa, la sensación de fracaso y la estigmatización; así como contribuir a engendrar sentimientos de autoestima, a reconocer la autocompetencia, a facilitar la “reconexión” con los demás y, en general, a abrir las posibilidades de actuación dentro del entorno social (Limón, 2005).

Este programa consta de 11 sesiones de una hora cada una y abarca los siguientes temas: 1. Entrevista inicial, 2. Mitos y realidades del abuso sexual infantil, 3. Consecuencias del abuso sexual vivido, 4. Imagen de sí misma, 5. Sentimientos hacia el agresor, 6. Culpa y vergüenza, 7. Enojo, tristeza y miedo, 8. Conductas autodestructivas y sentimientos de devaluación y minusvalía, 9. Desconfianza generalizada y pérdida de la seguridad, 10. Pérdida de control y 11. Cierre del proceso. Cabe señalar que se elaboró un manual para guiar cada una de las sesiones, el cual contiene temas, objetivos y actividades específicas; lo que resulta de gran utilidad, si se considera que muchas propuestas de intervención no están estructuradas de modo que sirvan de guía para el manejo terapéutico con mujeres que han vivido situaciones de abuso sexual infantil. Esta estruc-

tura de intervención no es rígida y toma en consideración la posibilidad de adaptarse a las necesidades y características de cada paciente en particular, ya que el modelo de terapia narrativa implica libertad y flexibilidad.

Método

Puesto que la propuesta de intervención se basa en estrategias del modelo de terapia narrativa, se dio prioridad a la visión de las participantes dentro de su problemática y solución, por lo que fue importante considerar los efectos tanto del abuso sexual infantil como de la intervención desde su propia percepción. Para este fin, se efectuó un abordaje cualitativo,* el cual resultó apropiado por dos razones principales: la primera se refiere a la congruencia y similitud de la investigación cualitativa con los postulados de la terapia narrativa; la segunda va en relación con el tipo de información que necesitamos obtener, es decir, información a profundidad con un número pequeño de casos, pues la población con la que se trabajó es de difícil acceso.

La investigación cualitativa armoniza con la postura narrativa, ya que ésta pone en duda la existencia de verdades absolutas y niega la posibilidad de objetividad; es decir, cuestiona la tradicional postura positivista que separa al conocedor de lo conocido. Así, considera que el observador no puede mantenerse independiente del objeto observado y también reconoce la relevancia de entender la situación en los propios términos de la persona (McNamee y Gergen, 1996). Etchison y Kleist (2000) mencionan que la esencia de la terapia narrativa es interpretar y dar significado a la experiencia, así como incidir en las dinámicas únicas y particulares de cada paciente, lo que coincide con las aproximaciones cualitativas que destacan la comprensión de la experiencia individual. De manera similar, Amundson (2001) y Gaddis (2004) indican que la terapia narrativa está interesada en evaluar la efectividad del tratamiento según el caso específico, considerando el contexto y problema único del paciente; por lo tanto, resulta útil medir su efectividad desde la propia perspectiva del paciente.

Participantes

El estudio se llevó a cabo con cuatro mujeres mayores de 18 años que manifestaron haber vivido abuso sexual infantil y buscaron tratamiento psicológico. El contacto con las entrevistadas se realizó por medio de un centro de atención a mujeres, en el cual se identificó a quienes acudían buscando tratamiento y declaraban haber vivido abuso sexual infantil. Las participantes fueron remitidas para la aplicación del programa de intervención y se les programó una cita dentro del centro de atención para una entrevista inicial en un lapso máximo de una semana después de que asistían en busca de tratamiento.

