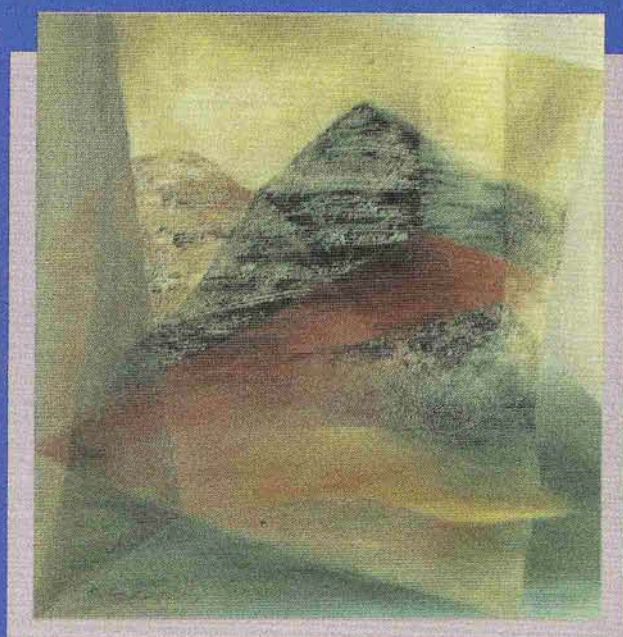


# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

# 31



## TRAUMA PSQUICO

*Briole / Bierens de Haan / Edelman  
Halsband / Kersner / Kordon / Lafont  
Lagos / Lebigot / Ruiz López*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen IX - N° 31 - Marzo - Abril - Mayo 1998



Director:  
**Juan Carlos Stagnaro**  
Director Asociado para Europa:  
**Dominique Wintrebert**

### Comité Científico

F. Alvarez (Bs. As.), V. Barends (Barcelona), I. Berenstein (Bs. As.), S. Bermann (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), E. Bringas (Córdoba), F. Caroli (París), B. Dubrovsky (Montreal), R. H. Etchegoyen (Bs. As.), N. Feldman (Rosario), J. Forbes (San Pablo), O. Gershanik (Bs. As.), A. E. Goldchluk (Bs. As.), M. Hernández (Lima), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), F. Lolas Stepke (Sgo. de Chile), H. Léo (París), M. A. Matterazzi (Bs. As.), E. Mejías Valenzuela (Madrid), J. Mendlewicz (Bruselas), R. Montenegro (Buenos Aires), A. Mossotti (Santa Fe), J. Nazar (Mendoza), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), E. Probst (Montevideo), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), S. Resnik (París), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), S. L. Rojtenberg (Bs. As.), F. Rotelli (Trieste), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

### Secretaría de Redacción:

Norberto Aldo Conti (Coordinador);  
Gabriela Silvia Jufe, Sergio Strejilevich, Fabián Triskier

### Corresponsales en:

**CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES:** N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); A. Mantero (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); P. Gabay (Hosp. Santojanni y Ramos Mejía); D. Matusevich (Hosp. Italiano y Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); E. Matta (Bahía Blanca); L. Milano (Hosp. J. Fernández); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); L. Millas (Hosp. Rivadavia); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); N. Koldobsky (La Plata). **CORDOBA:** H. López, C. Curtó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RIOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RIO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** G. Bazán. **SANTA CRUZ:** E. Osorio. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **TUCUMAN:** A. Fiorio.

### Corresponsales en el Exterior:

**ALEMANIA Y AUSTRIA:** A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello, A. Berenstein, M. A. Díaz. **EE.UU.:** A. Sudilovsky (Pittsburg); C. Toppelberg (Cambridge); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

Gerencia y Administración:  
Carlos De Lorenzo

Diseño  
Coordinación y Corrección  
Mabel Penette

Composición y Armado:  
Omega Laser Gráfica  
Callao 157 P.B. "C"  
(1022) Buenos Aires"

Impreso en:  
Chulca impresora s. a.  
Doblas 1753  
(1424) Buenos Aires  
Tel.: 921-5817 922-4937

### Informes y correspondencia:

VERTEX, Callao 157 P. B. "C",  
(1022), Capital Federal, Argentina,  
Tel. 373-0690 - 372-8896 Fax: 373-0690  
E-mail: polem@sminter.com.ar

### En Europa: Correspondencia Informes y Suscripciones

Dominique Wintrebert, 63, Bvd. de Picpus,  
(75012) París, Francia Tel.: (33-1) 43.43.82.22.  
Fax: (33-1) 43.43.24.64

E-mail: wintreb@easynet.fr

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nº 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. IX Nº 31, MARZO, ABRIL, MAYO 1998

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

\* Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Pólemos, Sociedad Anónima.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

## SUMARIO

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- "¿Por qué existe la depresión?", E. Probst pág. 5
- "Salud Mental y flexibilización laboral: Una perspectiva antropológica", A. Bialakowsky, E. Rosendo pág. 10

### DOSSIER

#### TRAUMA PSIQUICO

- Clínica de la neurosis traumática, B. Lafont pág. 18
- El trauma en psicoanálisis, G. Briole pág. 24
- Estrés Postraumático. Quince años después de Malvinas, A. Ruiz López pág. 30
- Trauma social y psiquismo. Consecuencias clínicas de la violación de derechos humanos, D. Kordon, L. Edelman, D. Lagos, D. Kersner pág. 42
- El debriefing emocional colectivo con voluntarios de la Cruz Roja, B. Bierens de Haan pág. 52
- Oportunidades y formas de intervención terapéutica en el Traumatismo Psíquico, F. Lebigot pág. 62
- Tratamiento Psicofarmacológico del Trastorno por Estrés Postraumático, S. A. Halsband pág. 67

#### EL RESCATE Y LA MEMORIA

- "Flashbacks" pág. 72

#### CONFRONTACIONES

- El acompañamiento terapéutico  
Entrevista a G. Rossi y G. Pulice, por J. C. Stagnaro pág. 74

#### LECTURAS Y SEÑALES

- "Lecturas" pág. 77
- "Señales" pág. 78
- "Índice alfabético por autores - Tomo VIII" pág. 79

Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una revista científica de aparición cuatrimestral, en marzo, junio, setiembre y diciembre de cada año indizada en el acopio bibliográfico "Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud" LILACS.



## EDITORIAL

**T**rauma psíquico y sus consecuencias: tal es el tema que se despliega con inusual riqueza en el Dossier de este número, coordinado por una autoridad en el tema como es François Lebigot. Un tema para reflexionar profundamente; como psiquiatras y como ciudadanos. No hay trauma sin ese estímulo patógeno que sobrecarga con una violencia demoledora al aparato psíquico de un sujeto. Recordar, entonces, que vivimos una época violenta, quizás la más intensamente violenta de la historia por la diversidad y masividad de sus manifestaciones, puede sonar a lugar común, pero no por ello menos necesario de reiterar. Vivido a cada instante en lo cotidiano y expuesto hasta el paroxismo por los mass media ese aspecto del hombre nos escalofría. Tanto que, a veces, el último recurso ante el espanto termina siendo la indiferencia.

Hay sin embargo, una forma de violencia que se menciona poco. Aquella que consiste en presentar los hechos violentos, individuales o colectivos, explicándolos –interesados o ingenuos reduccionismos mediante– exclusivamente, por su motivación individual o por las características grupales y sociológicas de sus protagonistas. Al torturador por sus tendencias sádicas; al joven marginal por su impulsividad; al criminal de todo tipo por su estructura perversa o psicopática o por ese criptaje genético desgraciado que descabezó o torció algún pedazo de su esencia cromosómica. A las masacres y guerras fratricidas por los odios raciales o los nacionalismos de distintas banderas, o por el fanatismo de sus protagonistas o el atraso de sus culturas o la inadecuación de sus instituciones subdesarrolladas o su transculturación...

Si violencia es, para el diccionario, aquella "fuerza ejercida sobre una persona para que haga lo que no quiere", cabe pensar su definición con un pequeño retoque: "fuerza ejercida sobre una persona para que no haga lo que quiere", como por ejemplo gozar, sentirse seguro, crear, comer regular y suficientemente, curarse cuando está enfermo, educarse y educar a sus hijos, obtener satisfacción a sus pedidos de justicia, participar efectivamente en el destino de su comunidad y en las decisiones sobre su estilo de vida... Fuerzas basadas en intereses económicos, en sistemas mundiales de explotación indiscriminada, de fabricación de armas, de consumo deificado, etc. Sin olvidar la pertinencia de su nivel particular de análisis de los fenómenos humanos, un buen ejercicio clínico para la Psiquiatría es el de practicar un zoom que amplíe su mirada, sobre el fenómeno psicopatológico, incluyendo en lo etiológico y en el diseño de sus terapéuticas toda la amplitud de esa violenta realidad económica y política del mundo contemporáneo ■



## REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Callao 157 P. B. "C" (1022) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina, o de ser posible, presentados en diskette (en Microsoft Word o Word para Macintosh 5.1) acompañado de su respectiva copia en papel por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal y teléfono. Deberá acompañarse en hoja aparte de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, dactilografiadas a doble espacio a razón de 28 líneas por página, lo cual equivale aproximadamente a 1620 caracteres por página.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej.:  
Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).  
Bibliografía: 1. Adams, J., ...  
4. De López, P., ...
  - a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
  - b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediatamente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la redacción no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.



## ¿Por qué existe la depresión?

Enrique Probst

Profesor de Psiquiatría de la Fac. de Medicina de la Univ. de la República, Montevideo, Uruguay. Ex Director de la Clínica Psiquiátrica de la Fac. de Medicina/Psicoanalista titular de la Asoc. Psicoanalítica del Uruguay. Presidente del Colegio Uruguayo de Neuropsicofarmacología. Leyenda Patria 2980, ap. 801, C. P. 11300, Montevideo. Uruguay. Tel.: 598-2-70 21 01. Telefax: 598-2-71 15 74.

Para muchos resulta evidente la existencia de similitudes y diferencias entre la tristeza y la depresión. El formidable avance de las neurociencias en las dos últimas décadas nos tiene a todos asombrados. Sin embargo, ellas recién en los últimos tiempos se han planteado el problema. Al respecto es interesante señalar que la tomografía por emisión de positrones ha posibilitado la exploración de las estructuras neuroanatómicas cerebrales involucradas funcionalmente en la expresión de diversas emociones de la vida cotidiana, como ser los estados de felicidad, tristeza y disgusto(8, 15). Abordaré aquí algunas problemáticas de la depresión desde el plano de la psicopatología. Nos valdremos para ello de un recorrido a través de un fenómeno psíquico conocido por todos: la nostalgia. Ésta contiene algunas claves que pueden arrojar cierta luz a

la pregunta que encabeza esta reflexión. ¿Porqué existe la depresión?

María Moliner(13) en su diccionario del uso español nos señala que la palabra nostalgia es de creación moderna y está compuesta con las raíces del griego "nostos", regreso, y "algos", dolor. Implica claramente un estado de añoranza, una tristeza por estar ausente de la patria, del hogar, de los seres queridos. Termina, esta filóloga española hace poco desaparecida, diciendo: es la pena por el recuerdo de un ser querido.

Esta ligazón de la nostalgia con la memoria ha sido soslayada en diversos contextos. Emilio Lledó(12), en el prefacio de su libro "El surco del tiempo" –un excelente texto sobre el mito platónico de la escritura y la memoria– rescata un fragmento de la Odisea donde se cuenta de la llegada de Ulises y sus compañeros a la tierra de los lotófagos, es decir los

comedores de loto. Esa extraña planta de color rojizo y de un sabor extremadamente dulce como la miel, tenía la característica de provocar, en aquellos que la ingerían, el olvido. Ulises advirtió rápidamente el peligro que representaba tal práctica y condujo obligadamente a sus compañeros a las naves. Los ató a los bancos, no fuera que algunos de ellos cediera a la tentación y comiera el exquisito loto, olvidándose entonces del regreso a la patria.

La nostalgia se alimenta de una dolorosa y permanente tensión que liga al sujeto a su pasado iterativamente presentificado y que trata de futurizarlo imaginariamente a través de un anhelado reencuentro. La nostalgia también se construye sobre esa capacidad de la mente que los psicólogos han denominado memoria y que opera, como sabemos, de muy diversa manera.

---

### Resumen

Se intenta desde una perspectiva fenomenológica y psicoanalítica discriminar los estados depresivos de los fenómenos de la tristeza y la nostalgia. Se señala a la depresión como un postrer procedimiento defensivo frente a las dificultades de estabilización de las identificaciones primordiales del paciente. Las consecuencias de estos desarrollos son múltiples para la clínica, la investigación epidemiológica y la terapéutica de los estados depresivos.

**Palabras Clave:** Depresión – Tristeza – Nostalgia – Identidad – Identificación – Intencionalidad.

### WHY DOES DEPRESSION EXIST?

#### Summary

This article intends to discriminate, from a phenomenological and psychoanalytical point of view, depressive states from sadness and nostalgia phenomena. Depression is pointed out as being the last defensive procedure against stabilization difficulties of the patient's primary identifications. These ideas have multiple consequences on clinical work, on epidemiological research and on the therapeutics of depressive states.

**Key Words:** Depression – Sadness – Nostalgia – Identification – Intentionality.

---



El fenómeno de la nostalgia ha sido abordado en su estudio desde múltiples perspectivas. Una de ellas es la histórico social.

Mircea Eliade(1) ha investigado a las sociedades arcaicas y tratado la rebelión de las mismas contra el tiempo concreto e histórico. Además ha destacado la permanente nostalgia expresada en un retorno periódico al tiempo mítico de los orígenes y que denomina el tiempo magno. Todo su libro sobre "el mito del eterno retorno" es testimonio de su esfuerzo por concebir a ese eterno retorno, no como el efecto de las tendencias conservadoras de las sociedades primitivas, sino como expresión de una verdadera valoración metafísica de la existencia.

La nostalgia está arraigada en la esencia del ser humano y testimonio de ello es que permanentemente se ve expresada en las creaciones artísticas. Vaya, entonces, un ejemplo que para nosotros, los rioplatenses, cala muy hondo.

Corría el año 1935 en Buenos Aires y en el teatro Smart se preparaba una revista musical titulada: *El cantor de Buenos Aires*(16). Se presentó para su inclusión en la misma un tango canción titulado *Nostalgias* que fue rechazado, no se sabe por qué, por los responsables de la puesta en escena. Sin embargo, al año siguiente, en 1936, un conjunto de música típica dirigido por Juan Car-

los Cobián conseguía estrenarlo en el Charleston, un conocido centro nocturno de la calle Florida. Desde aquel entonces ese tango canción, cuya música pertenece al mismo Juan Carlos Cobián y cuya letra obedece a la inspiración de Enrique Cadícamo, ha recorrido el mundo entero manteniendo una permanente adhesión de todos los auditores. Es difícil sustraerse a la emoción que genera el:

*Nostalgias  
de escuchar su risa loca  
y sentir junto a mi boca  
como un fuego, su respiración.  
Angustia...  
de sentirme abandonado  
y pensar que otro a su lado  
pronto... pronto le hablará de  
amor.*

*¡Hermano!  
Yo no quiero rebajarme  
ni pedirle, ni llorarle,  
ni decirle que no puedo más vivir.  
Desde mi triste soledad veré caer  
las rosas muertas de mi juventud.*

La nostalgia, se liga entonces, explícitamente en estos versos, con la angustia, el abandono, la soledad y la pérdida de la juventud. El psicoanálisis nos invitaría a transitar por el laberinto de las pérdidas de objetos y los recortes narcisísticos. Pero antes de decir algo al respecto recordemos que la nostalgia, la tristeza y la depresión son considerados por la psicología como sentimientos. En

realidad resulta arduo el poder definir qué son los sentimientos y aún más el poder diferenciarlos. Hasta tal punto existe una real dificultad que algunos han tratado de definirlos por la negativa. Es decir, que los sentimientos serían lo que no es percepción, ni pensamiento, ni instinto. Como bien señalaba López Ibor(11) en sus recordadas *Lecciones de Psicología Médica*, sentimiento sería lo que no es una vida objetivable.

¿Pero por qué hablar de sentimientos y no de emociones? Habitualmente se señala en todos los Manuales de Psicología que las emociones son súbitas, reactivas y transitorias, a diferencia de los sentimientos que poseen la característica de ser más permanentes. Además, por otra parte, es notorio que el correlato somático de la emoción es más patente y evidente que en la vida sentimental. Pero el sentimiento ofrece esa característica inédita de nutrirse a sí mismo, a pesar de que frecuentemente se cristaliza en un objeto determinado.

También se ha discurrecido mucho acerca de la diferencia entre un sentimiento y una pasión. La persona afecta de un determinado sentimiento tiene, en general, la convicción de que él lo ha creado a diferencia de la pasión, en el que el sujeto se experimenta como arrastrado por la misma, implicando en cierta medida una situación de pasividad.

Por otra parte, se ha analizado y discutido acerca de la diferencia entre sensación y sentimiento. Se ha acotado que la sensación en general, es localizada, que ella posee un umbral y en cierta medida puede ser objetivable. Los sentimientos, en cambio, son más difusos y son verdaderos estados del yo. Esta era la tesis que sostenía Scheler(17) y que hoy deseamos. Queremos partir de este punto, a efectos de poder expresar ciertas ideas que hemos elaborado, acerca de algunas de las diferencias existentes entre la tristeza y la depresión.

Se repite con frecuencia que la depresión es la patología de la tristeza. Pero la literatura psiquiátrica utiliza la denominación de estados afectivos, donde se incluyen todo lo que hemos tratado de diferenciar: emociones, sentimientos y pasiones. No entraremos en la temática que los Manuales clasificatorios habituales resuelven ingenuamente. Ninguno de ellos tiene la fineza de discriminar las complejidades y matices de los estados afectivos.

**mpps**

revista argentina de  
medicina psicosomática  
y neurociencias

N° 67-68

Acerca del Vínculo por Enrique Pichón Riviére

Función - padre Función- madre por Marco Aurelio Baggio

Un largo camino a casa por M. Devoto. S. Bardavid y J. Roitenberg

El suicidio, la personalidad y el geronte por Ricardo Frigerio

Crisis de identidad y patologías actuales por Stella M. Diamanti y Octavio Gallego Lluésma

Las neurotrofinas por Miguel Asaí Camacho

Semblanza de Victor Frankl por Héctor Bergier

Yves Pelicier por Héctor Pérez Rincón

Córdoba 3496, 1° B. Tel.: 862-1003 - 1188 Buenos Aires



Dijimos que los sentimientos son estados del yo pero debemos resaltar, sobre todo a insistencia del pensamiento fenomenológico, que ellos poseen una intencionalidad. Este concepto de intencionalidad tiene un larga historia en el pensamiento filosófico. Sobre todo para la escolástica que le daba, por un lado, un sentido lógico explicando la representación que la conciencia se hacía de sus objetos. De esta manera distinguía a las intenciones sensibles y a las intenciones intelectuales. Por otro lado, también le daba al concepto un sentido ético. El tender hacia otra cosa implicaba siempre un sentido moral: una *intentio finis* que procede de la voluntad. El aporte de la fenomenología, sobre todo el de Husserl(9) ha sido básico, concibiendo a la intencionalidad como la relación fundamental según la cual toda conciencia es conciencia de algo. Con ello se significaba que la conciencia no puede presentarse a sí misma sino como conciencia vinculada a un mundo ya dado o ya ahí y hacia el cual intenta proyectarse. Esta noción de intencionalidad –desde esta perspectiva– se vincula estrechamente con la de significación porque “si la conciencia no existe más que por sus objetos, correlativamente los objetos, sólo tienen sentido por la proyección de la conciencia hacia ellos”(14). Este enfoque borra de un plumazo la vieja y eterna disputa entre el realismo y el idealismo.

Lo que ahora me interesa destacar –y esto desde las perspectivas del psicoanálisis– es que las experiencias originales, de las cuales el sujeto no es consciente, proveen a la conciencia de una serie de significaciones que ella misma es incapaz de justificar. Las consecuencias de esto son muy importantes para clarificar la psicopatología, y el psicoanálisis tiene mucho para decir introduciendo al deseo como uno de los motores de los fenómenos psíquicos.

Hace muchos años Jaspers(6) intentó fenomenológicamente describir la experiencia del sujeto acerca de las cualidades que posee la vivencia del sí mismo. Nos interesa destacar el señalamiento de Jaspers acerca del sentido de unicidad que posee el individuo a través –como diría Levinas(10)– de la duración del tiempo. A pesar de que los contenidos del pensamiento y los juicios de valor hayan mudado intensamente a través de la experiencia de la vida, no se pierde,

normalmente, la capacidad de experimentar la vivencia de que se es siempre el mismo. Obviamente, ésta es una propiedad del ser humano que le permite fundar su identidad y que requiere en primer lugar la integridad del instrumento mnésico. La patología demencial nos da claros ejemplos de ello Pero es necesario para consolidar la identidad la condición de estabilidad de los procesos de identificación, tema del que el psicoanálisis se ha ocupado *in extenso*.

Desearía destacar a este respecto las condiciones acerca de cómo éstas se producen en los primeros tiempos de la vida. Teóricamente podemos pensar que las identificaciones pueden realizarse de distinta manera, según sean las condiciones en que el aspecto representativo y el afecto concomitante se desarrollen. García Badaracco(4) ha trabajado *in extenso* con el concepto de identificaciones enloquecedoras. Pienso que estos aspectos patogénicos deben relacionarse a las condiciones de estabilidad de la representabilidad posible, pudiendo éstas tener un grado de endeblez o incertidumbre tal, que desde el inicio del desarrollo del yo se determine su futura alteración.

Freud señaló en su conocido trabajo sobre “Duelo y Melancolía”(2) el proceso regresivo que se produce de la relación objetal a la identificación en ciertas situaciones de pérdida o duelo. Pero en relación al afecto de Freud en otro texto clásico: “Inhibi-

ción, síntoma y angustia”(3), expresó que dichos afectos podían ser concebidos por sí mismos, como reproducciones de antiguos acontecimientos de importancia vital para el sujeto. Es sabido que muchos años atrás Freud había descubierto el diverso destino que podía seguir el afecto y la representación en las diversas condiciones psicopatológicas. Pero el propio afecto, al parecer disociado en su destino de la representación puede –como señala Guillaumin(5) en su análisis del tema en la obra de Freud– estar expresando en su propia descarga energética la imposibilidad de que se hubiesen realizado ligazones suficientes con las estructura cognitivas, es decir las representaciones. Dicho de otra manera: el afecto estaría ocupando el lugar de una huella mnémica, de una representación imposibilitada, por alguna circunstancia, de consolidarse en la noche del comienzo de la ontogénesis. En ese “*illo tempore*”, época de las identificaciones primarias, existiría una falla de la representabilidad pasando el afecto entonces a testimoniar, con su presencia, dicha perturbación.

La tristeza que nos embarga cuando nos hemos sentido afectados y frustrados, toma en cierto sentido el carácter transitorio de una emoción. Hemos aprendido un repertorio de estilos defensivos para desembarazarnos de ella. En ocasiones, sobre todo en situaciones de pérdida, nos domina y nos embarga a tal punto que



## CLINICA PSIQUIATRICA PRIVADA MODELO DEL SOL

Director: Dr. William David Moreno

Asistencia  
Docencia  
Investigación

Comunidad Terapéutica

Psiquiatría Dinámica

Consultores Científicos: Dr. Gustavo Lipovetzky  
Dr. Luis Córdoba

Chacabuco 770, (1704) Ramos Mejía, Pcia. de Buenos Aires  
Tel.fax: (01) 656-4891 - 654-6989/5265



los psiquiatras hemos inventado el término "humor triste" para dar cuenta de la persistencia en el tiempo de dicho fenómeno. En este caso el fenómeno tiene las características de un sentimiento. El aspecto representativo consciente da cuenta, en general fácilmente al observador, de una relación de comprensibilidad entre el afecto y la representación. Sin embargo el problema no es tan sencillo, ya que como agudamente lo ha señalado Lacan(7), la relación de comprensión, sobre la cual tanto insistía Jaspers, no es igual a la relación de sentido que se revela en el trabajo analítico con el inconsciente. Este nos permite ligar a los diversos grupos representativos de manera insospechada. El análisis nos permite soslayar las frecuentes sobredeterminaciones del "estar triste por". Conclusión: los niveles de funcionamiento consciente dan cuenta muy parcialmente del porqué estamos tristes.

La nostalgia puede acompañar el existir del sujeto de una manera distinta de la tristeza y aunque genera vivencias, en cierto sentido similares, mantiene permanentemente la esperanza y el anhelo de un reencuentro jubiloso y placentero ubicado en el futuro. Tanto el estado de tristeza como la nostalgia generan un sufrimiento, pero no testimonian un riesgo en la estabilidad de la identidad del sujeto. Se mantiene un proyecto existencial y para que éste pueda existir es imprescindible que las identificaciones básicas, sobre las cuales se funda la identidad, estén aceptablemente internalizadas. Ello aleja el peligro de que el estado de pesar y el propio penar del sujeto provoque una fractura existencial que testimonie la disolución de la identidad del sufriente.

En la depresión, el *pathos* del paciente se nos muestra como profundamente alterado. Existe tanto para el paciente como para el observador la vivencia de algo cristalizado de lo cual no se puede salir. La inhibición psicomotora que frecuentemente envuelve al deprimido, llega a su acmé en el estupor melancólico, donde el sujeto recogido sobre sí mismo, se aparta del mundo compartible, quedando fijado a su experiencia dolorosa.

Entendemos que en la depresión, a diferencia de la tristeza y la nostalgia, existe un riesgo que el mismo paciente no nos puede narrar. Pensamos que la monotonía del lenguaje quejoso del sufriente, embargado en una pena sin fin, oculta un último esfuerzo por mantener a salvo algo que creo que es del orden de la estabilidad de las identificaciones primordiales, y éstas, sabemos son los pilares sobre los cuales se construye la identidad. Ellas fueron generadas en un momento incipiente de la capacidad del sujeto para construir su mundo de representaciones. La depresión expresa la claudicación de poder organizar un proyecto vital que permita al sujeto sostener su pasado, disponiendo del mismo, para poderlo futurizar en forma permanente. Esto genera, en consecuencia, una amenaza de quiebre de la identidad del sujeto. Esta amenaza, de la cual no es consciente el paciente, lo conduce "in extremis" a desarrollar la depresión como postrer procedimiento defensivo donde el afecto ocupa el lugar de las representaciones fallidas. El sujeto no puede sostenerse más que a través de dichos afectos. Todo esto conduce a una paradoja. Ella está dada

por lo que se ve con frecuencia en los pacientes deprimidos. Por un lado no querer vivir siendo uno mismo, ya que los procesos identificatorios en ciertas circunstancias no lo sostienen más. Por el otro, el gesto suicida con el que frecuentemente termina este drama, que intenta rescatar en la eternidad de la muerte la identidad amenazada.

A diferencia de la situación de tristeza, donde estos procedimientos identificatorios no corren el riesgo de desestabilización que hemos señalado, en el paciente deprimido, las situaciones de pérdida que frecuentemente gatillan estos cuadros clínicos, sí lo hacen. Con ellos se significa que la psicopatología depresiva debería, desde esta perspectiva, ser encarada como un déficit del desarrollo. Si estas reflexiones tienen algo de cierto las consecuencias pueden ser múltiples y alimentar futuras investigaciones:

1. Afinar el diagnóstico clínico de la depresión discriminándola de otros estados, como ser la tristeza y la nostalgia.

2. Analizar la real prevalencia del trastorno depresivo ya que los instrumentos utilizados en la investigación epidemiológica no señalan diferencias entre los diversos sentimientos.

3. Ajustar las indicaciones terapéuticas en los tratamientos farmacológicos evitando, como frecuentemente se ve, medicar pacientes afectados de tristeza y no de depresión.

