***Cap. 5***

***Develación y recuperación de recuerdos***

El abuso sexual infantil está envuelto en secreto y negación. El secreto es impuesto por el perpetrador con diversas formas de intimidación que van desde lo sutil hasta lo despiadadamente sádico. Frecuentemente el silencio que se obtiene de la niña está internalizado tan profundamente que la víctima se hace adulta con el secreto de sus violaciones intacto. En niveles más extremos de preservación, el abuso sexual permanece disociado de la conciencia cotidiana de la paciente, constituyendo así un secreto incluso para la propia víctima. Por otra parte, si la niña llega a develar el abuso mientras tiene lugar, a menudo se la ignora, no se le cree, se la denigra o se la abusa aún más en lugar de validarla y apoyarla.

 Dado el grado en que la niña abusada y la adulta sobreviviente relegan sus victimizaciones sexuales al ámbito del secreto en las sombras, no es sorprendente descubrir que muchas mujeres con historias de abuso hacen una terapia e incluso la “completan” sin mencionar nunca sus experiencias de abuso. El tratamiento puede ensuciarse y finalmente detenerse por miles de resistencias y constelaciones de transferencia-contratransferencia aparentemente inexplicables pero poderosamente inquietantes, que confunden y frustran tanto a la paciente como al terapeuta.

Si el secreto es el pilar fundamental del abuso sexual infantil, la revelación a un otro que lo valida y lo cree es el primer paso en un proceso para sanar las devastadoras heridas de la victimización sexual temprana. Por lo tanto, es crucial que las y los terapeutas sepan cómo y cuándo facilitar la develación de manera que puedan transformarse en ese otro que valida y cree, a menudo por primera vez.

**Develación del Abuso en la Infancia: ¿Qué sucede?**

Siendo niñas algunas pacientes revelaron temprano el secreto del abuso. Desafortunadamente, muchas de estas pacientes se encontraron con respuestas negativas de las personas a quienes les contaron; a menudo fueron ignoradas, culpadas o denigradas por el abuso por parte de la persona a quien le contaron.

Si de niña una paciente le reveló su secreto a un adulto que luego no intervino ni la protegió, por supuesto fue abusada nuevamente. Más aún, se destruyó la fantasía de que alguien la protegería si tan sólo ella revelara lo ocurrido, lo que la dejó aún más alienada y carente. Bárbara, que fue agredida sexualmente por su padre, le habló a su madre del abuso cuando tenía 12 años, 4 años después de que se iniciaron los abusos casi todas las noches. La madre de Bárbara estaba colgando ropa recién lavada en el patio cuando Bárbara le soltó: “Mamá, papá pone su pene entre mis piernas en las noches, y no me gusta”. Su madre siguió colgando la ropa, y cuando Bárbara estaba juntando valor para volver a empezar, su madre respondió: “Bárbara, estás en mi camino. Anda a la casa a ver si tu papá ya se despertó”. El mensaje a esta niña no podría haber sido más claro: su rol era atender a su padre de todas las formas posibles mientras su madre permanecía emocionalmente distante de su marido y de su hija. La negligencia hostil inherente a este intercambio era otra hebra abusiva más del tejido de la infancia de Bárbara.

Claramente la niña que reveló su abuso sexual cuando era pequeña y encontró una respuesta negativa a menudo se vuelve una paciente adulta a quien, incluso si recuerda los traumas sexuales, le aterra develarlos nuevamente sólo para ser rechazada otra vez. Son la sensibilidad de la terapeuta y su comodidad con los derivados y síntomas que sugieren una historia de trauma por abuso sexual las que pueden llevar a la develación y el comienzo de la sanación.

**Facilitar la Develación del Abuso Sexual durante el Tratamiento**

Desde sus inicios la psicoterapia se ha dedicado a la idea de que hablar sobre la propia vida en el contexto de una relación terapéutica promueve cambios. Desde el descubrimiento de Anna O. de la “cura por la palabra” (*talking cure*), los terapeutas han estado alentando a la gente a hablar. Sin embargo, dado que la historia sexual traumática de una paciente frecuentemente está nublada por el secreto largamente mantenido, es imperativo que la terapeuta asuma una posición activa para hacer aparecer información sobre las experiencias abusivas pasadas. Antes de esbozar formas en que se puede facilitar la develación, enunciamos resistencias a este proceso que las y los clínicos mencionan ocasionalmente.

*Resistencia a Preguntar*

Los terapeutas pueden resistirse a preguntar por una historia de abuso por diversas razones. En primer lugar, pueden sentir que las pacientes darán a conocer aspectos importantes de su historia cuando estén listas. En este caso, preguntar se siente prematuro o invasivo. Las y los terapeutas también pueden pensar que si hay una historia de abuso sexual, esta es sólo una parte más de la narrativa de una paciente, y no representa algo a buscar en forma especial. En este caso se considera que preguntar es irrelevante. Una tercera preocupación mencionada por terapeutas comprende la credibilidad del abuso sexual develado como respuesta a las preguntas durante la recolección de la historia, especialmente en casos de abuso revelados por pacientes psicóticas y limítrofes. Este argumento recuerda a Freud en su cuestionamiento de la confiabilidad de los datos presentados por pacientes más perturbadas. Finalmente, hay terapeutas que dudan de la revelación de abuso sexual en la infancia y atribuyen estos relatos a fantasías y conflictos edípicos no resueltos.

Cada uno de estos argumentos contrarios a preguntarle a una paciente por abuso sexual a menudo representan resistencia contratransferencial de parte del terapeuta. El trauma psicológico, en especial el abuso sexual genera ansiedad e incomodidad en el o la terapeuta. Al igual que la sociedad en su conjunto, la familia de la víctima, y con bastante frecuencia las propias pacientes, los terapeutas no quieren saber que las pacientes sentadas frente a ellos fueron agredidas sexualmente, a menudo en varias ocasiones, tal vez en forma sádica y quizás a edades muy tempranas. Queremos retroceder y cerrar los ojos ante la frecuencia y la crueldad con que los niños son sexualmente agredidos. Y por tanto, con demasiada frecuencia no preguntamos, argumentando la potencial invasión o irrelevancia de tales preguntas, o encontramos razones para no creer lo que escuchamos, recurriendo a la tendencia ya reportada de las pacientes más perturbadas a distorsionar, o apoyándonos en la importancia de la teoría edípica para interpretar lo que se nos dice. Estas últimas dos resistencias potenciales de los terapeutas pueden ser especialmente devastadoras para pacientes que han sido invalidadas previamente en sus vidas cuando hablaron de sus experiencias de abuso.