Durante la entrevista inicial, se les explicó que el programa de intervención formaba parte de un estudio que pretendía evaluar la efectividad de un tratamiento; de ese modo, se les informó sobre los objetivos del estudio y se les solicitó su autorización para participar en él. Se les comentó que la duración del programa de intervención era de 11 sesiones semanales de una hora y que tenía la finalidad de trabajar aspectos asociados con la situación de abuso sexual que vivieron en la infancia. Se les aclaró que el programa carecía de costo y que su participación era completamente voluntaria, así que podrían tomar la decisión de retirarse en cualquier momento. Asimismo, se les comunicó que se audiógrabarían la primera y la última entrevistas con la finalidad de evaluar los resultados de la intervención; por último, se les explicó que tanto el proceso como las entrevistas serían manejadas en forma confidencial y se les garantizó el anonimato. Las participantes accedieron a integrarse al programa y firmaron un consentimiento informado.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se empleó una entrevista semiestructurada diseñada para los fines de este estudio. La entrevista pretendió analizar principalmente la presencia de sentimientos de culpa y vergüenza antes y después de la intervención. Tal entrevista explora los siguientes aspectos: 1. Datos de la participante, 2.

Características de la experiencia de abuso sexual infantil, 3. Consecuencias que atribuye a esta experiencia, 4. Imagen del agresor, 5. Explicaciones que ha dado a su vivencia, 6. Imagen de sí misma, 7. Expectativas a futuro y 8. Evaluación de la participante del proceso terapéutico.

ESTRATEGIA ANALÍTICA

Se hizo un análisis temático por categorías. Para ello, se transcribieron textualmente las entrevistas audiograbadas. Después, se hizo una lectura para efectuar un primer nivel de análisis y establecer las categorías, las cuales generaron otras subcategorías de análisis, que a su vez permitieron elaborar un análisis más preciso de la información.

Resultados

En cuanto a las características sociodemográficas, las participantes estuvieron en un rango de edad entre 29 y 36 años, y aunque su estado civil variaba, las cuatro tenían pareja, trabajaban fuera del hogar y habían hecho estudios de nivel básico (tabla 1).

Con respecto de las características de la experiencia de abuso sexual infantil, la edad de inicio variaba entre los 5 y los 13 años. Las cuatro mujeres vivieron agresión constante durante más de tres años y tres de ellas por más de una persona; en tres, el tipo de agresión fue penetración ,

Tabla 1. Características socio demográficas

<i>Participante</i>	<i>Edad</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Estudios</i>	<i>Otros Tx Psic</i>
1. La	34	Casada	Costurera	Técnico (enfermería)	Sí/anterior
2. Y	36	Unión Libre	Intendencia	Primaria	No
3. T	33	Casada	Intendencia	Secundaria	Sí/anterior
4. J	29	Soltera	Costurera	Secundaria	Sí/anterior

mientras que una no lo tiene claro. Los agresores fueron padrastro, medios hermanos, novio, vecino y conocido. Una vivió una experiencia de violación reciente la cual motivó su búsqueda de tratamiento.

Las consecuencias que atribuyeron a la experiencia de abuso sexual infantil se clasificaron en consecuencias a corto y a largo plazo (manifestadas actualmente). A su vez, se clasificaron en emocionales, cognitivas y conductuales.

El análisis de las entrevistas reveló que las reacciones emocionales a corto plazo incluían sentimientos de miedo y culpa, mientras que las cognitivas se relacionaban con autopercepción negativa, baja autoestima y pensamientos de devaluación y minusvalía; también, se encontró desconfianza hacia otras personas y expectativas negativas, desalentadoras y pesimistas, en específico las referentes a pérdida de ilusiones; en cuanto a las conductuales, se detectó baja en el rendimiento escolar, aislamiento y agresividad.

En cuanto a las consecuencias a largo plazo, destacaron mayormente las cognitivas referentes a autopercepción negativa, baja autoestima y pensamientos de devaluación y minusvalía; otras consecuencias cognitivas halladas en menor medida tenían que ver con la desconfianza hacia otras personas y la pérdida de la seguridad. En relación con los indicadores emocionales, se descubrieron evidencias de depresión, culpa, vergüenza, odio, resentimiento y enojo. Dentro de las conductuales se encontraron respuestas que se referían a sobreprotección de los hijos, relaciones extramaritales, agresividad, aislamiento y dificultades sexuales.

Ninguna de las participantes enunció alguna imagen positiva de su agresor al momento de la entrevista. Por otra parte, las interrogadas expresaron los sentimientos que les generaba su agresor, entre los que destacan el coraje y el rencor presente en las cuatro mujeres; otro sentimiento referido por todas fue el miedo durante la infancia; una de ellas indicó el asco y otra declaró sentir actualmente lástima por su agresor.