4. Revisar las aproximaciones terapéuticas a los estados depresivos alentando el tránsito de los pacientes por las situaciones tristes, de la cual pueden salir con estructuras yóicas más consolidadas y evitar la "sofocación" de la tristeza confundida frecuentemente con la depresión ■

#### M' d'p / E' aM'

1. Eliade, M., *El mito eterno retorna*, Alianza, Madrid, 1972.
2. Freud, S., *Duelo y Melancolía*, Amorrortu, T. 14 Buenos Aires, 1976.
3. Freud, S., *Duelo y Melancolía*, Amorrortu, T. 20 Buenos Aires, 1976.
4. García Badaracco, J., Identificación y sus vicisitudes en las psicosis. La importancia del concepto de objeto enloquecedor. *Rev. de Psicoanálisis*, Bs. As., T. 43, 1985.
5. Guillaumin, J., Identifications affectives, *Généalogie de l'affect. Rev. Franc. Psychanal.* 4, 1991.
6. Jaspers, K., *Psicopatología general*. Beta, Bs. As., 1990.
7. Lacan, J., Seminario 3. *Las psicosis*. Paidós, Bs. As. 1990.
8. Lane, R., Reiman, E., Ahern, G., Schwartz, G., Davidson, R., Neuroanatomical correlates of happiness, sadness and disgust. *American Journal of Psychiatry*, vol. 154, N° 7, 1997.
9. Lauer, Q., *Phénoménologie de Husserl*, P.U.F., París, 1955.
10. Levinas, E., *El tiempo y el otro*. Paidós, Barcelona, 1993.
11. López Ibor, J. J., *Lecciones de Psicología Médica*. Paz Montalvo, Madrid, 1963.
12. Lledó, E., *El surco del tiempo*. Crítica, Barcelona, 1992.
13. Moliner, M., *Diccionario de uso del español*. Gredos, Madrid, 1977.
14. Noiray, A., *La filosofía*. Mensajero, Bilbao, 1974.
15. Reiman, E., Lane, R., Ahern, G., Schwartz, G., Davidson, R., Friston, K., Yun, Lang-Sheng, Chen, Kewei, Neuroanatomical correlates of externally and internally generated human emotion. *American Journal of Psychiatry*. Vol 154, N° 7, 1997.
16. Romano, E., *Las letras del tango*. Fund. Ross, Bs. As., 1995.
17. Scheler, M., *Esencia y forma de la simpatía*. Losada, Bs. As., 1943.



# Salud Mental y flexibilización laboral: Una perspectiva antropológica\*

Alberto Bialakowsky

Sociólogo, Magister en Ciencias Sociales. Prof. Titular de Sociología laboral, Fac. de C. Sociales (UBA). Subdirector de la Carrera Interdisciplinaria de Especialización de Postgrado en la Problemática del Uso Indevido de Drogas, Centro de Estudios Avanzados, (UBA). Malabia 2341, 5° "B", 1425 Buenos Aires, Tel.: 832-3735 E-mail: postmast@indis.cea.uba.ar

Ernestina Rosendo

Psicóloga. Integrante del equipo de Invest: "Poder y Salud Mental: crisis y transformaciones en el proceso de trabajo". UBACYT, Inst. de Invest. Gino Germani, Fac. de C. Sociales (UBA).<sup>1</sup>

## Introducción

En este artículo abordaremos tres cuestiones básicas referidas a la correlación entre Salud Mental y flexibilización tales como:

- a. el registro del fenómeno en los Servicios públicos de Salud Mental,
- b. la especificidad del contexto sociolaboral y la Salud Mental de los trabajadores y
- c. lo social en la intervención interdisciplinaria sobre la multicausalidad. Tanto en nuestros trabajos de investigación como de supervisión hemos comprobado una tendencia creciente en el área de la Salud Mental: la emergencia de "nuevas patologías" estrechamente vinculadas a las problemáticas del trabajo, la ocupación y la sobrevivencia. Desde el pun-

to de vista metodológico la relación entre flexibilización<sup>2</sup>, políticas de ajuste y Salud Mental remite a un posicionamiento de los componentes de unos y otra: la flexibilización no está vista con sus componentes normativos y económicos, sino en formas de relación social y conflicto que interactúan con lo que de un modo amplio se da en llamar el área de la Salud Mental. Asimismo dentro de este área consideraremos los componentes sociales que se vinculan o interactúan con ese campo de lo social (flexibilización). Nuestra mirada es intersticial entre lo económico-político de las relaciones laborales específicas, las formaciones colectivas y la subjetividad. Desde esta perspectiva nos preocupan los contenidos sociales de la subjetividad, y a su vez

los contenidos subjetivos en lo social<sup>3</sup>. Las hipótesis aquí trabajadas se apoyan en los observables registrados en los núcleos más duros del área de la Salud Mental cuando los trastornos ya han llegado a la consulta. De ahí que partamos de una visualización de los emergentes que pueden transformarse en "patologías" (como procesos sociales de enfermedad). La propuesta propone una contribución socio-antropológica desde una perspectiva interdisciplinaria, convergente con las disciplinas que

\* La primer versión de este artículo fue presentado en el VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social realizado en Buenos Aires en marzo de 1997. Panel temático: "Salud mental y flexibilización laboral", coordinado por Sylvia Bermann.

## Resumen

Este artículo intenta analizar el surgimiento de "nuevos padecimientos" que se desprenden del contexto social, político y económico actual, destacando los cambios socioeconómicos y la reestructuración del mercado de trabajo. Para tal fin partimos de una concepción de la "flexibilización laboral" como modeladora del mercado de trabajo y de disciplinamiento de los trabajadores ocupados; como un instrumento social que repercute en la salud mental. El análisis recorrerá lo que denominamos "hechos fundadores" que constituyen puntos que delimitan etapas en los sucesos históricos y que han ido modelando la nueva constitución de la subjetividad laboral. Por otra parte plantearemos cómo estos nuevos padecimientos pueden conducirse hacia la patologización. En este punto haremos una crítica a las intervenciones disciplinarias que patologizan a estos padecimientos. Por último aportaremos lineamientos para una propuesta interdisciplinaria.

**Palabras Clave:** Trabajo y Salud Mental – Desocupación y Salud Mental – Crisis.

## MENTAL HEALTH AND LABOR FLEXIBILIZATION: AN ANTHROPOLOGICAL VIEW

### Summary

This article intends to analyse the appearance of "new ailments" derived from the current social, political and economic context, highlighting socioeconomic changes and labor market reorganization. For the purpose, we have started from a concept of "labor flexibilization" in its capacity for modeling the labor market and exercising control over employed workers, and as a social instrument that has an influence on mental health. This analysis will go through with we call "founding facts", which are delimiting points to stages in historical events and which have been shaping the new constitution of labor subjectivity. On the other hand, we will set forth how these new ailments derive into a pathological state. At this point, we will criticize those disciplinary interventions that turn these sufferings into pathological states. Finally, we will contribute some outlines to an interdisciplinary proposal.

**Key Words:** Work and Mental Health – Unemployment and Mental Health – Crisis.



tradicionalmente se ocupan de lo terapéutico en Salud Mental.

### Padecimiento y contexto

Las problemáticas sociales de los '90, íntimamente vinculadas con la desestructuración del llamado Estado de Bienestar, con la fetichización del mercado y la competencia, con la exaltación del individualismo y fenómenos, se configuran como las "nuevas patologías" que derivan de cuatro grandes dimensiones problemáticas: consumos (adicciones, anorexia, bulimia), violencia micro-social<sup>4</sup>, privación socioeconómica (desocupación, precarización, pobreza), SIDA (trastornos en la Salud Mental). Al respecto Emiliano Galende plantea lo siguiente: "Los pacientes de hoy vienen con problemas personales y actuales, que tienen que ver con problemas sociales. Vienen por desempleo, o por violencia familiar (el 30% de las consultas en los servicios públicos de Salud Mental son referidos al tema) o porque se están separando o por alteraciones en la alimentación, como anorexia y bulimia. Y también, claro, por consumo de drogas"(7).

Respecto a la problemática específica de la privación socioeconómica veremos que no sólo implica un fuerte impacto en las conductas individuales, sino también vulnera los lazos de continencia que los individuos tienen en la sociedad a través del trabajo. La pérdida de esta contención social conduce a la desestructuración de los límites y conlleva la aparición de importantes montos de ansiedad.

En palabras de Aldo Schlemenson: "Ninguna otra técnica de conducción de la vida liga al individuo tan firmemente a la realidad como la insistencia en el trabajo, que al menos lo inserta en forma segura en un fragmento de la realidad, a saber la comunidad humana... La realización satisfactoria de trabajo satisfactorio es sustancial para el desarrollo y estructuración del psiquismo..."(13). Se denotan tres órdenes de privación en relación a los padecimientos mentales: privación de medios de subsistencia; la imposibilidad de producir la ocupación y la organización para la ocupación; y privación del lazo social. Una investigación llevada a cabo en el Servicio de Salud Mental del Instituto de Inves-

| Motivo de consulta y/o diagnóstico | Número de casos | % sobre el total | % desocupados |
|------------------------------------|-----------------|------------------|---------------|
| Crisis familiar                    | 270             | 20               | 60            |
| Neurosis de angustia               | 192             | 14               | 50            |
| Intento de suicidio                | 114             | 8                | 90            |
| Psicosis aguda                     | 105             | 8                | 40            |
| Síndrome depresivo                 | 84              | 6                | 100           |
| Excitación psicomotriz             | 69              | 5                | 40            |
| Psicosis crónica                   | 63              | 5                | 90            |
| Alcoholismo crónico                | 48              | 4                | 90            |
| Drogadependencia                   | 42              | 3                | 80            |
| Insomnio                           | 36              | 3                | 80            |
| Histeria de conversión             | 33              | 2                | 50            |
| Demencia senil                     | 30              | 2                | 100           |
| Anorexia                           | 12              | 1                | 20            |
| Duelo                              | 12              | 1                | 20            |
| Epilepsia                          | 12              | 1                | 20            |
| Violencia familiar                 | 12              | 1                | 50            |
| Trast. obsesivo compulsivo         | 12              | 1                | 60            |
| Retraso mental                     | 6               | 0                | 100           |
| Parálisis cerebral                 | 3               | 0                | 100           |
| Control de medicación              | 204             | 15               | 50            |
| Totales                            | 1363            | 100              | (857)         |

**Fuente:** Hospital Paroissien, Servicio de Salud Mental, Sala de Emergencia. La Matanza, Prov. de Buenos Aires. Diagnóstico, registro y tabulación Dr. Marcelo Dignani. Jefa del Servicio: Dra. Silvia Bentolila, Subjefa: Dra. Stella Casal.

**Nota:** Los datos corresponden a la toma de todas las consultas atendidas en emergencia en el período que va de junio de 1996 a junio de 1997, cubriendo la guardia semanal de 24 hs. desde las 8 hs. del día jueves a las 8 del viernes. Algunas categorías como "Crisis familiar" subsumen otras, mientras que a su vez "Violencia familiar" es un desagregado de la anterior. En cuanto a los porcentajes de la columna de desocupados se estimaron tomando como base el total en cada categoría (100%).

tigaciones Médicas Dr. A. Lanari, reveló a partir de una muestra de 130 pacientes de consultorio externo, que el 40% estaban desempleados.

Por otra parte, el 20% perdieron el trabajo con anterioridad a enfermar, y el 14,3% enfermaron y perdieron su trabajo en forma simultánea(17). Por nuestra parte, hemos promovido y asesorado<sup>5</sup> un relevamiento específico que alcanzó una muestra de 1363 casos en el período junio de 1996 a junio de 1997 llevado a cabo por el Dr. Dignani en la Sala de Emergencia del Servicio de Salud Mental—dirigido por la Dra. Bentolila— del Hospital Paroissien, La Matanza (provincia de Buenos Aires) y que reveló porcentajes significativos entre determinados motivos de consulta (y/o diagnóstico) y la desocupación. Los más destacables, son las consultas por "Crisis familiar", "Intento de suicidio" y "Sín-

drome depresivo"; de los cuales el porcentaje de consultantes desocupados era del 60%, 90% y 100% respectivamente (ver cuadro 1). La desocupación varía según las categorías, registrándose un importante porcentaje en las categorías mencionadas y en los casos esperados como "psicosis crónica", "demencia senil" o "retraso mental". Salvo estos casos esperados con altos porcentajes de desocupados, en forma comparativa, las categorías antes señaladas (crisis familiar, intento de suicidio; síndrome depresivo) se destacan tanto por su posición respecto al porcentaje total de consultas (primer lugar, tercero y quinto respectivamente) como por el porcentaje elevado de desocupados que consultaron. Claramente desde mediados de los '90 lo disciplinario se movilizaba en dos direcciones: avances quimioterapéuticos y trastornos socia-



les que derivan en trastornos mentales como objetos de atención.

Según un artículo publicado en el periódico "Página 12", se ha calculado en EE.UU. que el 70% de los pacientes que visitan a los médicos por depresión terminan con una terapia con drogas para contrarrestar sus problemas químicos. Los problemas se definen como disfunciones "químicas", determinando a las terapias psicológicas tradicionales como algo *demodé*<sup>6</sup>. En uno de los últimos Congresos Internacionales de psiquiatría realizado en octubre del año pasado en Buenos Aires, el 14% de las temáticas tratadas: violencia, alcoholismo, SIDA, adicciones, bulimia, anorexia, suicidio, denota el surgimiento de nuevas preocupaciones, de estas "nuevas patologías". Mientras tanto, las ventas mundiales de antidepresivos y otras medicinas alcanzan cifras "récord"<sup>7</sup>.

Existe, entonces, un proceso de trabajo, una praxis neuropsiquiátrica que contorna y esculpe "un mal social" degradado discursivamente al plano biológico. La aparición de la demanda en el hospital o en el servicio de psicopatología determina una explicación o una acción terapéutica que con frecuencia reduce la operatoria al síntoma, como lo refieren, por ejemplo, los terapeutas, a la depresión y a los intentos de suicidio. Estas reducciones obedecen tanto a la imposibilidad explicativa como a la interpretación de las posibilidades institucionales, en la medida en que persiste la operatoria del "ejemplar típico". Esto deriva en dos grandes problemáticas. Por un lado la reducción de la intervención a la causa inmediata (no pudiendo remitirse a las mediatas) que produce un desajuste. Por otro lado, el terapeuta vive violentamente la impotencia de la intervención curativa. En esta dirección se inicia un circuito de reiteración de intervención psicoterapéutica y, en la medida del agravamiento del síntoma, circulan intervenciones psiquiátricas de mayor grado como medicación e internación. En la relación estrecha entre padecimiento y "enfermedad mental" media el proceso de trabajo y las dimensiones institucionales que determinan una circulación específica, que podría denominarse "patologización del trastorno" como construcción social<sup>8</sup>. Si bien las nuevas problemáticas se relacionan con los trastornos mentales y por lo tanto demandan

una intervención psicoterapéutica, ello no debería implicar necesariamente un proceso de patologización (internación, privación de derechos, cronificación, utilización de la violencia...). En definitiva, el problema no es rehuir las consecuencias sociales en términos de Salud Mental, sino las operatorias que tiendan a patologizar los nuevos sufrimientos -anulándolos como tales- a través de la supresión biológica o química. Se requiere un enfoque interdisciplinario e intersectorial para abordar problemáticas complejas, lo cual nos remitirá a una reconversión científica en el proceso de trabajo.

De las entrevistas realizadas a profesionales de la Salud Mental de diversas instituciones públicas se desprende lo social, lo político y lo económico como determinantes no sólo en los procesos de padecimiento y enfermedad, sino también como fuertes condicionantes de los procesos de trabajo en estas instituciones. Una síntesis de los enunciados de estos profesionales entrevistados (psicólogos, psiquiatras, enfermeros, asistentes sociales, musicoterapeutas) expresan que la falta de proyectos de Salud Mental, de políticas en salud, de redes de atención, la falta de recursos materiales y especialmente humanos, y el incumplimiento de las leyes, son los más relevantes obstáculos para la realización eficaz de su trabajo. Muchos profesionales acuerdan también que las demoras en las altas<sup>9</sup> son producto de la imposibilidad de las familias de los pacientes para la contención económica de los mismos y fundamentalmente la imposibilidad de inserción laboral<sup>10</sup>.

### Contexto, flexibilización y sujeto

En este punto intentaremos enfocarnos en las cuestiones sociales que competen a las relaciones laborales actuales en el contexto argentino y latinoamericano. Como también profundizar en los aspectos latentes de las relaciones laborales, las que se sustentan en una base social específica(2). Para tal fin partiremos de ciertos hechos históricos fundadores que modelaron la formación social de los '90. La dictadura (1976-83) como punto de partida político de intervención sobre la normativa y el actor laboral (trabajador y sindicato), la hiperinflación (1988-89)

como conflicto social de los actores en torno a la distribución del producto, las políticas de ajuste y la flexibilización laboral como acciones y desregulación del mercado de trabajo (1990 a la fecha), y la desocupación como dimensión constitutiva del actor colectivo y subjetivo (1994 en adelante). Las relaciones laborales no pueden sino comprenderse dentro de este devenir específico, de ahí que las dimensiones políticas, sociales y económicas determinen su significado. Para el abordaje de esta temática tendremos en consideración los siguientes aspectos:

- a. El pasaje del trabajador universal al nuevo tipo de trabajador,
- b. La inversión de las reglas de la regulación laboral,
- c. La introyección del límite en la intervención de lo social,
- d. La desmaterialización del colectivo como instrumento reivindicativo,
- e. La monetización del vínculo societal,
- f. Fragmentación entre el producto social y la distribución,
- g. La violencia fragmentaria en la reproducción de la fuerza de trabajo.

El trabajador universal dentro del modelo fabril (cuya organización se definiera como taylorista-fordista) que se gestara durante más de un siglo, desaparece en la construcción actual -que tiende hacia la conformación de un nuevo tipo de trabajador inimaginable para el modelo fabril de postguerra- que muta hacia formas que alteran la creación histórica de varias instituciones reguladoras: la relación de dependencia; el salario indirecto; la representación colectiva; el poder público mediador de la determinación del mercado.

Siguiendo a R. Castel, al menos en la transición actual, verificamos varios tipos de trabajador desde el punto de vista social y económico: uno integrado, otros más vulnerables y otros desafiados. Significa que socialmente afrontamos una condición de heterogeneidad con fragmentación entre sectores laborales. En este contexto las reglas contractuales, formales e informales, se alteran. Se produce un retroceso material del actor laboral frente al empresarial, que simultáneamente se acompaña de un debilitamiento de su base simbólica-referencial. Como resultado observamos una tendencia en la inversión de responsabilidad.



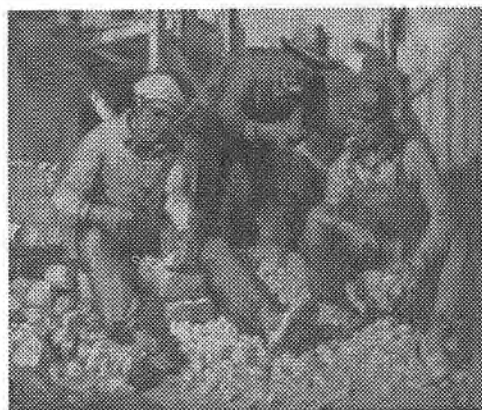
La dependencia laboral situaba el eje de la responsabilidad en el empleador; esta renuncia a la autonomía se trasladaba primero al contratante y complementariamente en la representación colectiva del sindicato, del convenio colectivo, el fuero laboral y el arbitraje del Ministerio público de trabajo. Pero el eje de la responsabilidad se ha trasladado al trabajador, determinado por dos dimensiones: el ingreso necesario para la sobrevivencia y la regulación que lo obliga al cumplimiento del contrato de locación de su propia fuerza de trabajo.

Hasta los '80, lo social constituyó un marco autorreferencial definido a partir de un núcleo conflictivo subyacente en torno a la distribución del producto y del padecimiento, una formación moderna del constructo laboral. La postmodernidad inaugura la ruptura del modelo fabril taylorista-fordista y dentro del contexto público keynesiano otra ruptura, además de la organizacional, la construcción del sujeto laboral. Mientras en la modernidad el sujeto trabajador podía ser negado en una parte de su subjetividad, subsistía su capacidad de vínculo con un prójimo que le permitiera enfrentar dicho núcleo conflictivo. En la postmodernidad el balance de las fuerzas sociales permite una nueva negación, ya no de la subjetividad sino de lo social en lo subjetivo, generando la imposibilidad cognitiva de la existencia de lo social como posibilidad (de ver) y la imposibilidad de intervenir sobre el cambio social (de hacer). Todo ello origina un proceso que denomina-

mos desmaterialización de lo social en el trabajador universal en pasaje al trabajador contratado-precarizado. Lo social se opaca en la visión y en la acción, obstáculo para una propuesta ideológica alternativa del actor social. Surge así, un nuevo tipo de privación de los recursos simbólicos para superar las situaciones de asimetría y conflicto(1).

Se producen dos efectos a un mismo tiempo; el efecto de los recursos, el salario y la ocupación, y las formas lógicas de resolver los problemas laborales. Si lo público, atributo de lo social, si lo convencional, atributo del sindicato, no obtienen los resultados esperados resulta un doble efecto de fracaso tanto en los recursos como en la inoperancia del instrumento colectivo, instalando un efecto recursivo. El espacio del lazo colectivo-social es ocupado por la representación del mercado y sus posibilidades individuales reales; la utopía secular acerca del cambio social desde la cultura laboral es reemplazada por la praxis del consumo(9).

Otra particularidad de la postmodernidad es la acción de una diversidad de mecanismos dentro del vínculo societal para sustituir porciones del mismo por interacciones mediadas por la moneda. Entre ellos podemos destacar dos: la drástica reducción del salario indirecto (compensaciones adicionales tendientes a cubrir las necesidades básicas) y la extensión del cálculo monetario en



espacios de intercambio sociocultural. Una doble lectura nos conduce por un lado a la reaparición en el campo del mercado de bienes que se distribuían públicamente (educación, salud, recreación). Por otro lado, se instala un conflicto distributivo en espacios que en la sociedad del Estado de Bienestar se resolvían políticamente<sup>11</sup>.

Los cambios actuales introducen particularidades tanto a nivel micro como macro. Entre los aspectos micro, la visión del producto se remite a una visión individual, de oportunidades, de necesidades, de competencia entre pares. Desconoce entonces, el producto como resultado del colectivo. A nivel macro, la distribución del producto, por ejemplo, no puede ser regulada vía negociaciones colectivas reducidas crecientemente a nivel de empresa o unidad productiva. Concomitantemente estos dos niveles se vulnerabilizan por el abandono del Estado como actor de arbitraje y redistribuidor tanto del salario

## Clínica Privada Banfield S.A.

# 50<sup>PR</sup>

al servicio de la asistencia en salud mental

1947 - 1997

Azara 1780 - Banfield - Tel.: 242-2364/2227/2862 - Av. Corrientes 2014 Tel.: 953-3033/2606



directo como del indirecto. Estas fragilizaciones de los niveles para intervenir en la pugna de los intereses están legitimadas por un pensamiento reduccionista: la creencia de que la lógica de autorregulación del mercado puede alcanzar todos los niveles, e ignorar que el producto es también resultado de la cooperación.

El proceso de trabajo no puede considerarse aislado del hacer colectivo como tampoco se puede desconsiderar el contexto social en el que se inserta. La doble negación subjetiva y colectiva del trabajador incide en un cambio de sentido de la violencia que genera el conflicto subyacente que no puede sublimarse por mediación del colectivo. Es decir, la posmodernidad trae aparejada la negación del sujeto y la negación de lo social, tanto desde la perspectiva colectiva como individual. Esta doble negación y las condiciones actuales de trabajo (flexibilización laboral) plantean, a nuestro modo de ver, como ejes problemáticos la competencia y la inestabilidad laboral. Las leyes de flexibilización laboral enfrentan a los trabajadores no sólo a la incertidumbre e inestabilidad de su trabajo, sino también a la de sus relaciones (sociales) laborales.

El debilitamiento de una organización social que contenga al trabajador (sindicato, organizaciones colectivas, intervención del Estado por el derecho laboral...) y la lógica del mercado con la exaltación del individuo, de los intereses privados y del consumo, debilitan los soportes simbólicos-referenciales. El trabajador queda aislado, sin los soportes de las reivindicaciones colectivas y las organizaciones sociales de antaño. Acordamos con la definición de "trabajar" expuesta por Dessors y Molinier en "La psicodinámica del trabajo", que implica "beneficiarse con un lugar para hacer y hacerse con los otros" (6). Asimismo acordamos con las autoras que la identidad es una conquista en el orden de lo singular pero se opera en el orden de la intersubjetividad, lo que significa que la realización del sí mismo se construye por la mirada del otro, tanto en sentido vertical de oposición como de horizontalidad entre pares y en el ámbito de lo social, el reconocimiento del hacer. No obstante el trabajo puede convertirse en obstáculo en la configuración de la identidad como también fuente de sufrimiento<sup>12</sup>. Por otra parte, en este nuevo camino de luchas individuales a

enfrentar, el consumo –no sólo el socialmente aceptado y manifiestamente estimulado por intermedio de los *mass media* por ejemplo, sino también el farmacológico, el alcohol y las drogas llamadas ilícitas– se convertirá en soporte para vivir y adaptarse en la sociedad. Estos "soportes ortopédicos" acentúan el alcoholismo, las adicciones, los hechos de violencia microsocial y las enfermedades psicofísicas: "Drogas, psicofármacos y alcohol articulan en su producción con intereses económicos de gran magnitud y su consumo es incentivado activamente de diferentes maneras"<sup>13</sup>. Desde el lado de los consumidores, su vulnerabilidad frente a esta oferta creciente quizás deviene de la misma vulnerabilidad relacional en que se desenvuelven sus vidas y de la imposibilidad de construir proyectos que permitan soportar las situaciones vitales" (15). En síntesis, lo que planteamos hasta aquí, es cómo la situación social y laboral actual, la dificultad de establecer organizaciones colectivas, y la vulnerabilidad relacional, inciden en forma negativa en la Salud Mental de los actores y en un creciente uso de soportes quimioterapéuticos.

#### **A modo de conclusión: la intervención interdisciplinaria.**

Tomando en consideración lo expuesto a lo largo del trabajo, se esboza una primera conclusión: los cambios que se suceden en las políticas laborales, exceden el campo de lo político y económico, abarcando el de la salud. En otras palabras, la flexibilización como política sociolaboral interactúa e incide en la salud psicofísica y en el malestar en lo social. Las consecuencias que implican los cambios en materia política y económica sobre los padecimientos, la Salud Mental y el agravamiento de ciertas problemáticas sociales, parecen inabordables desde una intervención atomizada, ya sea desde compartimentos disciplinarios tales como lo socio-económico (asistenciales), psicológicos o medicalizados descontextualizados de los procesos contemporáneos. Se torna imprescindible "desmarcar" la reducción del fenómeno y dirigirse a la sociedad para transformar su percepción: "Percepción y creación de una nueva situación fenoménica aparecen ligados desde esta perspectiva" (5).

Por lo tanto, hay emergentes en el orden de lo social que producen padecimiento mental o agravan trastornos que los procesos institucionales y sociales tienden a patologizar, recortándolos de su dimensión causal. Desde una perspectiva social exploramos dimensiones poco explicitadas (o poco visibles) que por un lado facilitan relaciones laborales flexibles (asimétricas)<sup>(16)</sup> y por el otro inciden e interactúan con el universo simbólico y con la Salud Mental de los trabajadores. A modo de propuesta incluimos, desde esta perspectiva, niveles posibles de intervención desde este campo socio-antropológico; una intervención interdisciplinaria, pensando en un objeto complejo. Esta propuesta exige un cambio en la posición epistemológica, en la producción y en la intervención. De tal manera que pudiera producirse una convergencia de disciplinas dentro de un trabajo en equipo, con instancias de integración y de diferenciación. Lo que requiere a su vez capacidad de descentración e integración cognoscitiva de los participantes, que, por otra parte, instalan un diálogo con el usuario.