La literatura que vincula trauma real temprano y patología limítrofe sugiere que, efectivamente, la presentación de la paciente limítrofe de su infancia puede estar bastante distorsionada. Sin embargo, en una distinción que contradice conceptualizaciones tradicionales de lo limítrofe (Kernberg, 1984), esta literatura sugiere que la forma en que las pacientes limítrofes distorsionan es a menudo para presentar sus historias mucho más bonitas de lo que realmente fueron, en un intento de preservar imágenes positivas de los objetos parentales, tan necesitados y amados.

Nuestra experiencia clínica ciertamente está más en la línea de este nuevo paradigma sobre la patología limítrofe. Las sobrevivientes adultas de abuso sexual tienden a apoyar fuerte y dolorosamente a sus abusadores, en especial los perpetradores parentales, y a menudo niegan o minimizan por años la extensión de sus victimizaciones pasadas. Así, encontramos más difícil ayudar a las pacientes a recordar su abuso de manera cognitiva y afectivamente completa, que validar la realidad de que el abuso efectivamente ocurrió. En otras palabras, la fantasía entre nuestros pacientes es que sus infancias fueron mejores de lo que realmente fueron.

Con respecto a considerar erróneamente los relatos de abuso sexual infantil como fantasías edípicas, enfatizamos las diferencias fenomenológicas entre pacientes que presentan fantasías edípicas y aquellas que guardan recuerdos reales de trauma sexual temprano.

En primer lugar, es poco probable que las pacientes que luchan con problemas psicológicos relacionados con conflictos edípicos no resueltos presenten la severa sintomatología y fragmentación del ego que se encuentra entre las adultas sobrevivientes de abuso sexual infantil. Por otra parte, la presentación fenomenológica del material edípico es marcadamente diferente de los recuerdos de abuso sexual. Las fantasías edípicas, si bien son con frecuencia perturbadoras para la paciente, no acarrean la paliza de imágenes o afectos de los recuerdos de abuso sexual. Más aún, la ansiedad que rodea al material edípico habitualmente es respuesta a la rabia asesina que se siente hacia el padre del mismo sexo, no es evocada por los aspectos explícitamente sexuales del conflicto edípico. Finalmente, la ansiedad de origen edípico por lo general es alejada de la experiencia subjetiva directa; en lugar de ello se manifiesta en síntomas como fobias y quejas físicas. Cuando las pacientes hablan sobre sus conflictos edípicos en el tratamiento el funcionamiento del ego la mayoría de las veces permanecerá intacto.

La ansiedad relacionada con recuerdos de abuso sexual, por otro lado, está directamente conectada con aspectos sexuales de la relación de la sobreviviente con el abusador. Lo más frecuente es que no sea desviada con éxito por medio de la formación de síntomas, sino que se experimente en forma subjetiva. De hecho frecuentemente inunda a la paciente, lo que conduce a la disociación, limitaciones severas en el funcionamiento del ego, así como *flashbacks* o pensamientos intrusivos sobre el abuso. Así, aún cuando los recuerdos de abuso sexual y las consecuencias del trauma temprano pueden coincidir con conflictos y fantasías edípicas -y a menudo ocurre así- la presentación de unos difieren suficientemente de la de los otros como para permitir a los terapeutas rastrear las raíces de lo que están escuchando en la sala de consulta.

*La Importancia de Preguntar*

Por lo que se sabe hoy sobre prevalencia de abuso sexual infantil en general y en una población clínica, en especial una población aparentemente limítrofe, y dado el secreto que habitualmente rodea las victimizaciones en la infancia de una adulta sobreviviente, es pertinente que los terapeutas pregunten sobre abuso sexual del mismo modo que preguntan en forma rutinaria por cualquier otra experiencia infantil potencialmente significativa.

Durante la exploración inicial de la historia con cualquier paciente, indagamos sobre posibles abusos pasados. Cuando las pacientes conversan con nosotros sobre sus experiencias sexuales pasadas y presentes, por rutina les preguntamos por abuso sexual, diciendo algo como: “Me pregunto si podría contarme sobre cualquier experiencia sexual incómoda o angustiante que pueda haber tenido de niña o en la adolescencia.”

Al momento de hacer estas preguntas hay que tomar en cuenta subgrupos de pacientes que van desde la paciente no abusada hasta la que ha disociado completamente los recuerdos y emociones asociados a traumas tempranos verdaderos. Por lo tanto, es importante evaluar las respuestas a estas preguntas en términos del contenido verbal y el proceso no verbal. Por ejemplo, la mayoría de las pacientes no abusadas contestan estas preguntas en forma rutinaria; respuestas verbales negativas en tono neutro se acompañan de posiciones corporales, expresiones faciales, tono emocional e inflexiones de voz neutras. Las pacientes que sí fueron abusadas también varían dentro de un continuo.

Algunas mujeres adultas sobrevivientes inician un tratamiento queriendo desesperadamente que se les pregunte sobre su experiencia de abuso para poder empezar a hablar (Herman, 1981). Estas pacientes tienen recuerdos conscientes de sus traumas infantiles; quieren hablar de ellos pero no pueden hacerlo a no ser y hasta el momento en que saben que la terapeuta está dispuesta y es capaz de escuchar sus historias. Sólo preguntarles por antecedentes de abuso sexual a menudo es suficiente para facilitar la develación por parte de estas pacientes.

Hoy existen datos empíricos que apoyan la eficacia de preguntar simplemente a las pacientes nuevas por abuso sexual. Por ejemplo, Briere y Zaidi (1988) condujeron un estudio con 100 formularios de ingreso de mujeres no psicóticas que se acudían a una sala de emergencia psiquiátrica urbana, formularios que fueron examinados en dos fases. En la primera revisión se eligieron al azar 50 formularios, y se verificó si había antecedentes de abuso sexual; 6% de los formularios contenía este tipo de información. Luego se pidió a los clínicos que preguntaran a las pacientes si habían sido agredidas sexualmente con anterioridad. Otros 50 formularios de ingreso se revisaron al azar después de la capacitación, y esta vez el 70% de las mujeres entrevistadas refirieron haber sido abusadas sexualmente en algún momento de sus vidas. Estos y otros investigadores (Cole, 1988) hacen énfasis en que muchas de estas mujeres habían tenido encuentros anteriores con servicios de salud mental, en los cuales sus historias de abuso no habían sido develadas. Por eso subrayamos la necesidad imperativa de preguntar a toda paciente sobre cualquier abuso en su pasado. Preguntar a menudo facilita la develación, y ésta es necesaria para que la curación ocurra.