Las explicaciones que dieron a la ocurrencia del abuso sexual infantil se clasificaron en: 1. Respuestas que evidenciaban una falta de explicación, 2. Respuestas que evidenciaban atribución propia de responsabilidad dentro de la agresión, 3. Respuestas que evidenciaban explicaciones

en torno del agresor y 4. Respuestas que evidenciaban explicaciones en torno de la situación, sin responsabilizarse ni a ella misma ni al agresor.

Así, se tiene que, aunque ninguna de las cuatro participantes explicó en forma directa la ocurrencia de la agresión en términos de ella misma o de responsabilidad propia, una de ellas señaló no encontrar ninguna explicación a su agresión; sin embargo, cuestiona la ocurrencia de ésta usando atribución propia; otras dos entrevistadas explican su agresión en cuanto a las características propias del agresor como enfermedad mental y deseos de venganza; y una más da una explicación en torno de la situación donde el agresor no tenía pareja.

En cuanto a la imagen de sí mismas, las encuestadas advirtieron características en ellas mismas correspondientes tanto a una imagen positiva como negativa; no obstante, las cuatro nombraron muchas más características negativas de ellas mismas al describirse. El análisis de sus respuestas en esta área evidenció una imagen negativa de sí mismas. La clasificación de imagen negativa se refirió a todas las respuestas que daban indicios de autopercepciones negativas, baja autoestima y sentimientos de devaluación y minusvalía; también, incluyó las respuestas que resaltaban la minimización de sí mismas y de sus necesidades.

Referente a las expectativas de su futuro, fue interesante encontrar que las cuatro participantes daban respuestas que patentizaban expectativas positivas.

INDICADORES DE CULPA, VERGÜENZA Y OTROS SENTIMIENTOS DOLOROSOS

En cuanto a los sentimientos de culpa y vergüenza, se detectó evidencia de éstos en las cuatro mujeres en alguna de sus respuestas a la entrevista inicial, ya sea cuando el abuso ocurrió, tiempo después, o actualmente; es decir, al momento de la entrevista. Cabe señalar que no todos los sentimientos de culpa y vergüenza se asociaron directamente con responsabilizarse por la ocurrencia del abuso sexual vivido; así, se halló evidencia de culpa o vergüenza por permitir que el abuso sexual sucediera y por las posibles consecuencias de la revelación del abuso sexual. Por otro lado, se

encontraron dos aspectos de la culpa y la vergüenza que surgieron durante las entrevistas; el primero estuvo vinculado con la culpa y vergüenza generalizada a muchas otras situaciones de la vida, mientras que el segundo se refirió a la manera en que otras personas contribuyeron a provocar sentimientos de culpa y vergüenza en las participantes. Por último, se detectó evidencia de otros sentimientos dolorosos, como el miedo y el dolor en general (tabla 2).

Tabla 2. Indicadores de culpa, vergüenza y otros sentimientos dolorosos

<i>Categorías</i>	<i>Fragmentos de la entrevista</i>
Culpa por la ocurrencia del abuso sexual	<p>1. La. “Entonces llegó un momento en que yo me sentía culpable de todo lo que yo estaba haciendo, porque yo me dejaba tocar por él... Haga de cuenta que yo me sentía así como que lo inicié y había sido mi culpa.”</p> <p>3. T. “¿Por qué me ocurrió a mí? No lo sé; quizá porque he fallado en muchas cosas... Yo me alimenté de odio, coraje, resentimiento... Y pues dije: ‘No, si yo hubiera hecho caso a la persona, si hubiera hecho esto... pues el hubiera ya no existe.’”</p>
Culpa por permitir que el abuso sexual ocurriera	<p>1. La. “Mucho tiempo así como que me sentía yo culpable de decir; no lo veía yo como que estaba yo actuando mal, pero sí me sentía mal, ¿no?”</p>
Culpa por las consecuencias de la revelación del abuso sexual	<p>1. La. “Después de eso, ya fue como una culpabilidad y no dije nada, y después de eso yo decía... o sea, en ese momento yo digo algo y mi mamá se va a sentir mal, mi papá va a pelear con mi mamá y van a terminar mal las cosas entonces, y no voy a solucionar nada, porque nadie me va a regresar lo que... o va a dejar de pasar lo que a mí me pasó, ¿no?”</p>

