



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

Terapia de Autocompasión y abuso sexual infantil

Autor/a: Lucía Pereira Rodríguez

Director/a: Rocío Caballero

Madrid

2020/2021

Índice

Resumen	3
1. Introducción.....	4
2. El abuso sexual infantil.....	6
3. El papel determinante del apego.....	7
4. La autocompasión como estrategia compensatoria emocional.....	10
Emociones asociadas al abuso sexual.....	13
Vergüenza.....	13
Autocrítica	15
Culpa.....	16
Efecto reparador de la CFT	17
5. Conclusiones.....	25
6. Limitaciones y futura investigación	27
7. Bibliografía.....	29

Resumen

En esta revisión bibliográfica se trata de explicar el efecto reparador de la Terapia de Autocompasión en víctimas de abuso sexual infantil. Esta experiencia supone un trauma que afecta a nivel neurológico mediante la hiperactividad del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal (HHS). Además, genera consecuencias emocionales asociadas al abuso como la culpa, la vergüenza y la autocrítica. Estas, impiden que la persona se autorregule funcionalmente y promueven la hiperactividad de la amígdala. El apego inseguro correlaciona con las emociones asociadas al abuso y niveles bajos de autocompasión. La autocompasión es una estrategia emocional que permite una regulación emocional funcional ante las dificultades de la vida. En el caso de víctimas de abuso sexual en la infancia, les permite acceder al perdón de uno mismo y a la reconciliación con su historia de vida.

Palabras clave: *abuso sexual infantil, autocompasión, apego, culpa, vergüenza, autocrítica.*

Abstract

This literature review attempts to explain the reparative effect of Self-Compassion Therapy in victims of child sexual abuse. This experience involves a trauma that affects the neurological level through hyperactivity of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HHS) axis. In addition, it generates emotional consequences associated with the abuse such as guilt, shame and self-criticism. These, prevent the person from functionally self-regulating and promote amygdala hyperactivity. Insecure attachment correlates with abuse-associated emotions and low levels of self-compassion. Self-compassion is an emotional strategy that allows functional emotional regulation in the face of life's difficulties. In the case of victims of childhood sexual abuse, it allows them to access self-forgiveness and reconciliation with their life history.

Keywords: *child sexual abuse, self-compassion, attachment, guilt, shame, self-criticism*

1. Introducción

Los niños víctimas de abusos sexuales sufren consecuencias negativas a corto plazo que afectan a su vida diaria y muchas de ellas, persisten en la vida adulta (McLean y cols., 2018; Satici y cols., 2015). Según la OMS (1999) el abuso sexual infantil es aquel acto sexual que involucra a un niño que no comprende el significado de los actos, o para el cual no está evolutivamente preparado por lo que no puede dar consentimiento, o que viola las leyes y tabús de la sociedad. Las consecuencias del abuso se pueden reflejar en síntomas externalizantes e internalizantes. Los externalizantes podrían ser problemas conductuales, agresividad o conductas sexuales que conlleven consecuencias dañinas, mientras que los internalizantes podrían ser depresión, autolesiones o ideación suicida entre otros (Wilson y cols., 2011).

En Estados Unidos 1 de cada 4 niños es abusado sexualmente en algún momento de su vida, y 1 de cada 7 ha sido abusado a lo largo del último año (Lippard y cols., 2020). Según los informes de UNICEF (2014) alrededor de 120 millones de niñas a nivel mundial han sido víctimas de abuso. En adolescentes de entre 15 y 19 años, 7 de cada 10 reconocen que nunca llegaron a pedir ayuda o a denunciar esta situación. En algunos casos no eran conscientes de que era perjudicial para su salud o, simplemente no consideraban que fuese un problema. Según Assink y cols. (2019), el perfil de la víctima suele ser del sexo femenino con bajas habilidades sociales. Además, el padecer una condición física o mental crónica y experimentar otras formas de maltrato aumenta las probabilidades de sufrir un abuso sexual en la infancia.

La vivencia de una experiencia traumática como esta genera diversas consecuencias en distintas áreas personales del individuo. El apego tiene una relación directa bidireccional con el abuso en la infancia, es decir, dependiendo del tipo que desarrolla la persona, funciona como factor de riesgo o de protección tras un abuso (Godbout y cols., 2014). El apego inseguro desencadena respuestas emocionales asociadas a la experiencia traumática que influyen en las relaciones interpersonales e intrapersonales (Naismith y cols., 2019). Las respuestas emocionales más comunes son un alto nivel de autocritica, culpabilidad y vergüenza (Gilbert y cols., 2005). También se generan cambios a nivel neurológico (Lippard y cols., 2020; Wilson y cols., 2011) que se retroalimentan con las consecuencias emocionales y el tipo de apego de la persona.

Además del apego inseguro, la falta de habilidades sociales y experimentar otras formas de maltrato como factores de riesgo, existen otros. Estos favorecen la victimización y el mantenimiento de las secuelas asociadas al trauma a largo plazo. Entre ellos se pueden encontrar el tener un progenitor con historial de abuso, el nivel de educación de los padres, el abuso de sustancias por parte de estos, o la presencia de conflictos entre los progenitores (Assink, y cols., 2019).

Por otro lado, existen factores de protección que favorecen la recuperación del bienestar psicológico del sujeto tras sufrir un abuso sexual. La resiliencia depende de estos factores. El apoyo parental percibido por el niño favorece la disminución de las secuelas y una mejor adaptación interpersonal e intrapersonal. La falta de apoyo puede llevar a la percepción negativa de los demás o de sí mismo (Godbout y cols., 2014). También poseer estrategias de afrontamiento efectivas y habilidades de regulación emocional influye positivamente en la resiliencia (Scoglio y cols., 2021). Por ello, se han desarrollado distintos tipos de terapias para trabajar las secuelas del abuso, entre ellas las centradas en desarrollar habilidades para obtener una regulación emocional sana. La regulación emocional son los procesos mediante los cuales las personas regulan la intensidad y duración del arousal de las emociones (Rostami y cols., 2017). Según Inwood y cols., (2018), la autocompasión facilita una regulación emocional adaptativa, es decir, permite la integración de experiencias negativas antes que el rechazo a estas. Si la persona es capaz de procesar funcionalmente las emociones negativas, se reduce la necesidad de estrategias de afrontamiento disfuncionales. La autocompasión se puede considerar un componente de la inteligencia emocional que incluye el manejo correcto de las propias emociones y el uso funcional de esta información con el objetivo de guiar el pensamiento y las acciones (Rostami y cols., 2017). La Terapia de Autocompasión de Gilbert ofrece una perspectiva de cambio desde el desarrollo y manejo de esas capacidades que alivian y previenen el sufrimiento.

Por todo ello, en este trabajo se realiza una revisión bibliográfica del efecto de las terapias de autocompasión en personas que han sufrido un abuso sexual infantil. Para realizar esta revisión bibliográfica, se tiene en cuenta que los parámetros que definen la infancia son hasta los 18 años. El objetivo principal de esta investigación es profundizar conceptualmente cómo mediante el desarrollo de una capacidad como la autocompasión, se accede al perdón de uno mismo.

2. El abuso sexual infantil

Las experiencias abusivas en la infancia tienen un impacto psicológico en el bienestar del adulto (Satici y cols., 2015). La experimentación de un abuso constituye un trauma, el cual atormenta a la persona a lo largo de su vida si no procesa e integra esta vivencia de manera funcional. La mitad de los niños que han sufrido abuso sexual sufren una revictimización como adultos (Walker y cols., 2017; como se citó en Scoglio y cols., 2021). Las consecuencias emocionales asociadas al abuso influyen negativamente en la conexión interpersonal del individuo y su sentido de identidad (Vilenica y cols., 2013). Los niños desarrollan creencias nucleares de sí mismo visto como dañado, incorrecto o fuera de lugar con respecto a los demás (Zinzow y cols., 2010; como se citó en Vilenica y cols., 2013). Estas creencias a menudo derivan en sentimientos profundos de culpabilidad y vergüenza (Vilenica y cols., 2013), un tipo de apego inseguro (Naismith y cols., 2019), y la autocrítica que correlaciona positivamente con la vergüenza (Gilbert y cols., 2006).

Las experiencias traumáticas en la infancia tienen el poder de tambalear el sistema de creencias personal, el cual permite a la persona tener cierto sentido de la predicción y significado de la vida (Janoff-Bulman, 1989; como se citó en Vilenica y cols., 2013). Estas creencias se conceptualizan en: que las personas son buenas por naturaleza, que las personas obtienen lo que merecen, es decir, si eres bueno obtienes cosas buenas y viceversa; y creencias de sí mismo basadas en la percepción de los demás como alguien bueno. La vivencia de un trauma genera una disonancia entre la experiencia presente de la realidad y el sistema de creencias de la persona. Cuando esta vivencia ocurre en la infancia u adolescencia, las creencias se modulan de forma que se interioriza la incertidumbre, maldad y el no sentirse atendido y cuidado por los demás (Vilenica y cols., 2013).