Por supuesto a veces la develación no se produce sólo con preguntar. Esto puede ocurrir cuando la paciente ha disociado todos los recuerdos de los traumas. También puede ocurrir cuando ella tiene recuerdos conscientes de abuso, pero lleva una carga de lealtad a un objeto internalizado que la silencia o que ella necesita mucho. Finalmente, puede estar asociado al miedo de la paciente de que la terapeuta ignore o no crea el abuso develado. Tener recuerdos conscientes pero no verbalizables todavía ubica a esta paciente en el siguiente punto de un continuo.

Una paciente que recuerda claramente el abuso puede haber guardado el secreto por muchos años y estar todavía tenazmente apegada a un objeto internalizado que la silencia y avergüenza. La revelación de un abuso del pasado evoca cualquier amenaza o promesa que el perpetrador haya usado para lograr silencio y también pone en peligro la relación internalizada. Por esta razón, la develación resulta amenazante para la organización de self y objetos de la paciente. La develación también puede vivirse como un gran riesgo porque hace surgir el fantasma de que la terapeuta, tal vez igual que otros en el pasado, vaya a ignorar, a no creer o a invalidar de alguna manera la importancia del trauma temprano.

Esta paciente probablemente no develará el abuso sexual durante la exploración inicial de su historia, pero es probable que ofrezca respuestas no verbales positivas ante las preguntas de la terapeuta. A menudo esta paciente se pone tensa frente a preguntas relacionadas con abuso sexual, mira rápidamente hacia otro lado mientras niega su propia historia a nivel verbal, o responde que nunca fue abusada con protestas demasiado intensas y elaboradas. Incluso si la mujer sexualmente abusada que recuerda las agresiones no está preparada para revelarlo durante la exploración inicial, las preguntas del terapeuta le dan a entender que él o ella sabe y cree que los niños son abusados sexualmente, que dichas violaciones son material clínico importante, y que está preparado(a) para elaborar los recuerdos y emociones vinculados con este tipo de abusos junto a la persona que fue víctima de ellos.

*¿Quién habla primero?*

Incluso cuando el terapeuta se muestra dispuesto(a) y preparado para trabajar con la historia de abuso de una paciente, frecuentemente es una tremenda lucha para la paciente verbalizar concretamente la verdad de su abuso, incluso cuando ella y su terapeuta han estado dando vueltas alrededor del tema, como un avión buscando la ruta correcta para aterrizar, por muchas semanas o muchos meses. Inicialmente la terapeuta que sospecha de una historia de abuso sexual en su paciente puede preguntarse junto con ella por el significado de derivados de traición, invasión, penetración no deseada, ausencia de validación. Paciente y terapeuta pueden buscar el significado de los paradigmas de transferencia-contratransferencia que replican aspectos del abuso, tales como la vivencia que la paciente puede tener de la terapeuta como alguien peligroso porque puede penetrar su mente. Terapeuta y paciente pueden aclarar los significados de síntomas tan dramáticos como practicarse cortes, abuso de sustancias, relaciones abusivas repetitivas, o amnesia en relación a toda la infancia o parte de ella. Sin embargo, en un momento determinado alguien tiene que aterrizar el avión poniendo concretamente en palabras la realidad del trauma sexual temprano de la paciente.

Quién aterrizará el avión, cuándo y cómo se vuelve un dilema de oportunidad (*timing*) y técnica para la terapeuta que trabaja con una paciente que sabe de su abuso, que sabe que la terapeuta sabe, que sabe que la terapeuta sabe que la paciente sabe, pero que todavía se resiste a verbalizar el trauma innombrable. Que la terapeuta nombre lo innombrable inicialmente puede sentirse como un abuso hacia la paciente que lucha por mantener la negación, el secreto y la lealtad hacia importantes figuras de la infancia. Por otro lado, si la terapeuta se colude *ad infinitum* con no saber, esto puede replicar muy de cerca la experiencia de la paciente con un progenitor no abusador que no ve, no escucha y no está disponible; un progenitor(a) que sabía de las violaciones pero que no validó ni apoyó a la paciente cuando era una niña pequeña. Asimismo, la participación de la terapeuta en una evitación sostenida de lo conocido puede ser percibida por la paciente como la resistencia de la terapeuta a procesar el abuso con la paciente. En este caso la persona sobreviviente siente que la terapeuta la ve como ella se ve a sí misma: un ser vergonzoso, repugnante e inaceptable. En un nivel incluso más profundo, el proceso de rondar eternamente el secreto del abuso sin llegar a aterrizar en una verbalización se vuelve una forma en que la paciente provoca a la terapeuta de manera muy similar a como ella fue provocada y sobre-estimulada por el abusador sexual.

A menudo es apropiado e incluso crucial que el terapeuta hable primero; que ponga nombre a lo innombrable; que empiece a simbolizar aquello que ha permanecido desorganizado y no tratado dentro de la psique de la paciente. Si terapeuta y paciente han llevado a cabo un proceso razonablemente completo de examinar síntomas, sueños, derivados, fenómenos de transferencia y contratransferencia, todos los cuales llevan a la conclusión de que la paciente sufrió abuso sexual en su infancia, y si el terapeuta siente que él y la paciente de hecho están circundando eternamente algo conocido e innombrado, en ese caso está terapéuticamente indicado que el terapeuta hable primero. Hacerlo es validar la realidad interior de la paciente de una manera que establece al terapeuta como un poderoso contrapunto para el objeto internalizado abusivo o que impide hablar. Es establecer que el abuso pasado es un tema clínico importante sobre el cual el terapeuta puede soportar hablar con la paciente. También demuestra que el terapeuta puede establecer límites a la interminable provocación y sobre-estimulación. La siguiente viñeta entre Lisette, una paciente que fue abusada sexualmente por su padre, y la terapeuta ilustra cómo puede el terapeuta iniciar la conversación sobre el secreto:

TERAPEUTA: Sabe, me parece que usted y yo hemos estado dando vueltas alrededor de un secreto importante. Pienso que en este momento ambas sabemos que existe un secreto, ambas sabemos cuál es el secreto, y cada una sabe que la otra sabe. Pero hasta ahora no lo hemos puesto en palabras.