Culpa asignada por los otros

3. T. “He visto varias psicólogas en este tiempo; este lapso he visto varias, a veces muy diferentes a una. Me han dicho ‘Es que tú los provocas, sí, es que ustedes son mujeres que se visten casi ni se ponen nada, casi ustedes vienen bien arregladas y todo. ¿Cómo no le van a llamar la atención a la gente que pasa?, ¿cómo no les va a pasar las violaciones?’... Me hacen sentir como de la calle; me hace sentir que tienen razón de que, si los provocamos, a lo mejor tenemos la culpa y a veces me pongo a pensar ‘¿Y si yo me vistiera? si yo vistiera tapado y así como yo vivía antes o como era yo antes a lo mejor nada de esto me hubiera pasado.’”

2. Y “Como que me quiso atacar que yo hubiese sido culpable, porque fue con la que pasó lo de su esposo, que te digo que yo le hablaba y que ella no me creyó y que al otro día me pegó.”

Culpa generalizada a muchas otras situaciones de la vida

1. La. “Y desgraciadamente, o sea como le diré, tratando de evitar las cosas y como que vuelvo a caer yo en los mismos patrones; yo me embaracé a los 17 años, mi hija está embarazada a los 17 años, yo sufrí una violación mi hija sufre una violación... Entonces, así como que yo me acusaba de todo lo que él hacía.”

Vergüenza

4. J. “Sentía que estaba mal, ¿no?, pero como no decirlo también, como que decía ‘A lo mejor me gustara, ¿no?’ o ‘¿Por qué no lo digo?’”

Vergüenza asignada por otros

3. T. “El típico de los de la gente de ahí: que uno no, que no se vale, que me quitaste el sombrero, me lo pisoteaste, que va a decir la gente.”

Miedo

2. Y. “Y empezaban pues las amenazas si decía yo algo, que no me iba a querer mi mamá. Entonces, pues siempre así fue creciendo y con el silencio, ¿no?, miedo de lo que él me decía y pasó el tiempo.”

Dolor

3. T. “Yo quería, tenía sueños; pero yo sentí que, desde ese momento, rompe con todos esos sueños; es como si me hubieran atrapado y no me dejaron... Cuando tenía como ocho años, era una persona muy alegre; desde ahí entonces creo hasta los 12, era muy alegre; tenía sueños, reía con todo. Era una persona que tenía muchas motivaciones de salir adelante; yo me conquistaba a la gente con mi manera de reír, de hablar, de platicar, y entonces me pasa esto de los 13 años. Para mí, eso se acaba.”

3. T. “Todo el tiempo me siento triste, todo el tiempo lloro, todo el tiempo me siento sucia, me duele mucho la cabeza; o sea, todo, todo me pasa, no quiero ni salir, no quiero nada.”

CAMBIOS MANIFESTADOS POR LAS PARTICIPANTES

Las respuestas de la entrevista final de las cuatro mujeres revelaron cambios positivos; los más evidentes se referían a la imagen que ellas tenían de sí mismas, y los relacionados con la disminución de sentimientos de culpa y vergüenza; por otro lado, el programa de intervención resultó ser efectivo en cuanto a la autoevaluación de sus propios cambios y del proceso terapéutico.

Con referencia al cambio en los sentimientos de culpa y vergüenza en las entrevistadas después del tratamiento, la entrevista final demostró que tres de ellas se percibieron a sí mismas como víctimas en el momento de la agresión; dos expresaron ya no sentirse avergonzadas y culpables, y una se dio cuenta de que no era culpable de muchas otras cosas en las que se percibía responsable.

Asimismo, las participantes refirieron cambios en otros aspectos no ligados directamente con los sentimientos de culpa y vergüenza; entre ellos, se destacaron los concernientes a una imagen más positiva de sí mismas. Así, por ejemplo, dos de ellas adquirieron una imagen de fortaleza y capacidad para superar dificultades; tres manifestaron poseer una imagen más valorada de sí mismas, con mayor seguridad, con la capacidad de

poner límites a los otros y en estas tres se identificó un reconocimiento de la importancia de darse prioridad a sí mismas. Una participante declaró una disminución de la tendencia a revictimizarse y autoestigmatizarse, así como en las creencias pesimistas acerca de no poder salir adelante.