Por otro lado, las víctimas de abusos en la infancia también sufren cambios a nivel neurobiológico. Los estudios de Wilson y cols. (2011) demuestran que existen cambios en la percepción de la amenaza tras la vivencia una experiencia traumática como un abuso. En concreto, las zonas del cerebro que quedan afectadas son: el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal (HHS), la corteza prefrontal, y el sistema límbico. El eje HHS es el responsable de la segregación de cortisol ante una respuesta de estrés cuando un estímulo es detectado como amenazante. Y la corteza prefrontal se encarga de inhibir la

producción de neurotransmisores que alerta a distintas zonas del cerebro de la amenaza, entre ellas al eje HHS, cuando esta ha desaparecido (Wilson y cols., 2011). Por lo tanto, la desregulación de este eje se produce ante la presencia de un estímulo amenazante prolongado en el tiempo. Esta desregulación está asociada a una mayor concentración de dopamina, noradrenalina, adrenalina y cortisol (Pereda y cols., 2011). La corteza prefrontal presenta gran cantidad de receptores de dopamina, los cuales influyen en su funcionalidad. De esta forma, un exceso de dopamina en el organismo, como la que se produce tras la desregulación del eje HHS, hiporreactiva a la corteza prefrontal, impidiendo la comunicación con el resto del cerebro (Choen y cols., 2002; como se citó en Wilson y cols., 2011). Como consecuencia, el HHS sigue produciendo más cortisol, al igual que ante la presencia prolongada de un estímulo amenazante. Esta respuesta fisiológica disfuncional es la que se genera cuando un individuo experimenta un síndrome de estrés postraumático (Wilson y cols., 2011). Por otra parte, se encuentra el sistema límbico, formado por el tálamo, el hipotálamo, la amígdala y el hipocampo. La amígdala, junto al hipocampo, es la encargada de atribuir emociones a estímulos amenazantes y determinar la respuesta defensiva que se va a dar a estos. Bajo la detección de un estímulo asociado a una experiencia traumática, la amígdala se hipersensibiliza y detecta estímulos neutros como amenazantes, desencadenando la respuesta fisiológica correspondiente y generando un desequilibrio en el organismo (Choen y cols., 2002; como se citó en Wilson y cols., 2011). Estas respuestas fisiológicas ante una amenaza de forma prolongada y disfuncional afectan al desarrollo del cerebro durante los periodos sensibles de este. Se han llegado a encontrar reducciones en el volumen del hipocampo y el cuerpo caloso, y diferencias en la materia gris de la corteza prefrontal en personas con síndrome de estrés postraumático. Además, quedan afectadas la inteligencia, la atención y funciones ejecutivas, la capacidad de aprender, la memoria y la visión espacial. (Wilson y cols., 2011).

3. El papel determinante del apego

La teoría del apego (Bowlby, 1969, 1973, 1980) establece que la relación afectiva que se genera con tu progenitor o cuidador durante tu primera etapa de vida afecta de manera directa a la percepción de uno mismo y de los otros. Es decir, modula la percepción de uno mismo sobre ser merecedor de atención, cuidado y afecto y las respuestas de los otros ante esta petición. La forma en la que nuestra figura de apego se relaciona con nosotros condiciona las relaciones interpersonales e intrapersonales. Al mantenerse relativamente

estable a lo largo del tiempo, es complicado moldearlo en un proceso terapéutico (Raque-Bogdan y cols., 2011).

Existen distintos tipos de apego que a rasgos generales se clasifican en seguro e inseguro (Bowlby, 1969). Bartholomew y Horowitz (1991) definen el estilo de apego de acuerdo con dos dimensiones: ansiedad y evitación. Las personas con un apego seguro, es decir, con baja ansiedad y evitación, tienen percepciones positivas de sí mismos y una mayor regulación emocional que les permite experimentar mayores niveles de bienestar psicológico (Cooper y cols., 1998; Love y cols., 2004; como se citó en Raque-Bogdan y cols., 2011). Las personas con un estilo de apego inseguro pueden ser del tipo ansioso o evitativo. El apego ansioso es aquel caracterizado por un comportamiento dependiente y creencias negativas de sí mismo, mientras que el apego evitativo es aquel en el que la persona se muestra autosuficiente y emocionalmente distante por tener una percepción negativa de los demás, es decir, rechaza por completo la intimidad y bloquea las respuestas emocionales (Bowlby, 1969, 1973, 1980). Los esquemas negativos del apego ansioso impiden que la persona desarrolle una capacidad autocompasiva, puesto que no cree ser merecedor de cuidado. Dado este razonamiento, hay autores que defienden que el apego evitativo no debería predecir la forma de relacionarse con uno mismo, puesto que se puede tener una percepción tanto positiva como negativa de sí mismo (Pietromanoco y cols., 2000; como se citó en Naismith y cols., 2019). Sin embargo, la teoría de la mentalización social de Gilbert (2000) defiende que las experiencias sociales influyen no solo a los sistemas de regulación emocional, si no que, además, el sistema de calma, que subyace a la forma de relacionarse con uno mismo, no se desarrolla en un contexto de afecto inadecuado como es el del apego evitativo. Asimismo, el apego evitativo al rechazar la intimidad con los demás impide que se desarrolle e interiorice la compasión de los demás y consecuentemente, la autocompasión. Por todo ello, ambos estilos de apego se relacionan de forma negativa con la autocompasión. (Naismith y cols., 2019). Además del tipo de apego ansioso y evitativo, Bowlby (1969, 1973, 1980) estableció un cuarto tipo de apego del estilo inseguro denominado desorganizado.

Aquellas personas con historias de abusos sexuales en la infancia tienen más probabilidad de desarrollar esquemas negativos de sí mismos y de los demás, además de pensamientos automáticos negativos. Como consecuencia, pueden desarrollar síntomas depresivos y dificultades para ser compasivo consigo mismo y con los demás (Wu y cols., 2018). Estos

esquemas negativos de si mismos y de los demás característicos de un estilo de apego inseguro, suponen un impedimento a la hora de desarrollar la autocompasión por miedo a la intimidad emocional como ocurre con el apego evitativo, o bien, como ocurre en el apego ansioso, por no sentirse lo suficientemente valioso como para merecérsela (Naismith y cols., 2019).

En el caso de un apego evitativo, más frecuentemente encontrado entre las víctimas de abuso infantil, puede desarrollarse debido a unos progenitores abusivos, como es el caso de muchos niños donde el propio progenitor es el agresor (McLean y cols., 2018); o también por la falta de sensibilidad hacia las necesidades de un niño, como cuando un niño es abusado y los padres no lo detectan y, por ello no cubren sus necesidades de sentirse protegido. Como consecuencia, se desencadena el rechazo a las respuestas emocionales, entre ellas la autocompasión, por asociaciones de esta al miedo o por la falta de aprendizaje y modelado sobre ella (Naismith y cols., 2019), como en contextos disfuncionales. Como consecuencia, la víctima no solo no es compasivo con los demás, si no que hay una resistencia activa hacia esta. La experiencia de emociones positivas es amenazante en contextos de abusos (McLean y cols., 2018). En un estudio de Neff y cols., (2010), se observa que aquellos adolescentes que han crecido en un entorno funcional, incluyendo cuidado, protección y seguridad, tienden a ser más autocompasivos. Mientras que, aquellos que han crecido en un entorno hostil donde se normalizaba la violencia, tienden a desarrollar menos autocompasión (Miron y cols., 2014).

Aquellas personas con experiencias aversivas, de apego inseguro y que definen la relación de sus padres como una forma de rechazo o sobreprotección, son más vulnerables a desarrollar la autocrítica. La sobreprotección es una forma de hacerle creer a la otra persona que no tiene las herramientas necesarias para gestionar situaciones difíciles o destinadas al fracaso, por lo que impide el desarrollo de la autocompasión (Pepping y cols., 2015). Las experiencias de apego vividas con miedo aumentan la incapacidad de confiar en uno mismo, es decir, impiden desarrollar una buena seguridad en uno mismo (Satici y cols., 2015).

Como ya se ha mencionado, el apoyo parental tras reconocer un abuso es un factor influyente en el procesamiento de esta experiencia traumática. En el estudio de Godbout y cols. (2014) se explica que la razón por la que un progenitor puede no intervenir tras

que su hijo experimente un abuso, puede ser por un estilo de apego inseguro que no permita ver a esta figura como una fuente de confianza y apoyo. De esta manera, el niño integra que los demás no son competentes a la hora de ofrecer su ayuda en momentos de necesidad y que solo se puede apoyar en sí mismo, como ocurre con el estilo de apego evitativo. Por el contrario, si el niño siente el apoyo de sus padres tras el abuso, este tiene efectos muy positivos en su proceso de recuperación y en la percepción de los demás a la hora de cubrir necesidades de apoyo y protección. Además, en ese estudio también se observó que las mujeres tras un abuso tienden a desarrollar más un estilo de apego ansioso o desorganizado, mientras que los hombres tienden más al estilo de apego evitativo. En ambos casos, coinciden tipos de apego inseguros, los cuales afectan a la manera en la que un individuo se relaciona consigo mismo y con los demás, es decir, que de forma indirecta influye en la regulación emocional de las personas (Naismith y cols., 2019).

4. La autocompasión como estrategia compensatoria emocional

La autocompasión es un constructo sobre el cual ha aumentado el interés en el área de investigación psicoterapéutica en la última década (Gilbert, 2014). Se puede definir como una emoción (Goetz y cols., 2010), una motivación (Gilbert, 2014), o como un constructo multidimensional (Jazaieri y cols., 2013). Específicamente según Paul Gilbert, el creador de la Terapia de la Autocompasión, se define como “una sensibilidad al sufrimiento propio y de los demás, con el compromiso de tratar de aliviarlo y prevenirlo” (Gilbert, 2014, p.19).