Nuestra propuesta para trabajar lo social en el campo de la Salud Mental abarca aspectos tales como lo cultural, el lazo social, lo colectivo y lo comunitario. En cuanto al primer aspecto –lo cultural– cabe interrogarse sobre cuáles son los contenidos que produce lo cultural como autorreferencia para el nuevo tipo de trabajador que se ve colocado en un lugar desprendido del colectivo: aislado y subordinado. Es decir se torna necesario trabajar en la intervención cultural que abarque tanto una postura crítica como una propositiva dentro del entramado del discurso social. Posibilitando, a su vez, una ruptura con los límites introyectados y salidas de la autorresponsabilización.

El lazo social se refiere a caracteres como la integración productiva, el vínculo, la identidad, la autonomía, el poder, los derechos, la privacidad y la comunicación. Lo cual significa intentar analizar la constitución del lazo social y la creación o no del colectivo. ¿Cuáles serían los caminos para rearticular los colectivos y, cuáles las capacidades de los individuos para recrearlos? En cuanto al colectivo<sup>14</sup> propiamente dicho, se hace necesario generar dispositivos grupales e institucionales para trabajar las



dimensiones de pertenencia, identidad, creatividad y organización.

Por último, lo comunitario, que implica salir del espacio institucional, a trabajar en el escenario natural –la comunidad– para intervenir en

la inserción social, el estímulo de las articulaciones y la creación de redes. Finalmente sugerimos a partir de estas reflexiones penetrar las tramas silenciadas y favorecer la conciencia crítica que apunte a la desculpabili-

zación del trabajador y en la faz positiva promover nuevos tipos de articulación(3) y construcción de colectivos, como redescubrimiento de espacios público-sociales (7) del trabajador ciudadano ■

## Notas

1. Agradecemos los valiosos aportes de la Lic. Gabriela M. Socolovsky.

2. El uso que se hace de "flexibilización" en este artículo no responde exclusivamente a la legislación laboral al respecto. Tomamos las afirmaciones de Adriana Marshall: "No ha sido posible demostrar que una protección más severa contra la pérdida del empleo y mayores limitaciones al uso de contrataciones flexibles resulten en un menor nivel de empleo así como tampoco lo opuesto... De todos modos, algunos estudios pusieron de manifiesto que el régimen legal de protección del empleo (un conjunto de instituciones que varían entre países) incide sobre el comportamiento de empresarios y asalariados, y de esta manera contribuye a estructurar el mercado de trabajo. También hay indicios de que la ausencia de trabas legales al despido juega un papel de disciplinamiento en relación a los trabajadores ocupados, aun cuando no siempre se traduzca en tasas efectivamente más elevadas de despido"(11). En este sentido, consideramos que esta forma de estructuración del mercado de trabajo y este disciplinamiento, que abarca a toda la trama social, son una fuente de padecimiento. Nuestras indagaciones giran en torno a los efectos en la subjetividad y en las organizaciones colectivas.

3. "No existe una subjetividad que pueda aislarse de la cultura y la vida social, ni tampoco existe una cultura que pueda aislarse de la subjetividad que la sostiene. Esta mutua determinación –en verdad, mutua producción– debe ser nuestro punto de arranque, ya que la subjetividad es cultura singularizada tanto como la cultura es subjetividad..."(8)

4. Entre 1984 y 1994 la población carcelaria aumentó alrededor del 100%. Por otra parte, en 1993 se produjo un aumento del 40% de delincuentes muertos en "enfrentamientos" con la policía(12).

Una nota publicada en el matutino "Clarín" (4 de marzo de 1997) revela que en EE.UU. se incrementó un 30% el gasto para cárceles y que en 1984 se construyeron 21 cárceles y sólo una universidad (presupuesto que cayó un 18%).

5 A. L. Bialakowsky, 1997.

6. Estos datos corresponden a los Estados Unidos. "Página 12", 29 de junio de 1996.

7. Al respecto, un profesional de un neuropsiquiátrico de la ciudad de Buenos Aires expresa: "Se necesitan más profesionales. Se gasta más dinero en medicación que en presencia humana que pueda escuchar a los pacientes".

8. Al respecto Franco Rotelli afirma que la enfermedad mental es una transformación que hace la sociedad de la locu-

ra. Considera que es una decisión social considerar la locura una enfermedad(14).

9. Algunos profesionales acusan al sistema judicial en las demoras de las altas: "...hay leyes previstas en la legislación provincial para dar subsidios por altas por 6 meses aproximadamente para enfermos de escasos recursos para que no se traben la reinserción social por una cuestión económica... Se dan, pero no con la ductibilidad necesaria para que no se demore en el tiempo. Hay un retraso importantísimo en lo que hace a la legislación." (Entrevista a un asistente social de un neuropsiquiátrico de la ciudad de Buenos Aires)

10. Una enfermera de un neuropsiquiátrico expresa: "...un nuevo problema que se va uniendo a los que ya veníamos arrastrando estas instituciones, que socialmente no hay trabajo. Qué pasa con la familia que interna un paciente acá, luego se lo lleva y quiere que consiga trabajo. No lo consigue la gente que está afuera sin trabajo, es mucho más difícil para un paciente que sale de aquí..."

11. En la actualidad, un indicador de la dificultad de la supresión de las políticas del Estado de Bienestar es la multiplicación de programas asistenciales.

12. "El sufrimiento en el trabajo es la percepción que surge cuando la relación del sujeto está bloqueada, cuando la cooperación está rota, la confianza se vuelve imposible, el reconocimiento sale mal". Dessors y Molinier, (6).

13. "Las ventas mundiales de antidepresivos y otras medicinas alcanzan cifras récord –700 millones de dólares en 1995 sólo en EE. UU. y seis mil millones de dólares en todo el mundo–. "De pacientes a consumidores" En "Página 12", 29 de junio de 1996.

14. Antonio Lancetti, destaca en la clínica grupal dimensiones como continencia, imitación, unidad, coordinación, grupo de trabajo como grupo terapéutico y grupo terapéutico como grupo de trabajo(10).

## Notas bibliográficas

- Bermann, S., "Trabajo precario y Salud Mental", Córdoba, Narvaja, 1995.
- Bialakowsky, A. L., Hermo, J. P., "Notas sobre los silencios sociales en la trama de las relaciones laborales", en "Empleo y Globalización. La nueva cuestión social en la Argentina", Villanueva, E. (coordinador), Bernal (Pcia. de Buenos Aires), Universidad Nacional de Quilmes, 1997, p. 146-161.
- Bialakowsky, A. L.; Hermo, J. P., "Puede la sociología del trabajo dar cuenta de

las nuevas articulaciones laborales?, en "Revista de trabajo", Ministerio de trabajo y Seguridad social, 1996, año 2, Nro. 8, p. 13-27.

4. Bialakowsky, A. L. y otros: "Privación tecnológica e imaginarios sociales en torno a la tecnología, en "Ciencia y sociedad en América Latina", Albornoz M., Kreimer P., Glavich E. (editores), Universidad Nacional de Quilmes, p. 45-54.

5. Bialakowsky, A. L., "Adicciones, SIDA y Cultura. Un enfoque socioantropológico". Ponencia en la Universidad Nacional de Rosario, Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencia y Sida, 1996.

6. Dessors, D., Molinier, P., "La psicodinámica del trabajo", Seminario intensivo de investigación (del 18 al 22 de julio de 1994), CEIL-CONICET, mimeo, Buenos Aires.

7. Galende, E., "La economía contaminó todos los vínculos", entrevista publicada en diario "Clarín", 2 de febrero de 1997, pg. 18 y 19.

8. Galende, E., "De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual", Buenos Aires, Paidós, 1997, p. 75.

9. García Canclini, N., "Consumidores y ciudadanos. Conflictos multiculturales de la globalización", México, Grijalbo, 1995.

10. Lancetti, A., "Clínica grupal con psicóticos. A grupalidade que os especialistas nao entendem" en "Saídeloucura", San Pablo (Brasil), Hucitec, N° 4, s/f.

11. Marshall, A., "Protección del empleo en América Latina: las reformas de los noventa y sus efectos en el mercado de trabajo" en "Empleo y Globalización. La nueva cuestión social en la Argentina", Villanueva, E. (coordinador), Bernal (Pcia. de Buenos Aires), Universidad Nacional de Quilmes, 1997, p. 427-458, p. 428.

12. Pegoraro, J. S., "El rigor del mercado", Revista "Encrucijadas", 1995, año 1, N° 2, UBA.

13. Schlemenson, A., "Hombres no trabajando", Revista "Encrucijadas", 1996, año 2, N° 4, UBA, p. 72-81.

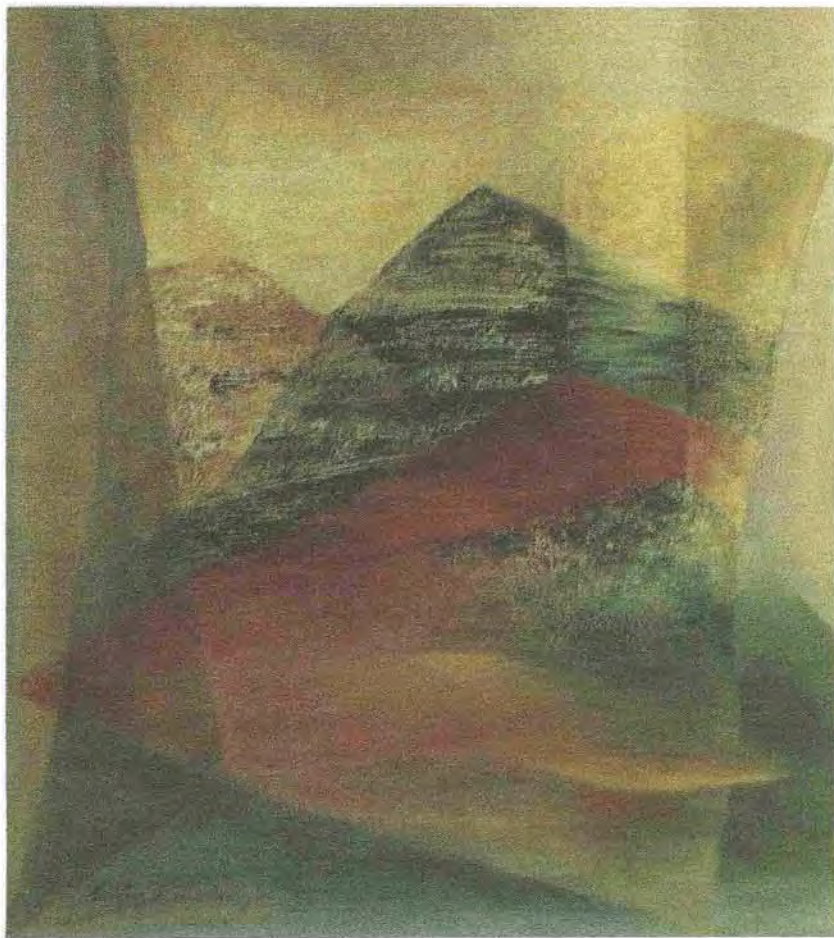
14. Soboleosky, M., "Sobre la reforma psiquiátrica italiana", 1992, Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. III-N° 8, p. 150-152.

15. Stolkiner, A., "Tiempos 'posmodernos': Ajuste y Salud Mental" en "Políticas en Salud Mental", comp. Saidón O., Troianovski, P., Buenos Aires, Lugar, 1994, p. 25-53.

16. Vasilachis de Gialdino, I., "Modelos, programas y valores sociales en un proyecto de reforma laboral", "Dialógica", 1996, Vol. I, N° I, p. 83-121.

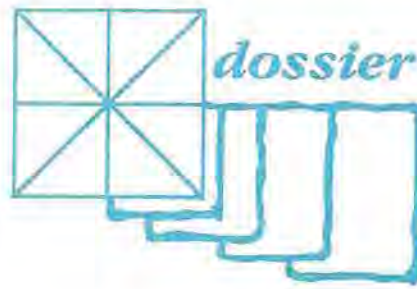
17. Villena Aragón, J. C., "Desempleo y enfermedad", Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, 1996, Vol. VII, N° 26, p. 250-252.





**Miña Stempelsztejn**  
Continuidad y Límite  
Acilico sobre tela  
0,80 x 0,90 cm.





# Trauma psíquico

Coordinador François Lebigot

---

**D**esde hace algunos años los psiquiatras han presentado un renovado interés por el Trauma psíquico y sus efectos. Diversas situaciones ligadas a la Historia los han llevado a construir diversos puntos de reparo clínicos y a diseñar estrategias para su prevención y tratamiento.

En Argentina los acontecimientos de los últimos años han sido más que dramáticos y muy complejos, mezclando íntimamente las problemáticas del trauma, del duelo y de la pérdida de sentido, tanto a escala individual como colectiva. La tarea no se vio simplificada ya que los psiquiatras mismos estuvieron incluidos en las tragedias que sacudieron al país.

En Suiza el Comité Internacional de la Cruz Roja con sus equipos dispersos en el mundo, sufriendo agresiones crecientemente violentas, debieron generalizar el empleo del debriefing colectivo adaptando para ello el método clásico.

En Francia las olas sucesivas de atentados fueron asimiladas a una situación de guerra. Sus víctimas se benefician actualmente de un dispositivo de tratamiento calcado del que se aplica en el Ejército, es decir inspirado en los conceptos del psicoanálisis tanto en el abordaje clínico de los pacientes como en el despliegue de sus estrategias terapéuticas.

Esperemos que el presente Dossier, por la diversidad de sus enfoques y de sus países de origen, ayude a los clínicos confrontados con la problemática del trauma psíquico pa una reflexión y una acción distantes tanto de ilusiones simplificadoras como de los riesgos de un enfoque a-teórico ■

François Lebigot



---

# Clínica de la neurosis traumática

**Bernard Lafont**

Psiquiatra, Psicoanalista, Médico Jefe, Prof. agregado en Val-de-Grâce, Servicio de Psiquiatría  
Hôpital d'Instruction des Armées du Val-de-Grâce, 74 Bvd. Port Royal, 75005, París, Francia.

---

## Introducción

**E**n 1884, Oppenheim reúne bajo el término de "neurosis traumática" a un conjunto de cuadros sin ninguna unidad clínica pero que habían sido observados todos en accidentados del ferrocarril. Hagamos a un lado el supuesto etiopatogénico (el trepidar mecánico del cerebro) para retener tan sólo de este recordatorio histórico que la afección fue individualizada primero a partir de acontecimientos ligados a accidentes tecnológicos. Podríamos olvidarlo, pues las guerras, y en especial la Primera Guerra Mundial, dejaron luego su huella en la neurosis traumática. Así pues, su regreso, hoy día, al cuerpo social de los tiempos de paz, a través de las situaciones de catástrofe, los accidentes de la vida urbana, las agresiones y las violaciones, no constituye la implantación de una "afección militar" en la sociedad civil. La neurosis traumática de guerra no ha desaparecido. Los conflictos recientes, las misiones internacionales de paz, han incluso renovado su expresión. La guerra constituye la situación donde se opera, podríamos decir por excelencia, el encuentro con el traumatismo psíquico. Así, en 1918, en el Congreso de Budapest, la neurosis traumática vio la luz alrededor de la guerra, en su relación con el traumatismo psíquico. Este concepto fue asociado luego al de estrés, que, desbordando el marco fisiológico de sus orígenes, conquistó al mismo tiempo el lenguaje común y el universo médico. Aplicado a la neurosis traumática, se transformó en el *Trastorno por Estrés Postraumático* (309-81 del DSM-IV) o el *Estado de Estrés Postraumático* (F43-1 de la CIE 10). El éxito de estas denominaciones es indiscutible. Las mismas asignan esencialmente la noción de trauma a una referencia fisiopatológica: por un lado el

agente estresante, por el otro, las reacciones psicofisiológicas que engendra; entre ambos, nada específica que esta reacción no es sólo la de un organismo, sino la de un sujeto cuyo sistema de representaciones y lenguaje no pueden dejarse de lado impunemente, pues de todas formas serán los mediadores obligatorios de todo trabajo terapéutico. Por ende, es conveniente no descuidarlos ya desde el momento del abordaje clínico de la neurosis traumática. El encuentro del traumatizado en su relación con el terapeuta es el único que puede contrabalancear los efectos de su encuentro con el acontecimiento traumático; es decir, al fin y al cabo como en toda neurosis, la relación que mantiene con su propio síntoma.

## Definición

La neurosis traumática es un estado patológico que aparece de forma diferida luego de un traumatismo psíquico.

## Estudio clínico

Cuando se instala en su plenitud clínica, la neurosis traumática se caracteriza por el *síndrome de repetición traumática*. El período que precede a su aparición es llamado *período de latencia*, pues el síndrome no se manifiesta, o, más exactamente, no todavía. Este período no es totalmente silencioso, pero su sintomatología no tiene el carácter específico de la repetición. Sin embargo, ya muestra la fijación al acontecimiento traumático. Así, la historia natural de la enfermedad comienza ya desde el encuentro con seme-

---

## Resumen

En este trabajo se hace una definición clínica de base psicodinámica de la neurosis traumática, describiendo las características del acontecimiento traumático con sus consecuencias inmediatas; el síndrome de repetición traumático con su sintomatología nocturna y diurna; los síntomas neuróticos agregados y el diagnóstico diferencial de este cuadro clínico.

**Palabras Clave:** Neurosis traumática – Trastorno por Estrés Postraumático – Trauma psíquico.

## CLINIC OF TRAUMATIC NEUROSIS

### Summary

In this paper, a psychodynamically based clinical of traumatic neurosis is made, describing the features of the traumatic event and its immediate consequences, the traumatic repetition syndrome with its night and day symptomatology, the added neurotic symptoms and the differential diagnosis of this clinical picture.

**Key Words:** Traumatic neurosis – Post-traumatic stress disorder (PTSD) – Psychic trauma.

---



jante acontecimiento. La irrupción de la marca específica del síndrome de repetición traumática constituye la etapa fuerte de su evolución, y la etapa a partir de la cual, en el período de estado, se opera la revelación de la enfermedad.

### El acontecimiento traumático y sus consecuencias inmediatas

#### El acontecimiento

La noción de acontecimiento implica una relación entre un hecho y el sujeto, o la colectividad, que se hallan confrontados entre sí. Así pues, son las consecuencias del acontecimiento las que le confieren sus cualidades, siendo la principal el permanecer en la memoria. Un acontecimiento divide dos períodos, el antes y el después. Semejante inscripción en la historicidad es un fenómeno corriente en psicopatología. Define un conjunto de posiciones subjetivas que van desde el desencadenamiento psicótico, en el que prevalece la dimensión imaginaria, hasta la patología neurótica, donde el acontecimiento lleva un significado simbólico. El acontecimiento, cuando es traumático, no se sitúa en ninguna de estas categorías. Ninguna da cuenta de aquello a lo que se enfrenta el sujeto de forma brutal: el encuentro con la muerte, su muerte, que escapa a toda representación. La eventualidad más clásica es la aparición de un acontecimiento que amenaza brutalmente la vida del sujeto. Un atentado, una agresión, una toma de rehenes son, por ejemplo, acontecimientos tipo cuyo alcance traumático es intenso por el hecho de que vienen a romper súbitamente el curso habitual de la existencia y ponen al sujeto frente a un peligro vital para el que no estaba preparado en absoluto. Esta noción de "sorpresa" es significativa de la naturaleza traumática de un acontecimiento. Pero, si observamos más de cerca, resulta que no puede imputársele totalmente a las circunstancias: las situaciones de guerra son grandes proveedoras de neurosis traumáticas. El bombardeo de un puesto de combate, la explosión de una mina, una herida de bala, no pueden ser consideradas como hechos absolutamente inesperados. Por ello se debe admitir que este "efecto sorpresa" no tiene su origen en factores exclusivamente externos. Estos representan sobre todo una oportunidad en la que se establece, en un momento dado y para sí, una relación directa con la muerte. La "sorpresa" es así hallarse frente a una realidad que ninguna representación permitía anticipar. El término de "efracción" que se le asocia abarca la violencia intrusiva de semejante encuentro.

No existe un acontecimiento traumático absoluto, aunque es evidente que la carga traumática tiende a aumentar con lo que a veces se denomina "la magnitud" del acontecimiento, es decir la combinación de la intensidad de la amenaza que contiene, su proximidad y el carácter eventual de excepción que reviste. Pero se puede observar el desarrollo de patologías traumáticas a partir de acontecimientos durante los cuales el encuentro con la muerte, en tanto amenaza personal, ha sido sólo indirecto. Es el caso del soldado cuyo compañero es abatido, o de los testigos de masacres, catástrofes o accidentes. Este tipo de acontecimiento



ilustra la dimensión escópica de "fascinación por el horror" de la escena traumática inicial(3). Volveremos a verla en acción durante la actividad de repetición del período de estado. Y aun cuando la situación traumática no es unívoca, sino que procede de una suma de violencias, de ataques reiterados a la dignidad de la persona humana—como es el caso en ciertas condiciones de cautiverio cuyo paradigma es el universo concentracionario—es en general alrededor de una escena precisa, netamente delimitada en el campo perceptivo visual de la experiencia vivida, que se organiza luego la sintomatología.

La óptica victimológica a través de la que se suele encarar a la neurosis traumática pone mucho énfasis en la violencia aplicada al sujeto. Es cierto que la violencia intencional, la tortura, las violaciones, son los acontecimientos cuyo alcance traumático es más fuerte, superior al de las catástrofes o de los accidentes tecnológicos, por ejemplo. Pero esto no debe hacernos olvidar, junto a la violencia sufrida, que la violencia infligida puede también contener un potencial traumático capaz de traducirse clínicamente. La psiquiatría de guerra revela tales eventualidades, no sólo en aquéllos que han ejercido la violencia en el marco del cumplimiento de su misión, sino también en otros que, más allá de los límites fijados por las leyes de la guerra, han realizado actos bárbaros o criminales.

El término de *encuentro* es pues más apropiado que el de *confrontación*. Introduce, en el cara a cara de un sujeto con esta verdad que es la posibilidad de su propia muerte, un factor de singularidad complejo pero necesario para comprender la clínica de la enfermedad. De hecho se comprueba que un mismo acontecimiento no comporta la misma carga traumática para todos.





### *Las consecuencias inmediatas*

Para atenernos sólo a los aspectos individuales, ciertos trastornos agudos pueden observarse en las consecuencias inmediatas del acontecimiento. Son muy diversos, desde las manifestaciones más ruidosas de pánico o de ansiedad, las reacciones depresivas, las crisis histeriformes, los estados de agitación, hasta estados de postración o de estupor y ciertas manifestaciones psicósomáticas. A partir de la clínica de estos estados agudos se inicia una estrategia de acciones en el lugar del hecho que hoy día se va desarrollando cada vez más. La asistencia psicológica, asociada a la atención de urgencia brindada en el lugar del hecho (catástrofes, accidente o atentados) se pone en práctica progresivamente en la mayoría de los países, con principios inicialmente aplicados en la psiquiatría de guerra. Los trastornos agudos se tornan regresivos y terminan por desaparecer tras algunas semanas, a favor, eventualmente, del tratamiento efectuado en situación.

Entre los sujetos que sufren de neurosis traumática, los que evocan la existencia de tales trastornos agudos constituyen la mayor proporción. Pero una cantidad nada despreciable no manifiestan ningún trastorno luego del acontecimiento, y entran directamente en el período de latencia. En ambos casos no existe en ese momento ningún indicio de pronóstico individual irrefutable, a lo sumo hay tan sólo factores de riesgo. Éstos no revisten significado particular cuando se aplican a un sujeto determinado. Atañen más a los elementos relacionados con los hechos que a su contenido subjetivo. Es por ello que la referencia exclusiva al estrés no puede dar cuenta de la complejidad patogénica de la neurosis traumática.

### *El período de latencia*

El período de latencia es, tanto como el síndrome de repetición traumática y los síntomas neuróticos, uno de los elementos diagnósticos característicos de esta afección. Es el tiempo transcurrido entre un acontecimiento traumático y la aparición del síndrome de repetición del período de estado de la neurosis traumática. Las clasificaciones internacionales (DSM-IV y CIE 10) lo fijan al menos en seis meses. A veces puede ser más breve, o prolongarse durante varios años.

El término de latencia que designa a este período no significa que sea totalmente silencioso. El repliegue en sí mismo, las dificultades de adaptación, los estados depresivos o bien, por el contrario, la euforia paradójica con hiperactividad, la somatización, los diversos trastornos del carácter o de la conducta, jalonan

con frecuencia su curso. Estos síntomas pueden ser muy parecidos a los de la fase de estado, pero carecen siempre de la marca específica de la enfermedad que es el síndrome de repetición traumática.

La anamnesia de estos pacientes suele revelar, pero *a posteriori*, que este período se ve marcado ya en este estadio por la fijación al acontecimiento traumático. Más que de síntomas en el sentido clínico, se trata de dispositivos y de inversión de energía (*investissements*) que se organizan alrededor del traumatismo inicial. Esto aparece a veces como trasfondo de ciertos compromisos profesionales o políticos, de entrega a diversas causas, de apego a valores de grupo. Su "versión oblativa" da muestras del recurso a un ideal que se interpone entre el sujeto y las potenciales consecuencias de su encuentro traumático(2).

Estos paliativos mantienen un equilibrio que puede desestabilizarse. La afección entra entonces en su fase sintomática propiamente dicha.

No es inútil considerar las circunstancias en las que aparece esta clínica: cuando el sujeto se ve confrontado a una situación que le recuerda, por alguna analogía, su propio encuentro traumático. A veces, la analogía es evidente. Otro traumatismo puede desempeñar esta función de desencadenante, un duelo, acontecimientos de actualidad que impliquen hechos similares (guerra, atentados)... La relación aparece más indirecta, menos objetiva, más articulada con la historia propia del sujeto, cuando se trata de acontecimientos de resonancia afectiva —una separación, un retiro de la actividad profesional, una ceremonia— o, en ciertos casos, cuando se trata de acontecimientos privados y de apariencia trivial. No obstante, todos estos acontecimientos tienen ciertos puntos en común: remiten al sujeto a una experiencia de ruptura, de fracaso o de rechazo. Desestabilizan los dispositivos organizados alrededor del traumatismo. Así se explica la variabilidad de la duración de este período, al término del cual surge bruscamente el síndrome de repetición traumática.



## El síndrome de repetición traumática

### Modalidades de descubrimiento

Rara vez los pacientes consultan para informarlo. La relación de los sujetos con sus síntomas es compleja. Algunos la consideran como una consecuencia, digamos natural, luego de los acontecimientos que han vivido. Para otros, por el contrario, representa la expresión de una vulnerabilidad inconfesable frente a situaciones para las cuales se creían endurecidos. Es el caso de los socorristas profesionales, los militares, de hecho todo el personal que pertenece a grupos que cultivan valores de excelencia. Pero, en muchos casos, es la "cara oculta" del traumatismo lo que hace que sea difícil develarlo: la responsabilidad imaginaria en la muerte del otro que alimenta la culpabilidad del sobreviviente, la estupefacción del socorrista que le impidió actuar con eficacia en ese momento, los pensamientos que cruzan la mente en el instante en que lo único y fundamental es sobrevivir, los actos realizados para lograrlo. El traumatismo está hecho ante todo de indecible, de irrepresentable, de vergüenza y de culpabilidad.