Por último, las cuatro entrevistadas declararon en la entrevista final un incremento en sus redes de apoyo, una disminución de la desconfianza y, en general, una mejora de las relaciones con los demás (tabla 3).

Tabla 3. Cambios manifestados por las participantes después del tratamiento

<i>Categorías</i>	<i>Fragmentos de la entrevista</i>
Disminución de culpa en relación con el abuso sexual	<p>T. “Yo fui, ahora si, su víctima de ellos, su juguete de ellos que jugaron un rato; pero, gracias a Dios, estoy aquí también y pues que Diosito los perdone.”</p> <p>Y. “¿Por qué se... pues, se ensañó conmigo? Bueno pues yo no tenía la culpa, ¿no?... porque ahora entendí que igual que yo fui una vez una víctima, él, él no tuvo la culpa por... Entonces, ni yo la tuve ni él la tiene... Igual él pudo haber estado en una situación [como en] la que yo me encontré con él y, este, él volvió a repetir el mismo patrón; desgraciadamente pues fue conmigo... Ya lo perdoné, ya lo perdoné; yo sé que no era, no fue... no estuvo bien lo que hizo, porque dices: ‘Pues al fin y al cabo yo era una niña.’”</p> <p>La. “Mira, yo creo que me ayudó muchísimo a entender que no tenía yo la culpa, que a lo mejor yo me sentía así como culpable por haber permitido eso; ahorita veo que no fue mi culpa, y no; o sea, por muy... por muy, este... por mucho que yo me haya dejado o haya permitido esa situación, no fue mi culpa.”</p> <p>T. “Sentía que yo merecía la muerte por lo que me había pasado, pero en realidad no, me di cuenta que no... Ahora le voy a dar valor a mi vida al 100.”</p>

Disminución de vergüenza en relación con el abuso sexual

La. “Antes era como que de esconder la mirada, o sea, como de desviar la mirada, no verlo de frente y ahora tengo el valor para verlo de frente, ¿no? Yo creo que él lo sabe, que yo me acuerdo, ¿no? y que antes era la vergüenza que yo tenía y esconder la mirada y ahorita ya no, ya verlo de frente y a lo mejor no decirselo con palabras, pero con actitudes decirle ‘Yo no tengo la culpa y acuérdate de lo que tú hiciste.’”

La. “Bueno, yo decía que no era culpable, ¿no?, pero en mi actitud sí se veía ¿no? A mí me daba hasta vergüenza decirlo y que la gente se enterara; incluso yo había ido a terapia y jamás había comentado esto. No, jamás había comentado esto; entonces, así como que en esa forma yo me sentía culpable, o sea, yo no lo quería informar y decir por qué, porque me sentía culpable, me sentía con una gran vergüenza y ahorita, no.”

Disminución de culpa generalizada a otras situaciones de su vida

La. “Me dañaba mucho el haberme separado de mi marido por la culpa que me generaba que mi hija hubiera sido violada... Me generaba culpa, me generaba así como que remordimiento... Me hacía sentir culpable de esa forma; de esa separación me hacía sentir culpable de esa forma, pero ahorita viéndolo, o sea, no importaba si yo estaba tan lejos o cerca.”

Autoimagen positiva

J. “Todo mundo me decía que yo, según, estaba bonita y que valía mucho y que tenía muchas cualidades, pero siempre lo sentía como burla y le decía a mi hermana: ‘Es que cómo que se burlan de mí’... No me lo creí y yo ahorita digo: ‘No, sí es cierto; sí sé muchas cosas y, la verdad, yo digo que soy trabajadora y, o sea, como que si me quedara sin trabajo, yo le buscar[í]a ¿no? Porque sé muchas cosas, sé hacer muchas cosas y yo ahorita digo: ‘Pues sí, soy una persona buena.’”