Dadas las distintas definiciones que acuñan este término, se han desarrollado distintas técnicas y teorías desde las cuales se accede a la autocompasión: Terapia Centrada en la Autocompasión o Compassion-Focused Therapy o CFT (Gilbert, 2014), Mindfulness y Autocompasión o Mindfull self-compassion o MSC (Germer y Neff, 2013), Entrenamiento en el Cultivo de la Autocompasión o Compassion Cultivation Training o CCT (Jazaieri y cols., 2013), Mindfulness, Compasión y Salud o Cognitively Based Compassion Training (Pace y cols., 2009), Cultivando el Equilibrio Emocional o Cultivating Emotional Balance o CEB (Kemeny y cols., 2012), y Meditación de Amor Benevolente para Aumentar la Compasión o Loving-Kindness Meditation o LMK (Hoffmann y cols., 2011). Todas estas intervenciones comparten ideas de tradiciones budistas y ejercicios característicos del mindfulness. Además, el principal objetivo de todas las intervenciones es el desarrollo de la autocompasión para mitigar el sufrimiento

propio. Con respecto a la dinámica que estos enfoques generan, tienen en común la participación de los miembros del grupo y la realización de ejercicios en casa como tarea. Por otro lado, difieren en algunos otros aspectos como los términos que utilizan para definir el constructo. La MSC (Germer y Neff, 2013) es la más dispar en este sentido. Se centra en un concepto de autocompasión para uno mismo únicamente, mientras que el resto también consideran el sentirla y recibirla por otros. Además, incluye constructos bipolares (auto-amabilidad vs. auto-enjuiciamiento, auto-asilamiento vs. humanidad compartida, y sobreidentificación vs. mindfulness) que forman parte de la escala que permite medir la autocompasión. Otra de las técnicas que más se diferencia del resto es CEB (Kemeny y cols., 2012). Esta se centra en entender las emociones propias y reconocer las de los demás. Por último, se encuentra la CFT (Gilbert, 2014), la que presenta más diferencias con respecto al resto. Es la única que es considerada una forma de psicoterapia, siendo el resto programas que siguen unas instrucciones fijas para desarrollarlas en grupo. Esta terapia permite individualizar y personalizar el proceso según las necesidades del paciente. Se centra especialmente en los miedos y resistencias que impiden la autocompasión y sentimientos y comportamientos afectivos. Esta, junto a LKM son las más efectivas en el ámbito clínico de la psicología. (Kirby, 2017).

La CFT tiene unas bases teóricas muy distintas al resto de intervenciones que buscan el desarrollo de esta capacidad. Se basa en la psicología evolutiva, la teoría del apego, y las evidencias de la psicología aplicada de la neurociencia y la psicología social (Gilbert, 2010). Esta terapia, trata de entender las emociones y las cogniciones y motivos correspondientes según la interacción de los tres sistemas de regulación emocional. Estos son: el sistema de amenaza y autoprotección, sistema de búsqueda de incentivos y recursos, y el sistema de confortamiento, satisfacción y seguridad o sistema de calma (Gilbert, 2013) (ver *figura 1*). En una mente sana, existe un equilibrio entre estos tres sistemas (McLean y cols., 2018). El sistema de amenaza y autoprotección es el que nos permite adaptarnos al entorno adecuadamente cuando detectamos un riesgo. El sistema de búsqueda de incentivos y recursos tiene un papel crucial en la evaluación de posibles amenazas y la forma en la que estas se afrontan. Y, por último, el sistema de calma, que nos permite experimentar un estado en el que no hay ni amenazas ni búsqueda de recompensas. Este estado que se alcanza cuando actúa el sistema de calma, no siempre está asociado con emociones positivas. En el caso de personas con recuerdos traumáticos, supone un riesgo, es decir, este estado es experimentado como una forma de sentirse

inseguro y desprotegido. Como consecuencia, estos sujetos se ven atrapados en una sobreestimulación del sistema de amenaza, generando un desequilibrio en los sistemas de regulación emocional y síntomas postraumáticos (Lee, 2012).

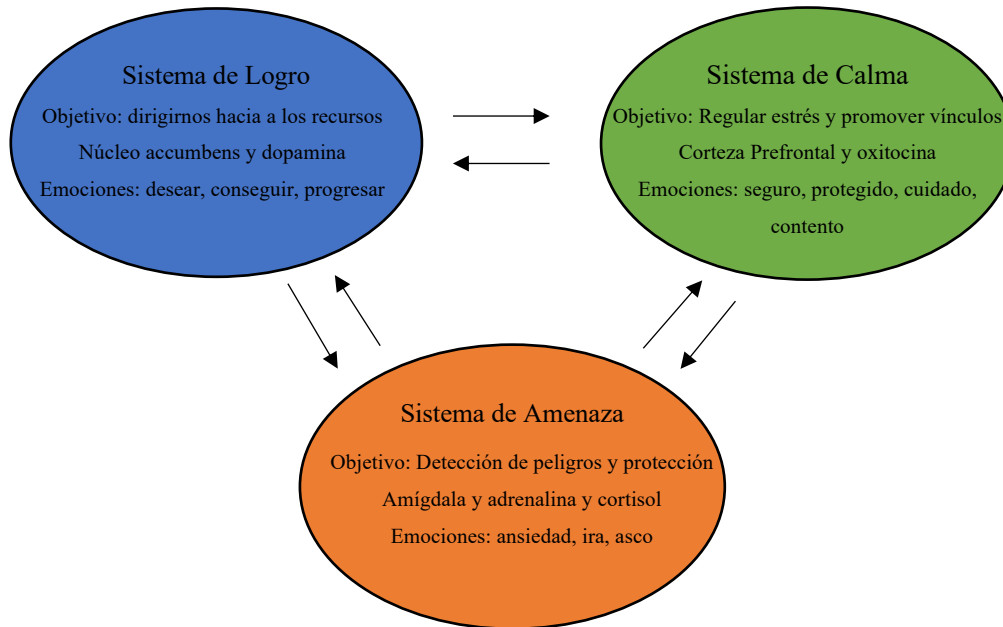


Figura 1. Sistemas de regulación emocional. Adaptado de Gilbert, 2013. Cada sistema tiene sus propios patrones fisiológicos, neurológicos y hormonales.

Paul Gilbert (2014), define a nuestro cerebro como complicado o “tricky brain”. Este, está formado por emociones e impulsos primarios, previos a la evolución de capacidades cognitivas complejas, como es nuestra inteligencia, imaginación, rumiación y anticipación entre otras. La aparición de estas nuevas capacidades cognitivas hace dos millones de años, nos permite estimular los sistemas emocionales y motivacionales más arraigados a la supervivencia humana. De esta forma, la mente humana es capaz de generar bucles complejos y disfuncionales entre los impulsos, las emociones y las cogniciones. Un claro ejemplo, sería revivir la experiencia traumática pasada, a través de flashbacks, pesadillas y pensamientos y recuerdos intrusivos, en el presente. Esta reexperimentación es detectada por el sistema de amenaza, activando mecanismos de supervivencia primarios y desencadenando respuestas fisiológicas de forma prolongada y disfuncional. Este mantenimiento de las respuestas acaba generando síntomas como la evitación, la hipervigilancia o somatizaciones (Lee, 2012; Porges 2011).

En la CFT se trata de desarrollar y activar un yo compasivo desde el sistema de calma, que te permita responder a la angustia de forma más equilibrada. De esta forma, se contrarresta la sobreestimulación del sistema de amenazas. A nivel fisiológico lo que ocurre es que el sistema de calma libera oxitocina, disminuyendo la hiperactivación de la amígdala, activada previamente por el sistema de amenaza (Gilbert, 2014). La CFT es una forma de terapia donde la estructura que se aplica en el proceso terapéutico varía según las necesidades del paciente basada en un análisis funcional (Kirby y cols., 2017). “Compassionate Mind Training” o CMT es un protocolo derivado de la CFT el cual permite el desarrollo de la autocompasión en sesiones de grupo. La principal diferencia es que mediante la CFT el proceso terapéutico se centra en comprender de manera individualizada la historia personal del paciente, mientras que mediante el CMT no (Kirby y cols., 2017).

Emociones asociadas al abuso sexual

La vivencia de un abuso sexual en la infancia se considera una experiencia traumática que, como tal, afecta a la persona en distintas dimensiones de su vida (Satici y cols., 2015). Específicamente, influye de manera directa en el tipo de apego que desarrolla la persona (Godbout y cols., 2014). Así, y como se ha mencionado anteriormente, el estilo de apego de la persona influye en las relaciones del individuo consigo mismo y con los demás. En el caso del apego inseguro, el más común entre las víctimas (Naismith y cols., 2019), lleva asociadas respuestas emocionales influidas por la experiencia traumática que se caracterizan por un alto nivel de vergüenza, autocrítica y culpabilidad (Gilbert y cols., 2005; Gilbert y cols., 2006).