Así pues, no hay que sorprenderse de ver a estos pacientes consultar por motivos tangenciales, síntomas periféricos, a veces a instancias de sus familiares, testigos de las consecuencias de una patología largo tiempo disimulada. Los trastornos del sueño, las manifestaciones depresivas, las reacciones caracteropáticas, el alcoholismo, cierta apatía medicamentosa o tóxica, una derivación social a veces ya muy pronunciada, son el material manifiesto de estas primeras consultas. La actitud del interlocutor médico es determinante. Los elementos de la biografía lo llevarán al corazón del síndrome de repetición traumática con tal de que conduzca al paciente con tacto y paciencia. La reticencia de éste puede hallar primero la resistencia del médico para oír el horror. Luego, es la fascinación de este último, al unísono con la del paciente, lo que constituye el mayor escollo de una relación que se fija entonces en la repetición indefinida del mismo relato. El estatus de excepción pesa sobre estos pacientes que han atravesado acontecimientos a menudo inscriptos en la actualidad mediática, cuando no en la historia. En un primer tiempo privilegian la versión legendaria, conocida por todos, que suelen apoyar con documentos, artículos de prensa y en la que, naturalmente, toda referencia a la experiencia personal está ausente. Sin embargo, en su inicio todo el esfuerzo del trabajo psicoterapéutico con estos pacientes residirá en la formulación de esta experiencia, y más allá, en la formulación de las modalidades de inscripción del traumatismo dentro de la historia personal.

### Síndrome de repetición traumática nocturno

La pesadilla de repetición traumática reproduce el



acontecimiento traumático en las condiciones exactas de lugar, personas, situaciones de su desarrollo. El sueño traumático es notorio por su fijeza, que perturba el sueño de cada noche, o a veces, que desaparece durante algunos días, algunas semanas, para resurgir luego de manera idéntica. Compromete y embarga al paciente, a quien despierta, y lo deja sumido en una angustia mayor con su cortejo de síntomas vegetativos.

El contenido onírico es de una gran especificidad. Dentro de situaciones a menudo complejas y confusas, ricas en emociones, se retiene una escena muy particular, una visión horrible, un cuerpo mutilado, a menudo identificados por un rasgo característico: una posición, una fisonomía, una mirada, por ejemplo. Más que una reproducción se trata de una repetición, es decir de "revivir" la escena inicial, no sólo en el plano perceptivo sino también en el afectivo. Los sentimientos de horror, de terror o de pánico que habían embargado al sujeto durante el instante traumático lo invaden idénticamente durante la pesadilla, hasta ahora caracterizada por "la ausencia de reacción que había prevalecido en el momento del traumatismo"(2) donde se produce el despertar. Estas pesadillas son vividas por los sujetos como cuerpos extraños e intrusiones persecutorias(1).

La calidad del conjunto del sueño se ve afectada de forma evidente: dificultad para dormirse, incluso evitación del sueño, agitación nocturna, hacen de sus noches lo que muchos pacientes llaman "un infierno".

### Síndrome de repetición traumática diurna

Gran parte de la actividad mental durante el estado de vigilia está también subordinada a la fijación al traumatismo. Se emparenta con el pensamiento obsesivo en sus ruminaciones agotadoras, evocaciones repetidas frente a las que el paciente elabora vanas estrategias. Los estímulos exteriores antes asociados al acontecimiento son otras tantas ocasiones para



hacer resurgir la evocación. Esta inducción toma a veces un carácter extensivo. Un paciente, por ejemplo, implicado en una catástrofe ferroviaria, tiembla al oír el paso de un tren, se sobresalta con el ruido de un taladro que le recuerda el trabajo de liberación, presenta una crisis de angustia si percibe olor a humo, una crisis de llanto al ver una noticia sobre un accidente ocurrido en las antípodas, etc. Todo parece poder provocar la re-vivencia del acontecimiento que él querría alejar de su mente. Muchos pacientes mantienen su patología con una cultura mórbida, conservando objetos, coleccionando artículos de prensa, sin descuidar ningún libro que trate sobre lo ocurrido. Estos casos no constituyen la regla, pero demuestran así y todo que hay un vínculo particular que siempre los une al traumatismo: por un lado la angustia frente a la intrusión de lo que se reproduce, por el otro, la fascinación por lo que el sujeto reproduce; he aquí los dos aspectos que expresan el fenómeno de repetición.

El estado de alerta es permanente y los estímulos provocan reacciones emotivas desproporcionadas, las reacciones de sobresalto. La hiperestesia al ruido, tan característica, se prolonga naturalmente con perturbaciones en la vida de relación marcada por una irritabilidad que se ejerce en el entorno social y familiar.

Se pueden observar verdaderas suspensiones del estado de conciencia, los *flashback*, durante los que las imágenes de la escena traumática se le imponen al sujeto, acompañadas por su contenido afectivo.

#### *Los síntomas neuróticos asociados: fijación y regresión*

El síndrome de repetición traumática es unívoco. Lo hallamos en todos los pacientes que sufren de neurosis traumática, tal como explicamos más arriba. No modifica la personalidad en su organización estructural. No obstante es muy evidente que bajo su influencia se produce una modificación del modo de ser y de la relación con los objetos y con los demás. La fijación al traumatismo y la regresión resultante son los denominadores comunes que condicionan la expresión de síntomas neuróticos cuya naturaleza depende de la estructura de personalidad del paciente.

Su relación con el entorno, marcada por el sentimiento de ser incomprendido, está hecha de una mezcla de retraimiento y de exigente expectativa expresados con múltiples quejas. Estas pueden exacerbarse en ciertas circunstancias, y especialmente durante procedimientos tendientes a obtener una reparación.

La asignación del estatus de víctima, el pedido de indemnización formulado como la reivindicación de un derecho, pueden pasar por una querulencia paranoica. Pero no existe trabajo interpretativo y hay que saber reubicar estas actitudes en el contexto reglamentario y de procedimientos múltiples que suele alimentarlas. Por otra parte veremos que, la mayor parte del tiempo, estos paciente se calman en cuanto obtienen reparación, sea cual fuere el monto. Los conflictos familiares, las variaciones del humor son particularmente frecuentes. Existe una indiferencia constante hacia la sexualidad. La disminución del rendimiento intelectual puede repercutir en el área profesional.

Según los casos, predominan:

- Síntomas de la serie histérica: conversiones diversas, cefaleas en casco, algias, impotencia. La ansiedad, en su expresión somática, se agrega a este material sintomático que puede prevalecer eventualmente, durante la evolución, con una forma hipocondríaca. Las manifestaciones ansiofóbicas son muy frecuentes. Más arriba hemos señalado la hiperestesia al ruido, pero según los casos, algunas conductas de evitación (lugares públicos, transportes en común) están más específicamente ligadas a la escena traumática.

- Síntomas obsesivos: rumiaciones, pero también rituales de verificación (un paciente, al despertar de sus pesadillas, va a controlar si todas las puertas y ventanas de su casa están bien cerradas) o de conjuro (otro sólo puede viajar si lleva en su bolsillo el certificado donde figura el diagnóstico de su afección).

- A veces, manifestaciones somáticas: un ex-miembro de un cuerpo de rescate sufre brotes intensos de eczema del cuero cabelludo contemporáneos a la evolución de una neurosis traumática ligada a la visión de la cabeza de un herido que rueda a sus pies.

#### **Evolución**

No existe neurosis traumática sin síndrome de repetición traumática. Para cada paciente éste es notoriamente fijo en su expresión. Se trata de una enfermedad crónica grave e invalidante, aun cuando, a lo largo de los años, el síndrome de repetición traumática a veces puede parecer atenuarse. No siempre es permanente, y en este caso, la frecuencia de sus manifestaciones episódicas es variable. Hallaríamos, como factores de la evolución, muchos elementos ya señalados en los factores de aparición del síndrome luego del período de latencia: el poder de reactivación de los acontecimientos exteriores o de actualidad —a los que hay que agregar aquí el de ciertas investigaciones médicas, en especial con finalidad de pericia— y la calidad de los dispositivos organizados alrededor del traumatismo. Nos encontramos con el caso general de toda evolución de una afección neurótica, pero existe aquí una vulnerabilidad particular a todos los acontecimientos vitales que pueden ser percibidos en el registro del fracaso o del rechazo. Si bien existen, a veces, la desocialización, los comportamientos desviados, la violencia física y los actos médico-legales, éstos no están sistemáticamente inscriptos en la evolución de la neurosis traumática. También es cierto que el recurso al alcohol, a los medicamentos psicotrópicos con fines hipnóticos (más que a los tóxicos), pueden jalonar el curso de la evolución de la enfermedad, sobre todo en momentos depresivos, acentuando entonces el riesgo de suicidio.

#### **Formas clínicas**

El carácter unívoco del síndrome de repetición traumática en el adulto admite pocas formas clínicas significativamente distintas, en particular según las modalidades de aparición del traumatismo (guerra, atentados, catástrofes, etc.) que influyen más bien sobre la intensidad del síndrome, relacionada con la



del trauma. Existen formas graves e intensas pero es útil sobre todo señalar las formas poco conocidas, probablemente muy comunes, por ser tan rudimentarias, o más a menudo disimuladas en razón de la posición social del sujeto.

Los niños pueden presentar auténticos síndromes de repetición traumática, pero en general los signos son menos típicos: trastornos del sueño, ansiedad, turbulencia, fobias, trastornos del comportamiento de juego con tendencia al repliegue.

### Diagnóstico

La difusión que conoce actualmente la patología diferida ligada al traumatismo psíquico es muy importante. Por lo tanto no resulta inútil precisar sus límites brevemente:

#### Patología reaccional

Aunque se pueda admitir que la patología del traumatismo psíquico entre en el marco general de los estados reaccionales, hay que recordar que no toda patología consecutiva a un acontecimiento o una situación es necesariamente traumática. Por un lado el acontecimiento traumático, para ser calificado como tal, debe contener una carga de amenaza objetiva para el paciente; por otro lado, la sintomatología resultante debe contener el síndrome de repetición traumática. Si éste no se presenta, la ansiedad, los estados depresivos, las reacciones neuróticas y las manifestaciones psicósomáticas no forman parte de la neurosis traumática.

#### Patología aguda del traumatismo psíquico

Los estados agudos (o TEPT agudo) que a veces las han precedido, no son neurosis traumáticas, cuya aparición es diferida, y su evolución, crónica.

#### Patología postraumática

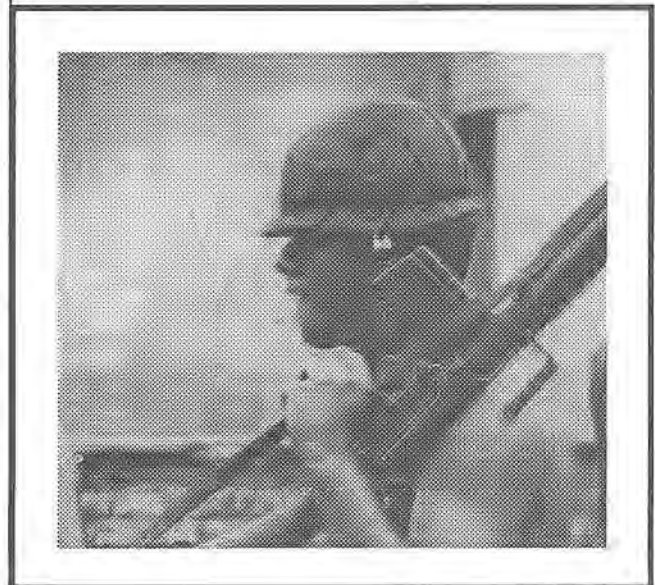
La patología de guerra ha mostrado de manera abundante que la existencia de heridas físicas no previene contra la neurosis traumática, por el contrario. En cambio, no toda patología psíquica en relación con un traumatismo físico es una neurosis traumática. Es el caso, por ejemplo, de la histeria postraumática, de los estados hipocondríacos postraumáticos (síndrome de Brissaud) y del síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo. Todos estos cuadros no conllevan síndrome de repetición traumática.

### Psicosis y traumatismo psíquico

La efracción psicótica contemporánea al acontecimiento traumático abarca, desde ese momento, una experiencia alucinatoria, una revelación basada en una intuición iluminadora, cuyo impacto supera largamente la captación escópica de la escena que predomina en la neurosis traumática. La evolución se da luego según las modalidades propias a cada psicosis. Pueden existir problemas con organizaciones paranoicas fijas en comportamientos querellantes. También se han podido observar ciertas eclosiones psicóticas luego de haber existido, por un tiempo, un síndrome de repetición traumática. En ningún caso hay posibilidades de volver atrás y una vez que ya se ha instalado, el proceso delirante sigue su curso.

### Conclusión

La neurosis traumática inscribe sus síntomas en la historia del cuerpo social. Esto es comprensible en razón de las modalidades más frecuentes del encuentro con el acontecimiento traumático. El síndrome de repetición traumática es su manifestación cardinal, de expresión relativamente unívoca. Esto origina un riesgo: el de relegar al paciente al anonimato. Ahora bien, es traumático un acontecimiento que, para un sujeto, produce traumatismo. La clínica es común, pero la comprensión de cada caso es individual ■



### Referencias bibliográficas

1. Barrois C., Sommeil et traumatismes psychiques graves, *Bulletin Veille Sommeil*, junio 1993, 7-12.
2. Briole G., Lebigot F., Lafont B., Favre J. D., Vallet D., *Le traumatisme psychique: rencontre et devenir. Rapport au Congrès de Psy-*

- chiatry et de Neurologie de Langue Française LXXXII Session; Toulouse, 13-17 junio 1994, París, Masson, 1994, p. 228.*
3. Lebigot F., La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle, *Ann. Méd. Psychol.*, 1997, 155:522-526.



---

# El trauma en psicoanálisis

Guy Briole

Psiquiatra, Psicoanalista, Médico Jefe, Prof. agregado en Val-de-Grâce, Servicio de Psiquiatría  
Hôpital d'Instruction des Armées du Val-de-Grâce, 74 Bvd. Port Royal, 75005, París, Francia.

---

"En suma, no poseo para expresar mi vida  
sino mi muerte"  
César Vallejo(18)

"L a muerte no puede ser vivida. No es un hecho de la vida"(19). Wittgenstein considera a la muerte como un acontecimiento, es decir como "lo que sucede" y que no puede decirse.

Un hecho, precisa Lacan en su Seminario "*Les non dupes errent*(12)", es lo que se produce fuera del decir, es un indecible, es lo real. Lacan agrega que esto pertenece al orden de lo increíble. Pero, que el sujeto no pueda creer en ello, no lo sume en la no-creencia. Creencia no se opone a no-creencia –que son dos modalidades de creer– sino a certeza. Así pues, que el sujeto no pueda creer en ello, no lo deja en la no-creencia, sino en la certeza.

Un encuentro traumático con lo real, determina un punto de certeza. De todas maneras, uno no puede guardar algo del orden de lo increíble para sí mismo. Y esto hace que el sujeto recuerde. Es lo que le sucede a un paciente que a los cincuenta años, se ve de pronto perseguido por la misma pesadilla en la que mata a un soldado alemán. El sueño traumático aparece cuando, tras una vida de trabajo, y una vez llegado a la cima de una gran empresa que él mismo había reestructurado, ésta se "resquebraja", "como yo", según dice, y el consejo de administración lo despide de forma brutal. La escena real había sucedido cuando él tenía quince años, tres días después de que la Gestapo arrestara a su padre. Había sorprendido dormido a un soldado alemán, en un bosquecillo. Le había robado su revólver y lo había matado en el momento en que el soldado se despertaba sobresaltado. No sabe qué lo llevó a tomar su billetera. Allí dentro había una foto donde se veía al soldado con un adolescente: un padre y un hijo.

## El hombre que iba al Agora

¿Por qué sucedió? El interrogante viene después de la respuesta, la de lo real. Surgido en el instante del traumatismo, es la única y lacerante formulación de lo indecible a lo que el sujeto se ve confrontado, en su encuentro con un acontecimiento traumático. Por ende, en un encuentro con lo real, el sujeto es traumatizado: esto puede ser un punto de partida, que requiere ser precisado. Así es, si los encuentros con lo real son permanentes, no por ello son todos traumáticos. La realidad del mundo exterior está presente para nosotros sólo bajo una forma ordenada. El sujeto, rectificando el principio del placer por el principio de realidad, se enfrenta a "fragmentos escogidos de la realidad"(14), realidad sobre la que se apoya para seguir soñando.

Pero esta realidad, indica Lacan, "no es más que una mueca de lo real"(13), real que el sujeto puede, entre otras cosas, hallar en el acontecimiento traumático. Entonces el sueño se torna pesadilla.

El mundo exterior es aquello con lo que uno se las tiene que arreglar, tanto con lo que puede asimilarse como con todos sus azares y encuentros. El surgimiento del acontecimiento traumático, en circunstancias calificadas como particulares, induce a establecer ciertas diferencias en los efectos que se producen en el sujeto.

En la vida de un sujeto, un hecho, un hecho humano, es lo que ocurrirá mañana. Esto tiene que ver con la contingencia. Que se pueda plantear que hay una parte previsible en lo contingente, no deja de causar asombro. Sin embargo, los hechos humanos son tanto más previsibles cuanto son constantes. Es un fenómeno de estructura. No obstante, por otra parte, lo contingente es incalculable, es lo que produce encuentro. A lo necesario de la lógica modal, no se le

---

### Resumen

Apoyándose en la descripción de casos clínicos, este artículo presenta los conceptos de Sigmund Freud y Jacques Lacan referidos al trauma psíquico en la teoría psicoanalítica.

Palabras Clave: Trauma psíquico – Trauma y psicoanálisis – Neurosis traumática.

### TRAUMA IN PSYCHOANALYSIS

#### Summary

Based on the description of clinical cases, this article presents Sigmund Freud and Jacques Lacan's concepts related to psychic trauma psychoanalytic theory.

Words: Psychic trauma – Trauma and psychoanalysis – Traumatic neurosis.

---



opone lo contingente, sino la imposibilidad de decir lo real. De este modo, la *tuché* como encuentro con lo real, está donde se debe mantener lo contingente como lo incalculable, incalculable en sus efectos de goce.

El hombre que, en su camino hacia el Agora, tiene la suerte de hallar a un deudor en el que no pensaba y de esta forma puede cobrar una deuda, cree, y con razón, que la suerte es una causa perfectamente real(1). Suerte en el sentido de probabilidad. Un asunto del azar, de la casualidad. Según Aristóteles, cuando entre los hechos que se producen con un cierto fin, uno de ellos se produce accidentalmente, se dice que es *fortuito*. El hombre que se dirigía al Agora cobra su deuda de manera fortuita, como gracias a la casualidad de haber encontrado a su deudor, pues no había ido allí para eso. Y sin embargo, cobra esa deuda como si hubiera ido allí para eso. Así, lo que se produce de manera fortuita, por casualidad, no es una causa, como la que guía un acto intencional, voluntario. *La casualidad, el azar, es más bien una causa por accidente* "en el sentido —precisa Emile Bréhier— que el acto, del cual el hecho desafortunado o afortunado es el efecto, no fue llevado a cabo para producirlo; pero aún así, este efecto habría podido ser un fin, por la voluntad".

De este modo, ese sujeto que apura el paso para llegar a horario a su cita "de hombre infiel", como él mismo dice, ve que su prisa es frenada brutalmente por la explosión de una bomba, en la *rue de Rennes*. Algunos dirán que se trata de un "real puro que le cayó encima, sin implicación subjetiva"; él dice: "Me estaba preguntando qué podría inventar que justificara faltar a la cita". ¿Se trata entonces de rendirse ante lo real, o bien ante el fantasma y la pregunta neurótica de ese sujeto obsesivo?

Tal como el hombre del Agora, este sujeto no iba intencionalmente al encuentro de una bomba, y sin embargo lo real de la explosión acude como respuesta a lo que busca sin decidirse a hallarlo: "cómo zafarse" o más precisamente "cualquier cosa antes que exponerse a la castración". Por otra parte, ese "cualquier cosa" es frecuentemente muy preciso y no deja de tener que ver con la muerte de los otros. Que el sujeto sea despertado por el tema de su propia muerte, allí donde seguía soñando con la de los otros, que se vea confrontado brutalmente a este tema cambia radicalmente la situación, en un instante. La vida de este sujeto puede verse trastornada. En este sentido, el despertar tiene efectos traumáticos.

Nuestro sujeto, en su camino hacia su destino, halla algo que no podía decirse en lo que esperaba: que no puede decirse en lo que va a buscar en esa cita. Piensa que va a buscar algo en esa cita y encuentra otra cosa que, aunque sea un encuentro con lo real, está ligado con algo en juego, desde el inicio de la acción. Así veíamos, con Lacan, que existe una parte previsible en lo contingente, que para un sujeto, algo está "tramado". Eso es lo que se llama la *tuché*. Le queda al sujeto atravesar esa trama o lo que allí se trama. Es también después del hecho que el sujeto dice



"tenía que pasar". Pero es obvio que esta formulación "tenía que pasar", es una elaboración significativa de la formulación "¿por qué pasó esto?" que por su lado, deja al sujeto sin palabras, luchando con lo real. En un encuentro traumático se puede hallar el límite de lo que puede ser dicho. No hay palabras para decir la experiencia vivida, como si una parte de esta experiencia escapara a toda subjetivación.

De este modo, existe siempre una sobredeterminación del azar cuando se pretende que siempre exista una causa a cualquier precio. En el caso del encuentro traumático, la causalidad no es lineal y lo que ocurre hoy para el sujeto debe referirse a lo que lo constituye y a que el trauma se estructure con la modalidad del *après-coup*.

Un acontecimiento traumático que le sucede a un sujeto abarca a la vez una parte de real, lo que Lacan llama un *hecho*, y una parte de subjetividad en la que está comprometido el sujeto. Así pues, no hay trauma absoluto que no implique en nada la participación del sujeto.

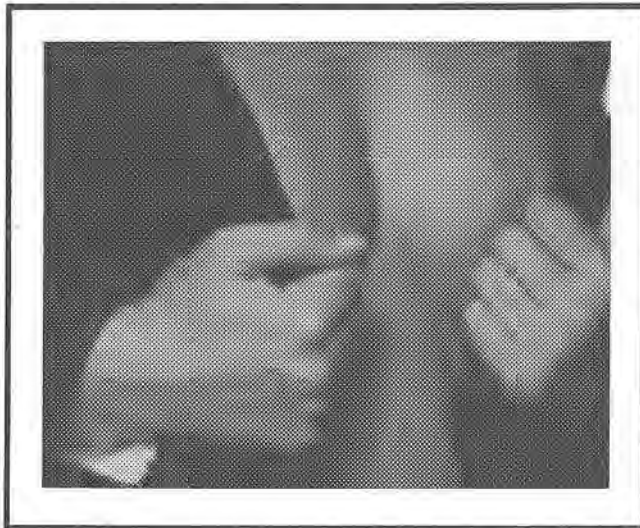
Es por ello que el psicoanálisis compromete la responsabilidad del sujeto frente a esta irrupción súbita de un real que lo confronta a las figuras de su destino y que puede trastornar su vida ya que, como lo indica Lacan en *Ciencia y Verdad*, "siempre somos responsables de nuestra posición de sujeto"(13).

### Tres casos clínicos

Se trata de tres jóvenes mujeres que sufrieron un traumatismo sexual, dos de ellas durante la adolescencia, la otra en la infancia. Las tres se quejan del padre.

Una de ellas recuerda la frase de su madre: "A tu padre hay que tomarlo como es". Frase que había pronunciado para calmar a su hija quien le pedía que reaccionara ante la infidelidad del marido. La amante del marido era una amiga de la familia con la que la paciente tuvo cierta complicidad durante un tiempo. Luego hubo distintos hechos: de adolescente se fugó del domicilio familiar para seguir a un hombre que conoció de casualidad. Su padre se opuso luego a que volviera a la familia. Poco después, él murió, brutalmente, muy joven. Y después sucedió la agresión sexual, en su domicilio. Más tarde se produjo el encuen-





tro con un hombre que le hizo la siguiente declaración cuando ella le contó sobre su violación: "Te tomo como eres". Siguió cuatro años de vida en común en los que ella dio muy poco de sí misma. Él pensó que era tiempo de tener un hijo. Aquel "Te tomo como eres", se volvió, entonces, un motivo inevitable de separación. Y de hecho, lo abandonó. Entonces pidió comenzar un análisis, por su padre, según decía, y por algo que le parecía estar ligado a ello de manera enigmática: ¿por qué había dejado la puerta abierta?

Otra decía "Mi padre es lo peor que hay". Así empezó esta paciente para agregar enseguida que su madre se había separado de él después de tres semanas de matrimonio, y ya embarazada de ella. La razón: acababa de descubrir que su marido era homosexual. La madre, y sobre todo la abuela materna, se ocuparon cuidadosamente de que no lo conociera. La abuela, quién la mantenía alejada de su padre, por otro lado se encargó de alimentar las calumnias en su contra. No sólo es homosexual, decía, sino también pedófilo. "Entonces... nunca se sabe", decía la abuela. En la Universidad un violador sembró el pánico. La policía lo buscaba. Nuestra paciente no cerró la puerta de su casa. Tras este drama, vivió aventuras pasajeras con distintos hombres. Quedó marcada por el traumatismo. Luego conoció a un hombre del que se enamoró con pasión. Quedó embarazada y decidió abortar. El hombre era homosexual. Un sueño traumático vuelve todas las noches y reproduce la escena de la violación.

Para la tercera es un acontecimiento de la infancia lo que marcó su vida. Tenía ocho años y pasaba el fin de semana con su padre, pues los padres estaban divorciados desde hacía cuatro años. Ella dormía en la cama con él. El estaba desnudo. Ella habría movido su pie hasta tocar su sexo. Entonces se habría producido "lo irreparable" y su padre le habría dicho la siguiente frase: "Mirá lo que has hecho". Se había impresionado, pero pronto olvidó la escena, la reprimió. Vivía en Argelia donde había nacido. Se quedó allí hasta la edad de diez y siete años. Relata otro hecho, cuando tenía quince años: la muerte de su tío, un hermano del padre, asesinado con arma blanca y mutilado en los genitales. Fue entonces que reapareció la escena de seducción que aún hoy está presente de modo ecnástico. Esta escena abarca el encuentro traumático, el de la castración real del hermano del padre, que la

hizo volver al primer plano. Que la escena de seducción sea una escena real, un recuerdo encubridor o una construcción fantasmática no es lo importante. Lo que hay que destacar es que es un obstáculo, objeción a la irrupción de lo real traumático, o más bien, que lo inscribe en su dimensión sexual.

Su vida, su relación con los hombres se ve marcada por este interrogante: "¿Cómo confiar en los hombres?" ¿Acaso su novio no acaba de abandonarla?!

He aquí tres rápidos esbozos de pacientes "freudianas", en el sentido en que, como para las pacientes de Freud, el trauma resulta ser sexual por la acción atribuida a otro. En estos casos, cada uno de los padres se encuentra interpelado.

### Trauma y nacimiento del psicoanálisis

El trauma se halla en el origen y luego en la historia del psicoanálisis para significar los efectos del encuentro con lo real(15).

Con la histeria, Freud se enfrentó a un goce que evita al síntoma, y sobre el que no se puede decir nada. El trauma de la seducción, esa aparición de goce, deja al sujeto sin palabras. Un síntoma puede ocupar este lugar. Así en la "Comunicación preliminar"(2) escrita con Breuer, la causalidad es directa: si hay síntoma, es porque hubo trauma.

Por ende, ya desde el comienzo de la experiencia psicoanalítica, Freud atribuye la etiología de las neurosis a experiencias traumáticas psíquicas sexuales, pasadas. Es el primer axioma de la teoría freudiana: el trauma es sexual. Es una escena de seducción ejercida por un adulto sobre un niño. La misma no habría producido una excitación sexual en el niño. Una segunda escena, aparentemente anodina y que en general aparece después de la pubertad, recuerda la primera por un rasgo asociativo. La reactivación de este recuerdo provoca un flujo de excitación que desborda las defensas del yo. Es el segundo axioma freudiano del trauma: si el primer acontecimiento es llamado traumático por Freud, es por su efecto de *après-coup*: *nachträglich*. Es importante destacar ese punto de inflexión teórico esencial donde la dimensión de lo energético desaparece a favor del sentido. El traumatismo, sea cual fuera, deja una marca: la *prägung* del acontecimiento traumático que, sin embargo, sólo tendrá efecto de *après-coup*.

