

## **República Cromagnon, UN FINAL DISTINTO**

### **Tratamiento en el marco del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear**

(...) "el temor clínico al desmoronamiento es el temor a un desmoronamiento que ya ha sido experimentado (primitive agony) (...) y hay momentos en que un paciente tiene necesidad de que se le diga que el desmoronamiento cuyo temor mina su vida ha ocurrido ya".

D. Winnicott, Le crain de l'effondrement  
Fragmentos de un discurso amoroso, Ronald Barthes

El tratamiento de las personas que han experimentado un acontecimiento traumático nos enfrenta con la necesidad de replantear el trabajo del terapeuta.

Un suceso es traumático para el psiquismo cuando se trata de una situación inesperada, demasiado intensa, y de aparición abrupta que supera ampliamente la posibilidad de respuesta del individuo; desorganizando así el aparato psíquico (derrumbe), el cual ya no puede regularse a sí mismo de la manera en la que lo venía haciendo. Lo que es central en este tipo de eventos es el sentimiento de incontrolabilidad y de desconocimiento que experimenta la persona frente al evento y la vivencia de desvalimiento, así como la capacidad de cada psiquismo para afrontar dicho acontecimiento traumático. Este tipo de eventos, disruptivos, instauran un antes y un después en la vida de los individuos.

#### **30-D, incendio en "República Cromañón"**

A partir de los acontecimientos del 30-D consulta al Servicio de Estrés Traumático y Ansiedad del Hospital Alvear un grupo de personas damnificadas. El proceso psicoterapéutico con este tipo de damnificados se inicia el día 03-01-05, con una frecuencia bisemanal, y control psicofarmacológico si lo requiriese. La sintomatología prevalente pertenece al espectro del Estrés Agudo en los primeros tiempos.

#### **-imágenes y pensamientos recurrentes, y flashbacks del hecho traumático**

"Muchas veces me quedo como tildada: vienen imágenes, qué hubiera pasado si perdía a las chicas. No entiendo cómo estoy viva. Muchos murieron en donde estábamos. De los que se salvaron, fuimos los últimos en salir. Creo que todos ya sabíamos. Estábamos todos pendientes del techo".

"La cara de ese pibe no me la puedo sacar (al que le hizo respiración b a b). Sueño mucho con la cara de ese pibe. Y que yo o una de mis amigas está en lugar de él. Siento todavía que me quema al respirar hondo".

#### **-reexperimentación de sensaciones olfativas, cenestésicas, auditivas**

"Cuando duermo hago así (se pasa la mano frente a la nariz y boca, gesto de molestia). Como que hay humo".

"Sueño el día todo el tiempo: el viaje en colectivo, la entrada, el fuego. No puedo sacarme la sensación de estar soltando la mano de mi amiga".

"Lo escuché como cinco veces al llanto del bebé... A la madrugada, con la luz prendida, y lo escucho. Le dije a C. (marido), y me dijo que estoy cada vez más loca. Es como ese llanto de desesperación... Está todo en silencio y yo lo escucho, lejos". (explicar situación vivida) "Yo estoy bien conciente del llanto que es de B. (su hija, 2 a). Lo de las chicas es otra cosa. Las escucho cerca, como cuando me hablás. Escuché "Ayúdame, boluda, ayudame que me muero." Miré por la persiana y no había nadie".

**-despersonalización**

**-extrañamiento**

**-culpa del sobreviviente, también en familiares**

"Me siento egoísta. Sí siento culpa. Me siento mal porque yo les dije que me acompañen. Antes de entrar les dije "a mí nadie me quiso acompañar". Yo fui sola en realidad. Y me separé de ellas."

"Está bien que me recupere? A veces pienso que es injusto con los que murieron".

**-hiperactivación**

"Me cuesta mucho respirar, me ahogo. Anoche tuve mucha congestión, temblores, se me aflojan las piernas. Tengo mucho dolor en el pecho, y mucho dolor de cabeza".

**-deterioro social (limitado grupo sobrevivientes y/o reducción importante de actividades sociales)**

"Le tengo miedo a todo: subir a un colectivo, entrar a un lugar. No quiero estar sola."