Vergüenza

Se puede definir como una forma de emoción que se refleja en la autocrítica, culpa y perfeccionismo (Lewis, 1971; como se citó en Westerman y cols., 2020) o como una emoción que impide el hacerte consciente en un intento de esconder un ego avergonzado como producto de una experiencia traumática (Lansky, 2000; como se citó en Westerman y cols., 2020). La conceptualización de la vergüenza en la CFT hace referencia a que esta funciona como mecanismo de adherencia a las normas y valores sociales que permite a un individuo mantener su estatus social y atractivo (Gilbert, 1997; como se citó en McLean y cols., 2018). Por ello, la vergüenza es señal de no estar siguiendo las expectativas o normas sociales, es decir, nos alerta de una amenaza. De cualquiera de las maneras, la vergüenza consciente o inconsciente es la responsable de conductas evitativas

y esquemas negativos. La vergüenza nos permite adaptarnos al entorno, pero en ocasiones deriva en esquemas desadaptativos que perjudican a la persona (Westerman y cols., 2020). Actúa como barrera a la hora de procesar experiencias traumáticas, donde se ha visto la existencia de una asociación entre la vergüenza y síntomas de estrés postraumático (Feiring y cols., 2002). Existen dos componentes de la vergüenza. La vergüenza externa es aquella que depende de la interpretación negativa de lo que los demás piensan de ti, junto a sentimientos de enfado o desprecio. Además, es la creencia de que los demás tienen esa visión de ti por características que hace a la persona poco atractiva y hace que genere rechazo (Gilbert y cols., 2006), desencadenando el sentimiento de culpabilidad (Ullman y cols., 2007). Por otro lado, la vergüenza interna se centra en las evaluaciones negativas hacia uno mismo, el individuo se ve a sí mismo como inadecuado, malo o defectuoso (Gilbert y cols., 2006). Este tipo de vergüenza correlaciona positivamente con la autocrítica en personas que han experimentado una vivencia traumática (Harman y cols., 2010; como se citó en McLean y cols., 2018).

Tras un abuso sexual, el niño comienza a interiorizar la vergüenza que se convierte en una amenaza interna que conlleva al desarrollo de una imagen de sí mismo desvalorizada, en la cual se ve como inaceptable, no a la altura de recibir amor y cuidado de los demás, y con expectativas de revivir experiencias traumáticas. La valoración negativa de sí mismo experimentada como una amenaza interna, genera que se perpetúe la sintomatología postraumática. Los sentimientos de vergüenza asociados a una experiencia traumática correlacionan positivamente con el síndrome de estrés postraumático (Bash y cols., 2014; como se citó en McLean y cols., 2018). De esta forma, el niño se adapta a estos sentimientos y emociones desarrollando estrategias de afrontamiento evitativas, agresivas y disociativas (Westerman y cols., 2020). Por ello, la vergüenza influye en la expresión de la sintomatología, habilidades para expresar sentimientos y pensamientos dolorosos, y en la búsqueda de ayuda para la resolución de problemas. Como consecuencia, afecta a la relación terapéutica y puede ser un factor de riesgo para esta (Gilbert y cols., 2006).

Es una de las principales consecuencias tras experimentar maltrato infantil y está asociado a la activación del circuito hormonal del estrés, reforzando el desequilibrio de los mecanismos emocionales e incapacitando a la persona traumatizada para volver a un estado de calma (Gilbert y cols., 2005).

Autocrítica

La autocrítica puede desarrollarse como consecuencia a distintos aspectos cumpliendo funcionalidades distintas. Por ejemplo, aquellos niños que son avergonzados por sus padres son más proclives a desarrollar un alto nivel de autocrítica y síntomas depresivos o ansiosos a largo plazo (Irons y cols., 2006; como se citó en Gilbert y cols., 2006). En el caso de haber sufrido un abuso sexual infantil, la autocrítica surge como una conducta compensatoria (Tobin y cols., 1996) que se refleja en una percepción negativa de si mismo (Bistricky y cols., 2017), en forma de estrategia defensiva ante las amenazas externas (Gilbert y cols., 2005) o como consecuencia del desprecio que siente el individuo hacia uno mismo (Whelton y cols., 2005; como se citó en Gilbert y cols., 2006). Gilbert y cols. (2003) establece que aquellos niños que tienen miedo y se sienten forzados por sus padres a ocupar posiciones subordinadas involuntarias o no deseadas, pueden llegar a desarrollar conductas sumisas y defensivas. Estas conductas, correlacionan de forma positiva con la autocrítica, la soledad y la sobreidentificación.

La percepción negativa de si mismo, limita a la persona a la hora de pedir ayuda y, en muchos casos, está reforzada por el estilo educativo emocional recibido por los padres (Cloitre y cols., 2006). También se puede ver reforzada por un diálogo interno negativo, característico de personas con una baja autoestima y que derive en abuso de sustancias o incluso autolesiones (Miron y cols., 2014). Aquellas personas con mucha autocrítica tienen una baja autoestima, lo cual refuerza la autocrítica y esta a su vez refuerza sentimientos negativos hacia si mismo (Gilbert y cols., 2006).

Los aspectos patológicos de la autocrítica no están relacionados con el contenido de los pensamientos, sino con lo que esta esconde. La autocrítica, como ya se ha mencionado, puede surgir como efecto colateral del enfado y desprecio hacia uno mismo (Whelton y cols., 2005; como se citó en Gilbert y cols., 2006) o como estrategia defensiva ante las amenazas de los otros (Gilbert y cols., 2005). La autocrítica como mecanismo de defensa está asociado a la incapacidad de calmarse a uno mismo y ser autocompasivo ante una amenaza asociada a la vergüenza (Gilbert y cols., 2006), como ocurre con un abuso sexual en la infancia. A pesar de su funcionalidad como estrategia defensiva ante las amenazas externas que permite a la persona adaptarse al entorno, podría considerarse una amenaza

interna (Gilbert y cols., 2006), donde la persona trata de deshacerse de aspectos negativos de si mismo y se castiga por ellos.

Todas las formas de autocrítica correlacionan positivamente con la vergüenza y un estado de ánimo afligido (Gilbert y cols., 2006). Además, la autocrítica junto a la percepción negativa de si mismo y la vergüenza están asociadas a la hiperactividad de la amígdala, que activa al eje HHS y este segrega las hormonas del estrés, como es el cortisol (Gruenewald y cols., 2010; como se citó en Naismith y cols., 2019). La segregación de estas hormonas fomenta el desequilibrio que existe en el organismo característico de las víctimas de abuso sexual infantil, como se ha mencionado anteriormente (Gilbert y cols., 2005; Wilson y cols., 2011).

La autocrítica junto al aislamiento predice esquemas negativos de si mismo (Karatzias y cols., 2019). Estos, pueden generar una fuerte resistencia en una intervención clínica, aunque se ha comprobado que es más fácil acceder a ellos desde intervenciones que utilizan la autocompasión (Gilbert y cols., 2014). Por ello, la CFT es una forma de terapia muy efectiva a la hora de tratar creencias y esquemas asociados a un autoconcepto negativo en personas que han sufrido un abuso sexual en la infancia (Karatzias y cols., 2019).

Culpa

La culpa es una de las principales consecuencias encontradas en víctimas de abuso sexual en la infancia. Su origen puede deberse a diferentes factores, todos ellos relacionados a hechos o consecuencias propias del abuso. Cloitre y cols., (2006), establecen que los niños, tras sufrir un abuso sexual, piensan que lo ocurrido es debido a su culpa, por haber sido malo. Además, esta idea se ve reforzada en entornos donde los progenitores/cuidadores les confirman su inferioridad o les hacen sentir desvalorizados. Por ello, tienden a verse a si mismos como la fuente del problema del abuso. El desarrollo de la culpa también puede deberse a que las víctimas pueden sentirse abandonadas, desconectadas de sus grupos de apoyo sociales o juzgadas por sus reacciones en el caso de que decida contarlo, y consecuentemente comienzan a culpabilizarse y responsabilizarse de los hechos ocurridos. De esta manera, disocian el dolor físico y emocional e interiorizan la completa responsabilidad de la experiencia traumática (Crews y cols., 2016). Otro de los factores de riesgo que facilitan el desarrollo de la culpa es un entorno conflictivo en el que el niño adopte conductas sumisas y se responsabilice de la

agresión del otro o de la falta de cuidado hacia él (Ferster, 1973; como se citó en Gilbert y cols., 2006).

Los abusos sexuales generan falta de poder y control sobre la propia vida, y por ello las personas que los sufren sienten no tener el control sobre experiencias traumáticas futuras parecidas y se culpabilizan a si mismos (King y cols., 2015). Incluso cuando la experiencia de abuso se procesa e interioriza, y se reconoce la responsabilidad por parte del abusador, siguen culpabilizándose a si mismos (Feiring y cols., 2002). Esto podría deberse a su limitada capacidad cognitiva para dar sentido a las experiencias de abuso. Además, la culpa puede cumplir la función de conducta compensatoria de tal forma que devuelve a la persona cierto control de su vida. Esta, les permite modular de la experiencia de abuso y las percepciones de uno mismo (Miron y cols., 2014). Asimismo, la culpa correlaciona de forma positiva con el miedo o rechazo a la compasión, puesto que ambas se desencadenan tras sufrir algún tipo de trauma interpersonal (Naismith y cols., 2019).

Efecto reparador de la CFT

Como se ha mencionado anteriormente, la CFT, fue diseñada para pacientes con un alto nivel de vergüenza y autocrítica, que coincidían frecuentemente con contextos de historias de abuso (Gilbert, 2009b). Aquellas personas que han experimentado un abuso sexual rechazan la autocompasión. Estos individuos son muy autocríticos consigo mismos (Gilbert y cols., 2013), no se sienten lo suficientemente valiosos como para recibir compasión de los demás ni como para ser compasivos con ellos (McLean y cols., 2018). La autocompasión promueve la apertura a todo tipo de emociones y experiencias sin ningún tipo de prejuicio. En concreto con experiencias de abuso sexual, promueve sensibilidad, empatía, y sobre todo tolerancia hacia recuerdos asociados a la vergüenza y ansiedad (King y cols., 2015).