El texto "Psicoterapia de la histeria"(6) escrito por Freud marca el punto de ruptura con Breuer. El trauma se vuelve más complejo por las cadenas asociativas y los retoques del recuerdo. Freud introduce entonces el *concepto de defensa*, y ya desde esa época, para Freud, la causa vuelve hacia el sujeto, en relación —en el sujeto neurótico— con un conflicto irreductible.

Lacan ha subrayado que, en "El proyecto..."(4), Freud aborda el traumatismo desde un ángulo ético. Aunque se trate de la dimensión energética, Freud plantea que el traumatismo está relacionado con una fuente de excitación interna. El traumatismo externo sólo tiene valor o resonancia traumática en relación con una excitación interna. Por ende, el traumatismo es traumático sólo en la relación que puede existir entre el encuentro traumático y algo que el sujeto ya co-



noce. Allí reside la intuición freudiana: una intuición de una causalidad del sujeto, expresada con la modalidad del *après-coup*. El *après-coup* es la constitución misma del sujeto. No obstante, en esta época, Freud no demuestra esto, y la teoría del *après-coup*, como hemos visto, se desarrolló sobre todo respecto de acontecimientos traumáticos.

Pero en "El proyecto...", y con el caso Emma, el abordaje de Freud es más complejo. Se trata allí de una jovencita que no puede entrar sola en un almacén. Dos escenas entran en tensión. La primera, en la que sufre los manoseos del almacenero con la excitación que esto provoca. La segunda, con los dos vendedores, reactualiza la primera (risas, burlas sobre su ropa) y desencadena el síntoma. Notemos que Freud insiste en un punto: después de la primera escena, Emma había regresado al negocio por propia voluntad.

De este modo, en el encuentro traumático hay que considerar también que existe una toma de posición respecto de la primera aparición del goce.

Habría que distinguir una pertinencia:

|             |   |               |
|-------------|---|---------------|
| Tener goce  | / | Tomar sentido |
| ↑           |   | ↑             |
| traumatismo |   | síntoma       |

### El fantasma

En 1897, en la carta N° 69(5) que envía a Fliess, Freud manifiesta su decepción respecto de la teoría traumática: "Ya no creo en mi neurótica". Da, así, un paso decisivo cuestionando su teoría de la seducción. Para ello, plantea tres razones, la más importante de las cuales es su decepción ante el fracaso de las curas que pensaba llevar hasta el final a través de la revelación de la escena traumática. De hecho, el fin de la cura tenía lugar con un *acting-out*. El *trauma* representa un punto de detención, un tope en la cura. Su aparición a plena luz no tiene efecto y deja al sujeto luchando con lo real que se repite. Destacamos pues que desde 1897, Freud no cree más en los efectos de la abreacción.

Introduce el tema de los fantasmas infantiles en el que ya se interesaba desde hacía varios meses, en su abordaje del complejo de Edipo. No opone el *trauma* al fantasma, sino que indica que el *trauma* debe ser ubicado en el mismo plano que el fantasma.

Así, Freud substituye lo real traumático con la ficción del fantasma. *La cura se desplaza de la rememoración del acontecimiento traumático al tema del deseo del sujeto, dialectizable en la cura*. Sin embargo, mantendrá siempre como exigencia hallar la escena traumática, aun si a veces su recuerdo está enmascarado.

Freud se dedicará entonces a especificar la *represión original*: para que haya represión, es menester que ya



se haya constituido un más allá de la represión —el primer núcleo de lo reprimido—. A esta constitución del primer núcleo, que luego atrae a todas las otras represiones, Freud le asocia la experiencia original del trauma. Precisa que se trata de una "laguna de la verdad individual". *El fantasma fundamental es lo que puede enmascarar, recubrir, ese vacío estructural*.

### La travesía salvaje del fantasma

En 1926, con "Inhibición, síntoma y angustia" (9), Freud procede a una revisión de la teorización de la angustia y del *trauma*. El modelo freudiano del traumatismo es el de la separación del objeto primordial (el Otro maternal), perdido desde siempre, e imposible de volver a encontrar como tal. El fantasma es lo que intenta recrear imaginariamente el vínculo con el objeto perdido y, recubriendo la operación inicial, contener lo real pulsional interno al mismo tiempo que protege del peligro externo.

El yo, a la manera de lo que Freud había establecido ya en "Más allá del principio de placer" (8), con su metáfora del *para-excitaciones*, debe defenderse tanto de un peligro externo cuanto de los movimientos pulsionales internos. Así, es totalmente artificial mantener la división en traumatismos internos y externos.

El peligro interno pulsional proviene de que la satisfacción de la pulsión representa un peligro exterior; lo cual había llevado a Freud a decir que por la proyección el sujeto pone en el exterior la amenaza interna (9). Para que el peligro exterior tenga un sentido para el yo, es necesario que éste haya procedido a una interiorización: "es preciso que haya sido reconocido en su relación con una situación vivida de depresión". El peligro exterior es un peligro sólo en la medida en que contiene para el yo el recuerdo de la primera amenaza,



la de la depresión consecutiva a la separación del objeto primordial. Esta depresión, Freud la asocia a lo que, originariamente, es traumático. Lacan se une a Freud para indicar que lo real está allí habitando al sujeto y, en este lugar, está contenido, localizado por una construcción, el fantasma(13). Lo real sostiene al fantasma, el fantasma protege lo real.

La experiencia traumática del encuentro con lo real provoca, forzando el principio del placer, una efracción que indica para el sujeto un "Más allá": una travesía salvaje del fantasma hacia su núcleo de lo real. Lo que se le revela al sujeto, es un punto que escapa al conocimiento, pero que provoca su goce.

### El goce se impone al sujeto

En 1920, en "Más allá del principio de placer"(8), Freud describe con la compulsión a la repetición, la manifestación –a partir del inconsciente– no ya del placer sino del sufrimiento. Lo que, desde el inconsciente, fija al sujeto y lo deja en la incapacidad de decir es de otro orden: el goce. Del placer y del displacer el sujeto puede decir algo: se adapta a ellos, inclusive si está insatisfecho. El goce, por su parte, supera toda posibilidad de ser localizado por el sujeto; el sujeto no puede decir nada al respecto. Es lo que anota Freud cuando el Hombre de las ratas(10) le relata la escena del suplicio de las ratas que le había contado el cruel Capitán: "Se ve en su rostro una expresión compleja y extraña, expresión que no podría traducir más que como el horror de un goce que él mismo ignora" dice Freud.

En un encuentro traumático, es el goce lo que se le impone al sujeto. La escena traumática, la escena de goce se produce cuando surge en el campo del sujeto un cuerpo a cuerpo, ya sea sexual –como la escena primitiva– o asesino, cuando es su vida o la de otro lo que está en juego. Esta escena alcanza el vacío estructural, inscripto en el corazón de todo sujeto hablante, donde se revela que "es la muerte lo que nutre a la existencia", como lo demostró Freud en "Más allá del principio de placer"(8).

El goce que se impone en el traumatismo, deja al sujeto en la incapacidad de decir algo, lo que fuere –lo que no quiere decir que no se encuentre concernido–. Por el contrario, lo está en su singularidad misma. De este modo, no se puede concebir un trauma absoluto, como se dice a menudo para las "neurosis traumáticas", y que no implicaría para nada que el sujeto esté concernido. Si bien está comprobado clínicamente que todo sujeto puede presentar una "patología traumática", la manera en que se reparten en un grupo expuesto a un traumatismo aquellos para los que se va a producir una efracción no tiene que ver ni con una "constitución" previa, ni con una distribución aleatoria. *Una situación es traumática para un sujeto cuando se da en un momento preciso de su historia.* Freud destacó la importancia determinante del efecto sorpresa. Este efecto debe entrar en tensión con la posición particular del sujeto respecto de su fantasma en el momento mismo en que se produjo el encuentro traumático. Lo que hace a la singularidad del trauma para un sujeto, es aquello en lo que fue sorprendido. Es lo que subraya Freud: la na-

rración del suplicio de las ratas sorprende al sujeto en un momento fantasmático particular. En otro sitio, el sujeto se hallará confrontado a su propia muerte, mientras que su odio apunta a otro con la rivalidad edípica. No se pueden describir todas las eventualidades, dependen de cada caso.

Lo que alcanza y reactualiza la efracción traumática es el trauma inicial, estructural, oculto hasta aquí por la pantalla del fantasma. De este modo, como lo había notado Freud, todo trauma está estructurado como un *après-coup*. Así pues, para Freud como para Lacan, el trauma es causal del sujeto.

### El trauma es causal del sujeto

En Scilicet I, Lacan indica que "lo que debemos sorprender es algo cuya incidencia original fue marcada como traumatismo"(13). Por ello diremos: el trauma es la realización del sujeto mismo, es el hecho mismo de advenir como sujeto. El significante ello tiene como efecto un sujeto. Es decir que del algoritmo S/s planteado por Lacan hay que comprender que para el psicoanálisis, el sujeto es creado y no creador, es efecto, efecto del significante. Un sujeto entonces determinado por el significante, sujeto, precisa Lacan, en "*Les Non Dupes Errent*", surgido de algo que sólo puede tener su justificación en Otra parte(12). El significante proviene de alguna parte: se pronuncia un enunciado y la enunciación viene de Otra parte. El sujeto se halla "sujeto" a ese significante que tiene un "carácter de imperativo"(16) y que viene del Otro. El significante S1 realiza esta operación de herida del campo del Otro en el campo del sujeto que produce la falla, la división del sujeto.

Pero ese Otro, sometido a su vez a la castración, también es faltante y su falla es anterior a la del sujeto: S(A). La enunciación está del lado del Otro y el sujeto no se manifiesta con un "yo soy" sino con un "tú eres". En esto, el sujeto se ve traumatizado por la intrusión de ese significante primero que lo marca y lo divide. El significante supone un efecto –el sujeto barrado– y un resto separado y perdido para siempre: *el objeto a*. S(A) es el matema del fantasma que es respuesta a esta división. Así pues, lo traumático es la entrada en el lenguaje, es la intrusión de ese primer significante, relacionado con la falta de significante en el Otro S(A). El fantasma es una respuesta que intenta inscribir el Goce en el Otro. Es otra manera de decir que por una parte el fantasma protege de lo real que representa. Es también una manera de designar "el fantasma como cura del trauma".

Este mismo punto es retomado explícitamente por Freud, en 1932, en las "Nuevas Conferencias de introducción al psicoanálisis"(7). El primer encuentro es un excedente de libido correlativo a la represión original. Y el sujeto nunca está al abrigo del regreso del traumatismo original. La teoría que Freud desarrolla de la angustia-señal es una teoría del fantasma. El fantasma viene a recubrir lo real del traumatismo [S(A)] al tiempo que ocupa su lugar, cumpliendo la función de real [S(A)].

Luego el sujeto, efecto del significante, es también efecto de la falta de significante. La falta de un significante, es también lo que define lo real. J.-A. Miller pre-



cisa en su curso "Les réponses du réel(17): "un significante que falta es lo que define al sujeto como discontinuidad en lo real, y en tanto efecto de significación, como respuesta de lo real". El sujeto es efecto del significante y respuesta de lo real. Existe un límite en el lenguaje que hace que no todo pueda ser reducido a él. Lacan, en referencia a la teoría de los números reales demuestra que por lejos que se lleven las cifras, no es posible llegar al sentido. Pues las cifras en sí están en el lugar del sentido. Es lo que hace imposible escribir la relación sexual. Un hueco que taponar el lenguaje como tal. Le tapa el acceso al ser hablante a cierto punto que toca lo real, que Lacan define a partir de las categorías lógicas como *lo imposible*. Lo imposible del lenguaje para poder escribir la relación sexual. Una vez más Lacan precisa que el trauma es sexual(12).

Y esta falla en el lenguaje hace que siempre haya un punto donde se tropieza con un irreductible, con un imposible.

Retomemos este punto: *el trauma es causal del sujeto*. Reside en él, detrás de la pantalla del fantasma. Así, no se puede concebir un trauma que no sea relativo al sujeto neurótico. Su existencia supone que se haya formado la estructura neurótica. El trauma se escribe S(A). En la psicosis, la cuestión del trauma podría evocarse para el desencadenamiento. La coyuntura dramática del desencadenamiento no puede ser asimilada a un trauma. Es regreso a lo real bajo la forma de alucinación.

Para la neurosis que también es respuesta de lo real, el llamado al "qué quiere de mí el Otro" hace que sea la pregunta lo que enmascara la respuesta. Es una respuesta de lo real que se cubre con la pregunta del Otro. Así, en el encuentro del Hombre de las ratas con el cruel capitán, la "crisis obsesiva" es consecuencia de la desestabilización del fantasma por los efectos mismos del encuentro.

Lo que causa trauma es una revelación brutal, una travesía salvaje del fantasma con un regreso de lo que se asocia a la represión original y una aparición del goce allí donde no debería haberlo. En este caso, la respuesta por el síntoma no permite que los efectos de lo real sobre el sujeto tengan bordes, límites. Por analogía con la psicosis, se evocó para el trauma la existencia de un punto de forclusión.

No todos los encuentros traumáticos producen los mismos efectos, sea cual fuere la aparente intensidad del acontecimiento. Cada sujeto responde con su singularidad, según el momento en que se produce el encuentro, según la resonancia que puede tener con su propia historia, pero también según la posición que se adopta frente a esta experiencia única(3). Se puede invocar el azar o la implicación de los demás, apelar a la medicina, a la religión o al Estado. Que la propia muerte haya estado en juego no ubica al sujeto del lado de las víctimas. Al sujeto también le toca interrogarse sobre la parte de sí mismo en los efectos del encuentro "¿qué posibilidades me quedan?". El psicoanalista plantea lo posible para el sujeto en el ámbito de la ética ■



#### Referencias bibliográficas

1. Aristóteles, (Physique II) (Bréhier T1, p 181).
2. Breuer J., Freud S., *Etudes sur l'hystérie*, PUF, Paris, 1956.
3. Briole G., Lebigot F., Lafont B., Favre J.-D., Vallet D. *Le traumatisme psychique: rencontre et devenir*. Paris, Masson, 1994.
4. Freud S., "Esquisse d'une psychologie scientifique" en: *La naissance de la psychanalyse*, PUF, Paris, 1979.
5. Freud S., "Lettre 69". en: *La naissance de la psychanalyse*. PUF, Paris, 1979.
6. Freud S., "Psychothérapie de l'hystérie", en: *Etudes sur l'hystérie*, PUF, Paris, 1956.
7. Freud S., "Angoisse et vie pulsionnelle" en *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. NRF Gallimard, Paris, 1984.
8. Freud S., Au-delà du principe de plaisir. En: *Essais de psychanalyse*. Petite bibliothèque Payot, Paris, 1981.
9. Freud S., *Inhibition, symptôme et angoisse*. PUF, Paris, 1954.
10. Freud S., L'homme aux rats. En: *Cinq psychanalyses*. PUF, Paris, 1954.
11. Lacan J., "La science et la vérité" en: *Ecrits*, Seuil, Paris, 1966.
12. Lacan J., "Les non dupes errent", 1973, inédito.
13. Lacan J., *De la psychanalyse dans ses rapports avec la réalité*. Scilicet, N° 1 Paris, Seuil, .
14. Lacan J., *Le Séminaire, Livre VII, L'éthique de la psychanalyse*. Paris, Seuil, 1986.
15. Lacan J., *Le Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris, Seuil, 1973.
16. Lacan J., *Le Séminaire, Livre XX, Encore*. Paris, Seuil, 1975.
17. Miller J.-A., "Les réponses du réel". Notes de cours, 1987. Inédito.
18. Vallejo C., *Poemas humanos*, Gredos, Madrid, 1978.
19. Wittgenstein L., *Tractatus logico-philosophicus*, Gallimard, Paris, 1961.



---

# *Estrés Postraumático*

## *Quince años después de Malvinas*

Alejandra Ruiz López

Psiquiatra (UBA). Esp. en Psicología Médica (UBA). Consult. del Curso de Capacitación en Estrés Postraumático. Programa de Salud de Veteranos de Malvinas Ministerio de Salud, Pcia. de Bs. As.

---

### Antecedentes

**D**urante la guerra de Malvinas, entre abril y junio de 1982, comenzamos a trabajar con especialistas de la embajada de Israel sobre el tema de la "Fatiga de Combate". En un grupo muy reducido tuvimos oportunidad de realizar algunos seminarios intensivos con Mordechai Granot, quien se había especializado en la prevención y detección de los trastornos psicológicos relacionados al combate. En colaboración con el Dr. Bernardo Rovira realizamos, a partir de los seminarios y de una revisión exhaustiva de la bibliografía, un trabajo que se proponía difundir medidas preventivas de la fatiga de combate. Este fue enviado, a solicitud de autoridades sanitarias, al Teatro de Operaciones Atlántico Sur.

Terminada la guerra tratamos de poner todo lo aprendido a disposición de los que podían necesitarlo, por lo cual se produjo nuestro ingreso como psiquiatra en la Asociación Voluntarias para la Patria, creada en 1982, que nucleaba a varios miles de mujeres dispuestas a ayudar a los veteranos que retornaban.

La Embajada de Israel siguió brindándonos su valiosa colaboración al ponernos en contacto con la socióloga Tamar Granot, especialista en la formación de grupos de voluntarios del Ministerio de Defensa de Israel.

Ella prestó generosamente su tiempo, conoció nuestra asociación, concurrió a sus reuniones, nos dio pautas y técnicas y nos orientó en la elaboración de estrategias que permitieran la formalización de los grupos de ayuda que se ocuparan de detectar los problemas de los veteranos y orientarlos en su resolución, así como de asistir a las familias de los muertos en combate.

### Análisis de la situación

El primer elemento a tener en cuenta es que la evolución psicosocial, familiar y laboral presentada por muchos veteranos ha sido poco satisfactoria.

Desde junio de 1982, hemos tenido la oportunidad de asistirlos en nuestra condición de psiquiatra y hemos encontrado que presentaban patologías diversas. Los diagnósticos incluían desde depresiones hasta trastornos severos por ansiedad, pasando por dificultades en su vida familiar, laboral, adicción a drogas y alcoholismo.

Tomamos al azar una muestra de 22 pacientes para luego poder compararla con el grupo tratado durante el año 1996.

Analizando retrospectivamente las Historias Clínicas (H.C.) encontramos útil hacer el diagnóstico usando el concepto de evaluación multiaxial propia del DSM IV(3). El uso de varios ejes permite captar la com-

---

### Resumen

El presente trabajo es un análisis del concepto de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Plantea cómo detrás de los síntomas de evitación como aislamiento, adormecimiento emocional etc. se esconden las dificultades familiares y sociales que caracterizan la vida de muchos de nuestros veteranos. Plantea también cómo los síntomas de hiperactivación y reexperimentación, con sus *flashbacks*, recuerdos intrusivos e hipervigilancia, los catapultaron a la categoría de "loquitos de la guerra" generándose así una injusta discriminación. Concluye con un trabajo de investigación que muestra cómo la hipótesis de TEPT en una población de riesgo genera innegables beneficios al ayudar a la reconstrucción del trauma y su reintegración al psiquismo del sujeto.

**Palabras Clave:** Reviviscencias - *Flashbacks* - Reexperimentación - Adormecimiento emocional.

### POST TRAUMATIC STRESS DISORDERED 15 YEARS AFTER MALVINAS'S WAR

#### Summary

An overview of the concept of PTSD. PTSD comes in layers and the conditions which are seen in their observable behavior often creates an invisible cover over the real problem. Behind symptoms of avoidance like isolation or emotional numbness, often hide social and family dysfunction. Society generates an unfair discrimination among veterans, labeling them as the "flipped out veterans" because of the presence of hyperarousal and reexperimentation symptoms like flashbacks, intrusive recollections and hypervigilance. The article concludes with the benefits of therapy which designed to provide a safe place for catharsis of the congestive emotion, the reconstruction of the trauma and the reintegration of it to the psyche of the subject.

**Key Words:** Flashbacks - Hypervigilance - Emotional numbness.



**Cuadro I**  
**Diagnósticos en eje I**

| % de pacientes | Motivo de consulta             |
|----------------|--------------------------------|
| 27%            | Trastornos por ansiedad        |
| 27%            | Trast. relac. con sustancias   |
| 17%            | Tras. del estado de ánimo      |
| 7%             | Trastornos psicóticos          |
| 17%            | Trast. por control de/impulsos |
| 5%             | Trastornos facticios           |
| Total          | 100%                           |

plejidad de las situaciones clínicas, así como la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico. En esta revisión de casos usamos dos ejes:

Eje I: Incluye los trastornos clínicos psiquiátricos, generalmente motivo inicial de las consultas.

Eje II: Incluye los trastornos de personalidad, ciertas características y mecanismos de defensa desadaptativos y el retraso mental. Es decir patologías estructurales, sobre las que se pueden asentar trastornos del eje I. Cabe aclarar que entre nuestros pacientes no hubo diagnósticos de retraso mental.

En el Cuadro I intentamos resumir las características de los motivos de consulta entre los años 1982 y 1995, detectados en su mayoría en la Asociación Voluntarias para la Patria a la cual concurrían los veteranos por dificultades de tipo social, generalmente problemas laborales o familiares, o bien en las consultas solicitadas por las familias a la Asociación, en virtud de que ellos se negaban a asistir a centros hospitalarios o a lugares relacionados con la Fuerzas Armadas, pues la cercanía con lo institucional les despertaba situaciones de ansiedad y tensión. Por este motivo también la División de Veteranos de la Armada nos derivaba algunos casos. Estas consultas eran evacuadas y, en algunos casos, los tratamientos correspondientes realizados en nuestros consultorios que, con motivo de la guerra, habíamos puesto a disposición de las necesidades que se generasen en nuestra Asociación.

Los trastornos ansiosos engloban lo que, en aquel momento, diagnosticábamos como neurosis trau-

mática, así como las crisis de angustia, algunas crisis de excitación psicomotriz, los trastornos fóbicos y los obsesivos.

Entre los trastornos relacionados con sustancias el más frecuente era, y sigue siendo, el alcoholismo.

Los trastornos del estado de ánimo más frecuentes fueron las depresiones, a veces desencadenadas por hechos concretos y en otros casos de características endógenas. En esta pequeña casuística no hubo casos de suicidio, aunque sí intentos.

Hubo tres cuadros psicóticos: uno en un capitán de paracaidistas, que tenía antecedentes familiares de esquizofrenia, y los otros dos en jóvenes de 20 años, sin antecedentes, muy poco tiempo después de terminada la guerra.



**Cuadro II**  
**Trastornos en eje II**

| % de pacientes | Diagnóstico               |
|----------------|---------------------------|
| 39%            | Trastorno de personalidad |
| 7%             | Rasgos desadaptativos     |
| 54%            | Sin patología en eje II   |
| Total          | 100%                      |

Los trastornos del control de los impulsos en algunos casos estaban relacionados con trastornos de la personalidad, pero no en todos.

Los trastornos facticios se referían al fingimiento o producción intencionada de síntomas, a veces físicos y otras psicológicos, en los cuales el veterano se esforzaba por asumir su condición de enfermo, sin que hubiera ninguna ventaja ni económica, ni familiar, ni otra razón que lo justificara más allá de sentirse en la situación de víctima (Cuadro II).

El tamaño de la muestra no justifica sacar conclusiones válidas al respecto, por lo cual consigno los diagnósticos únicamente a título informativo.

Todo lo que hasta aquí parece tan claro, en la práctica no lo fue. Los diagnósticos no eran totalmente



definidos, los que en un momento consultaban con una sintomatología, tiempo después evolucionaban hacia otras inesperadas o presentaban una mala respuesta a los tratamientos tradicionales.

Nos referiremos ahora, al concepto de trastorno de personalidad que aparecía en un 39% de los diagnósticos.

Lo que aparecía en la población de veteranos eran problemas vinculados con las dificultosas relaciones interpersonales, los fracasos en la adaptación a normas de convivencia, la incapacidad para planear el futuro, los desmesurados esfuerzos para evitar reales o imaginarios abandonos, todo lo cual los llevaba a conductas impulsivas, a veces desadaptadas y generadoras de constantes conflictos entre ellos y su entorno. Se presentaron conductas suicidas, drogadicción, agresividad, sentimientos crónicos de vacío, fantasías de éxito ilimitado, etc., que actuaban en desmedro de la verdadera percepción de la realidad y, por consiguiente, de los logros reales. Estos trastornos de personalidad, sin embargo, no llegaban a conformar todos los criterios, dando lugar a diagnósticos dudosos o no especificados. Durante un tiempo estos problemas no aparecieron como tales, pero, cuando con los años se presentaron situaciones de responsabilidad, frustraciones o exigencias a las que los pacientes no pudieron responder exitosamente, los síntomas aparecieron invadiendo diferentes áreas de la vida familiar, laboral, de relaciones interpersonales e incluso en los aspectos referidos a la salud física.

Con respecto a las demás patologías también sucedía que no cumplían claramente los criterios diagnósticos habituales. Tanto las depresiones, como las crisis vitales, los trastornos por ansiedad y hasta las mismas psicosis eran cuadros que sugerían un diagnóstico, pero no llegaban a constituirlo claramente. Las respuestas terapéuticas no eran las esperadas, la respuesta positiva a la medicación era menor que en el resto de los pacientes. Intentamos utilizar los mismos métodos que en el Hospital o en el consultorio tenían éxito con diagnósticos similares, pero el número de fracasos y de deserciones era más alto entre los veteranos que entre los demás pacientes.

En muchos casos la patología psiquiátrica aguda remitía, pero quedaban dificultades severas para desempeñarse con éxito en el trabajo; había un alto nivel de fracasos en sus matrimonios, pues estos hombres no podían sostener la responsabilidad de una familia y con frecuencia la abandonaban; había un alto grado de deterioro en su desenvolvimiento social, ya que eran muy propensos a actitudes explosivas e intolerantes, buscando en general la compañía de sus compañeros de armas con los que solían formar grupos cerrados que no conseguían interactuar armónicamente con el resto de la sociedad.

Muchos de los pacientes abandonaron el tratamiento en forma prematura o intentaron usar su patología (real) para obtener logros económicos, como pensiones o subsidios sin tomar conciencia de que hubiera sido mejor para ellos apuntar a la salud que al beneficio de la enfermedad.

De este modo se generó en el seno de nuestra sociedad el concepto de que ellos eran "los loquitos de la guerra", personas que habían tenido la desdicha de pasar por esa experiencia, a partir de la cual "que-

daron mal". En varias oportunidades se intentó prestarles alguna ayuda, que muchos de ellos fueron incapaces de aprovechar por los trastornos que he referido anteriormente, lo cual terminó por excluirlos aún más. Entonces los veteranos percibieron que la sociedad se había lavado las manos, aceptando que nada podía hacer y, aunque sintiéndolo mucho, los abandonó a su suerte. Por otra parte las personas que no tenían relación con el tema, que son muchos en nuestra sociedad, los olvidaron, pasando Malvinas a ser un lejano capítulo más de nuestra historia.

Actualmente, en la difícil situación laboral por la que atraviesa el país, si un empleador debe optar por contratar a un veterano o a otro que no lo fue, generalmente opta por el segundo; es más, si hay que dar un ascenso se suele elegir al que no cuenta en sus antecedentes con una guerra, pues se lo considera más equilibrado.

Todo esto es vivido por los excombatientes con un profundo sentimiento de injusticia.

Aquello por lo que en su momento se los premió, el heroísmo y el amor a la Patria, se ha convertido para ellos en un lastre.

Esta situación es muy poco satisfactoria, es como si una buena parte de la población de veteranos no tuviera manera de integrarse con el resto de la sociedad, por una parte, y, por otra, parece que los esfuerzos que hace esta sociedad por integrarlos cayeran en saco roto al no poder ellos aprovecharlos.