"Me siento triste. Lloro sola. Tengo mucha angustia. Necesito estar cerca de la puerta. Controlar las salidas, y que la gente que está conmigo no entre".

"Tengo mucha bronca, me molesta que me digan "Ya está, ya pasó", o "Pero a ustedes no les pasó nada", me llena de bronca que no entiendan".

**-dificultades para dormir**

"Duermo 2 ó 3 horas. Tengo muchas pesadillas, me despierto exaltada. Me golpeé la cabeza una vez al despertar".

**-evitar dormir en la oscuridad o estar solo**

"Duermo de día, o duermo con la luz prendida".

"La puerta no la pude volver a cerrar más".

"Ayer tuve que volver a dormir con mi mamá".

**-miedo a enloquecer**

**-deseo de volver a la vida anterior**

"Perdí toda mi vida y me quedé ahí... y quiero mi vida como era antes!"

**-amnesia disociativa**

"No recuerdo a dónde fui, en dónde estuve parado. Ayer soné, me volvió en sueños (...)

"Siempre me vi como desde afuera de una pescera." "Tengo la imagen de caminar y caminar, pero no sé cuánto tiempo, por dónde".

**-aturdimiento o desapego afectivo**

"Yo soy el que está distante de ellos (hijos). Mi hija se acerca, pero a mí me cuesta."

**-desrealización**

"Me parece que no caí. No tenía noción de lo que había pasado. Como una película que me estaban contando".

“Volviendo a mi casa me perdí, era de noche. Tenía miedo de parar. Eran lugares que conozco, pero los desconocía. Quería ver algo conocido... Sí sentía lo mismo que en esa escena del recital.”

Si bien sabemos que la tendencia de la intervención se centra en los puntos de emergencia, queremos puntualizar la manera en que desarrollamos nuestra modalidad de trabajo. Partimos de considerar que hubo efectivamente un traumatismo realmente acontecido que irrumpe en el psiquismo de la persona, un suceso puntual (evento) con un principio y un final claro en el tiempo.

Desde la práctica clínica en el marco del Equipo de Estrés Traumático (Hospital Alvear) se plantea una serie de herramientas de trabajo.

El terapeuta como soporte externo de la desorganización interna en la etapa inicial. Para ello operamos a la manera de un “otro” capaz de sostener y contenerlo.

Facilitar el discernimiento de la agresión sufrida desde el mundo exterior por el sujeto, de su propia vulnerabilidad, tendiendo a lograr que el sujeto revierta el sentimiento de culpa. Lograr esta restitución de la organización psíquica es una condición necesaria para el reposicionamiento subjetivo con relación a su padecimiento: Implica el pasaje de haber sido objeto de la violencia o la agresión externa (pasividad) a ser sujeto capaz de instaurar una demanda (sujeto activo).

### **CASO “R”**

“I” consulta a mediados del mes de enero, acompañada por su padre. Tiene 22 años. Se muestra nerviosa, no deja de mover sus manos. Cuenta que fue al recital con su hermano menor.

Después de Año Nuevo salió de vacaciones. No quería ir pero fue igual, a los dos días sus amigos no la dejaban ver la tv, ni comprar los diarios.

*PRIMERA ENTREVISTA: “Les dije que necesitaba saber qué estaba pasando. Yo me quede en esa noche, y cuando volví de mis vacaciones fue como si hubiera sido la noche anterior a Cromañon. No pienso en otra cosa. No duermo, no como. Al principio, en casa, todos me decían: tenés que estar bien, saliste bien, tu hermano está bien.. Pero no me importa.. Por lo que pasé ahí adentro nadie me entiende. Todo el tiempo pienso en eso, no hablo de otra cosa. Ahora me hice un tatuaje. Tenía un duende que me gustaba y le puse la fecha. Hoy empecé a trabajar. Estoy todo el tiempo escuchando Callejeros, una vez y otra vez...”*

*Todos los días, 11 menos 20 miro el reloj; a partir de ahí es una hora. ... Y a las 12 en punto lo tenía ante mí a mi papá. Ahí es cuando me tranquilizo.*

Presentaba crisis de angustia cada noche, a la misma hora.