La activación del sistema de amenaza tras sufrir un abuso sexual favorece la aparición de una percepción de si mismo culpable. Además, las interpretaciones de lo síntomas postraumáticos generan que se refuerce una imagen desvalorizada de si mismo, favoreciendo así el síndrome de estrés postraumático (Steil y cols., 2000; como se citó en McLean y cols., 2018). La CFT, permite mostrar a los pacientes como los síntomas son producto del intento de su cerebro evolucionado de responder a una amenaza. Así, se reduce la interpretación autocrítica de los hechos y la sintomatología postraumática. Es

decir, cuando los pacientes comprenden el funcionamiento de los mecanismos de regulación emocional y la interacción del “tricky brain” con el cerebro más evolucionado, disminuyen los síntomas relacionados con el abuso (McLean y cols., 2018).

Mediante el desarrollo de un yo autocompasivo y la psicoeducación de las bases teóricas de la CFT, la persona adquiere un aprendizaje en el que se hace consciente de que las respuestas ante una amenaza son prácticamente automáticas, dirigidas por nuestros mecanismos de supervivencia. El “tricky brain” al que hace referencia Gilbert (2014) refleja la idea de que existe una división en nuestro cerebro entre la parte arraigada a la supervivencia y la otra parte, la más evolucionada y característica de los seres humanos (imaginación, pensamiento, anticipación...). Mediante la CFT la persona aprende que la respuesta ante una amenaza no es su culpa, es prácticamente incontrolable, es una forma de respuesta defensiva que se ha mantenido a través del aprendizaje y condicionamiento (Gilbert, 2014). Se trata de comprender el estilo de apego que la persona ha adoptado y el significado de experiencias sociales a través de la autocompasión. Se accede a la idea de que muchas de nuestras experiencias tempranas están fuera de nuestro control (McLean y cols., 2018). De esta manera, se reducen las creencias de “debería de controlar mis reacciones automáticas”, “mis sentimientos y reacciones son inadecuadas por lo que tengo que avergonzarme de ellas”, o “si no las puedo controlar es que no estoy bien” (Leahy, 2002, 2005; como se citó en Gilbert y cols., 2006). La CFT permite la experiencia de desarrollar nuevos modelos internos de si mismo y de los demás, con el objetivo de reducir la asociación del miedo y amenaza con la tranquilidad y el sentirse seguro (McLean y cols., 2018).

Aceptar los pensamientos automáticos depende de procesos metacognitivos, mientras que modificarlos depende de un aprendizaje emocional (Gilbert y cols., 2006). En muchos casos, a pesar de que se reconozca la responsabilidad del abusador, los niños continúan culpabilizándose a si mismos de cierta manera (Cloitre y cols., 2006) o también se observó que en pacientes con altos niveles de autocrítica podían entender y generar otras formas alternativas de pensamientos, pero no sentirlos (Gilbert y cols., 2006). La vergüenza y la culpa se generan por la hostilidad y desprecio de una persona hacia si misma y por la falta de generar sentimientos de cuidado, calma, protección y seguridad hacia uno mismo (Gilbert y cols., 2006). Gilbert y cols. (2005) subraya la importancia de los sentimientos asociados a la percepción de la amenaza de un niño. Tus padres te pueden

decir que te quieren, pero tú no sentirte querido. Interesa poco lo mucho que una persona pueda creer en un pensamiento alternativo o que piense en si misma de otra forma, lo importante es el cómo le hace sentir esa alternativa. La clave es la sensación emocional que se genera con la alternativa más que el razonamiento lógico de esta (Gilbert y cols., 2006). Los procesos cognitivos son capaces de liberar, pero también de encarcelar (Westerman y cols., 2020). Mediante la autocompasión es posible conseguir tratar esas percepciones desvalorizadas de la persona y sus cogniciones asociadas al abuso mediante el desarrollo de capacidades que permiten generar sentimientos de seguridad, calma y cuidado para disminuir la sensación constante de amenaza (Gilbert y cols., 2006; McLean y cols., 2018). De esta forma, se consigue disminuir la revictimización, el desarrollo de posibles psicopatologías y el abuso de sustancias (Gilbert y cols., 2006).

Aquellas personas autocompasivas, tienen una mayor consciencia de sus procesos emocionales y de su bienestar psicológico, detectan sus propios problemas, tolerando sus limitaciones sin necesidad de criticarse a si mismo. Tratan de entender el origen y las causas de sus problemas y se tratan a si mismo con delicadeza y respeto (Baer, 2010; como se citó en Satici y cols., 2015). No obstante, hay que tener en cuenta que la angustia psicológica que genera la supervivencia a un trauma como un abuso sexual en la infancia correlaciona negativamente con la capacidad de autocompasión (McLean y cols., 2018).

Cuando una persona se siente avergonzada y rechazada por los demás, aumentan sus niveles de autocrítica, impidiendo el acceso a estados de calma y seguridad o seguridad en sí mismo. Tanto el mundo interno como el externo se experimentan como hostiles y peligrosos (Gilbert y cols., 2006). Como se ha mencionado anteriormente, este proceso está relacionado con la hiperactividad de la amígdala, la cual segrega cortisol y puede llegar a generar un desequilibrio en el organismo (Longe y cols., 2010; Gruenewald y cols., 2010; como se citó en Naismith y cols., 2019). Según las bases teóricas de la CFT, el desarrollo de la compasión tiene efectos directos sobre el nervio vago mielinizado y el hipotálamo, los cuales segregan oxitocina (Porges, 2011). El sistema de calma equilibra la actividad del sistema de amenaza (eje HHS), de forma que, recibiendo cuidado por parte del otro, se inhibe la posibilidad de evaluar al otro como amenaza (Gilbert, 2015). Por lo tanto, el comportamiento afectivo podría regular la hiperactividad del sistema de amenaza, incluyendo la autocrítica y la vergüenza (Naismith y cols., 2019). Es decir, la

autocompasión permite reducir la sensación de amenaza constante y generar sentimientos de seguridad (Gilbert y cols., 2006).

Entender la culpa y vergüenza y sus diferencias es un punto clave para la práctica clínica. hay que tener cuidado con que el terapeuta se convierta en el “otro avergonzado”, lo cual afectaría de manera directa a la relación terapéutica. La vergüenza promueve el ocultar información a los demás, y así, inhibe la asimilación de aspectos negativos de uno mismo. Como consecuencia, la vergüenza en muchas ocasiones es la responsable de que no se integren experiencias afectivas como experiencias afectivo-cognitivas adaptativas (Gilbert, 1998; como se citó en Blagden y cols., 2017). Según un estudio de Browns (2006) (como se citó en Westerman y cols., 2020), los resultados reflejaron que hablar del sentimiento de vergüenza permitía un proceso de identificación y de liberación, denominada como la resiliencia de la vergüenza. Por el contrario, no reconocerla o evitarla aumenta la sensación de amenaza y mantiene el proceso de interiorización de la persona vista como aislada, impotente y avergonzada. Asimismo, existen pacientes que presentan sentimientos de culpa y autocrítica como mecanismo de protección y seguridad para ellos mismos. Es importante tratar de entender cuál es su origen y sus funciones antes de tratarlos en terapia (Gilbert y cols., 2005). Es la forma que han tenido estas personas de adaptarse y sobrevivir a las dificultades que han experimentado a lo largo de su vida. Para el tratamiento psicológico de estas personas es muy útil el entender el proceso que las ha llevado a refugiarse en la forma que tienen de relacionarse consigo misma y con el mundo a través de la autocompasión (Gilbert y cols., 2006).

Trabajar directamente con la autocrítica puede generar resistencia en el paciente puesto que, es un mecanismo que ha desarrollado que le ha generado seguridad y es funcional para el individuo. Es más terapéutico el trabajar con las razones de la autocrítica y los miedos que esta esconden (Gilbert y cols., 2006). Con respecto a la vergüenza, se habla del fenómeno “mind wandering”: aquella experiencia en la que tu mente divaga sobre distintos pensamientos mientras se realiza una acción que no requiere atención sostenida. Cuando una persona mantiene un secreto asociado a la vergüenza, como es el caso de un niño cuando ha sufrido un abuso sexual, es más probable que los pensamientos errantes sean del contenido de este secreto. Slepian y cols. (2019) realizó un estudio sobre este fenómeno y su relación con la vergüenza y obtuvo que el fenómeno “mind wandering” es un mecanismo característico de adultos supervivientes de abusos en la infancia. El

tratarlo indirectamente permite a la persona mejorar su regulación emocional, disminuir sus esquemas negativos y conductas disfuncionales, remplazándolos por otros mecanismos de afrontamiento más adaptativos (Westerman y cols., 2020).

La autocompasión está relacionada con el apego. Bowlby (1969) explicó que las personas se tratan a sí mismos y al resto, como fueron tratados por sus cuidadores primarios en la infancia. Las personas que tuvieron la vivencia de tener plena disponibilidad de sus cuidadores en la infancia, está asociado a un mayor nivel de autocompasión en adultos. Por lo que un apego seguro correlaciona con el desarrollo de una buena autoestima, valía personal y conexión con los demás, característico de la autocompasión (Neff y cols., 2010). Neff y cols. (2010) argumentaban que una parentalidad responsiva y sensible a las necesidades del niño, fomenta la capacidad de relacionarse con una forma con compasión en situaciones de estrés, y que esta ayuda a calmarse a uno mismo para aliviar el sufrimiento. Mientras que, aquellos niños que experimenten un trato frío, insensible y de rechazo por parte de sus cuidadores, son más proclives a no desarrollar la autocompasión como estrategia de afrontamiento y a ser autocríticos consigo mismos (Gilbert y cols., 2006). Las primeras experiencias de búsqueda de cuidado y protección, y el desarrollo de la autocompasión se dan en la infancia (Pepping y cols., 2015), por ello, las víctimas de abusos sexuales en esta etapa pueden llegar a encontrar dificultad a la hora de enfrentarse a la autocompasión. El apego evitativo limita en cierta manera el desarrollo de habilidades y estrategias interpersonales que permiten una adaptación funcional del individuo ante ciertas experiencias determinadas como aversivas. Como consecuencia, esta limitación perpetúa la aparición de síntomas postraumáticos tras un abuso sexual (Bistricky y cols., 2017). Además, las personas con un estilo de apego evitativo son menos proclives a pedir ayuda profesional (Vogel y cols., 2005; como se citó en Bistricky y cols., 2017), puesto que rechazan la intimidad y sentimientos aversivos. Sin embargo, aquellos que presentan sintomatología postraumática están más dispuestos a modificar su forma de relacionarse con la gente si su bienestar psicológico aumenta (Bistricky y cols., 2017).