J. “Pues ahora me doy cuenta que si valgo mucho.”

La. “Me veo como una mujer fuerte que ha superado muchas de las cosas que han pasado.”

T. “Si yo pude lograr esa experiencia que tanto daño me hizo, ¿por qué no lograr la experiencia que vivo con mi esposo?, ¿por qué no lograr las experiencias que vivo con la gente?, ¿por qué no lograr superar todo eso? ¿Por qué no?, ¿por qué no si pude [superar] éste que, la verdad, sentía que no lo iba a sacar?”

Y. “Muy segura de mí misma, pues puedo hacer muchas cosas más, mucha seguridad... Ya no tengo miedo de decir las cosas. Este, ¿qué más?, ¿qué más?... ahora sé que valgo mucho más, más, más.”

J. “Y siento que ya no soy tan dejada, también porque inclusive antes me daba pena decir ‘No’. Me decían algo y yo: ‘Pues bueno’ y ya qué, aunque no quisiera y ahora digo ‘No’; si no quiero, pues no.”

T. “Pues yo me veo fuerte, me veo bien, me siento bien, pues ahora tengo más sueños que antes; y antes yo decía que para mí ya no existía la ilusión, ya no existían los sueños, pues ahorita tengo más, despertó en mí algo que, que ahorita quiero ser yo primero: primero, primero yo y después, todos los que vengan atrás.”

La. “Actualmente, pues yo así, así, a mi parecer, pues siento que... sí me dañó, pero no al grado de encasillarme y decir: ‘Pobrecita de mí, soy una mujer que abusaron de mí’ y que no puedo salir adelante por lo que me pasó ¿no?”

Mejora en las relaciones con los demás

La. “Estoy tratando de que mis hijos salgan delante, de yo salir adelante, y de apoyar a mi marido. Ahorita ya no tengo muchos problemas; antes eran mu-

chos problemas los que yo tenía con él, y no porque él... parte que él lo buscaba, pero parte también yo los buscaba ¿no? Yo agredía con tal de que me agredieran y después hacerme como la víctima, ¿no? Entonces, ahorita no; ahorita yo hablo, platico más, ya, este... Él era de las personas que a lo mejor se enojaba y se callaba y a mí me purgaba que se callara; ahorita yo lo dejo que se calle y yo me callo y ya después, más tranquilos, platicamos.”

Y. “Entonces, iba por ahí otra vez ella y digo no, ahora no; y me empecé a reír y ahora lo que hago es [que] cambio el tema o digo algo para que nos riamos, pero no le doy importancia. Ya no me lastima a mí, ya no me lastima mi hermana, ya no me lastima, fíjate que no.”

Y. “Sí, enojada se lo dije, porque sí se lo dije, ¿verdad? Y ya como que se quedó quieto [risa]. Porque antes igual no, no decía nada y hubiese seguido dice y dice y ahora no; ahora le digo, por decir, algo tajante y ya no me dice nada y en cambio antes no, porque yo no decía nada y me seguía y seguía hasta que me hacía hasta llorar y yo todo lo que él me decía, pues yo me lo creía y ahora dije no.”

T. “Pues sí; sí hay gente buena y hay gente que me puede ayudar. Es lo que he visto ahorita a pesar de que desperté mi sueño donde yo no sabía nada de esto, ¿no? Entonces, yo me doy cuenta de que hay personas buenas. Se siente la persona que está hablando cosas, ¿no? y también se siente la persona de que quién te quiere ayudar y también se siente la persona quien nada más está amablemente, cortésmente... De mi trabajo pues, ah, pues ahorita ya me hice de muchos amigos y muchas amigas. Y, no, al contrario yo convivo con ellos, salgo con ellos.”

Discusión

Las características más relevantes compartidas por las entrevistadas fueron la baja autoestima, una condición socioeconómica baja, múltiples situaciones de maltrato a lo largo de su vida y la presencia de culpa y vergüenza en mayor o menor medida.

Con respecto de la característica que más se destacó en las cuatro participantes del estudio fue la presencia de baja autoestima, la cual suele ser común en condiciones de maltrato y, en específico, en situaciones de abuso sexual infantil (Andrews *et al.*, 2004; Trickett *et al.*, 2001). Muchas mujeres que vivieron abuso sexual infantil tienen un concepto negativo y autodestructivo de sí mismas debido a que de niñas pudieron empezar a considerarse malas, sucias o avergonzadas por haber vivido abuso sexual (Kamsler, 2002).