*SEGUNDA ENTREVISTA: No tengo ganas de nada... yo ya me había hecho la idea de que me iba a morir ahí. Ya estaba. No soporto sentirme así. Ya estaba, y a lo último no*

*tenía miedo. Miro el piso y veo chicos tirados. ( Se despierta unas 5 veces por noche. Antes de la 1AM no puede dormir.) Querer vivir es mucho dolor. Ni yo sé lo que siento. Tengo flashes de lo todo lo que había pasado, como una película, justo así.*

Escribe por primera vez el 30/03/05. Su relato estaba dividido para ella en dos partes: adentro y afuera de Cromagnon. Comienza así: *“Acá estoy... hoy se cumplen tres meses... es increíble... siento como si mi vida se hubiese detenido en ese 30 de diciembre... después de ese día todo giró en torno a Cromagnon... Y ahora no sé qué voy a hacer... siento que a medida que pasa el tiempo se me va a hacer más difícil retomar con mi vida como era antes... Me dejo estar... y no quiero tomar ningún tipo de decisión, por más insignificante que sea... no quiero decidir nada...*

Se trabajó con “I” sobre su historia previa y sobre la situación actual. Cuando comienza a sentirse mejor y a retomar alguna de las actividades normales empieza a surgir la pregunta ligada a los sentimientos de culpabilidad:

*“Está bien que me recupere? A veces pienso que es injusto con los que murieron ”*

La paciente desde el comienzo del tratamiento decía que ella no quería olvidar, y que tenía mucho miedo de no recordar cada detalle de lo sucedido. Antes de comenzar a escribir encuentra un archivo en donde su hermano escribe lo que sucedió esa noche y lo lee. Le alivia saber que a su hermano también le pasaron cosas importantes, como a ella. El relato comienza con lo que hizo ese 30-12 desde que salió del trabajo.

Algunos pasajes:

*(Cuando cae al piso)... “A partir de ahí perdí la noción del tiempo, las cosas que me empezaron a pasar no sé si duraron 2, 3 minutos, ó 15... después de que caí se cortó la luz, todos gritaban, yo lloraba, y podría jurar que escuchaba los gritos de mi hermano... Me dolía mucho todo el cuerpo y casi no podía respirar de lo mucho que me aplastaban el pecho, no me podía mover nada... y sentía que me estaba muriendo, lo único que decía era “NO ME PUEDO MORIR ACA”. Me parecía... no sé... absurdo... Me dolía mucho la pierna...y en un momento rogaba que si era necesario me la quebraran...intentaba negociar...una pierna rota por mi vida...pedía que me quebraran la pierna, pero poder salir con vida...*

*(El chico que me tapaba la nariz): Esto nunca lo conté porque todavía no lo entiendo...hasta en el momento que pasaba trataba de negarlo... pero lo que en realidad pensaba es que de verdad me quería tapar la nariz y que lo estaba haciendo a propósito... qué quería, matarme? A veces pienso que él creía que se iba a morir y querría que alguien más se muriera con él...*

*Siempre creí eso que dicen, que cuando ves de cerca a la muerte se te pasa toda tu vida por la mente, ves todo como si fuera una película, todos tus recuerdos, tus afectos... pero no... no fue así qué recuerdos iba a tener si apenas podía pensar... tuve algunos flashes de mi mamá, y pensé algunas veces que si yo me moría, mi papá se moría conmigo... tenía una sensación rara de que no le podía avisar a mi papá lo que estaba pasando...*

Completa casi al cuarto mes el relato, I .va agregando partes a lo ya escrito y puede escribir lo que ella llama “la segunda parte”: *No entendía nada, me asusté mucho y empecé a temblar, apoyé la cabeza contra el piso, y dije: NO, MI HERMANO”. Y ahí comenzó la segunda etapa del infierno...*

Relata el encuentro con el hermano y después con su papá. *Escribe:*

*Me llevó hasta el auto. Me abrió la puerta, entré... lo agarré del brazo, y mirándolo fijo a los ojos le dije: me estaba muriendo, me iba a morir...*

*“Yo no salí de Cromagnon... yo todavía estoy adentro” dijo Pato un día... Y así es para mí y para muchos... Recién hoy, a casi 4 meses puedo decir que estoy logrando salir... estoy dando ese paso afuera de Cromagnon... afuera de ese 30 de diciembre que está tatuado en mi cuerpo, en mi alma y en mi cabeza PARA SIEMPRE...*

A partir de allí cuenta que encontró en su baúl sus zapatillas de baile. Y muchos sueños que a partir de la separación de sus padres, un año y medio atrás, había olvidado. Decide retomar sus clases de danza, y concursar en una competencia. Realiza algunas entrevistas de trabajo y vuelve a reunirse con su grupo de amigos.