Explorar los factores mediadores que influyen en el desarrollo y mantenimiento del apego, disminuye la resistencia en terapia y aumenta el poder generar objetivos y cambios terapéuticos accesibles y realistas. Intentar cambiar el estilo de apego de forma directa no es efectivo (Raque-Bogdan y cols., 2011). La autocompasión permite reducir el miedo y la amenaza inherente a nuestro sistema de supervivencia mediante la seguridad de

sentirnos cuidados y protegidos. Empatizar con el sufrimiento propio y ajeno, y tener el deseo y la capacidad de poder aliviarlo, es una necesidad primordial que nos permite asegurar nuestra supervivencia y la de los que nos cuidan. En un primer momento esta necesidad está enfocada a nuestros cuidadores primarios o progenitores, pero acaba extendiéndose hacia otros grupos sociales a los que pertenecemos (Gilbert, 2015). Pepping y cols. (2015) compararon que aquellas personas con un estilo de apego ansioso frente a un apego seguro tienden a encontrar mayores dificultades para tratarse con respeto y cariño a si mismos y afrontar situaciones estresantes. Estos autores establecen que la autocompasión podría representar una interiorización de la relación progenitor-hijo. Además, a raíz de la CFT, se ha llegado a desarrollar una terapia que trata de manera más concreta el apego a través de la autocompasión. Esta terapia se denomina Attachment-based Compassion Therapy (ABCT; García-Campayo y cols., 2015, 2016; como se citó en Navarro-Gil y cols., 2020) y fue desarrollada como una adaptación cultural de los países latinos. Esta, está basada en la teoría del apego y trata de concienciar a las personas de los aspectos desadaptativos que genera el tipo de apego que establecieron con sus figuras de protección. Su objetivo final es que las personas puedan mejorar sus relaciones interpersonales y bienestar psicológico general. Los resultados demuestran que la ABCT es una intervención efectiva para aumentar los niveles de compasión en personas clínicamente saludables. Niveles altos de autocompasión correlacionan con un apego seguro (Navarro-Gil y cols., 2020). Por ello, la autocompasión es consistente con la teoría del apego (Bowlby, 1980) y establecer la autocompasión como objetivo terapéutico es muy útil para acceder al apego (Raque-Bogdan y cols., 2011).

El desarrollo de la autocompasión puede llegar a generar miedos, bloqueos y resistencias en algunos pacientes. Puede contribuir a que aparezca el miedo si la persona ha tenido experiencias traumáticas de vergüenza, falta de protección y afecto en la infancia (Gilbert, 2010). El miedo a la compasión por uno mismo y por el otro, está asociado a un elevado nivel de autocrítica (Gilbert, 2010), y el miedo a la autocompasión correlaciona con síntomas del estrés postraumático en víctimas de abusos sexuales en la infancia (Miron y cols., 2014). Dadas las dificultades y reacciones que se pueden encontrar con pacientes víctimas de abusos en terapia, es importante intentar entender las necesidades específicas de esta población, antes de establecer un programa de intervención basado en la autocompasión (McLean y cols., 2018). Hay que tener en cuenta que la falta de

preparación para afrontar el trauma es la razón principal por la que los supervivientes de abusos en la infancia se refugian en los mecanismos desadaptativos de evitación (Feiring y cols., 2015; como se citó en Westerman y cols., 2020). Las barreras de la autocompasión más frecuentemente encontradas son no tener la experiencia de una relación de afecto sana, una percepción negativa de sí mismo, tener pocas estrategias personales de resolución de problemas, y prejuicios con respecto a lo que conlleva la autocompasión (McLean y cols., 2018). Aquellas personas que tienen creencias negativas acerca de la autocompasión tienden a enfrentarse a las dificultades emocionales con estrategias o mecanismos desadaptativos o disfuncionales (Chen, y cols., 2020). El miedo a la autocompasión también puede generarse debido a expectativas o creencias inadecuadas cerca de ella. Estas pueden ser el verla como un impedimento para el crecimiento personal, una forma de victimización, o la normalización de violencia por parte de los padres como forma de cuidado (Gilbert, 2010). La compasión se detecta como una amenaza, y por seguridad propia se activa la amígdala (Longe y cols., 2010; como se citó en Naismith y cols., 2019). Asimismo, acudir a terapia independientemente de haber sufrido un abuso o no también pueda estar asociado a la vergüenza, suponiendo miedos, estigma, y exponerse a vulnerabilidades (Taylor, 2005; como se citó en Westerman y cols., 2020). Por ello, hay que tener en cuenta que la vergüenza en muchas ocasiones supone un obstáculo a la hora de mantener el tratamiento psicológico (Westerman y cols., 2020).

No obstante, los factores que favorecen la autocompasión son el recibir apoyo social, ser tratado de forma compasiva por el otro, tener estrategias de enfrentamiento y resolución de problemas eficaces, la motivación para el cambio, y el tiempo y preparación que conlleva el cambio (McLean y cols., 2018). Tras experimentar un trauma, como es un abuso sexual en la infancia, las habilidades interpersonales del individuo tienen un papel crucial en la readaptación del individuo. Estas habilidades afectan a la percepción de la confianza en los demás, y su sensación de estar a salvo. Es decir, si la persona tras una vivencia traumática tiene red de apoyo social, es más probable que el individuo puede desarrollar sentimientos de validación propia que le ayuden a lo largo de su proceso de recuperación (Bistricky y cols., 2017; Godbout y cols., 2014). Esforzarse por mantener y desarrollar relaciones cercanas de confianza e intimidad es esencial para acceder al apoyo social. Sin embargo, estas habilidades o destrezas son difíciles de mantener para aquellos que han experimentado un trauma (Cook y cols., 2005; como se citó en Bistricky y cols.,

2017), y estas dificultades pueden mantener y reforzar síntomas de estrés postraumático (Bistricky y cols., 2017). Además, la sensación de control sobre la propia vida predice un mejor funcionamiento familiar y mejor salud física. Por consiguiente, los efectos negativos de un abuso son menores en aquellas mujeres con sensación de control que en aquellas con un locus de control externo. Por lo tanto, la sensación de control es un factor de protección frente a un abuso sexual infantil, que permite un funcionamiento familiar funcional en el futuro y menor probabilidad de ser diagnosticado de depresión (King y cols., 2015).

Por parte de los terapeutas, es importante que el profesional sea definido por su autenticidad y capacidad de modelado, ajustarse a los tiempos de cada paciente, personalizando cada proceso terapéutico, y el ser capaz de enseñar a poner nombre a las emociones (McLean y cols., 2018). Aquellos pacientes que perciben que son importantes para su terapeuta, desarrollan un buen vínculo con este, una mayor confianza en el proceso terapéutico, y experimentan avances terapéuticos. La percepción de sentirse importante y valioso, genera vivencia de pertenencia en sus relaciones afectivas cercanas (Raque-Bogdan y cols., 2011). Además, es importante tener en cuenta el proceso de preparación que conlleva el cambio, el poder tratar la vergüenza, la culpa y la percepción negativa de uno mismo tras experimentar una experiencia traumática. En terapia con población víctima de un abuso sexual infantil es necesario explorar los recuerdos sensoriales asociados al abuso para que el paciente pueda sentirse seguro en la relación terapéutica. Estas experiencias traumáticas bloquean los recuerdos emocionales que posteriormente generan miedos que arrastran a la persona a lo largo de su vida (Gilbert y cols., 2006). Es importante también trabajar la respuesta que percibió del mundo cuando verbalizó el abuso, las emociones que esta le pueden generar y le impiden reconciliarse consigo mismo. Y, por último, es importante el poder desarrollar la capacidad de soltar, de dejar ir, de disminuir los niveles de autocrítica (McLean y cols., 2018). La sensación de tener el control de tu vida, de creencias relacionadas con la autoeficacia percibida, y locus de control interno, permiten a las personas poder procesar experiencias traumáticas de manera funcional. Está relacionado con una mejor adaptación interpersonal y bienestar psicológico (Gibson y cols., 2011: como se citó en King y cols., 2015). La autocompasión permite a la persona reconocer que la experiencia de abuso, no le define como ser humano, que el individuo tiene la capacidad de tomar el control de su vida y redefinirse como persona (McLean y cols., 2018).

5. Conclusiones

El presente trabajo perseguía profundizar conceptualmente cómo mediante el desarrollo de una capacidad como la autocompasión, se accede al perdón de uno mismo en personas que han sufrido un abuso sexual en la infancia. Para ello, se querían estudiar características generales del abuso sexual, así como el perfil de la víctima y posibles factores de riesgo y protección asociados. Otro de los objetivos era desarrollar la autocompasión como estrategia emocional compensatoria, exponiendo las emociones asociadas al abuso y el efecto reparador de la CFT.