Por otra parte, quienes participaron en este estudio no sólo habían enfrentado abuso sexual infantil, sino que habían estado sometidas a diversas situaciones de maltrato a lo largo de sus vidas; incluso dos de ellas aún continuaban viviendo experiencias de maltrato al momento de la entrevista.

Las experiencias de maltrato comúnmente se presentan de manera conjunta, ya que el abuso sexual infantil a menudo ocurre en contextos familiares específicos donde se da otro tipo de condiciones y abusos (Linares, 2002); además, es frecuente detectar la presencia de maltrato en la etapa adulta de personas que vivieron abuso sexual infantil. Junto con otras situaciones de riesgo como las conductas autodestructivas, el maltrato se ha encontrado en personas que han vivido situaciones de abuso sexual infantil (Molnar *et al.*, 2001; Kendler *et al.*, 2000). Involucrarse en situaciones de maltrato puede significar desde una necesidad de recibir situaciones difíciles o dolorosas a modo de castigo, hasta una dificultad para establecer límites.

Además, las cuatro participantes reportaron indicios de sentimientos de culpa y vergüenza, lo que coincide con lo expuesto en la literatura, donde la presencia de estos sentimientos se ha relacionado con el abuso sexual infantil (Alaggia, 2005; Barker-Collo, 2001; Deblinger y Runyon, 2005; Feiring y Taska, 2005; McGee *et al.*, 2001; Quas *et al.*, 2003).

La presencia tanto de la baja autoestima como de los sentimientos de culpa y vergüenza en personas que han vivido abuso sexual infantil ha sido explicada por algunos autores; por una parte, el abuso sexual infantil ocurre en una etapa donde existe mayor vulnerabilidad de desarrollar un autoconcepto negativo, porque la visión de un niño aún está en formación y por el estigma vinculado con el abuso (Feiring *et al.*, 1996); por otra, esos sentimientos pueden ser provocados por el agresor, quien acostumbra utilizar recursos intimidatorios para conseguir que el abuso permanezca oculto; la niña recibe la versión del agresor antes de haberse formado una opinión propia de sí misma y de lo que le aconteció. Así, ciertas ideas son transmitidas a la niña y esas ideas son las que llevan al desarrollo de la culpa, la vergüenza y el desprecio de sí misma (Kamsler, 2002).

La relación entre la culpa y la vergüenza con la autoestima también pudo quedar comprobada en los resultados de este estudio. Siendo los sentimientos de culpa y vergüenza aspectos centrales del programa de intervención evaluado, es interesante que el trabajo enfocado en estos sentimientos pudiera llevar, al finalizar el tratamiento, a un reporte por parte de las entrevistadas de efectos positivos evidentes en aspectos de autoestima, conductas de autocuidado y una nueva forma de relacionarse con los demás, donde se percibían con mayor fortaleza y con la capacidad de poner límites.

Estos resultados son congruentes con estudios que han enlazado los sentimientos de culpa y vergüenza con aspectos como el autoconcepto, los sentimientos de devaluación y minusvalía, la baja autoestima, las conductas autodestructivas y la dificultad para establecer relaciones positivas (Deblinger y Runyon, 2005; Gorey *et al.*, 2001; Lev-Wiesel, 2000).

Los resultados de esta investigación contribuyen a reforzar la idea de la importancia y beneficios de trabajar los sentimientos de culpa y vergüenza en sujetos que han vivido abuso sexual infantil y aportan evidencia de la utilidad que para tal finalidad tiene el programa de intervención evaluado en el estudio y que, además, posee la ventaja de ser un programa estructurado que puede servir de guía, a la vez que permite la flexibilidad necesaria requerida por el modelo de intervención desde la narrativa.