Una de las tareas esenciales en la intervención temprana es la “normalización”, que consiste en señalar a la persona damnificada que sus reacciones son una respuesta normal, de un individuo normal, ante una situación anormal, y que generalmente pueden disminuir y desaparecer con el paso del tiempo. Este esclarecimiento es generalmente aliviador y tiende a que las personas afectadas puedan recuperar parte del sentimiento de control que hubieran perdido a partir del hecho traumático.

Es importante explicitar el modo en que se trabajará a partir de iniciar el proceso psicoterapéutico, indicando los tiempos de duración del tratamiento y modalidad de trabajo, fijando días y horarios para su prosecución.

Por parte del terapeuta, se trabaja desde una distancia operacional, intentando comprender afectivamente lo que al otro le sucede, sabiendo que nunca es una comprensión total. Es imprescindible no trabajar desde una excesiva distancia, así como no sobreinvolucrarse por lo que el acontecimiento traumático pudiera significar para nosotros. El vínculo terapéutico que se establece conlleva la característica de que tanto los lazos transferenciales como los contratransferenciales con las personas afectadas se establecen intensa y rápidamente.

Más que la “intensidad del trauma”, lo que destacamos es la sensación de incontrolabilidad, tanto en función del mundo exterior como del mundo interno de la persona. El medio en el que se halla sufre un cambio abrupto, de un instante a otro, trastocándose en una escena del horror (estética de lo siniestro). (\*)

Se pierden las referencias de sentido, de orden, seguridad y control, de lo conocido. Algunas personas cuentan que por momentos “no se sabían si vivos o muertos”.

## CASO B

V. llega al consultorio muy angustiada, utiliza un cuello ortopédico desde el 11/04/05, desde que comenzó a tratarse no había podido relatar qué le había sucedido ese día. Entra al consultorio y me dice: Hoy estoy mal tuve un sueño y me levanté transpirada y con más dolor en el cuello que de costumbre.

Hoy quiero contarte qué me pasó...(silencio y se le comienzan a caer las lágrimas).

Ese día yo no sé porqué me quedé casi pegada a la puerta , tenía calor no tenía ganas de que me tocaran, qué sé yo...

Termina de tocar la banda soporte y empiezan los Callejeros Era todo alegría hasta que...ya sabés lo que pasa.

Yo no vi nada porque la gente me termina sacando del lugar, no sabía qué estaba pasando adentro, pero yo voy al lugar donde habíamos quedado en encontrarnos por si nos separábamos. Ahí parada estaba. Al lado de una parada de colectivo que no me acuerdo cuál era.

Veo salir gente, gritos, llantos, no entendía nada. De repente sirenas, ambulancias, era todo una locura.

V. mientras que hablaba, lloraba...sin parar.

Y yo sin saber qué hacer , seguía paradita.

Hasta que en un momento giro la cabeza y me quedé DURA, dura de verdad. Veo chicos muy chiquitos todos negros, quietos . No lo podía creer...

*\*Desde Freud es la experiencia de la propia muerte lo irrepresentable. La muerte de los pares evoca esa propia muerte que quedaría fuera de lo simbólico.*

Después del trauma, lo siniestro del vivenciar ocurre cuando lo que debía permanecer en las sombras (se-) aparece, irrumpe, “reviviendo” ahora, sin la presencia del estímulo traumático, el sentimiento de falta de control sobre el mundo exterior, sobre sí mismo (imágenes y pensamientos recurrentes), y sobre el propio cuerpo ante las reacciones de hiperactivación ( de características automáticas).