### Análisis del problema

Ante este panorama, tratamos de informarnos sobre la experiencia vivida en otros países que atravesaron por esta situación y encontramos que, hasta hace unos años, en Inglaterra, EE.UU. y la mayoría de los países occidentales, la situación de los veteranos de guerra era exactamente la misma que hemos descrito entre nosotros.

Es desde hace unos pocos años que la situación empieza a cambiar a partir de una visión diferente de los diagnósticos psicopatológicos.

En este sentido es útil referirse a lo ocurrido en los EE.UU., un país con una de las más altas concentraciones de veteranos, ya que ha participado en muchas guerras en lo que va del siglo.

Ellos cuentan con una población de veteranos de guerra que se acerca a los diez millones de personas. (Nuestra población total de veteranos es de alrededor de 10.000 hombres). Para su asistencia cuentan con un organismo con el rango de Ministerio que centraliza la asistencia, tanto en lo social como en el área de la salud: El *Department of Veterans Affairs*. Este organismo, cubre una gran cantidad de necesidades de los veteranos y sus familias, tanto en los aspectos referidos a la salud como a lo económico, social, laboral etc.(5).

Después de pasar por las mismas dificultades que nosotros en el diagnóstico de los trastornos que, evidentemente, padecen los veteranos, teniendo las mismas respuestas tórpidas a los tratamientos tradicionales aplicados, hace algunos años, se empezó a incluirlos en el concepto diagnóstico de *Trastorno por Estrés Postraumático o TEPT*. DSM IV (309.81)





Esta patología (que ya figuraba en el DSM III, pero no era tenida sistemáticamente en cuenta en los veteranos de guerra) se describe actualmente en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV), como la reacción a severas situaciones de crisis, tales como guerras, catástrofes, atentados etc. que deja secuelas no siempre aparentes, capaces de provocar en quien lo padece, severas fallas de adaptabilidad en las áreas social, familiar, laboral y creativa, así como trastornos físicos de diversas características, los cuales, de cronificarse, pueden llevar a la invalidez total del enfermo cuando no a la muerte.

Esta patología se origina en el sistema nervioso central de quien está expuesto a un acontecimiento traumático extremadamente estresante, donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o su integridad física, y/o es testigo de muertes inesperadas y/o violentas, daños serios, peligro de muerte o heridas graves(6). Esta patología también puede producirse en el familiar o persona muy cercana que recibe el testimonio de quien ha sufrido el acontecimiento traumático.

La respuesta del sujeto a este acontecimiento incluye: temor, desesperanza, horrores intensos, la reexperimentación persistente del acontecimiento traumático, evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta a los estímulos habituales.

Para considerar que una persona padece un TEPT, la sintomatología debe estar presente por un tiempo prolongado.

Cuando está presente por más de tres meses se considera al cuadro como crónico y cuando aparece tiempo después del hecho desencadenante, en una persona que parecía haber atravesado exitosamente

la experiencia traumática, se lo denomina de inicio demorado. Los TEPT pueden aparecer entre 3 semanas y 30 años después de sucedido el trauma(9).

Entre los acontecimientos capaces de generar TEPT se incluyen, aunque no de forma exclusiva, los combates en el frente de guerra, ataques personales violentos, ser tomado como rehén, ser sometido a torturas, encarcelamiento como prisionero de guerra o internamiento en campos de concentración, los grandes desastres naturales, la observación de accidentes graves, muerte no natural de otras personas, en especial si hay amputaciones o fragmentaciones del cuerpo, etc. La probabilidad de padecer este trastorno se puede ver aumentada cuanto más intenso o más cercano físicamente se encuentra el agente estresante.

El acontecimiento traumático puede ser reexperimentado de varias maneras. Normalmente el individuo tiene recuerdos recurrentes intrusivos, que no puede controlar, o bien pesadillas recurrentes en las que el acontecimiento vuelve a suceder; también pueden aparecer estados disociativos (*flashbacks*) que pueden durar de pocos segundos a horas e incluso días, durante los cuales se reviven aspectos del suceso y la persona se comporta como si en ese momento estuviera en él. Cuando el individuo se expone a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan aspectos del suceso traumático, siente un malestar psicológico intenso y dichos estímulos acaban siendo persistentemente evitados, con lo cual la persona termina limitando en gran medida su radio de acción, ya que son muchos los estímulos que pueden llegar a asociarse con el hecho.

La persona puede llegar a presentar una acusada disminución en el interés o participación en actividades que antes le resultaban gratificantes, una sen-



sación de alejamiento de los demás, así como una gran disminución de la capacidad de sentir emociones, en especial las que hacen referencia a la ternura, la intimidad o la sexualidad. Quienes padecen este trastorno suelen describir una sensación de futuro desolador, por la incapacidad de sentirse una persona normal.

La persona padece constantemente síntomas de ansiedad que no presentaba antes del trauma; entre éstos cabe citar la dificultad para mantener y conciliar el sueño, pesadillas recurrentes, hipervigilancia, actitud de constante sobresalto, irritabilidad o ataques de ira, a veces inmotivados y dificultades para concentrarse y ejecutar tareas.

Se encuentra, en estas personas, un aumento de la actividad del sistema nervioso vegetativo, cuantificable con análisis de laboratorio, que probablemente sea la responsable de los trastornos psicósomáticos asociados.

A medida que nos fuimos informando acerca de las características de esta patología, se nos iban esclareciendo muchas de las dificultades que estos pacientes presentaban. Comprendimos porqué las categorías diagnósticas en las que los habíamos colocado no terminaban de conformar el rigor habitual y, en consecuencia, las respuestas terapéuticas tampoco. Evidentemente el diagnóstico tradicional era sólo una parte de la patología que presentaban y al plantear las dificultades sociales, laborales o familiares desde esta óptica diagnóstica, se hizo posible acercarse a una comprensión más completa y precisa del problema.

Con respecto a la frecuencia, los estudios sobre poblaciones de riesgo como los veteranos de guerra o los sobrevivientes de un atentado, indican una prevalencia que oscila entre un 5 y un 75%. (O.M.S. 1994). Un 30% de los veteranos de Vietnam presentaron este trastorno y un 25% adicional presentaron formas subclínicas(8).

El tratamiento enfocado hacia el TEPT (PTSD en EE.UU.) ha demostrado ser el mejor mecanismo para atacar el problema de fondo y ahorrar, a quienes lo padecen, un largo peregrinar por distintos niveles de asistencia social o especialidades médicas en busca de alivio para sus dificultades, aliviar que, al encarar el problema sólo parcialmente, suele ser pasajero.

Se ha dicho(11) que la razón por la que los veteranos no acuden a psicoterapia, reside en su desconfianza en la capacidad de los terapeutas como para comprender la particular situación de la guerra y los relatos de sus experiencias en ella. Esto coincide con una extrema desconfianza en el gobierno y en la gente en general, comprensible cuando se analiza lo que les fue pedido y en la forma en que les fue pedido (ni más ni menos que la vida o la integridad física) y lo que les es devuelto (desprecio, olvido, marginación y, en el mejor de los casos, lástima). Al resultado final en la cuantificación de la desconfianza, se suma lo que se ha hecho por ellos desde la finalización de la guerra. Por todo lo dicho, queda en evidencia que es menester trabajar alrededor de la confianza. La restauración de la misma es el primer escalón esencial de cualquier programa.

Los centros de atención especializada surgieron, entonces, como respuesta a la falta de requerimiento de ayuda por parte de los veteranos de Vietnam a los

profesionales tradicionales "por falta de confianza sobre el conocimiento del tema". Estos centros de atención se formaron con veteranos y terapeutas entrenados especialmente por el *Department of Veterans Affairs* en el caso de EE.UU. y se fueron abriendo en áreas con alta densidad de población veterana.

La mayor parte del entrenamiento hizo hincapié en la restauración de la confianza, en el proceso de asesoramiento y en el compromiso gubernamental real de proveer la ayuda necesaria. El personal, dedicado a la asistencia, atendía durante el día y las primeras horas de la noche. La ayuda estaba a disposición de los veteranos y de sus familiares, ya que el modelo de tratamiento incluía a los veteranos y a sus relaciones más cercanas y/o significativas, en función de los efectos que su estado generaba en la familia y en su medio ambiente.

Recogemos aquí la experiencia personal de Bruce Webster, especialista en TEPT del *Veterans Affairs*, veterano él mismo de la guerra de Corea, y luego terapeuta por más de 15 años. Este autor cuenta con una casuística de alrededor de mil veteranos asistidos entre terapia individual y de grupo, la mayoría combatientes de Vietnam y sus respectivas familias. Webster encuentra que en las estadísticas de los últimos quince años las áreas problemáticas han sido:

1. Salud,
2. Trabajo,
3. Educación,
4. Vida hogareña.

Algunas cosas que se observan en este tipo de terapia es que la condición de TEPT está repleta de problemas que se combinan acumulativamente y se agravan seriamente por las numerosas paradojas que esta patología implica. El TEPT es un Trastorno por ansiedad que puede combinarse con otros Trastornos por ansiedad, por lo cual no es extraña la comorbilidad con el ataque de pánico o con Trastornos obsesivo compulsivos, así como con los Trastornos relacionados con sustancias o Trastornos del estado de ánimo con riesgo severo de suicidio, todo esto en el eje I, asentándose esta patología muchas veces sobre estructuras patológicas en el eje II como los Trastornos de personalidad. Toda esta gama de posibilidades dificulta la comprensión del cuadro, como nos sucedió a nosotros en Argentina durante muchos años, durante los cuales no terminábamos de darle a la patología del veterano su verdadera dimensión de estrés postraumático.

Surge, por ejemplo, en ellos, según Webster, "en la vuelta al hogar, una necesidad de aislarse y alienarse de la sociedad, un tiempo de confusión donde están implicados sentimientos de enojo, condena, culpa y resentimientos para con todos aquellos que permanecieron en casa, lejos de la guerra; se percibe que hasta inclusive los miembros de la familia experimentaron sentimientos de vergüenza, culpa y rechazo por el retorno del joven soldado, (la edad promedio de los que sirvieron en Vietnam rondaba en una adolescencia tardía), que respondió al llamado al 'Deber' en orden a 'preservar los derechos o luchar por la libertad de la humanidad'".

La vuelta al hogar produjo sentimientos de abandono y traición por parte de un país que los trasladó al otro lado del mar para pelear una guerra que pocos entendían. Y, más allá de la vigencia actual del con-



flicto emocional que perdura en el tiempo, la mente del veterano conjuga este sentimiento de aislamiento con un íntimo deseo de amar y ser amado... ser alguien normal. Sin embargo pocas veces logra establecer una relación exitosa.

"Cientos de veces -refiere Webster-(8) tuve la oportunidad de escuchar, en sesiones individuales y grupales, frases como: 'Siento que morí allá', 'Tengo el tiempo prestado', 'Soy insignificante', 'No soy capaz de reír, no me divierto'. De alguna manera, al comportarse como fracasados, encierran una especie de deseo de morir. Este anhelo silencioso de dejar de vivir funciona como herramienta que equilibra la escala emocional y paga la factura final para aniquilar el dolor que produce la culpa de haber sobrevivido. Muchos lo expresan así: 'No voy a encontrar la paz hasta que muera'".

La mayoría de los veteranos conocen los efectos nocivos del alcoholismo, las drogas, el sexo desmedido, etc. "Estimamos -concluye Webster- que las conductas poco sabias se deben a un quiebre de la autoestima. Los conocimientos apropiados no conducen necesariamente a la conducta apropiada; una persona que se desvaloriza no funciona bien. Por lo tanto, las conductas derrotistas se repiten en todos los ámbitos de sus vidas. Muchos suelen decir: '¡Solamente los buenos muchachos nunca volvieron!'. Son esquemas que sostienen una estructura mental que aspira a la muerte y que en algunos casos opta por el suicidio".

Una de las claves que no deben ser pérdidas de vista por parte del especialista en TEPT en las primeras etapas, es ese dolor(13) que muchos han descrito de la siguiente manera: "siento como si alguien hubiera depositado un pistolón al rojo vivo en mi pecho". Muchos de los pacientes conviven con una angustia aguda que deviene inconsciente y los pliega, metafóricamente, en posición fetal, impidiéndoles cualquier actitud que les permita proyectarse en su dimensión de hombres adultos. Durante un período de tiempo sucede que los *war stressors* (estresantes desatados por la guerra) se revelan disparando, a veces, situaciones críticas.

Se encuentran evidencias de que hay una innegable asociación entre aquellos veteranos que padecen TEPT y aquellos que cometen suicidio, violencia doméstica o se divorcian. Un número significativo se encuentra en graves problemas al comprometerse en relaciones íntimas, pues aparecen trastornos sexuales e impotencia. Hallar y conservar el trabajo son también áreas problemáticas.

Los veteranos crean constantemente un sistema

que aniquila la posibilidad de instauración de amistades sólidas. Esto es así porque la búsqueda de nuevas amistades se transforma en una construcción que puede acarrear, una vez más, pérdidas. El poder intrínseco de la pérdida (cualquier tipo de pérdida: un amor, el hogar, matrimonio, un trabajo, hasta una mascota) es muy poderoso a la hora de potenciar los síntomas de TEPT y el veterano, inconscientemente, intenta ponerse a salvo.

Cuando el nivel de estrés crece, otras cosas comienzan a suceder. Se deteriora el sistema inmunológico y se abren las puertas para todo tipo de enfermedad crónica(7). En su trabajo de investigación, Hans Selye sostuvo que disminuía el estrés si en la terapia se tendía a encontrar un proyecto vital. Es decir, algo en que trabajar a futuro, donde proyectar la energía y así lograr una noción de porvenir que ni siquiera se puede intuir, ni mucho menos construir, si se padece de TEPT crónico

El alto nivel de estrés contribuye al surgimiento de

enfermedades como diabetes, deficiencias circulatorias y problemas cardiocirculatorios(8). Los que padecen TEPT crónico caen en prolongados ataques depresivos al punto de no poder levantarse de la cama ni moverse. La angustia se agudiza de tal forma que provoca una



sensación de pérdida de la capacidad de proyectarse hacia el futuro y de muerte en vida.

Es difícil llevar a cabo un diagnóstico diferencial cierto, a menos que se realice un minucioso análisis individual. Éste debe incluir el pormenorizado informe sobre el servicio militar y otros datos significativos (información indispensable a tener en cuenta en la entrevista inicial para lograr una evaluación adecuada) además de las rutinas indispensables en la elaboración de la H. C. psiquiátrica. Son necesarias de tres a cinco sesiones para generar un clima de confianza que permita dar cauce al proceso de la terapia.

Los recuerdos reprimidos del pasado conservan una reserva de energía emocional que es utilizada para dar contenido a las pesadillas, sueños de terror, o recuerdos intrusivos del pasado que funcionan como *flashbacks*. Estos *flashbacks* reviven muchas veces la escena que dio lugar al trauma.

Muchos veteranos se sienten culpables o avergonzados a pesar de que no fueron culpables del hecho que generó el trauma.

Este trauma se puede revivir a diario a través de una variada gama de vivencias que contaminan el entorno: ruidos inesperados, el sonido de helicópte-



ros, sombras, movimientos rápidos; el olor de madera mojada quemándose, de gasolina, de sangre tibia y de muerte. Estas percepciones se encadenan, a veces, con episodios alucinatorios o ilusorios gatillados por cualquiera de las situaciones anteriores.

Existe un comportamiento cíclico que se presenta en forma de pesadillas y recuerdos intrusos del pasado. En el caso de las pesadillas el individuo se aterriza a la hora de ir a dormir, lo que deviene en un problema de insomnio. Los problemas con las pesadillas, dan paso a las memorias del pasado; y el ciclo se cierra con un estado de enojo e irritabilidad que conduce a la depresión y/o ansiedad. Los veteranos confiesan: "Estoy confundido, estoy perdiendo la constancia para enfrentar el acá y el ahora!". Esta confusión elimina la capacidad de alcanzar la conceptualización, la concentración, la motivación, la capacidad de mantener el foco de la conciencia en un tema determinado, de estar comprometido consistentemente con un proyecto y de ser personalmente responsable.

Todas estas cualidades personales, que son vitales para emplearse en un trabajo, se encuentran en un estado de cambio crónico. Se puede tener el control y de repente, por alguna extraña razón, surge la confusión total acompañada del sentimiento de soledad y frustración.

Con el objetivo de restaurar el entumecimiento emocional, que aparece como una necesidad de supervivencia, muchos veteranos encaran la automedicación, y el alcohol es la droga elegida por la mayor parte.

Es correcta la afirmación de que existe un alto grado de alcoholismo y drogadicción entre los veteranos. Proliferan, consecuentemente, los casos de SIDA y hepatitis.

La frustración del desempleo, relaciones fracasadas, y el alcoholismo o drogadicción los induce a situarse en un estado de parálisis que es, en definitiva, ponerse a la deriva.

Los veteranos que padecen TEPT circulan de una punta del país a la otra. En Argentina algunos se refugian en su monte natal y otros circulan en la gran ciudad, casi mendicantes, en los colectivos vendiendo banderines por lo que les quieren dar, mientras que en EE.UU., en el norte del Estado de Washington, se refugian en el lugar que les permita sobrevivir de la caza y de la pesca, con el dinero necesario para una cerveza o alguna otra cosa que los haga sentir bien.

Esta alternativa de vida viene acompañada de la falta de hogar, la vivienda está en las calles o en algún Hospital aunque ésta es la última opción que se realiza, ya que los veteranos, en general, preferirían morir antes que caer en manos de una institución dependiente del gobierno. Más allá de cuestiones políticas, cualquier gobierno suele tener el simbolismo de ser poderoso y maligno.

Algunos autores se han preguntado por qué esta patología se instala con gran severidad en algunas personas, mientras que otras (un 25%) pasan por la exposición al agente estresante sin padecerlo.

Quizá una de las respuestas posibles se encuentre en la sutil disquisición que entre estresante y trauma establece Mordechai Benyakar de la Universidad de Tel-Aviv en Israel.

Este autor hace la diferencia entre lo estresogéni-

co y lo traumatogénico(1). Llama estresogénico a la sintomatología que aparece como defensa ante una amenaza inminente mientras que lo traumatogénico es una vivencia desestructurante dentro del aparato psíquico que ha perdido, en forma abrupta y transitoria, su capacidad de autorregulación. Para él no siempre estrés implica trauma. Lo estresogénico pertenece a la categoría de los conceptos de ansiedad o de angustia actual y lo traumatogénico a la angustia de desintegración, angustia de vacío que oscila entre la vivencia de invasión y la de pérdida.

En el trauma, para este autor, cuando lo afectivo, desligado de significaciones específicas inunda el aparato psíquico, se crea un estado de desequilibrio torturante, se rompe la relación reguladora entre el mundo interno y el mundo externo del individuo. Y esto sucede cuando el mundo exterior irrumpe violando impunemente el mundo interno, provocando una vivencia traumática de vacío, que carece de representación, *y el sujeto no puede ponerla en palabras*. El individuo ha pasado de sujeto a objeto del mundo y puede quedar capturado en esta situación.

Evidentemente hay una conexión entre vivencia traumática estresante y estructuración de la personalidad. En determinadas personalidades (muchas a juzgar por la prevalencia de TEPT en poblaciones afectadas por estresantes severos) lo estresante se convierte en trauma, la persona padece una ruptura en sí misma, ruptura que se intenta reparar desde afuera, desde lo social, o lo afectivo (pero siempre desde afuera) porque ese es el aspecto más evidente de la problemática del sujeto; sin embargo constituye sólo una falsa reparación y suele profundizar aún más el odio y la agresión contra el mundo externo.

Hemos tenido, en nuestro trabajo, oportunidad de sentirnos defraudados cuando tratábamos por todos los medios de ayudar a un veterano a resolver los problemas que lo aquejaban, sin obtener nunca una respuesta satisfactoria, ya que resuelto un problema nos presentaba otro. Tanto nosotros como la sociedad buscábamos reparar el afuera, el trabajo, la familia, la casa, sin percibir aquello que ni el veterano mismo podía poner en palabras porque esa es la base del problema, un vacío psíquico que aterroriza y quita toda posibilidad de autonomía, escondiéndose por mucho tiempo detrás de una fachada asintomática que desvía los esfuerzos hacia estériles intentos fácticos.

Ahora bien, este vacío psíquico en el TEPT se establece desencadenado por un agente estresante innegable. Siempre hay un antes y un después del trauma bien delimitados. Como si en algún nivel algo cambiara su modo de funcionar.

Es probable que estos efectos psicológicos del trauma estén basados sobre cambios fundamentales en la respuesta biológica al estrés(10) y que el desarrollo del TEPT se asiente sobre una cascada de cambios bioconductuales. El mecanismo para desencadenar los síntomas de TEPT se establece probablemente por un desorden crónico en el modelo de excitación neurobiológico.

Las reacciones psicofisiológicas anormales suceden en dos niveles:

- a. En respuesta a recuerdos específicos de la situación traumática.
- b. En respuesta a estímulos intensos pero neutra-



les, lo cual implica una pérdida de la capacidad de discriminar estímulos.

Los pacientes con TEPT tienen dificultad en la evaluación de estímulos sensoriales y en lograr los niveles apropiados de excitación fisiológica.

Su inhabilidad en la correcta integración de la memoria del trauma se refleja en la tergiversación de estímulos inocuos como potenciales amenazas.

Las personas con este trastorno suelen vivir enredadas en continuos registros del pasado, con una anormal capacidad de activación de la respuesta biológica al estrés. Se han demostrado anomalías en las catecolaminas, serotonina, corticosteroides y sustancias opioides endógenas. Estos desequilibrios neurohumorales se manifiestan en aspectos conductuales y cognitivos, incluidas alteraciones de las vías, almacenamiento y expresión en la memoria del trauma(2). En pruebas con animales de laboratorio se ha podido demostrar la relación entre las respuestas alteradas a conductas aprendidas, en ratones sometidos a un agente estresante severo, y los niveles de noradrenalina en la amígdala.

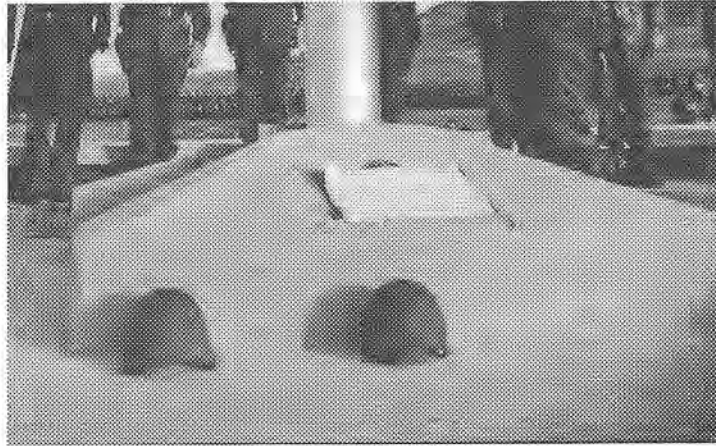
La demostración neuroanatómica de estos disturbios mnésicos(4) puede incluir disminución del volumen del hipocampo, lateralización derecha, excesiva activación de la amígdala y sus estructuras relacionadas, actividad de áreas laterales derechas sensoriales y falta de activación del área de Broca. Esta lectura puede discutirse con recientes estudios de imágenes cerebrales y sus implicancias en la comprensión de la psicobiología del TEPT enfatizando particularmente el proceso anormal de memoria traumática.

Como se puede observar, son varios los niveles de observación posibles: el psicopatológico, el biológico, el psicodinámico, el clínico, el experimental, todos ellos pasibles de ser integrados en una comprensión biopsicosocial de la patología que nos permita un acercamiento operativo a la situación que requiere, cada vez con mayor urgencia, una solución de fondo.

### Experiencia 1996

El pensar el concepto de TEPT como generador de gran parte de la variada sintomatología observada en los veteranos de Malvinas, nos hizo tener una perspectiva diferente. A la luz de ese concepto eran muy comprensibles las evoluciones tórpidas de las diferentes patologías, ya que los diagnósticos con que nos manejábamos (Trastornos por ansiedad con mala respuesta a los tratamientos convencionales, Trastornos del estado de ánimo con remisiones parciales y respuestas farmacológicas inesperadas, psicosis que respondían antes de lo esperado farmacológicamente con recaídas inexplicables etc.) en realidad estaban, en muchos casos, compartiendo el eje I con un TEPT.

Durante este año de 1996 tuve la suerte de formar



parte de un equipo argentino-norteamericano especializado en TEPT, con el cual realizamos una prueba piloto destinada al diagnóstico y tratamiento del TEPT en nuestros veteranos de Malvinas, cuyo desarrollo y resultados preliminares se presentan a continuación.

### Características generales del proyecto

La duda surgió del análisis de la experiencia observada en otros países respecto al TEPT y de la diferente aproximación terapéutica que el concepto implica:

La pregunta era ¿El tratamiento que resulte de la nueva aproximación teórica llevará a una mejoría de la condición biopsicosocial de nuestros veteranos?

Todo lo expresado en los capítulos anteriores constituye la justificación de ese proyecto de investigación.

El objetivo de nuestro trabajo fue tratar de demostrar que el incluir el concepto de TEPT, sistemáticamente en el diagnóstico y tratamiento de los veteranos producía mejores resultados que los obtenidos hasta el presente con el tratamiento específico de los diferentes motivos de consulta.

### Población y muestra

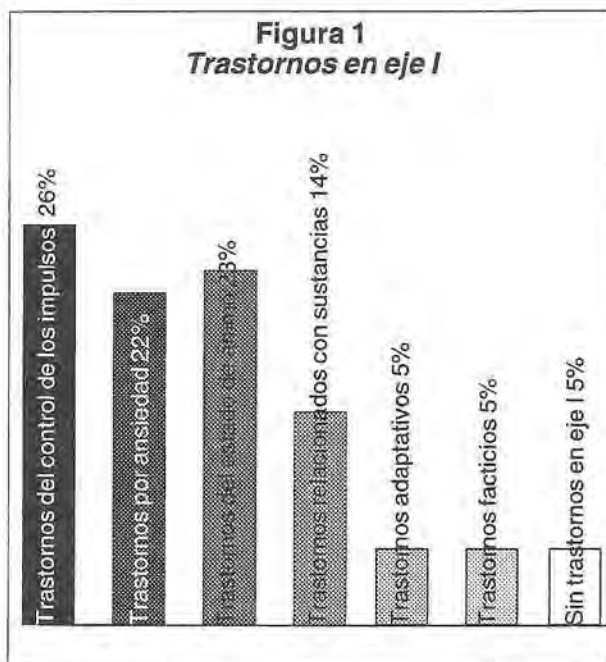
La población blanco estuvo constituida por los 10.000 veteranos que se desempeñaron en Malvinas en 1982, así como los miembros más cercanos de su entorno, que a partir de los relatos y vivencias de horror transmitidas por el veterano pueden haber desarrollado algún nivel de estrés postraumático.

### Criterios de inclusión

– Haber participado de la guerra como personal militar, ya sea en el TOM (teatro de operaciones Malvinas) o en acciones de combate en aire o mar.

– Presentar al momento de la consulta situaciones conflictivas ya sea en lo social como laboral o familiar o síntomas referidos a su psicopatología.





**Criterios de exclusión**

- No haber estado en Malvinas (TOM). Se excluyeron aquellos que habían estado movilizados en el continente (TOAS) por considerar que no habían sido expuestos al estrés de la guerra (se pensó descartar aquellos veteranos que habiendo estado en Malvinas no presentaran ningún síntoma, pero no tuvimos ningún caso).

**Criterios de eliminación**

Para la muestra perteneciente al trabajo piloto se consideró criterio de eliminación el abandono del tratamiento antes del mes.

Utilizamos dos muestras y en una de ellas se realizaron dos evaluaciones a fin de comparar una de las variables estudiadas.

**Descripción de la muestra 1**

Una primera muestra estuvo constituida por 22



veteranos que aceptaron formar parte de este trabajo piloto, donde la hipótesis era que todos los pacientes podían padecer TEPT. Fue un muestreo no aleatorio, consecutivo, y accidental.