LISETTE: No sé a qué se refiere.

TERAPEUTA: Bueno, hemos hablado de varios temas que son fuertes y dolorosos para usted. Hemos hablado sobre cuánto odia su cuerpo. Hemos hablado de la posibilidad de que esté reviviendo algo cuando “ve” un hombre parado junto a su cama mientras se queda dormida en la noche. Hemos hablado de lo mucho que se asusta cuando su marido quiere hacer el amor. Nos hemos dado cuenta de cómo usted “se distancia” cada vez que hablamos de la relación con su padre durante la infancia. Nos hemos preguntado por qué tiene recuerdos claros de su vida hasta los 7 años y luego ningún recuerdo de la vida entre los 7 y los 15 años. Hemos hablado sobre todo esto y otras cosas y nos hemos preguntado por las razones de todo esto, pero parece que nunca fuéramos capaces de aterrizar, de poner en palabras una razón para muchos de sus síntomas y conflictos

LISETTE: ¿Usted cree saber la razón?

TERAPEUTA: Bueno, en realidad creo que las dos hemos estado pensando cosas similares. Pero tengo la impresión de que sólo tener estos pensamientos a usted le parece peligroso, y que por esto usted podría preferir que yo los pusiera en palabras primero.

LISETTE: Estoy confundida, no sé qué es lo que está pasando.

TERAPEUTA: Bueno, me parece raro que, dado todo lo que hemos hablado sobre su vida pasada y presente, la única cosa de la cual nunca hemos hablado abiertamente es la posibilidad de que usted haya sido abusada de niña.

LISETTE: Ah, no creo que eso fuera posible.

TERAPEUTA: No creo que tengamos que decidir ahora mismo *si es que* eso sucedió. Sin embargo, me pregunto por qué ni siquiera podemos explorar esta posibilidad.

LISETTE: Usted *sí* lo sabe. Usted *sabe* que yo creo que sucedió. Pero odio que haya ocurrido, y no *quiero* saber, no *quiero*.

TERAPEUTA: Es muy difícil lidiar con estas ideas –esta posibilidad de que usted haya sido abusada. Sin embargo mi experiencia es que luchar con esta terrible posibilidad es soportable cuando uno siente que puede hacerlo con otra persona. Así es que creo que puede ser soportable para usted si lo hacemos juntas.

En esta viñeta la paciente y la terapeuta habían estado explorando una gran cantidad de derivados de abuso sexual por meses: sueños, síntomas, paradigmas de transferencia y contratransferencia, configuraciones relacionales repetidas en la vida de la paciente. Asimismo, la paciente había ofrecido derivados sugiriendo que tenía conciencia de que ella y la terapeuta compartían un secreto no hablado. Más aún, los derivados implicaban que el secreto era vivido como algo que perjudicaba la relación terapéutica. Finalmente, había indicadores de que la paciente deseaba que la terapeuta hablara en primer lugar. Por ejemplo, la paciente relató un sueño en que una amiga de la infancia sabía un secreto sobre la ella. En el sueño la paciente anhelaba que la amiga hablara del secreto para que éste se abriera entre ellas.

El dilema clínico en esta situación es delicado. No hablando primero la terapeuta intentaba evitar replicar en forma demasiado cercana al abusador sexual, que psicológica y físicamente penetraba a la paciente mucho antes de que estuviera emocionalmente lista para lidiar con esa estimulación y ese conocimiento. Al mismo tiempo, no hablar primero puede a su vez haber replicado muy cercanamente la posición de la madre no abusadora que conocía el secreto del abuso a la paciente por demasiado tiempo, pero no decía ni hacía nada. En este caso la terapeuta decidió presentarse a sí misma como un objeto significativamente diferente de la madre de la paciente, que parecía saber del abuso pero no hizo nada al respecto; la terapeuta fue la primera en poner nombre a lo innombrable. Es importante hacer notar aquí el gran rechazo de la paciente a poner el abuso en palabras; lejos de adoptar una identidad de sobreviviente de incesto, la paciente luchaba por proteger a sus padres, reales e internalizados, de la verdad del abuso vivido en la infancia.

Si bien recomendamos gran cuidado al adelantarse a la develación por parte de la paciente, hay ocasiones, como la presentada en esta viñeta, en las cuales no sólo es aceptable, sino también quizás vital que la terapeuta hable primero. Este tipo de dilema clínico puede resultar cansador tanto para la paciente como para la terapeuta. Sin embargo, el desafío es aún mayor en el trabajo de develación con una paciente que ha disociado todos los recuerdos de su abuso infantil.

**Develación en un Estado Disociado**

Durante la exploración inicial de la historia, la sobreviviente que ha disociado sus recuerdos del abuso negará sinceramente cualquier historia de trauma sexual. Sin embargo, es probable que la terapeuta note una mirada de vaga incomodidad, un pequeño cambio de la posición del cuerpo, como si la pregunta perturbara algo lejano dentro de la paciente. También puede suceder que ella se disocie ante la pregunta de la terapeuta sobre trauma sexual en el pasado, “evadiéndose” breve o no tan brevemente. Estas respuestas no verbales alertan a la terapeuta sobre la posibilidad de un abuso en el pasado. En combinación con la evaluación cuidadosa de signos y síntomas de abuso sexual infantil presentada en el Capítulo 2, estas claves no verbales permiten a la terapeuta prepararse para la posible develación de un trauma disociado.

En el trabajo con una paciente que ha disociado sus traumas infantiles, la develación del abuso se da cuando la parte infantil abusada de la persona, que lleva los recuerdos del abuso, emerge para compartir su historia con la terapeuta. Para que esto suceda la terapeuta debe aceptar, trabajar e incluso alentar los estados disociados en que la paciente entra durante el tratamiento. La verdad se devela a través de estos estados, para ser contada inicialmente a la terapeuta.

Una paciente con material traumático disociado empieza a “evadirse” durante las sesiones, o a describir experiencias disociativas que ocurren entre las sesiones. La terapeuta nota que la disociación ocurre con mayor frecuencia cuando se plantean ciertos temas durante la sesión. Por ejemplo Lorna cuyo padre la abusó durante 9 años, inició el tratamiento sin recuerdos conscientes del abuso sexual. Después de algunos meses de terapia, comenzó a disociarse durante la sesión. A medida que pasaba el tiempo la terapeuta se dio cuenta de que Lorna siempre se disociaba después de mencionar la relación que tenía con su padre durante la infancia, su propia sexualidad o sus relaciones presentes con los hombres. Durante una disociación los ojos de Lorna se enfriaban, se sentaba rígida en la silla y no respondía las preguntas de la terapeuta. Cuando “regresaba” Lorna no recordaba de qué estaba hablando antes de disociarse, y tampoco podía describir lo que le pasaba internamente durante el período de disociación.