REFERENCIAS

- Alaggia, R. (2005). Disclosing the trauma of child sexual abuse: A gender analysis. *Journal of Loss and Trauma, 10*, 453-470.
- Amundson, J. K. (2001). Why narrative therapy need not fear science and “other” things. *Journal of Family Therapy, 23*, 175-188.
- Andersen, T. (1996). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En McNamee, S. y Gergen, K. (eds. comps.) (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Andrews, G.; Corry, J.; Slade, T.; Issakidis C. y Swanston, H. (2004). Cap. 23. Child Sexual Abuse. En Ezzati, M. (2004). *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors, 1851-1940*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Barker-Collo, S. L. (2001). Adult reports of child and adult attributions of blame for childhood sexual abuse: Predicting adult adjustment and suicidal behaviors in females. *Child Abuse & Neglect, 25*, 1329-1341.
- 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.
- Etchison, M. y Kleist, D. M. (2000). Review of narrative therapy: Research and utility. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 8* (1), 61-66.
- 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.
- , 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* (8), 767-782.
- Gaddis, S. (2004). Re-positioning traditional research: Centring clients’ accounts in the construction of professional therapy knowledges. En Dulwich Centre Publication (2004). *Narrative therapy and research. The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, núms. 29-67.
- Gergen, K. J. (2002). *La terapia como una construcción social: Dimensiones, deliberaciones y divergencias*. EE.UU.: Swarthmore College.
- Gorey, K. M.; Richter, N. L. y Snider, E. (2001). Guilt, isolation and hopelessness among female survivors of child sexual abuse: effectiveness of group work intervention. *Child Abuse and Neglect, 25*, 347-355.

- Kamsler, A. (2002). La formación de la imagen de sí misma. Terapia con mujeres que sufrieron abuso sexual durante la infancia. En Durrant, M. y White, C. (2002). *Terapia del abuso sexual*. Barcelona: Gedisa.
- Kendler, K. S.; Bulik, C. M.; Silberg, J.; Hettema, J. M.; Myers, J. y Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and co-twin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57 (10), 953-959.
- Kessler, M. R. H.; White, M. B. y Nelson, B. S. (2003). Group treatments for women sexually abused as children: A review of the literature and recommendations for future outcome research. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1045-1061.
- Leserman, J. (2005). Sexual abuse history: Prevalence, health effects, mediators and psychological treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67, 906-915.
- Lev-Wiesel, R. (2000). Quality of life in adult survivors of childhood sexual abuse who have undergone therapy. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9 (1), 1-13.
- Limón, A. G. (2005). *Terapias postmodernas: aportaciones construccionistas*. México: Pax.
- Linares, J. I. (2002). *Del abuso y otros desmanes, el maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós.
- Mannarino, A. P. y Cohen, J. A. (1996a). Abuse-related attributions and perceptions, general attributions, and locus of control in sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 11 (2), 162-180.
- (1996b). Family-related variables and psychological symptom formation in sexually abused girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5 (1), 105-119.
- y Berman, S. R. (1994). The children's attributions and perception scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23 (2), 204-211.
- McGee, R., Wolfe, D. y Olson, J. (2001). Multiple maltreatment, attribution of blame, and adjustment among adolescents. *Development and Psychopathology*, 13, 827-846.
- McNamee, S. y Gergen, K. J. (eds.) (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Molnar, B. E.; Buka S. L. y Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the national co-morbidity survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-760.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa*. Buenos Aires: Paidós.
- Peters, D. K. y Range, L. M. (1996). Self-blame and self-destruction in women sexually abused as children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5 (4), 19-33.

- Quas, J. A., Goodman, G. S. y Jones, D. P. (2003). Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 723-736.
- Tebbutt, J.; Swanston, H.; Oates, R. K. y O'Toole, B. I. (1997). Five years after child sexual abuse: persisting dysfunction and problems of prediction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (3), 330-339.
- Trickett, P. K.; Noll, J. G.; Reiffman, A. y Putnam, F. W. (2001). Variants of intra-familial sexual abuse experience: Implications for short- and long-term development. *Development and Psychopathology*, 13, 1001-1019.
- Ullman, S. E. y Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29, 767-782.
- White, M. (1986). Negative explanation, restraint and double description: A template for family therapy. *Family Process*, 25 (2).
- (1993). Relato, conocimiento y poder. En White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.