De la mayoría de los relatos hay tres características del momento del trauma que los sobrevivientes destacan, y es en relación a ellas que se ha establecido gran parte de los síntomas evitativos: la soledad, el silencio y la oscuridad.

Los síntomas se establecerán con mayor preponderancia según la historia singular de cada quien, historia en la cual deberá integrarse el acontecimiento traumático para pasar de la revivencia al recuerdo, del sobrevivir al seguir viviendo, de la experiencia cercana con la muerte al contacto con la vida.

En todos los casos, evitamos psicopatologizar al individuo, cuidando que no caiga en la victimización, evidenciándole que puede apropiarse de manera activa de lo que padeció pasivamente. Intentamos intervenir en el ordenamiento de lo vivenciado, de lo fáctico,

para poder así integrar progresivamente las sensaciones, emociones y sentimientos en un relato organizado, una historia que también tendrá un principio y un fin, y que quedará integrada a su vez en la historia personal de cada individuo. Un relato simbólico y un sentido singular que puede ser recordado, y no una revivencia fragmentaria y actual que afecta involuntariamente a la persona. En **Análisis terminable e interminable**, plantea **“En efecto, el trabajo analítico se cumple de manera óptima cuando las vivencias psíquicas pertenecen al pasado, de suerte que el Yo pudo ganar distancia de ellas. En estados de crisis agudas, el análisis es poco menos que inutilizable. En tal caso, todo interés del Yo será reclamado por la dolorosa realidad objetiva y se rehusará al análisis, que pretende penetrar tras esa superficie y poner en descubierto los influjos del pasado...”**

Es en el espacio psicoterapéutico donde es posible que algo de lo indecible del trauma comience a circular y la puesta en palabras y el despliegue de ese relato singular de la vivencia de horror encuentren un lugar y una escucha distinta a la mera repetición verbalizada de la experiencia. Algunas personas descubren tras algunos encuentros que ese relato -siempre el mismo- del trauma va completándose con el advenimiento de nuevos recuerdos o fragmentos de la vivencia hasta entonces no recordados. Generalmente advertimos que el relato oral y/o escrito, una vez integrado, favorece la disminución de los síntomas. Tiene indudablemente efectos sobre la memoria traumática. **Efectivamente el relato promueve la historización, y en la medida en que en los sucesivos relatos aparecen diferencias, asoma el sujeto.**

Los relatos de los distintos individuos están referidos a un mismo acontecimiento traumático, sin embargo los mismos presentan “ESA SINGULARIDAD DE LA VIVENCIA” que nos permite pensarlos como únicos y en donde su historia previa entra a tomar relevancia dentro del discurso.

Algunos de los grandes errores de los terapeutas provienen de una especie de ansiosa invasión, de dar apresuradamente un sentido a lo vivido por el otro. Se trata de hacer un puente común hacia un posible sentido que ligue dolorosamente lo humano y lo inhumano. Por lo tanto si el terapeuta logra esta posibilidad de asumir un relato compartido con los afectados del trauma, se evita instalar lo traumático en el interior del

propio proceder. Se evita así colocar a la víctima en un lugar pasivo realizándoles interrogatorios con el argumento de que es importante que hable<sup>8</sup>.

Las personas son damnificados, padecen de una herida psíquica, de una ruptura que abre una brecha en los distintos órdenes de sus vidas. El trabajo del terapeuta es el de acompañar y ayudar a cerrarla, sabiendo junto con el damnificado que no se borrará jamás, y que la marca del trauma recordará la pérdida, el haber sobrevivido, y el estar vivo.

### **Escrito Paciente P**

... " Dale un poco más, no respires, aguanta. Tratá de no mirar, no mirés, escuchame, no sueltes a M, yo te digo que van a salir, no no mires, caminá un poco más ,para acá, donde estoy? Vas a salir.

No entiendo nada, qué hago? Tengo miedo, no siento el cuerpo, tengo mucho miedo, no siento nada, no sé a donde hay que ir, por donde salgo, a donde van, por acá no?

No hay salida! Hay fuego acá, quiero salir. Abran!!!!

Ya está, ya está, ya está, no puedo más, no veo nada, no hay luz, no hay salida, me pesa esta gente, este pibe...