La terapeuta comenzaba a recordarle a Lorna lo que había estado diciendo antes de las disociaciones y le preguntaba a la paciente qué aspecto del tema de la relación que tenía con su padre durante la infancia era tan perturbador que ella tenía que distanciarse “quedándose en blanco”. Finalmente la terapeuta interpretó a Lorna que daba la impresión de que hablar de su padre, de otros hombres o de sexo gatillaba sentimientos que ella quería evitar. Luego de algunos meses y durante un episodio disociativo Lorna revivió y describió cómo su padre la violaba cuando tenía 6 años. En ese momento la voz, la expresión facial y la postura corporal de Lorna eran consistentes con los de una niña de 6 años. Episodios similares ocurrieron en un período de muchos meses, durante los cuales la parte infantil disociada de Lorna recordó y revivió sus traumas sexuales.

Es importante hacer notar que la develación del abuso sexual de Lorna ocurrió cuando la terapeuta aceptó y trabajó las disociaciones de la paciente. Focalizarse en la disociación como una forma de comunicación y como una defensa contra el conocimiento permite al terapeuta facilitar la develación de material traumático disociado.

La develación de recuerdos, emociones y fantasías de abuso disociados es esencial para éxito del tratamiento de adultos sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. Si el camino terapéutico finalmente conduce a la develación de un trauma sexual, la terapeuta debe estar preparada para una variedad de efectos posibles de dicha develación.

**Efectos de la Develación**

Si bien hay muchos resultados positivos de la develación, inicialmente romper el secreto del abuso puede generar un aumento de la desorganización y una exacerbación de los síntomas, tales como *flashbacks* perturbadores, recreaciones de algún aspecto del trauma, o comportamiento de auto-castigo evocado por la traición y deslealtad hacia la familia, representada por el acto mismo de la develación. Estas consecuencias de la develación reflejan el retorno de objetos malos a los cuales la persona adulta sobreviviente permanece inconsciente y tenazmente vinculada (Fairbairn, 1943).

Siendo un grupo de mayor riesgo de suicidio que las mujeres sin historias de agresión sexual (Bagley & Ramsay, 1986; Briere & Runtz, 1986), las mujeres sobrevivientes pueden intentar o realmente suicidarse cuando la develación provoca recuerdos y emociones muy dolorosos, cargados de furia, previamente disociados y asociados con el abuso (Courtois, 1988). En estos casos, suicidios intentados o logrados pueden verse como ataques crueles sobre y por parte de los introyectos de la paciente, y también como expresión de furia hacia la terapeuta por coludirse, o incluso alentar la develación. Considérese un ejemplo clínico de la reacción de una paciente posterior a su develación del abuso sexual especialmente sádico por parte de su padre.

El incesto de Vera terminó sólo cuando a los 20 años su padre trató de asesinarla una noche, mientras ella luchaba por escapar. Durante años, que incluyeron varias hospitalizaciones psiquiátricas, Vera no le habló a nadie del incesto. La primera vez que lo develó, desarrolló un riesgo suicida agudo. Resistió violentamente la hospitalización y se requirieron cuatro paramédicos hombres para sujetarla. Durante algún tiempo cualquier develación de material relacionado con el incesto evocaba en ella una respuesta similar. Eventualmente, con la interpretación repetida de la recreación del trauma invocada a través de sus acciones, Vera fue capaz de ver que luego de revelar recuerdos y emociones asociados con sus experiencias de incesto, ella se comportaba de una manera que conducía a una aterradora reedición de su padre sujetándola en el suelo para violarla. De una forma intrincada y autodestructiva, Vera estaba actuando una conservación leal de la relación internalizada con su padre.

Si bien este es un ejemplo extremo de las consecuencias negativas de la develación, ilustra de manera dramática el punto de que la revelación del secreto del abuso puede conducir temporalmente a un deterioro del funcionamiento de la paciente y un aumento concomitante de la sintomatología. Después de explorar las reacciones de una paciente a cualquier develación de material traumático en sesión, encontramos útil anticipar a la paciente que puede tener recuerdos, *flashbacks* y pensamientos intrusivos sobre el abuso más frecuentes, junto a reacciones emocionales más intensas de furia y terror. Dependiendo de la historia de síntomas de la paciente, sugerimos que podría sentirse fragmentada, deprimida, con tendencias suicidas o podría querer realizar acciones autodestructivas como auto-mutilación, beber excesivo o conducir en forma irresponsable. Le insistimos a la paciente que si bien puede extenderse por algún tiempo, este conjunto de síntomas es transitorio. Le informamos sobre la mejoría del funcionamiento que deviene de hablar sobre sus experiencias traumáticas e integrarlas en terapia. Aunque no siempre es así, a veces predecir algunas de las posibles consecuencias negativas de la develación ayuda a las pacientes a tolerar emociones y experiencias del propio self desorganizadoras sin desarrollar actuaciones impulsivas.

A pesar de la turbulencia que a veces sigue a la develación de una persona adulta sobreviviente de abuso sexual infantil, la oportunidad de revelar el secreto y de hablar de sus experiencias de abuso con un otro que valida, con mayor frecuencia significa el comienzo de la sanación de las víctimas.

Dado que, por definición, las mujeres que no han revelado abusos secretos no son alcanzables por las y los investigadores, es difícil validar empíricamente los efectos beneficiosos de la develación. Sin embargo, los estudios de investigación (Brunngraber, 1986; Courtois, 1980; Frawley, 1988) sugieren que la develación de abuso sexual infantil es vivida en último término por la paciente como algo inmensamente aliviador y que resulta crucial para reabrir canales relacionales intra e interpersonales. La develación inicia un proceso de recordar y establecer relaciones que finalmente conduce a una integración estructural y una mejoría en el funcionamiento, aun cuando recordar sea en sí mismo un proceso complicado.