Salvo un médico de 60 años, que había participado en la guerra a los 45 años, todos los integrantes tenían entre 32 y 34 años al iniciar este trabajo. Es decir, el momento del trauma fue para la mayoría en la adultez temprana o adolescencia tardía.

Los integrantes de la muestra eran todos de sexo masculino.

Estaba constituida por los veteranos que participaron del trabajo piloto; evaluamos a cada uno según los 5 ejes del DSM IV por considerar que esta evaluación multiaxial nos permitiría un conocimiento más completo de cada uno de los pacientes. El uso del sistema multiaxial facilitó una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos psíquicos, las enfermedades médicas, los problemas psicosociales y ambientales y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara únicamente en el motivo de consulta.

Evaluamos en:

Eje I - Todos los trastornos psicológicos clínicos.

Eje II - Los trastornos de personalidad o el retraso mental.

Eje III - Las enfermedades médicas.

Eje IV - Los problemas psicosociales y ambientales.

Eje V - Evaluación de la actividad global.

Presentaban en eje I las patologías descritas en la Figura 1.

En el eje II las patologías fueron las descritas en la Figura 2.

Nos encontramos aquí con un alto porcentaje de pacientes con trastornos de personalidad. Es mayor que el 39% que mencionaban nuestras propias estadísticas de años anteriores.

En esta muestra medimos cuantitativamente el eje V antes y después del tratamiento.

**Descripción de la muestra 2**

Una segunda muestra fue tomada de nuestros archivos de Voluntarios para la Patria, donde figuraban veteranos tratados desde 1982. Tomamos 22 historias clínicas al azar para poder equipararla con la muestra de los participantes en el trabajo piloto con la cual comparamos el nivel de deserción.

**Reparos éticos**

Este trabajo piloto se realizó con el aval de los mismos veteranos que participaron en él, quienes esperaban que a partir de un nuevo modelo de aproximación terapéutica, se produjeran mejorías genuinas en sus situaciones vitales.

**Variables en estudio y a controlar**

Estudiamos dos variables:

1. Capacidad de sostener un tratamiento. Abandono antes del primer mes.

2. El grado de respuesta positiva de los veteranos al nuevo modelo de tratamiento.



Cuadro 3

| eje I                                 | eje II                 | eje III            | eje IV   | eje V EEAG (Admisión) | Eje V EEAG (Fin del tratam.) |
|---------------------------------------|------------------------|--------------------|--|-----------------------|------------------------------|
| 1 Trast. Control de los impulsos PTSD | T. Paranoide           | Enf. Ap. Digestivo | Dificultades laborales por suspicacia extrema                | EEAG 35               | Aband. Trat.                 |
| 2 Sin trast. Eje I                    | Trast. No Especificado | Sin T. Eje III     | Separación matrim. Historia de abandono infantil. Desocupado | EEAG 55               | EEAG 56                      |

1. Con la duración del tratamiento evaluamos la alianza terapéutica establecida. Consideramos el abandono de tratamiento como manifestación de una falla en esta alianza y tomamos en cuenta aquellos abandonos que se produjeron antes del primer mes de iniciado éste. Llamamos nivel de deserción a esta medida comparativa. Comparamos el nivel de deserción entre la muestra constituida por los veteranos del grupo piloto -tratados con el nuevo modelo de aproximación terapéutica, que implica la hipótesis de TEPT en todos los pacientes- y la muestra tomada al azar entre los veteranos tratados desde 1982, con el sistema tradicional de respuesta al motivo de consulta.

Las variables a controlar en este caso fueron:

a. La disparidad de las muestras, pues una proviene de los archivos de la institución y está tomada a lo largo de un período de tiempo de varios años, mientras que la muestra piloto, está tomada en el transcurso de pocos meses y es más homogénea.

b. Los motivos de consulta en la institución que no suelen incluir patologías psiquiátricas muy graves, ya que en éstas en su período de mayor descompensación los familiares acuden a la consulta hospitalaria.

Se controló esta variable en la medida en que ambas muestras fueron tomadas en instituciones privadas, de ayuda social, no hospitalarias.

2. A la otra variable (el grado de respuesta positiva de los veteranos a este nuevo modelo), se la midió con la Escala de Evaluación de la Actividad Global (DSM IV)

Esta escala mide el eje V del DSM IV. En él, el médico refiere el nivel general de actividad del sujeto.

Dicha escala mide la actividad psicológica social, y laboral en un *continuum* hipotético de salud-enfermedad, donde la puntuación de 91 a 100 significa: "Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca aparece como superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás por sus cualidades positivas. Sin síntomas." Y, en el otro extremo, la puntuación 1 a 10 que significa: "Peligro persistente de lesionar a otros o a sí mismo, violencia recurrente, o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte".

Se adjudicó un puntaje con ésta, cuando los veteranos comenzaron el tratamiento, y se volvió a medir al finalizarlo.

El material utilizado fue la escala de EEAG del DSM IV y los puntajes se consignaron como un valor numérico asignado al eje V, en una planilla donde

constan los diagnósticos de los otros cuatro ejes, para cada uno de los veteranos.

Damos en el Cuadro 3 un ejemplo donde los nombres fueron reemplazados por los números de orden en la primera columna.

La comparación se realizó entre las cifras resaltadas en grises.

Se usó la escala del DSM IV (Washington 1994 A.P.A. Press).

Esta variable se estudió comparando los resultados obtenidos en la escala por los sujetos de la muestra perteneciente al trabajo piloto al comienzo de dicho trabajo en mayo de 1996 y los obtenidos por los mismos sujetos en octubre del mismo año.

Los datos de la EEAG se obtuvieron en 2 entrevistas clínicas de cincuenta minutos de duración.

#### Diseño y procesamiento de datos

Con respecto al diseño, éste combina una parte retrospectiva y una prospectiva con la finalidad de analizar el impacto de una nueva metodología terapéutica en el TEPT.

Los datos se consignaron computarizados en una planilla de cálculo, y se utilizó el Excel 7.0, para procesarlos estadísticamente a fin de encontrar las medidas de tendencia central, las de dispersión y el resto de las funciones estadísticas, así como su presentación en forma de gráficos para una mejor visualización.

Se utilizó un intervalo de confianza 95%.

#### Recursos

**Físicos:** La Casa del Veterano brindó un salón grande donde se realizaron las reuniones grupales, así como otros espacios físicos más pequeños para las entrevistas individuales. Brindó asimismo la infraestructura, teléfonos, fax, etc. para hacer las citas con los veteranos. La sección Veteranos de Guerra de la Armada, a cargo del Capitán Villanueva, también puso a nuestra disposición la infraestructura que requiriéramos, en lo relativo a comunicaciones para la cita y seguimiento de los veteranos.

**Materiales:** La impresión de los cuestionarios, así como las fichas de almacenamiento de datos fueron provistas por la Casa del Veterano. La autora utilizó su propia computadora para procesar los datos, así como para elaborar este informe. Las búsquedas bibliográficas se realizaron en la Biblioteca del Hospital de Clínicas y en la Biblioteca de la Facultad de Medicina. Se contó con mucho material de consulta del



*Department of Veterans Affairs* de Washington, provisto generosamente por Bruce Webster y Garry Craig. Los archivos con las historias clínicas de los anteriores trece años fueron puestos a disposición de la autora por Voluntarias para la Patria.

*Tiempo:* El trabajo se inició en abril y se terminó en octubre de 1996.

*Humanos:* Este trabajo pudo llevarse a cabo gracias a la participación entusiasta de muchas personas.

La Asociación Voluntarias para la Patria, en su búsqueda de soluciones para nuestros veteranos, fue la que hizo el nexo con los especialistas estadounidenses.

El equipo de trabajo en sí estuvo constituido por dos especialistas en TEPT que desarrollaron su labor en los últimos 15 años en el *Dep. of Veterans Affairs*, veteranos ellos mismos de las guerras de Corea y Vietnam: B. Webster y G. Craig, una psicóloga argentina, Andrea Forti cuyo conocimiento del tema –así como su excelente inglés– permitió una fluida comunicación entre todos y la autora, en su carácter de psiquiatra con experiencia en el tema de la guerra.

La participación de los veteranos en el proyecto fue incondicional. Si bien hubo cierto nivel de deserción, la mayoría cumplía rigurosamente con los lineamientos establecidos, colaborando en gran medida para el éxito del proyecto.

*Financieros:* Este trabajo no contó con apoyo financiero de ninguna clase.

### **Descripción del nuevo modelo de aproximación terapéutica utilizado en el trabajo piloto**

*El modelo usado en los 14 años anteriores consistía en atender al paciente en respuesta al diagnóstico clínico detectado al momento del examen, por lo tanto las aproximaciones terapéuticas eran tantas como diagnósticos posibles.*

*El modelo del trabajo piloto fue plantear como hipótesis que todos los pacientes podrían presentar TEPT en eje I sin por eso dejar de tener en cuenta otros diagnósticos simultáneos, tanto en eje I como en eje II.*

Los lineamientos generales de este modelo fueron:

- Brindar a los veteranos referencias claras acerca de lo que es el TEPT.
- Trabajar de manera grupal.
- Que alguno de los facilitadores del grupo fuera un veterano (de cualquier guerra) él mismo. En este caso uno fue un veterano de Corea y otro un veterano de Vietnam.
- Comprender que el desajuste provocado por el terror y el horror de los individuos con un pasado traumático es tan doloroso que requiere del terapeuta una especial habilidad para generar una confianza absoluta.

Para ello fue fundamental la habilidad para lograr la apertura hacia aquellos recuerdos reprimidos del pasado. En especial los que se acercan a experiencias con la muerte. El proceso se dificultaba cuando una pérdida de memoria bloqueaba defensivamente los recuerdos más angustiantes y otras veces resultaba frustrante para el veterano tratar de recordar y revivir los detalles de un evento doloroso del pasado. En estos grupos se trató de tener, no sólo la técnica adecuada para acercarnos a las cuestiones críticas, sino también un plan para poder continuar después con

la vida cotidiana sin quedar atrapados en un estéril laberinto de recuerdos.

El proyecto incluía no sólo el tratamiento de los que lo solicitaban, sino la búsqueda de conocimientos acerca del TEPT, que permitiera a algunos de ellos ayudar a otros compañeros.

Se elaboró un cuestionario que sirviera de guía para la detección del TEPT y parte del trabajo fue que se lo tomaran unos a otros como reconocimiento de la sintomatología, así como entrenamiento en la capacidad de comprensión y acercamiento.

Se trató de transmitir la calma y la serenidad que provienen de una información cierta sobre lo que el veterano está pasando, porque teníamos claro que, al trabajar sobre las viejas heridas, éstas resultan más dolorosas que en el momento mismo de producirse; pues por entonces existían una serie de causas motivantes: libertad, ideales etc., que ejercían una acción anestésica sobre el suceso y hoy éstas habían desaparecido.

Se trabajó fundamentalmente en la posibilidad de poner en palabras los sentimientos, las emociones y los afectos, a veces confusos, otras no reconocidos que volvían inexplicables muchas de sus situaciones vitales.

Las dos primeras semanas fueron intensivas, se concurría todos los días durante unas 5 horas, luego el trabajo se realizaba una vez por semana en reuniones de 2 horas.

Se realizó un plan general de trabajo que, sin embargo, hubo que actualizar día a día, a partir de las necesidades que aparecían. Hubo trabajo en grupos grandes (20 integrantes), reducidos (de 4 a 7 integrantes) y algunas consultas individuales que, como pudimos ver al finalizar el trabajo, no fueron suficientes.

## **Conclusiones**

### **1. El nivel de deserción**

Con el modelo tradicional se encontró que:

En las H.C. de pacientes tratados entre los años 1982 y 1995 el nivel de deserción fue de un 80%.

El nivel de deserción entre los veteranos que participaron del nuevo modelo fue de 27%. Se consideró abandono del tratamiento el interrumpirlo antes del primer mes.

*El trabajo del año 1996 presentó un nivel de deserción notablemente inferior.*

Debido al pequeño tamaño de la muestra, no lo consideramos válido, pero nos orienta hacia el siguiente criterio: En todas las personas que pasaron por un severo estresante, (guerra, desastre natural, torturas, muertes violentas cercanas etc.) *al buscar una base de TEPT bajo el polimorfismo de su variada sintomatología, se establece una alianza terapéutica que permite mantener el tratamiento.*

### **2. Respuesta al nuevo modelo terapéutico (Cuadro 4)**

La mediana de la EEAG tomada al inicio del tratamiento fue de 51,5 (Columna 1). Esto significa que la persona presenta síntomas graves, como ideación



suicida, rituales obsesivos severos, robos en tiendas, o cualquier otra alteración grave de la actividad social o laboral como por ej. falta de amigos o incapacidad para conservar un empleo.

Cuando volvimos a tomar la EEAG al finalizar el trabajo (Columna 2), la mediana era de 65. Lo que indica síntomas moderados, como crisis de angustia circunstanciales o dificultades moderadas en la actividad social y laboral, por ej. pocos amigos o relaciones conflictivas en el trabajo.

Evidentemente se observa una buena respuesta al tratamiento.

Se obtuvieron también otras conclusiones interesantes, por ejemplo, los puntajes más bajos en la EEAG, aquellos que estaban entre 35 y 45 puntos, correspondieron a aquellos pacientes que abandonaron el tratamiento. Probablemente ellos necesitaron un tratamiento individual complementario, que la estructura del modelo de trabajo proyectado no les pudo brindar. Por otra parte el tener una puntuación tan baja en la actividad global implica alteraciones en los ejes I, II, ó III que serán motivo de un próximo estudio de comorbilidad.

En algunos de ellos la posibilidad de ayudar a otros, se transformó en la única manera de proyectarse hacia el futuro que habían encontrado en muchos años.

El tema de la salud tomó una dimensión tal, que un grupo de veteranos se organizó y trabajó intensamente dando forma a un proyecto, tarea que se realizó con tanto éxito que consiguió motivar al gobierno para que pusiera en practica un programa integral de salud como no había habido en los anteriores 14 años.

Los resultados de las dos variables investigadas se complementan ya que con un nivel de deserción menor y una buena respuesta al tratamiento, las probabilidades de que este modelo terapéutico sea exitoso son muchas.

Los que participamos en este trabajo tuvimos la evidencia de que en los veteranos que intervinie-

Cuadro 4

| Casos   | EEAG 1 | EEAG 2 |
|---------|--------|--------|
| 1       | 35     | —      |
| 2       | 55     | 55     |
| 3       | 65     | 70     |
| 4       | 65     | 75     |
| 5       | 35     | —      |
| 6       | 50     | 70     |
| 7       | 35     | —      |
| 8       | 55     | 75     |
| 9       | 50     | 70     |
| 10      | 60     | 70     |
| 11      | 40     | —      |
| 12      | 60     | 60     |
| 13      | 65     | 65     |
| 14      | 45     | —      |
| 15      | 60     | 65     |
| 16      | 45     | 65     |
| 17      | 55     | 70     |
| 18      | 45     | 60     |
| 19      | 40     | 65     |
| 20      | 53     | 65     |
| 21      | 40     | —      |
| 22      | 60     | 65     |
| Mediana | 51,5   | 65     |

ron se produjeron cambios importantes, objetivables en modificaciones de sus diferentes situaciones socio familiares, así como en un funcionamiento psíquico más estable y en un mayor autoconocimiento ■

#### Notas bibliográficas

1. Benyakar, M., Trauma: del damnificado a la víctima, de la tragedia al mito. *XI Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo*. Bs. As., Argentina, 1994.
2. Davidson J. R. T., Post-traumatic stress disorder: an update. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*. 1995; 1:83-91.
3. *Diagnostic Criteria from DSM-IV*. American Psychiatric Association. Washington 1994.
4. Faustman, W. O., Diagnostic and psychopharmacologic treatment of 536 inpatients with PTSD. *New Ment. Dis.* 1989; 117(3):154-159.
5. Federal Benefits for Veterans and Dependents. *Office of Public Affairs, Washington*, 1996.
6. Gabbard, G. O., *Psychiatry in Clinical Practice: The DSM-IV*. American Psychiatric Press, Washington, 1994.
7. Gunderson, J. G., Sabo, A. N., The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am. J. Psychiatry* 1993, 150: 192-196.
8. Paige, S. R. et al., Psychophysiological correlates of posttraumatic stress disorders in Vietnam veterans. *Biol. Psychiatry*, 1990, 27:419-421.
9. Trastorno por estrés postraumático y Trastorno por estrés agudo, Davidson, J. R. T. en: *Sinopsis de Psiquiatría*. Kaplan, H. y Sadock B., Edit. Intermédica, Bs. As., 1995.
10. van der Kolk, B. A. and McFarlane, A.C., *Traumatic Stress: Human Adaptation to Overwhelming Experience*. Guilford Press; New York, 1995.
11. Walker, A. and Webster, B., *Reconnecting: Stress recovery in the wilderness*. Brunner Mazel Inc., New York, 1989.
12. Webster B., Análisis comparativo PTSD entre veteranos de Malvinas y veteranos USA. *Casa del Veterano*, Buenos Aires, 1996 (en preparación).
13. Wilson, J. P., *Trauma, transformation and healing*. Brunner Mazel, New York, 1989.



---

# *Trauma social y psiquismo*

## *Consecuencias clínicas de la violación de derechos humanos*

### **Diana Kordon**

*Médica Psiquiatra. Coord. del Equipo Arg. de Trabajo e Invest. Psicosocial (EATIP). Miembro del Consejo Internacional de Asistencia a Víctimas de la Tortura (IRCT). Miembro Capítulo "Salud Mental, Derechos Humanos y Tortura" Asoc. de Psiquiatras Arg. (APSA).  
Rd'ríguez Peña 279, 3° "A", Buenos Aires, Argentina. Telefax: 54-1- 382-1340*

### **Lucila Edelman**

*Médica Psiquiatra. Miembro del EATIP. Miembro del IRCT. Miembro Capítulo "Salud Mental, Derechos Humanos y Tortura" de APSA.*

### **Darío Lagos**

*Médico Psiquiatra. Miembro del EATIP. Miembro del IRCT. Presidente Capítulo "Salud Mental, Derechos Humanos y Tortura" de APSA.*

### **Daniel Kersner**

*Médico Esp. en Psicol. Médica (UBA). Miembro del EATIP.*

---

**N**os interesa en esta presentación abordar algunos aspectos de la problemática del trauma de origen social y su incidencia en la subjetividad. Nos referiremos en particular a las consecuencias de las violaciones a los derechos humanos producidas en nuestro país en las últimas décadas, que se ha constituido en una de las más importantes situaciones traumáticas por las que ha atravesado el conjunto de la sociedad y no solamente los afectados más directos.

A lo largo de los últimos veinte años hemos asistido a numerosas personas afectadas por la represión política de la dictadura y también, posteriormente, en los últimos años, a afectados por las nuevas formas de represión política, por la violencia policial, y por la impunidad. En estos años hemos conocido la

forma en que esta situación traumática afectó de diversos modos a personas de diferentes sectores sociales y en diferentes etapas de la vida.

La represión política implementada durante la dictadura militar, estuvo basada fundamentalmente en la desaparición de personas. La desaparición era secuestro, tortura y asesinato, todo ello en un marco de clandestinidad, violando aún los instrumentos legales autoritarios y represivos, que la propia dictadura había impuesto, y que proscribían toda actividad política o social opositora. Vale la pena recordar que además de los 30.000 desaparecidos, hubo más de 10.000 detenidos en cárceles, reconocidos como presos, así como centenares de miles de exiliados e "insiliados".

Toda la situación política y social producida por el Terrorismo de Estado era de carácter traumático. Es-

---

#### **Resumen**

Abordamos en este trabajo aspectos de la problemática del trauma de origen social y su incidencia en la subjetividad, teniendo en cuenta nuestra experiencia clínica en la asistencia psicológica a afectados por violaciones a los derechos humanos. Estas situaciones traumáticas han afectado también al conjunto de la sociedad. Se analiza la especificidad de lo traumático en el psiquismo y en el plano psicosocial. Se subraya la incidencia de la respuesta y la elaboración social sobre la resolución del factor traumático en el psiquismo.

**Palabras Clave:** Trauma de origen social – Situación traumática – Tortura – Impunidad.

#### **SOCIAL TRAUMA AND PSYCHISM**

##### **Summary**

In this work we board problematics aspects of soccial origin of trauma and its incidence in the subjectivity, having our clinical experience in the psicological assistence to affected by humans right violations. This traumatic situations hace also affected to the society at all. Its analyze the especificity ob the traumatic in the psyquism and in the psicosoccial level. Its underline the answer and the social elaboration about the resolution of the traumatic factor in the psyquism.

**Key Words:**Social origin of trauma – Traumatic situation – Torture – Impunity.



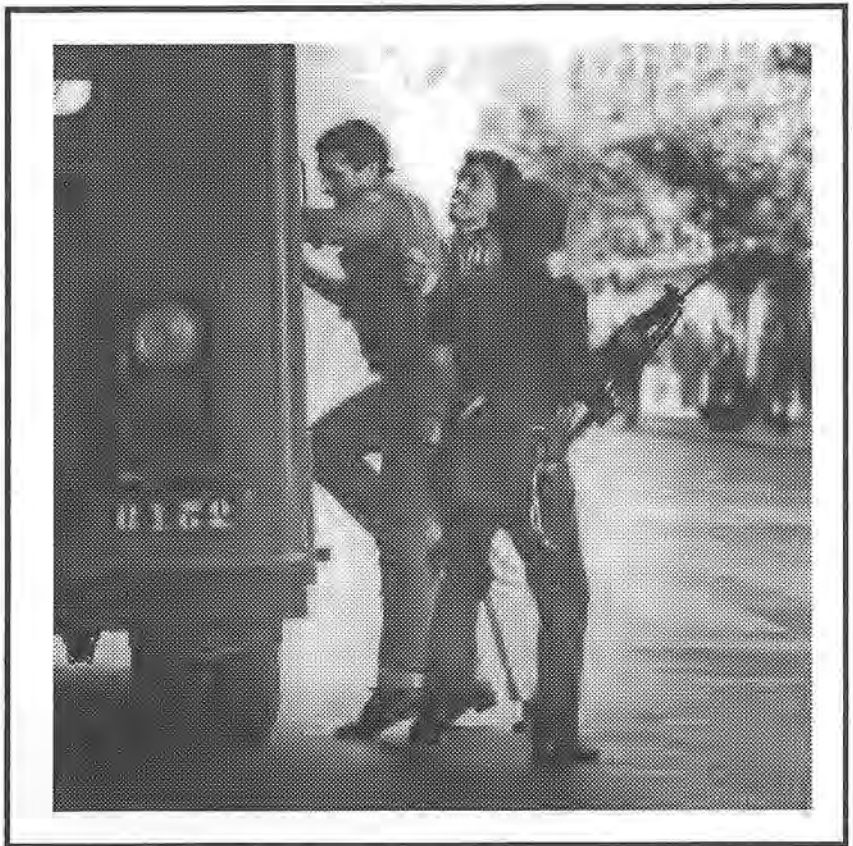
te carácter traumático estaba dado, también, por la intimidación abierta y encubierta, los constantes operativos, las requisas y sorpresivos chequeos en los medios de transporte, la presencia de militares y policías en actitud amenazante, el clima de sospecha, la inducción a la delación y a la culpabilización social y muy especialmente al silencio, inducción producida a través de campañas de acción psicológica que se implementaban utilizando los medios masivos de comunicación (sobre los cuales existía un control monopólico), la exacerbación de los mecanismos de control social. Todo esto sobre la base de la amenaza a la vida y a la integridad corporal, y a la libertad, amenaza que se volvía más eficaz a partir de la circulación de informaciones en forma subrepticia y extraoficial, sobre hechos represivos, que el propio poder se encargaba de difundir.

Las vivencias personales de peligro e indefensión, la ruptura de grupos de pertenencia y la pérdida de grupos de referencia así como los fenómenos de alienación social fueron consecuencias inevitables y más aún promovidas, por esta situación.

El procedimiento en el cual se secuestraban personas era ya de por sí muy traumático. En muchos casos éste se producía en el hogar, en una situación de gran violencia, vivida también por los familiares más cercanos, que eran agredidos con golpizas y amenazados en cuanto a su vida e integridad física.

Durante la dictadura militar (1976-1983), nuestra experiencia fue principalmente la atención de familiares de desaparecidos. En este primer período, además de madres y otros familiares teníamos numerosas consultas de hijos de desaparecidos, por entonces niños. Esas consultas disminuyeron luego durante un lapso, coincidente con la latencia y la pubertad y reaparecieron en forma muy importante en los últimos años, sobre la adolescencia avanzada y primera juventud. La problemática central de los hijos de desaparecidos es la de la identidad. Problemática que se expresa de distintas maneras y que no casualmente aparece con mayor fuerza en el período de la vida en que es necesario afianzar una identidad personal, en general vinculada con la realización de un proyecto de vida.

Desde el punto de vista clínico en los familiares de desaparecidos, durante el primer período, un aspecto que se evidenciaba con fuerza era el correspondiente a una situación para nosotros inédita. Mientras que la dirección del trabajo de duelo está marcada por el principio de realidad, que acaba triunfando sobre la tendencia a la negación de la pérdida, en este caso no se podía apelar al principio de realidad porque era imposible tener claridad sobre cuál era la situación real. Más aún se producía permanentemente una desmentida sobre la existencia misma de los desaparecidos. Esta desmentida tenía un efecto psicotizante ya que para el funcionamiento del prin-



cipio de realidad, tiene una importancia fundamental el apoyo que otorga el consenso social.

Cuando se produce una situación traumática, ésta va acompañada siempre por una pérdida (etimológicamente trauma significa perforación o rotura, lo cual señala una solución de continuidad que en mayor o menor grado implica una pérdida). Esta pérdida, puede ser de una persona significativa, de parte del propio cuerpo, de objetos, del hábitat, de trabajo, de tiempos, de objetos imaginarios como las ilusiones, de objetos abstractos como los ideales.

En la temática que abordamos podemos afirmar que siempre el trauma se asocia a una o a varias pérdidas tan severas que pueden poner en juego el mantenimiento de la continuidad del sí mismo. Por lo tanto, situación traumática, trauma, pérdida y duelo constituyen un proceso casi indivisible con múltiples articulaciones.

Analizando el proceso de nuestra propia conceptualización, con una mirada retrospectiva, y teniendo en cuenta la población predominante que atendíamos en el primer período –familiares de desaparecidos, en los que la vivencia de pérdida y de dolor por la pérdida era tan intensa, desde ya pérdida en condiciones traumáticas– nuestra conceptualización giró predominantemente alrededor de las características del proceso de duelo. Abordamos esta problemática teniendo en cuenta la concepción analítica sobre el duelo, pero enfatizamos la importancia de las condiciones contextuales en relación a la pérdida, de la ambigüedad desestructurante del psiquismo, y la incidencia del discurso social dominante que promovía la renegación.

De acuerdo a lo señalado precedentemente, consideramos el duelo como el proceso posterior a una pérdida significativa, ya se trate de "un ser amado o





de un ideal o abstracción equivalente”(4); proceso cuyo objetivo es metabolizar el sufrimiento psíquico producido. El psiquismo realiza un penoso trabajo de elaboración que permite que, finalmente, la persona pueda inscribir como recuerdo al objeto perdido y recuperar el interés por el mundo externo.

En el caso de una muerte, después de un primer momento de renegación de la percepción, el aparato psíquico utiliza el juicio de realidad que le permite discriminar las categorías presencia-ausencia y puede ir dando a la condición de ausencia una cualidad definitiva, tratando de acomodarse poco a poco al despegamiento que tendrá que operar respecto del objeto que pierde. Este proceso es lo que denominamos desinvertir un objeto que estaba previamente investido.

Si bien en el proceso normal de duelo hay primero una resistencia a aceptar la pérdida, hay rabia, impotencia, no se quiere creer, no se puede creer; en este caso no se sabe qué es lo que se debe aceptar, cuál es el carácter de la pérdida. Esto tiene un efecto desestructurante para el psiquismo, y confusional para quien tiene que acompañar el proceso de elaboración<sup>1</sup>.