Respecto al abuso sexual en etapas tempranas de la vida, se considera una experiencia traumática que puede llegar a generar secuelas a corto y largo plazo que afectan en la vida diaria de la persona (McLean y cols., 2018; Satıcı y cols., 2015). Como se ha desarrollado en la investigación de Assink y cols. (2019), algunos de los factores de riesgo que se han encontrado a la hora de sufrir un abuso son: el sexo femenino, la presencia de bajas habilidades sociales, padecer una condición física o mental crónica, experimentar otras formas de maltrato, poseer un progenitor con historial de abuso, el nivel de educación de los padres, el abuso de sustancias por parte de estos, o la existencia de conflictos entre ellos. Asimismo, el tipo de apego que desarrolle el individuo puede cumplir una funcionalidad de riesgo o protección para el abuso (Godbout y cols., 2014). En el caso del apego inseguro, que funciona como factor de riesgo, está asociado a respuestas emocionales que reflejan secuelas del abuso que influyen en las relaciones tanto interpersonales como intrapersonales (Naismith y cols., 2019).

Respecto a las respuestas emocionales asociadas al abuso, se encuentran la autocrítica, culpabilidad y vergüenza (Gilbert y cols., 2005). La vergüenza nos alerta de la falta de adherencia a las normas o expectativas sociales, por lo que nos permite adaptarnos al entorno. Sin embargo, puede derivar en esquemas desadaptativos que, en el caso de una experiencia traumática, impidan procesarla funcionalmente (Westerman y cols., 2020). Asimismo, la vergüenza externa asociada a la interpretación de los demás sobre aspectos negativos de la propia persona, desencadena el sentimiento de culpabilidad (Ullman y cols., 2007). Y, la vergüenza interna, aquella formada por evaluaciones negativas hacia uno mismo, correlaciona con altos niveles de autocrítica y una baja autoestima (Gilbert y cols., 2006). Además, la vivencia de un abuso sexual infantil genera cambios a nivel

neuroológico (Lippard y cols., 2020; Wilson y cols., 2011) que se retroalimentan con estas consecuencias emocionales y el tipo de apego de la persona. La vergüenza, la autocrítica y la imagen desvalorizada de si mismo están asociados a la hiperactividad de la amígdala, que refuerzan el desequilibrio entre los mecanismos emocionales e incapacitan a la persona a volver a un estado de calma (Gilbert y cols., 2005).

Respecto al efecto reparador de la CFT y la autocompasión como estrategia emocional compensatoria, según la investigación de Inwood y cols., (2018), la autocompasión facilita una regulación emocional adaptativa, es decir, permite la integración de experiencias negativas antes que el rechazo a estas. La CFT de Gilbert ofrece una perspectiva de cambio desde el desarrollo y manejo de capacidades que alivian y previenen el sufrimiento. Permite la experiencia de desarrollar nuevos modelos internos de si mismo y de los demás, con el objetivo de reducir la asociación del miedo y amenaza con la tranquilidad y el sentirse seguro (McLean y cols., 2018). Aquellas personas autocompasivas, tienen una mayor consciencia de sus procesos emocionales y de su bienestar psicológico, detectan sus propios problemas, tolerando sus limitaciones sin necesidad de autocriticarse. Tratan de entender el origen y las causas de sus problemas y se tratan a si mismo desde la delicadeza y el respeto (Baer, 2010; como se citó en Satıcı y cols., 2015). Sin embargo, hay que tener en cuenta que la angustia psicológica que genera la supervivencia a un trauma como un abuso sexual en la infancia correlaciona negativamente con la capacidad de autocompasión (McLean y cols., 2018). Para ello y para poder avanzar en el proceso terapéutico, es importante tratar de entender la funcionalidad de los mecanismos de defensa en los que se refugian las víctimas a través de la autocompasión para así poder acceder a la raíz del problema sin sentirse atacados o juzgados (Gilbert y cols., 2006). Es necesario entender que, aunque se rijan por estrategias disfuncionales, estas son las que les han permitido sobrevivir a la experiencia traumática, es la manera en la que han aprendido a gestionar las dificultades. Por ello, explorar los factores mediadores que influyen en el desarrollo y mantenimiento del apego, disminuye la resistencia en terapia y aumenta el poder generar objetivos y cambios terapéuticos accesibles y realistas (Raque-Bogdan y cols., 2011).

Por lo tanto, el abuso sexual infantil, independientemente de las habilidades y destrezas personales del individuo para afrontarlo, afecta a la persona en diversos aspectos de su vida (McLean y cols., 2018; Satıcı y cols., 2015). Existen factores de riesgo como la falta

de habilidades sociales, el haber experimentado otras formas de maltrato (Assink y cols., 2019) o un tipo de apego inseguro (Naismith y cols., 2019). Por otro lado, existen factores de protección como el apoyo parental (Godbout y cols., 2014), o habilidades de regulación emocional (Scoglio y cols., 2021), que estas, se puede desarrollar a través de la autocompasión (Inwood y cols., 2018).

6. Limitaciones y futura investigación

Una de las limitaciones de este trabajo de investigación es el concepto de autocompasión que se ha escogido. Este abarca factores y medidas distintas definidas por los límites de su descripción. Según la definición escogida, se centra en unas variables y en otras no. Además, el que existan diferentes definiciones, facilita el que existan distintos tipos de intervención. En esta revisión bibliográfica solo se tiene en cuenta la CFT y la definición del autor de esta intervención, Paul Gilbert. Otra de las limitaciones de esta investigación es la elección de las variables dentro del abuso sexual infantil. Solo se mencionan superficialmente los síntomas externalizantes y se centra más en los síntomas internalizantes asociados a emociones ligadas a la experiencia traumática. Las consecuencias de un abuso constituyen un trauma que se desarrolla e influye tanto en las emociones como en las cogniciones y conductas del individuo.

Para futuras líneas de investigaciones, sería interesante estudiar las conductas compensatorias que surgen como intento de recuperar esa sensación de control perdida tras sufrir un abuso. La sensación de control sobre la propia vida predice un mejor funcionamiento familiar y mejor salud física (King y cols., 2015). Como se ha podido observar, la autocrítica puede surgir como estrategia defensiva ante el malestar de la propia persona, pero también se ha demostrado que pueden desarrollarse trastornos de la conducta alimenticia, autolesiones, intentos y de suicidio y trastornos depresivos (Tobin y cols., 1995). Tratar de abarcar el abuso desde la detección temprana de estas conductas como síntoma del trauma, podría sensibilizar a la sociedad acerca del abuso y disminuir la estigmatización. Cuanto menor sea el estigma de haber sido abusado, mayor sensación de control reciben las víctimas y mayor probabilidad de que estas reciban ayuda profesional (King y cols., 2015).

Asimismo, sería muy enriquecedor el poder investigar el efecto de la CFT en un proceso de terapia de pareja en la que uno de los dos sea víctima de abuso sexual infantil. Es

necesario tener en cuenta que el cuerpo ya no es sentido como un lugar seguro tras sufrir un abuso, y como consecuencia se desarrollan mecanismos de evitación del dolor emocional que suponen efectos a largo plazo (Wilkins, 2014; como se citó en Westerman y cols., 2020). El poder estudiar acerca de cómo estos mecanismos inciden en la afectividad y sexualidad de la pareja abre un abanico de posibilidades infinitas en el campo de investigación psicológica. Existe un estudio que reconoce que aquellos tratamientos que incluyen sensaciones corporales son esenciales para obtener una regulación emocional positiva y poder recuperarse (Kolk y cols., 2014; como se citó en Westerman y cols., 2020), por lo que focalizarse en la actuación de la persona no víctima en la parte sexo-afectiva de la relación sentimental y estudiar cómo esta afecta al proceso de recuperación traumática, ofrece un ámbito de estudio atractivo en el ámbito de la pareja.

Por último, sería interesante el poder investigar acerca de normalizar las actitudes de autocompasión en la sociedad, con el fin de poder prevenir el uso de estrategias disfuncionales ante las adversidades vitales frente a paliar el síntoma. Aquellas personas autocompasivas consigo mismas son más proclives a enfrentarse a las dificultades de la vida de manera funcional (Bluth y cols., 2018). Considero necesario el poder recibir una educación que permita acceder a la autocompasión, rompiendo los prejuicios y estigmas que contiene nuestra sociedad. Desafortunadamente, se ha normalizado la violencia durante mucho tiempo, sin dar espacio a estrategias de regulación emocional funcionales o limitando las posibilidades de acceder a ellas. Actualmente se le ha ido dando más importancia a la salud mental, haciendo hincapié en las necesidades emocionales de cada uno, aprendiendo a respetarlas y a cuidarlas. Desde la educación de la autocompasión, se promueve el uso de estrategias de afrontamiento que permiten una regulación emocional funcional sin ningún tipo de prejuicio (King y cols., 2015). Considero que el concepto de autocompasión es muy amplio y rico que va a permitir muchos avances en el ámbito psicológico actual. Se puede aplicar y adaptar a las circunstancias personales de cada individuo y las implicaciones clínicas que supone son inmensas. Desde la CFT, se accede a un enfoque terapéutico que permite a la persona reconciliarse con su historia de vida y una de las partes más importantes de su existencia, ella misma. El propio obstáculo que no permite avanzar muchas veces eres tú mismo, tus inseguridades, tus miedos, tus prejuicios, tus sombras. La CFT te permite liberarte, perdonarte a ti mismo desde lo más profundo, dando la bienvenida a un yo que se respeta, se acepta y se quiere.