**La Recuperación de Recuerdos Traumáticos**

Uno de los procesos terapéuticos más importantes que ocurre durante el tratamiento de una paciente sobreviviente de abuso sexual infantil es recordar, poner en palabras e integrar recuerdos traumáticos a menudo excluidos por largo tiempo. Esto se conceptualiza mejor como hablar y nombrar lo innombrable. Incluso aunque antes del inicio de la terapia las pacientes hayan compartido con alguien que el abuso ocurrió, pocas veces han hablado de lo que les hicieron a ellas y cómo se sintieron en ese momento. El hecho de que recuerdos traumáticos específicos son con frecuencia dependientes de un estado (*state-dependent*) (van del Kolk, 1989) complica el proceso de recordar. Fueron codificados en estados relacionados con el trauma de un terror indefenso y una furia sin palabras, y son accesibles sólo cuando la paciente retoma esos estados afectivos, algo que ocurre sólo cuando la transferencia y la contratransferencia alcanzan un nivel de intensidad que gatilla la evocación de estos estados. El hecho de que los recuerdos traumáticos a menudo no fueron codificados semánticamente sino que se procesaron sólo en el nivel cognitivo sensorio-motriz complica aún más la recuperación de dichos recuerdos. No simbolizado y no puesto en palabras, el abuso permanece desorganizado y extenso en la psique de la paciente, donde vivo y revestido de terror y furia, actúa sobre ella fuera de su control. Simbolizar las experiencias por primera vez, poner palabras a lo que le pasó llega en algún momento a contener la extensión del abuso, encogerlo del tamaño y la forma de un monstruo de la infancia a una narrativa de todas maneras dolorosa pero más manejable, acerca de eventos verdaderamente pasados.

Al hablar sobre la codificación y recuperación de recuerdos traumáticos entramos en un área de fuerte controversia. Los clínicos de orientación psicoanalítica, conscientes del rol organizador de la fantasía en la vida de un niño(a), frecuentemente cuestionan la precisión de los recuerdos infantiles, traumáticos o no, referidos por los pacientes. Los recuerdos de encuentros sexuales han sido considerados especialmente sospechosos por la percepción de una influencia fundamental de las fantasías edípicas. Más recientemente, algunos psicólogos experimentales (Loftus, 1992) se han unido a la discusión, insistiendo en que los recuerdos infantiles referidos en terapia pueden derivar de sugerencias realizadas por el terapeuta. Sin embargo, la investigación sobre trauma indica que los recuerdos traumáticos son de hecho recuperables y son esencialmente precisos.

Lenore Terr (1991), en su trabajo con niños traumatizados, refiere que niños que fueron abusados en su infancia temprana y quienes al momento del tratamiento presentaban amnesia en relación a sus terribles experiencias, repetidamente dibujaban, jugaban o referían haber “visto” representaciones precisas de sus traumas originales. Terr ofrece un ejemplo de una niña de 5 años que había sido abusada sexual y pornográficamente en un centro de cuidado diurno entre los 15 y los 18 meses de edad. Presentando amnesia en relación a estos hechos, la niña refería una “sensación divertida” en su “panza” cuando se apuntaba un dedo hacia ella; las fotografías confiscadas por las autoridades que investigaron al centro diurno mostraban un pene erecto apuntando al mismo lugar del estómago de la víctima que ella misma identificaba cuando describía estas “sensaciones divertidas” (p.13).

Los comportamientos estereotipados, sueños, temores aparentemente inexplicables, o los pensamientos intrusivos recurrentes de las pacientes adultas a menudo transmiten en forma precisa detalles de traumas previos. Decimos en forma precisa porque, en no pocos casos, la validez de los recuerdos se ha visto corroborada por terceros que supieron del abuso sexual cuando éste ocurrió.

Si bien son recuperables, los recuerdos traumáticos varían a lo largo de un continuo desde aquellos totalmente disociados y fuera de la consciencia, hasta aquellos organizados e integrados en la consciencia de la paciente. Las pacientes inician el tratamiento en diferentes etapas del proceso de recordar: algunas comienzan la terapia con recuerdos muy claros e integrados, y otras inician su sanación en algún punto del continuo. Por tanto, el camino de recordar está marcado por giros inesperados y que asustan a la paciente.

Muchas sobrevivientes adultas de abuso sexual infantil inician su tratamiento sólo con impresiones vagas, si es que las tienen, del abuso. Sus recuerdos no están codificados semánticamente, sino que residen en su psiquis no simbolizados, desorganizados e informes. Una vez que estas pacientes están en tratamiento y la relación terapéutica alcanza un punto crítico de intensidad, pueden empezar a sentir lo que para ellas son reacciones inexplicablemente poderosas a estímulos ambientales aparentemente benignos. Consideremos dos ejemplos clínicos.

María tenía una reacción violenta cada vez que veía un cierto tono de azul: su garganta se apretaba, su corazón palpitaba, y sentía nauseas y mareos. Asustada, sentía que debía estar loca por esta respuesta desorganizada a un tono de un color. Finalmente, María recordó que la habitación en la cual su tío la sodomizaba era de ese mismo tono de azul, al igual que el cobertor sobre el cual ocurría el abuso. Habiendo recuperado ese recuerdo, su reacción ante ese color se volvió mucho menos intensa.

Lizzie, que había sido cruelmente abusada por múltiples perpetradores, era tan incapaz de verbalizar sus experiencias que llamaba palabras “puaj” y cosas “puaj” a todos los términos asociados con la victimización. Decir o incluso escuchar las palabras “verdaderas” –violación, pene, vagina- era equivalente a revivir el abuso exactamente en el momento presente. Al escuchar estas palabras, esta paciente se disociaba y literalmente revivía el abuso, a menudo retorciéndose y gritando de dolor. Cuando “regresaba” no recordaba nada del episodio disociativo. Sólo en forma gradual ella fue capaz de tolerar y al final pronunciar palabras asociadas con el abuso. Esta mayor tolerancia coincidió con el proceso de recordar y relatar los detalles de sus violaciones.

Estas sobrevivientes recordaban antes de saber que lo hacían. “Recordaban” primero de maneras no simbolizadas que eran recreaciones más que recuerdos, tal y como entendemos generalmente que están organizados e integrados a un ego con un funcionamiento adecuado. En este extremo más lejano del continuo de la memoria, los recuerdos de las pacientes sobre el abuso estaban casi totalmente disociados. Escindidos de la consciencia, mantenían la fuerza emocional del trauma original y operaban con gran poder desde fuera de la consciencia de las pacientes.