Ya está, me voy a morir, ya está. Tengo miedo.

Esta piba acá grita, yo estoy quieta, no veo nada, hay mucho humo, estoy cansada, las piernas... Tres pasos más...

No puede ser la calle, la calle, el pibe que sale de ahí, M ahí está la calle.

Vamos, vamos, la calle. Todo esos afuera, no debe haber nadie más adentro, no? Salimos!!

Salimos, no?

Salimos, acá hay salida.

Tres pasos más, esto es horrible. Todos salen tosiendo, en el piso...

L. salí, salí de ahí que te vas a morir.

Salí de ahí!!!!

Y ahora seguí con lo que ya sabés, desmayate y todo lo demás. Yo me quedo viendo como sigue esto.

Estoy inútil, no me puedo mover, no puedo ayudar, no puedo dar aire, no me ven.

El tiempo se paró a mi espalda...

No hay nada más, no puedo ver nada más, hay cuerpos, no se mueven. Este cuerpo no se mueve, está inútil, las manos quietas.

Antes era yo, y el mundo, el dolor ajeno, el sentimiento propio de los sueños, la carrera, el nene, la obra, el cuento, los mates en casa con los chicos, las idas y venidas sobre Dios, sobre la vida, las hermosas charlas entre cervezas de arte, de teatro, de religión, del 76, de infancias, de dudas. Antes los abrazos, las lágrimas, la música, la guitarra de los chicos, bailar en el comedor con las chicas.

Antes siempre antes fue hablar, fue hacer teatro en casa, soñar en presentar nuestra obra...

Y ahora qué?

Yo quiero mi antes.

Antes contaba los segundos para ir a verte, llamaba para despertarte, ahora venís vos porque yo no quiero viajar sola en colectivo.

Antes mucho antes, el campo, el campo en familia, la tranquilidad del pasto, el campo con los chicos. Ahora???

Tengo miedo de perder lo que siempre me hizo feliz, tengo miedo a no volver, a no unirme.

L.!!!! Mirame a mí. VOLVE!!!!!!!!!!

Pensar en las catástrofes sociales implica, para los terapeutas, pensar en sus efectos en el aparato psíquico, en cómo posicionarnos frente al horror y cómo intervenir.

El traumatismo provoca una caída en el sistema de representaciones y de certezas. En un primer tiempo se produce una descomposición y desarticulación de las simbolizaciones existentes. En un segundo tiempo hay un intento de simbolización espontánea, que consiste en tratar de engarzar lo ocurrido en alguna serie psíquica previa del sujeto, que le otorgue una significación y que permita que se reinstalen las representaciones<sup>8</sup>. (Bleichmar,S. 2001).

Durante el trauma no hay conflicto intrapsíquico. Todo el yo está dedicado a protegerse y el problema es el arrasamiento psíquico. Es por eso que después del trauma no hay asociaciones y al igual que en cualquier situación de pérdida, hay que dar tiempo a realizar el trabajo psíquico que el trauma exige.

El analista debe desarrollar una particular disponibilidad y sensibilidad para reconocer cuándo el decir es confesión traumática y repetitiva a diferencia de labor simbólica y elaborativa, como también cuándo el silencio es un refugio de lo intolerable a ser acompañado y cuándo responde al aislamiento patológico. Habitualmente no hay fantasía, hay una escasa capacidad ligadora por la cantidad de excitación que arrasó al yo, hay restos correspondientes a lo real que ingresó al psiquismo durante el trauma.

Frente a la irrupción de estos fragmentos no metabolizados, después del trauma, el analista no habrá de intervenir con interpretaciones, ayudando a encontrar una significación inconsciente porque no la tienen.

El trabajo del analista consistirá en construir, crear, producir un nuevo entramado psíquico allí donde quedó arrasado<sup>9</sup>.

Es importante que los terapeutas nos cuidemos mucho de nuestras buenas intenciones: bajo la máscara de lo bueno que deseo para el otro se produce un olvido del otro, se refuerza la propia omnipotencia, se olvida el saber de que sin el otro nada es posible.

Lic. Juliana Lanza

Lic. Paola Szerman

Junio de 2005