7. Bibliografia

- Assink, M., van der Put, C. E., Meeuwssen, M. W. C. M., de Jong, N. M., Oort, F. J., Stams, G. J. J. M., & Hoeve, M. (2019). Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *145*(5), 459–489. <https://doi.org/10.1037/bul0000188.supp>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bistricky, S. L., Gallagher, M. W., Roberts, C. M., Ferris, L., Gonzalez, A. J., & Wetterneck, C. T. (2017). Frequency of Interpersonal Trauma Types, Avoidant Attachment, Self-Compassion, and Interpersonal Competence: A Model of Persisting Posttraumatic Symptoms. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *26*(6), 608–625. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1322657>
- Bluth, K., Mullarkey, M., & Lathren, C. (2018). Self-Compassion: A Potential Path to Adolescent Resilience and Positive Exploration. *Journal of Child & Family Studies*, *27*(9), 3037–3047. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1125-1>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. In Attachment (ed., Vol. 1)*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Separation: Anxiety and anger (Vol. II)*. Books.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression. Attachment and loss, Vol. 3*. Hogarth.
- Chen, P., Chwyl, C., & Zaki, J. (2020). Beliefs About Self-Compassion: Implications for Coping and Self-Improvement. *Personality & Social Psychology Bulletin*, *46*(16), 146167220965303. <https://doi.org/10.1177/0146167220965303>
- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2006). *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. Guilford Press.
- Crews, D., Stolz-Newton, M., & Grant, N. (2016). The use of yoga to build self-compassion as a healing method for survivors of sexual violence. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, *35*(3), 139–156. <https://doi.org/10.1080/15426432.2015.1067583>
- Feiring, C., Taska, L., & Chen, K. (2002). Trying to understand why horrible things happen: Attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment*, *7*(1), 26–41. <https://doi.org/10.1177/107759502007001003>
- Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: The role of shame and attributional style. *Developmental Psychology*, *38*, 79–92. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.1.79>

- Fondo de las Naciones Unidas para los Niños (2014) *Ocultos a plena luz: un análisis estadístico de la violencia contra los niños*. <https://www.unicef.org/ocultos-a-plena-luz.pdf>
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology, 69*, 856–867. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Gilbert, P. (2009b). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment, 15*, 199–208. doi:10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal "social" conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert and K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118–150). Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 53*(1), 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P. (2015). The evolution and social dynamics of compassion. *Social and Personality Psychology Compass, 9*(6), 239–254. <https://doi.org/10.1111/spc3.12176>
- Gilbert, P., & Choden. (2013). *Mindful compassion*. Constable-Robinson.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self- attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263–325). Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 13*(6), 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Godbout, N., Briere, J., Sabourin, S., & Lussier, Y. (2014). Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: the role of parental support. *Child Abuse & Neglect, 38*(2), 317–325. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.001>
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin, 136*, 351–374. <https://doi.org/10.1037/a0018807>
- Hoffmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological intervention. *Clinical Psychology Review, 13*, 1126–1132. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.003>
- Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of Change in the Relationship between Self-Compassion, Emotion Regulation, and Mental Health: A Systematic Review.

Applied Psychology: Health & Well-Being, 10(2), 215–235.
<https://doi.org/10.1111/aphw.12127>

- Jazaieri, H., Jinpa, T., McGonigal, K., Rosenberg, E. L., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., Goldin, P. R. (2013). Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1113–1126. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9373-z>
- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Fyvie, C., Logan, K., Easton, P., Thomas, J., Philips, S., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Cloitre, M., & Shevlin, M. (2019). Is self-compassion a worthwhile therapeutic target for ICD-11 complex PTSD (CPTSD)? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(3), 257–269. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000577>
- Kemeny, M. E., Foltz, C., Cavanagh, J. F., Cullen, M., Giese-Davis, J., Jennings, P., Ekman, P. (2012). Contemplative/emotion training reduces negative emotional behavior and promotes prosocial responses. *Emotion*, 12, 338–350. <https://doi.org/10.1037/a0026118>
- Kirby, J. N. (2017). Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 90(3), 432–455. <https://doi.org/10.1111/papt.12104>
- Lippard, E. T. C., & Nemeroff, C. B. (2020). The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: Increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 177(1), 20–36. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010020>
- Lee, D. A. (2012). *The compassionate mind approach to recovering from trauma using compassion focused therapy*. Constable & Robinson Ltd.
- McLean, L., Bambling, M., & Steindl, S. R. (2018). Compassion-Focused Therapy as an Intervention for Adult Survivors of Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(2), 161–175. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1390718>
- McLean, L., Bambling, M., & Steindl, S. R. (2018). Perspectives on Self-Compassion From Adult Female Survivors of Sexual Abuse and the Counselors Who Work With Them. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260518793975>
- Miron, L. R., Orcutt, H. K., Hannan, S. M., & Thompson, K. L. (2014). Childhood abuse and problematic alcohol use in college females: The role of self-compassion. *Self and Identity*, 13(3), 364–379. <https://doi.org/10.1080/15298868.2013.836131>
- Naismith, I., Zarate Guerrero, S., & Feigenbaum, J. (2019). Abuse, invalidation, and lack of early warmth show distinct relationships with self-criticism, self-compassion, and fear of self-compassion in personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(3), 350–361. <https://doi.org/10.1002/cpp.2357>

- Navarro-Gil, M., Lopez-del-Hoyo, Y., Modrego-Alarcón, M., Montero-Marin, J., Van Gordon, W., Shonin, E., & Garcia-Campayo, J. (2020). Effects of attachment-based compassion therapy (ABCT) on self-compassion and attachment style in healthy people. *Mindfulness*, *11*(1), 51–62. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0896-1>
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, *9*(3), 225–240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Pace, T. W., Negi, L. T., Adame, D. D., Cole, S. P., Sivilli, T. I., Brown, T. D., Raison, C. L. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, *34*, 87–98. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.08.011>
- Pepping, C. A., Davis, P. J., O'Donovan, A., & Pal, J. (2015). Individual differences in self-compassion: The role of attachment and experiences of parenting in childhood. *Self and Identity*, *14*(1), 104–117. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.955050>
- Pereda, N., & Gallardo-Pujol, D. (2011). [Neurobiological consequences of child sexual abuse: a systematic review]. *Gaceta Sanitaria*, *25*(3), 233–239. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.12.004>
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W.W. Norton & Company.
- Raque-Bogdan, T. L., Ericson, S. K., Jackson, J., Martin, H. M., & Bryan, N. A. (2011). Attachment and mental and physical health: Self-compassion and mattering as mediators. *Journal of Counseling Psychology*, *58*(2), 272–278. <https://doi.org/10.1037/a0023041>
- Rostami, M., Saadati, N., & Abdi, M. (2017). Relationship between childhood abuse and self-compassion with stress-coping strategies in women. *Journal of Research & Health*, *7*(4), 962–970. <https://doi.org/10.18869/acadpub.jrh.7.4.962>
- Satici, S. A., Uysal, R., Akin, A., & Treviño, J. F. (2015). Early life experiences and self-compassion: A structural equation modelling. *Estudios de Psicología*, *36*(2), 343–365. <https://doi.org/10.1080/02109395.2015.1026123>
- Scoglio, A. A. J., Kraus, S. W., Saczynski, J., Jooma, S., & Molnar, B. E. (2021). Systematic Review of Risk and Protective Factors for Revictimization After Child Sexual Abuse. *Trauma, Violence & Abuse*, *22*(1), 41–53. <https://doi.org/10.1177/1524838018823274>
- Slepian, M. L., Kirby, J. N., & Kalokerinos, E. K. (2019). *Shame, guilt and secrets on the mind*. *Emotion*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/emo0000542>
- Tobin, D. L., & Griffing, A. S. (1996). Coping, sexual abuse, and compensatory behavior. *International Journal of Eating Disorders*, *20*(2), 143–148.

[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199609\)20:2<143::AID-EAT4>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199609)20:2<143::AID-EAT4>3.0.CO;2-G)

- Ullman, S. E., Townsend, S. M., Filipas, H. H., & Starzynski, L. L. (2007). Structural models of the relations of assault severity, social support, avoidance coping, self-blame, and PTSD among sexual assault survivors. *Psychology of Women Quarterly, 31*(1), 23–37. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2007.00328.x>
- Vilenica, S., Shakespeare-Finch, J., & Obst, P. (2013). Exploring the process of meaning making in healing and growth after childhood sexual assault: A case study approach. *Counselling Psychology Quarterly, 26*(1), 39–54. <https://doi.org/10.1080/09515070.2012.728074>
- Westerman, G., McCann, E., & Sparkes, E. (2020). Evaluating the effectiveness of mindfulness and compassion-based programs on shame and associated psychological distress with potential issues of salience for adult survivors of childhood sexual abuse: A systematic review. *Mindfulness, 11*(8), 1827–1847. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01340-7>
- Wilson, K. R., Hansen, D. J., Li, M. (2011). The traumatic stress response in child maltreatment and resultant neuropsychological effects. *Aggression and Violent Behavior, 16*(2), 87-97. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2010.12.007>
- Wu, Q., Chi, P., Lin, X., & Du, H. (2018). Child maltreatment and adult depressive symptoms: Roles of self-compassion and gratitude. *Child Abuse & Neglect, 80*, 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.013>
- Wyatt, G. E., & Newcomb, M. (1990). Internal and external mediators of women's sexual abuse in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 758-767. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.58.6.758>