Cuando el terapeuta está trabajando con una paciente que está teniendo recuerdos no simbolizados de abuso, es importante que explore en conjunto con la paciente el significado de reediciones mudas del trauma. De hecho, el primer paso que debe dar el o la terapeuta es comunicar a la paciente que estas experiencias tienen un significado que eventualmente puede ser comprendido y simbolizado. Entonces el terapeuta puede alentar a la paciente a permanecer con los estímulos perturbadores en la sesión y hacer asociaciones con ellos. En la mayor parte de los casos, la paciente será capaz de sentir la recreación visceral o emocional en la sala de consulta, y con el apoyo de su terapeuta, hacer emerger el recuerdo que está detrás de la experiencia.

En el siguiente punto del continuo están los recuerdos que se expresan por medio de experiencias somáticas que representan a nivel simbólico algún aspecto de los traumas originales. Estos habitualmente incluyen percepciones visuales o kinestésicas en que parte del cuerpo o el cuerpo completo está cambiando. Partes como las manos, piernas, muslos o nalgas pueden sentirse más grandes o más chicos; puede sentirse dolor o adormecimiento en ciertas áreas, y la persona sobreviviente puede sentir que se está haciendo más pequeña, del tamaño de una niña. Estas experiencias son muy poderosas, y durante ellas la paciente realmente siente y ve estos supuestos cambios somáticos. Dos ejemplos clínicos ilustran este punto.

Annalee fue abusada sexualmente por su abuelo. Comenzó a recordar los abusos mediante vivencias somáticas. Específicamente, Annalee se disociaba parcialmente y sentía sus muslos inmensos y muy pesados. A veces, cuando miraba hacia abajo los veía enormes, sobresaliendo bajo su cintura. En algún momento Annalee recordó que su abuelo se acostaba sobre ella después de agredirla. La vivencia somática simbolizaba el peso y la presión de su abuelo echado encima de su cuerpo.

Dorothea, abusada por su padre, comenzó a experimentar una forma suave de neuropatía periférica en su pierna y pie izquierdos poco después de revelar que su padre la había agredido entre los 6 y los 12 años. Esto con frecuencia indica el inicio de un nuevo recuerdo o una elaboración de un recuerdo del abuso previamente recuperado. En una etapa posterior del tratamiento Dorothea se dio cuenta de que siempre dejaba su pierna y pie izquierdos colgando por el lado de la cama durante el abuso. Eran partes de sí misma que lograba alejar de su padre. La neuropatía periférica representaba simbólicamente el abuso y al mismo tiempo su lucha por proteger alguna parte de su cuerpo de la violación.

Estas experiencias somáticas asustan a la paciente, que a menudo siente que se está volviendo loca. Una vez más, es esencial que la terapeuta normalice los recuerdos somáticos dentro del contexto de las formas en que las sobrevivientes adultas de abuso sexual infantil recuerdan sus traumas infantiles. Asegurar a la paciente que no se está volviendo loca sino que está intentando recuperar un recuerdo hasta ahora no simbolizado a menudo permite a la sobreviviente unirse y permanecer en la experiencia en lugar de resistirse a ella. Entonces, terapeuta y paciente juntas pueden explorar asociaciones a las somatizaciones hasta que por fin se recuerda el trauma original.

Avanzando en el continuo de la memoria hay eventos hipnagógicos e hipnopómpicos aterradores. Los eventos hipnagógicos ocurren en el estado entre la vigilia y el sueño; los eventos hipnopómpicos ocurren entre el sueño y la vigilia. En estos momentos la paciente tiene una experiencia similar a una alucinación, durante la cual revive algunos aspectos del trauma sexual. A menudo siente como si el perpetrador estuviera en la habitación preparándose para abusarla. Dado que la experiencia original de abuso por lo general ocurría de noche, y por la falta de control del cuerpo que se asocia a estos estados psíquicos cercanos al sueño, los eventos hipnagógicos e hipnopómpicos son especialmente comunes y atemorizantes para muchas sobrevivientes.

Mariana fue abusada sexualmente por su hermano durante varios años en su infancia. Se sentía acosada por una experiencia hipnagógica recurrente que comenzó poco después de iniciado el tratamiento. En ese momento entre la vigilia y el sueño sentía la presencia de su hermano junto a su cama y sentía su respiración en la oreja. Aterrada, no podía moverse ni gritar; todo lo que podía hacer era permanecer acostada y quieta hasta que despertaba totalmente y se aseguraba a sí misma que estaba sola. Como es de esperar, el sueño de esta paciente se vio perturbado durante los meses que estuvo atrapada por esta amenaza hipnagógica. Le daba pavor ir a acostarse en la noche y muchas veces trataba de no dormirse para evitar dicha experiencia. Todo el proceso repetía el terror que sentía en la infancia al ir a acostarse y las visitas nocturnas de su hermano a su cama.

Al igual que en el caso de las repeticiones de la vivencia de abuso y las somatizaciones no simbolizadas, es fundamental que la terapeuta normalice estos eventos hipnagógicos e hipnopómpicos ubicándolos en el contexto de paradas esperables en el camino de recordar totalmente los traumas infantiles. Cuando la paciente está segura de que no está loca, con frecuencia se vuelve más tolerante frente a estos eventos, y el trabajo de asociación en sesión puede proseguir hasta lograr una recuperación más completa de los recuerdos.

En el punto siguiente del continuo de la memoria están los recuerdos y pesadillas que constituyen retratos precisos del trauma original. En nuestra experiencia, las sobrevivientes de abuso sexual infantil frecuentemente tienen sueños que son representaciones casi indisimuladas del abuso. A diferencia de los sueños fuertemente simbólicos que estamos más habituados a aclarar, estos sueños hacen retratos que son lo que parecen ser: sueños, en otras palabras, que tienen escaso recubrimiento simbólico.

Por ejemplo Nanette, que fuera abusada por su abuelo, inició el tratamiento sólo con impresiones vagas de su abuso. Refirió un sueño recurrente en el que un hombre de pelo gris y apariencia distinguida conducía a una pequeña niña por una larga escalera que bajaba hacia un subterráneo obscuro. Aquí el hombre mayor le bajaba la ropa interior a la niña y la penetraba con su dedo. La pequeña niña del sueño quedaba paralizada; quería correr, pero sus piernas no se movían Cuando finalmente Nanette recordó el abuso con cierto detalle se dio cuenta de que el “sueño” en realidad era una representación muy precisa de los abusos de su abuelo, que ocurrían en el subterráneo de su casa.

Otros sueños-recuerdos son sólo levemente más simbólicos. Casey por ejemplo también tenía un sueño recurrente. En él un hombre alto y delgado con uniforme de básquetbol estaba de pie sobre la cama de la niña. Cuando la niña despertaba y abría sus ojos el hombre vertía un canasto de resbalosas serpientes en su cama. El hermano de Casey, un jugador estrella de fútbol, alto y corpulento, entraba en su habitación de noche para abusarla frotando su pene entre las piernas de ella. El sueño ofrecía un camino apenas disfrazado hacia los recuerdos.

Es importante que las y los terapeutas que trabajan con sobrevivientes de abuso sexual o pacientes que posiblemente son sobrevivientes evalúen los sueños relatados por las pacientes como representaciones potencialmente precisas o levemente encubiertas de los traumas infantiles. Estos sueños pueden ser útiles al sugerir líneas de exploración que faciliten la evocación de recuerdos en el tratamiento.

Avanzando aún más a lo largo del continuo están los flashbacks usualmente gatillados por estímulos externos e internos que se vinculan con el abuso por asociación. Los flashbacks pueden comenzar o intensificarse luego de la develación inicial del abuso; con frecuencia son aterradores para la paciente, e interrumpen su funcionamiento en forma intrusiva. Durante un flashback la paciente repentinamente vuelve a sentir algunos aspectos de las agresiones que vivió. Por lo general tiene un recuerdo visual vívido acompañado de emociones intensas asociadas a la experiencia original. Lo habitual es que haya una disociación parcial durante el flashback. Sin embargo, generalmente la paciente recuerda el contenido y tono emocional del flashback una vez que éste ha pasado.

Ellen Ann, sobreviviente de incesto padre-hija, comenzó a tener flashbacks poco después de revelar el secreto del abuso por primera vez en terapia. Cuando y ella y su marido hacían el amor, repentinamente veía el rostro de su padre en vez del de su marido. Durante el flashback se sentía muy pequeña y revivía la violación por parte de su padre. Cuando los flashbacks pasaban ella podía describir el contenido y los componentes emocionales de la experiencia. Sin embargo, Ellen Ann no recordaba su conducta durante el flashback, ni podía recordar la respuesta de su marido.

Los flashbacks ocurren repentinamente y constituyen un tremendo golpe emocional. Las pacientes acosadas por flashbacks les tienen pavor, y evitan situaciones que probablemente van a producir estos chispazos del trauma original, como por ejemplo tener relaciones con sus esposos. A menudo es una ayuda que el terapeuta ponga estos flashbacks en perspectiva para la paciente. Aun cuando generan temor y desorganización, los flashbacks también son parte de un proceso de separarse y ganar control sobre el abusador internalizado y las situaciones pasadas de abuso. A medida que la paciente sigue recordando y elaborando el abuso en la terapia, los flashbacks tienden a hacerse menos frecuentes. Cuando aparecen se sienten progresivamente como fenómenos más cognitivos y menos afectivos. Además, la paciente empieza a sentir que tiene algún control sobre los flashbacks. Por ejemplo, una paciente que estaba en una fase avanzada de su terapia refirió que una noche había tenido un flashback cuando comenzaba a hacer el amor con su marido. En ese momento fue capaz de desplazar voluntariamente la imagen de su padre insistiéndose a sí misma que ella era una mujer adulta haciendo el amor con alguien a quien amaba. Luego la terapeuta y la paciente exploraron en sesión los elementos que habían gatillado el flashback.

En el punto siguiente del continuo están los pensamientos sobre el abuso obsesivos e intrusivos que acosan a la paciente. Estos tienden a surgir después de bastante elaboración de recuerdos o flashbacks somáticos o disociados, y no tienen el mismo poder emocional que esos otros tipos de recuerdos. Los pensamientos intrusivos y persistentes pueden conceptualizarse como parte de un proceso de adquirir mayor control sobre eventos traumáticos del pasado. Si bien representan por cierto el regreso persistente de relaciones objetales perturbadoras, también ofrecen a la paciente una oportunidad de trabajar dichas relaciones e ir adquiriendo gradualmente un mayor control sobre su impacto desorganizador. Con frecuencia resultan irritantes para la paciente, pero no son especialmente desorganizadores o aterradores.

Katie por ejemplo, que fue abusada sexualmente por su tío, se quejaba de que los pensamientos sobre el abuso le empezaban en el trabajo, y una vez que comenzaban, “no podía pensar en otra cosa por horas”. Reflexionaba sobre el abuso una y otra vez, analizando cada aspecto de las experiencias con su tío y fantaseaba sobre maneras en que las cosas hubieran resultado diferentes. Estos pensamientos intrusivos se dieron después de años de tratamiento, durante los cuales Katie luchó primero con recuerdos somáticos y luego con flashbacks. Los pensamientos obsesivos sobre las agresiones incestuosas eran en realidad una manera de separarse de ellos y superar su dominio. Por medio de su concentración obsesiva en un recuerdo una vez que éste irrumpía, Katie comenzó a dominar las experiencias en lugar de ser dominada por ellas. En una etapa previa ella se desorganizaba y entraba en un caos ante la irrupción de un recuerdo, y a veces tenía que dejar de trabajar por un día o más. Ahora en cambio, a medida que aparecían los recuerdos, Katie imponía sobre éstos sus propios procesos de pensamiento. Luego de varios meses con esta preocupación, los recuerdos empezaron a disminuir su frecuencia e intensidad. Con cierto alivio un día Katie se dio cuenta de que no había pensado en el abuso en más de tres semanas.

Se puede apreciar que la recuperación de recuerdos traumáticos es un proceso largo y muchas veces complicado, durante el cual una paciente va integrando estos eventos en su consciencia. Es un proceso marcado por gran desorganización y dolor. Al final los recuerdos de abuso sexual, ahora más claros y al mismo tiempo con menos poder emocional, toman un lugar dentro de la narrativa vital de la paciente, donde siguen siendo dolorosos pero también pasan a ser verdaderamente parte del pasado. Tal vez Louise Armstrong (1978), sobreviviente de incesto y escritora, lo describe mejor cuando dice: “¿Así que no se va? Retrocede... No te tiene que gustar. Sólo tienes que vivir con él. Como una pequeña y desagradable mascota que has tenido por años” (p. 260).