Secundarizábamos en esa época la consideración conceptual del aspecto traumático, aunque nos resultaba evidente que teníamos que dar cuenta de un tipo de duelo que estaba en el límite de lo elaborable, por el carácter de la pérdida, por la situación límite en que esta pérdida se producía y por la incidencia de lo que en su momento llamamos inducciones psicológicas de la dictadura, efectuadas principalmente a partir de los medios de comunicación de masas; en síntesis por el carácter traumático de la situación.

Posteriormente nuestra tarea se amplió a personas que habían estado desaparecidas y fueron liberadas, a personas que habían estado presas, en ambos casos torturados física y psicológicamente, a exiliados, a insiliados, y más recientemente a afectados por las nuevas formas de represión y por la impunidad.

En el encuentro con este tipo de afectados se nos planteó la necesidad de profundizar el concepto de trauma, dado que en estas personas resultaba evidente el impacto y las consecuencias de la situación traumática en el corto y en el largo plazo.

Creemos que los mecanismos psíquicos del trabajo de duelo y de los intentos de elaboración de lo traumático, están en estos casos intrincados en cada sujeto y por lo tanto en las manifestaciones clínicas observables. La distinción que efectuamos es a los efectos de la conceptualización. Desde ya que en cada persona se puede observar la preeminencia de unos u otros.

No es nuestro interés especial en este artículo realizar una discusión acerca de las diferentes concepciones con las que tanto el psicoanálisis como la psiquiatría han encarado la problemática del trauma psíquico y de sus consecuencias, denominadas entre otras formas como estrés post traumático, neurosis traumáticas, etc.

Nos limitaremos por lo tanto a mencionar y discutir los conceptos más básicos, para dedicar nuestra atención a las características particulares de la situación traumática por la que han atravesado y atraviesan las personas afectadas por la represión política y la impunidad.



Se puede tomar el concepto de trauma como el de una "experiencia que aporta en poco tiempo un aumento de excitación tan grande a la vida psíquica, que fracasa su liquidación o elaboración por los medios normales o habituales, lo que inevitablemente dará lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético"(7).

Esto puede darse por un solo acontecimiento muy violento o por la suma de varios acontecimientos, alterando la economía del psiquismo y los principios que rigen la vida psíquica.

En este caso, al igual que en otras definiciones, se pone el centro en la magnitud del estímulo traumático, en relación con el efecto desorganizador que produce sobre el psiquismo.

Laplanche(7), siguiendo a Freud, define a las neurosis traumáticas como aquellas en que los síntomas son consecutivos a un choque emotivo, ligado a la situación de amenaza a la vida o integridad del sujeto, donde el trauma posee parte determinante en el contenido de los síntomas (pesadillas, repetición mental del hecho traumático, reacción de angustia automática con gran compromiso somático y neurovegetativo: palpitaciones, sudoración, ahogos, cólicos, etc.)

Por su parte el DSM-IV señala que la "característica esencial del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona acerca de acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves"(1).

Se señalan entonces tres niveles diferentes de compromiso ante la situación traumática: la participación directa, la presencia como testigo del hecho traumático y el conocimiento del mismo pero sólo como receptor de la información. Pensamos que el diferente grado de compromiso y exposición corporal como así también el diferente grado de compromiso del aparato perceptual puede incidir en la afección posterior.

Dentro de los síntomas presentes el DSM-IV señala en primer lugar que la respuesta del sujeto al acontecimiento traumático debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos. El cuadro sintomático característico incluye tres grupos de síntomas:

a. los relacionados con la re-experimentación del hecho traumático (por ejemplo recuerdos recurrentes o intrusos o pesadillas recurrentes),

b. evitación persistente de los estímulos asociados



al hecho traumático (por ejemplo se evita "caer en pensamientos, sentimientos o mantener conversaciones sobre el suceso y para eludir actividades, situaciones o personas que puedan hacer aflorar recuerdos sobre él"(2),

c. síntomas persistentes de aumento de la activación (entre otros: dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad o ataques de ira, hipervigilancia).

Cabe destacar que el DSM-IV no diferencia causas de origen social o natural como así tampoco causas accidentales o intencionales, pero sí hace mención a que puede ser especialmente grave o duradero cuando es provocado por otro ser humano, dando como ejemplo las torturas(3). Pensamos que las características del hecho traumático y muy especialmente la presencia de intencionalidad y posteriormente las posibilidades de respuesta y reparación social tienen un alto grado de incidencia en las posibilidades de elaboración personal del trauma, es decir, que lo social es texto mismo de la subjetividad.

Si bien entendemos que hacen falta nomenclaturas y códigos comunes para poder producir el intercambio científico necesario, consideramos que el TEPT plantea una relación de exterioridad del sujeto y del contexto frente al proceso traumático, produce una descripción sintomatológica homogeneizadora, no incluye el análisis del desenvolvimiento de un conflicto en los planos intrapsíquicos, vincular y transubjetivo. Al no incluir estos diversos planos la relación entre sujeto y contexto, se dificulta la comprensión de la especificidad de las diferentes situaciones traumáticas.

Juan Carlos Stagnaro, señala, en su discusión en relación a los conceptos de neurosis traumática y TEPT y a los correlatos de ambos conceptos en diferentes paradigmas: "en la segunda propuesta paradigmática mencionada" (se refiere al DSM-IV) "si bien se alude a lo psicosocial, tal alusión aparece meramente contextuando una respuesta en último término biológica pasible de un tratamiento medicamentoso y reeducativo. Adonde se buscaba com-



prensión e inteligibilidad del síntoma se coloca una modificación conductual como último objetivo terapéutico" (9).

Es importante destacar que en el concepto de trauma, además del acontecimiento traumático *per se* y de las condiciones psicológicas del sujeto, interviene la situación efectiva (8), entendiendo por tal las circunstancias sociales y las exigencias del momento.

Ya en 1919 en "Introducción al simposio sobre las neurosis de guerra" (6) Freud hablaba de un yo que se defiende de un peligro real, un peligro de muerte presente en la etiología de estas neurosis. Más tarde, en 1926 (5) describirá un tipo de angustia presente ante un peligro exterior real.

La descripción de la etiología y psicodinamia de las neurosis de guerra (donde el factor sexual no se hallaba presente como en las neurosis transferenceles) y el concepto de angustia real abrieron, desde el psicoanálisis, el reconocimiento a aquellas situaciones de la vida social que por sus características constituyen una amenaza para vida de los sujetos y una fuente de producción de sufrimiento psíquico.

El efecto traumático está

dado porque queda un remanente de angustia sin simbolización, no representable por medio de la palabra. De acuerdo a Freud esta angustia no representable se corresponde con energía no ligada.

Cuando son superadas las defensas, esta angustia, angustia automática, avasalla al yo. Entendemos que se produce una regresión narcisística que impide al sujeto implementar defensas eficaces, de carácter neurótico, como ocurre en el caso en el que la angustia funciona como angustia señal. Estos momentos pueden ser considerados como momentos psicóticos en los que no existe un yo capaz de establecer un comando, que implemente medidas adecuadas para ejercer alguna protección sobre el sujeto. En el mejor de los casos, los mecanismos de defensa son arcaicos e ineficaces para el mantenimiento de un funcionamiento neurótico.

La angustia-señal está en relación al miedo. Éste funciona al estilo de una vacuna, es una reacción circunscripta y controlada, que permite al psiquismo organizar su autodefensa, en términos neuróticos o normales. La angustia automática está, en cambio, en relación al pánico. Éste, como ya dijimos, avasalla al yo, dejando al sujeto paralizado frente al peligro.

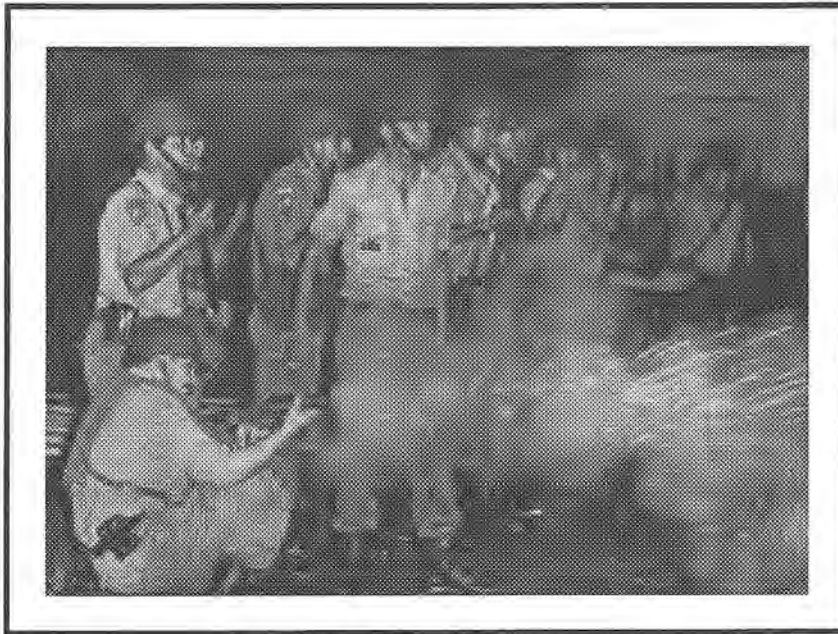
Personas que han estado detenidas-desaparecidas describen vivencias de desidentificación vinculadas

con las angustias más primitivas de desamparo e indefensión. Una mujer refiere que el no ser nombrada ni mirada es una de las peores experiencias vividas, es sentirse perdido como un existente para el otro. Continuamente repetía "me llamo Silvia y tengo 24 años" para seguir sintiéndose ella misma. Uno de sus guardianes le acercaba alguna vez un cigarrillo o le tomaba la mano. Esta vivencia de ser tomada de la mano ha sido recuperada como recuerdo. En el orden neurótico le produce culpa, especialmente en la actualidad, por la falta de odio hacia un represor, pero en el plano más primario de la existencia psíquica, esto funcionó como un elemento que le devolvía una condición humana de sí misma.

La problemática del trauma está vinculada no sólo al monto desestructurante del estímulo, sino tam-

bién al sentido que este adquiere para cada persona, y a la posibilidad de encontrar o mantener apoyos adecuados para el psiquismo.

Pero tanto el sentido individual del trauma como la posibilidad de mantener u obtener los apoyos adecuados, están vinculados en estos casos al procesamiento social de la situación traumática. Esto desde ya relacionado a las se-



ries complementarias de cada sujeto.

De acuerdo a nuestra concepción del trauma, existe una relación de interioridad entre los factores causales, la conformación previa de la personalidad, la situación vincular, el proceso de traumatización, las apoyaturas y apuntalamientos grupales con los que cuenta el sujeto, los modelos identificatorios, el discurso y los sistemas de ideales colectivos hegemónicos, los efectos psicológicos, las posibilidades de elaboración personal y social de la afección por el trauma y los fenómenos de retraumatización.

Además de la fortaleza del yo y de las condiciones previas de personalidad, factores indudablemente importantes, la comprensión de la situación, el posicionamiento ideológico previo, el sentirse parte de un conjunto transubjetivo —que en el plano social comparte un proyecto—, el sostenimiento de un nivel de pertenencia maduro respecto del grupo del que se es miembro, tienen importancia en cuanto a la incidencia de la situación traumática en la subjetividad y a la posibilidad de preservación personal.

Tener en cuenta que la situación vivida tiene un significado tanto para el poder que ejerce la violencia traumatizante como para aquél que la sufre, no es en absoluto independiente del nivel de afección que puede producir la situación traumática.



Por eso también tiene importancia para la elaboración del trauma la posición, activa o pasiva, que el sujeto asuma. No es indiferente tampoco la resolución que se produzca en el marco social. Este posicionamiento respecto de la situación traumática incide en la consideración que hacemos acerca de la falta de linealidad en la relación causa-efecto, entre situación traumática y efectos en el psiquismo y está vinculado a que no necesariamente una situación traumática produce enfermedad psíquica.

La tortura es uno de los factores traumatizantes más severos. Ha producido, en numerosos casos, efectos patológicos a mediano y largo plazo. En consultantes adultos la afección psicológica incluye crisis de despersonalización, patologías hipocondríacas transitorias o permanentes, fobias severas, sentimientos persecutorios ante estímulos, a veces aparentemente menores, que detonan la revivencia de la situación traumática; depresiones, restricciones en los contactos sociales y en la actividad laboral.

Se observan también dificultades en los mecanismos de adaptación a la realidad y en el

manejo de los vínculos, especialmente de pareja y familia. Esta última problemática está ligada al tipo de vínculos fusionales que muchas veces tienden a establecerse como restituciones, como compensaciones, frente a los sentimientos de inermidad vividos en ocasión de las situaciones de tortura física o psicológica.

La tortura constituye tal vez una de esas extremas experiencias en las que ronda permanentemente el fantasma de la muerte. En algunos casos como producto de la misma situación de tortura, esto llega a cumplirse. Cuando esto ocurre, este hecho funciona al mismo tiempo como fantasma sobre todas las personas que se encuentran en esta situación.

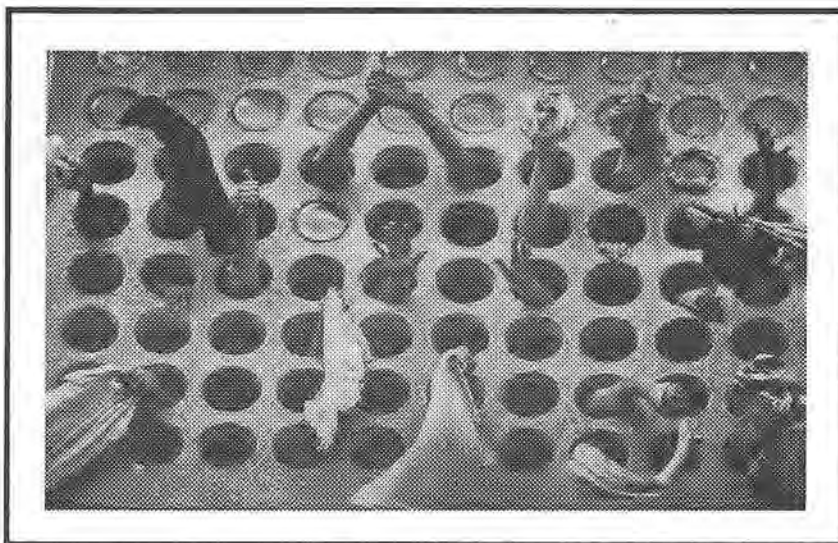
Es conocido, en general, que la tortura pretende, además de la información que busca extraer, afectar la identidad del sujeto. Utilizamos el concepto de identidad como el conjunto de representaciones y la valoración que un sujeto posee de sí, que le produce un sentimiento de mismidad y que le permite mantener la cohesión interna a lo largo del tiempo. La agresión física y psicológica intenta colocar a la persona que es torturada en situación de estar a merced y producir efectos de despersonalización.

Los ataques físicos tienden a producir vivencias de aniquilamiento y destrucción del esquema corporal, lo que implica una pérdida del reconocimiento de la identidad personal básica. Se trata de desidentificar, de que la persona se sienta desidentificada consigo

misma. Esto se procura no sólo a través de la producción de dolor, sino también haciendo que la persona "vea" los resultados físicos de la tortura, tanto en sí mismo como en las personas que están con él sufriendo la misma situación. Esto va acompañado además de frases como "así vas a quedar vos" o "así estás vos". Muchos testimonios señalaban que la peor tortura es escuchar los gritos de las otras personas que están siendo torturadas.

El dolor físico produce en el momento una vivencia de desgarramiento corporal. Esto se produce no solamente en el momento mismo de la tortura, sino que además se prolonga a sus consecuencias posteriores, incluso desde el punto de vista estrictamente físico; por ejemplo, erosión de la piel por quemaduras de cigarrillo, edemas generalizados en miembros

inferiores, rotura de huesos, deshidratación, insuficiencia renal, etc. Es decir, que se producen, como en todo politraumatizado, vivencias de desgarramiento y fragmentación corporal, sumándose en este caso la falta de asistencia adecuada, la amenaza de continuidad de nuevas sesiones de tortura, el aisla-



miento y la falta de una situación mínima de contención.

También se produce una vivencia de soledad extrema. No se trata sólo del aislamiento espacial, sino que se produce también una vivencia de aislamiento temporal en tanto permanentemente el torturador sugiere que tiene todo el tiempo disponible para continuar con la tortura. La vivencia de soledad extrema está dada también por este carácter de la tortura, de afectar el núcleo más personal y básico de la identidad como es el cuerpo (el primer yo es el yo corporal).

Se pierden todos los referentes identificatorios, todo aquello que funciona como apuntalador del psiquismo; el cuerpo, los grupos de pertenencia, los grupos de referencia a los cuales se puede apelar, la presencia de un otro significativo que pueda brindar una palabra, del cual se pueda recibir hasta una mirada que funcione como un espejo que devuelva una cierta imagen de completud. Todas estas características inciden en que la tortura constituya una experiencia que el sujeto vive en completa soledad, y que la define como una situación límite para el mantenimiento del funcionamiento psíquico.

La amenaza de tortura por sí misma es tan traumática que ha llevado a muchas personas al suicidio. En algunos de ellos, la decisión estaba tomada previamente para ser realizada en el caso en que se fuera secuestrado como una medida de protección, en la idea de preservar la identidad personal y morir dignamen-





te ante la eventualidad de ser torturado y poder llegar a brindar información que comprometiera a otras personas. El suicidio en este caso evita pasar por una situación de sufrimiento ilimitada y es vivido como una última posibilidad de decisión autónoma en contraposición con quedar totalmente sometido al designio de otros.

En otros casos el suicidio se produjo después de mucho tiempo de detención, o ya en personas que no resistieron la situación límite que les tocaba vivir o incluso muchos años después de haber sido liberadas. Conocemos en este momento el suicidio de personas que pasaron por la experiencia de campos de concentración nazis, que pudieron tener posteriormente una vida con logros personales y que coincidiendo con un período de mayor indefensión, como por ejemplo el de la vejez, se suicidaron; Bruno Bettelheim y Primo Levi, entre otros. Semprum, que también pasó por la experiencia del campo de concentración dice: "se sueña la vida y se vive la muerte". Como si la marca traumática de vivir la muerte siguiera presente a lo largo de toda la vida hasta hacerse intolerable en algún momento.

La mayoría de las personas que han sido torturadas, una vez liberadas, describen distintos sentimientos frente al horror sufrido: pudor, pena, rabia, desconcierto, odio, etc. Pero no llegan a comunicar las vivencias más íntimas de esa experiencia. Callan.

Las hipótesis que formulamos para explicar el silencio posterior al trauma, silencio que durante largo tiempo nos llamaba la atención, son aproximaciones que aún nos resultan insuficientes. En principio podemos enunciar algunos posibles mecanismos:

a. En la tortura, por el intenso y prolongado dolor, se produce un shock neurogénico que conlleva estados de inconsciencia en diversos grados: desde la obnubilación (enturbamiento y estrechamiento de la conciencia) hasta el estupor (estado de inercia, vacío y suspensión de la actividad psíquica). Esta situación afecta la memoria de fijación durante el episodio traumático y la memoria evocativa subsecuente.

Se produce así una amnesia lacunar, con vacío de

la memoria, que puede persistir largo tiempo, incluso de por vida. Esta amnesia lacunar es, a su vez, una fuente de angustia posterior.

b. El trauma corporal produce una regresión narcisista de tal carácter que no puede efectuarse representación psíquica alguna de los hechos.

La secuela a observar es la producción de escotomas en el registro de lo vivido.

c. Se produce una disociación esquizoide defensiva. La disociación es un mecanismo de defensa característico de los niveles mentales más primitivos. Esta defensa se implementa frente a la vivencia de aniquilación producto de la situación de tortura. La representación del propio cuerpo es escindida y proyectada al exterior, "el cuerpo no

me pertenecía". En la salida de la disociación extrema queda un remanente que no será reintroyectado al yo y en el que se depositan ciertos aspectos de la identidad.

Esta disociación es percibida no sólo desde la hipótesis de un mecanismo origen del silencio, sino en la situación que se presenta a veces con personas que han pasado por la experiencia de dar algún testimonio, llevadas por un propósito de denuncia. Lo hacen muchas veces como una descripción desafectivizada de los hechos, como si le hubieran ocurrido a otro.

d. Los sentimientos de pudor, vergüenza o humillación, que dificultan la comunicación de lo ocurrido durante la tortura, están vinculados a ciertas vivencias íntimas en las que queda comprometida la relación entre el Yo y el Ideal del Yo. Se produce una fisura en relación a la imagen previa que la persona tenía de sí misma y a sus expectativas en cuanto al tipo de respuesta que pudiera producir.

Este tipo de desilusión narcisista no necesariamente se corresponde con aspectos fundamentales que pudieran cuestionar su conducta frente al agresor, de acuerdo a su propia escala de valores. A veces, se trata de hechos nimios donde se pone en juego para la persona, una cierta tensión en el eje sometimiento-resistencia. Otras veces, no tienen que ver con el cuestionamiento de la conducta pero la humillación a la que ha sido sometido, por ejemplo estar sucio con los propios excrementos, puede ser lo suficientemente grande como para no ser comunicada (nos referimos no a la incontinencia por miedo sino al caso de personas a las que no se les permitió ir al baño).

De acuerdo a los elementos ya señalados, podemos afirmar que las reacciones frente a la acción traumática así como las consecuencias posteriores han sido las más diversas, evidenciando un amplio y variado espectro de respuestas individuales posibles.

La presencia constante de los factores de retraumatización —la impunidad el principal de ellos— y el desarrollo de diferentes formas de respuesta social, constituyen el fondo sobre el cual se despliegan las diferentes respuestas individuales frente a lo traumático.



En este sentido observamos frecuentemente cómo personas que han atravesado situaciones límites, incompatibles no sólo con lo pensable, sino con la vida misma, han podido luego mantener e incrementar sus intereses específicos, incluidos en muchos casos aquellos por los cuales fueron violentados, y desarrollar proyectos de vida alcanzando logros en su realización personal y vincular que evidencian la preservación del yo.

Hemos observado una gran variedad de síntomas en nuestros asistidos; señalaremos aquellos que por su frecuencia o gravedad nos resultan más significativos:

- Repetición mental del hecho traumático: ya sea como sueño angustiante (pesadilla) con despertar brusco e importante repercusión neurovegetativa, ya sea como vivencia de repetición desencadenada por algún estímulo externo asociable al hecho traumático (sirenas, presencia de personal policial o militar, timbres o ruidos violentos durante la noche, etc.).

- Conductas evitativas en relación con el hecho traumático: abandono de actividades e intereses que se relacionen directa o indirectamente con el hecho traumático (actividades o intereses políticos, gremiales o culturales. En estos casos la evitación se encontraba reforzada por el riesgo real que implicaba desarrollar estas actividades); abandono de los grupos de pertenencia habituales; retracción o inhibición de la vida social).

- Suspensión o abandono de proyectos vitales: (estudios, casamiento, hijos). Este fenómeno fue particularmente frecuente y estaba en relación directa con la indefinición que conlleva el estatus del desaparecido. Los familiares no podían decidir proyectos vitales en tanto la situación del ser querido permanecía indefinida.

- Trastorno del humor: malhumor, irritabilidad, ataques de ira.

- Trastornos del sueño: insomnio, hipersomnía.

- Sentimientos de impotencia.

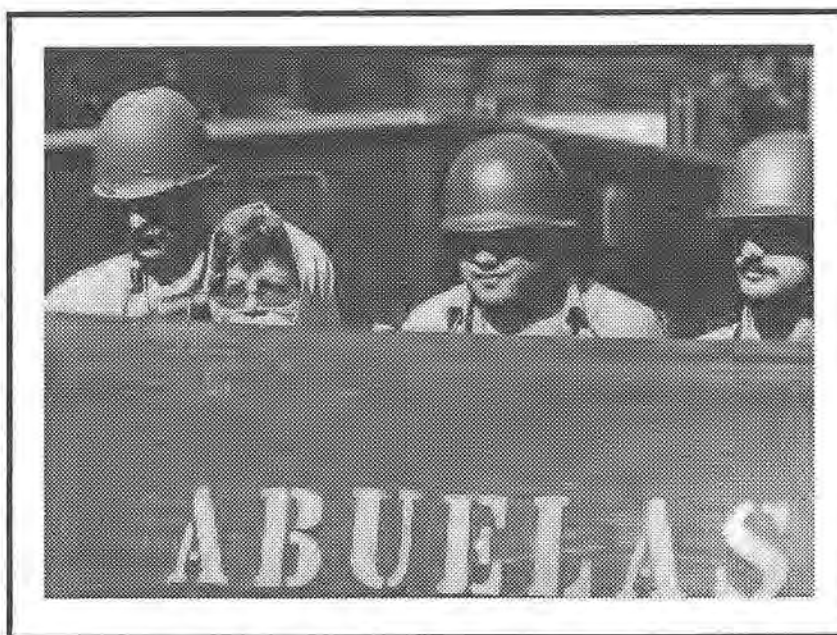
- Sentimientos de hostilidad.

- Descompensaciones psicóticas.

- Trastornos somáticos severos: trastornos cardiovasculares, cáncer.

Pero, como planteábamos antes, el listado de síntomas poco dice sobre lo que ocurre. Lo importante es el sentido que estos síntomas tienen, la multiterminación presente en ellos y el lugar que lo social ocupa en los mismos. Citaremos algunas viñetas clínicas y algunos ejemplos.

"Me asombré cuando un amigo me dijo que yo siempre hablo de que soy un sobreviviente. Me dijo si no tendría que pensar más en vivir que en sobrevivir". Esta frase dicha por un hombre de 40 años que estuvo secuestrado y fue torturado nos ofrece una posibilidad de comprender varios significados de su situación. En primer lugar, alguien desde afuera lo pone en contacto con un aspecto que ha pasado a ser



naturalizado: la identidad de sobreviviente. Esta identidad tiene una doble marca. En primer lugar, registra una elaboración social que categoriza en desaparecidos-muertos y sobrevivientes. En segundo lugar, indica su propia ubicación por la cual el conjunto de su identidad personal ha quedado adscripto a la situación traumática. La situación traumática marca así en nuestra experiencia, un antes y un después profundamente transformadores del sujeto. Es muy frecuente escuchar la expresión "yo antes no era así". No se trata en estos casos de hacer una investigación minuciosa sobre la certeza absoluta de esta afirmación, sino que lo que más importa es cómo ha quedado grabada en la subjetividad una marca que suele abarcar toda la vida del sujeto.

En otros casos, por el contrario, la persona no es consciente de esta diferencia.

Pensar más en vivir que en sobrevivir implica una modificación en el psiquismo que permite la recuperación de un proyecto personal. Es frecuente la suspensión o el abandono de proyectos vitales, o el hecho de que los nuevos proyectos sean vividos como situaciones de sobrevivencia, en una permanente nostalgia por aquellos otros proyectos que se han abandonado después de atravesar la situación traumática.

"Yo me quebré". "Aguanté hasta salir de la cárcel y ahí me quebré". Es así como una persona se describe a sí misma. Sostuvo una actitud de dignidad personal tanto en no delatar a nadie durante la tortura como en cuanto a no someterse a órdenes humillantes mientras estaba preso, esto último en una actitud compartida con otros. Al salir de la cárcel y perder el sostén grupal, lo que él describe con estas palabras se refiere en realidad a un cambio en su identidad personal y al abandono de proyectos, actividades sociales e intereses que tenía previamente.

Los sentimientos de impotencia y hostilidad fueron más frecuentemente observables en los padres, como así también las depresiones narcisísticas más severas y los trastornos somáticos más graves. Pensamos que esto se debe en buena medida a la función de protección de los hijos que, en nuestra sociedad, tradicionalmente se le asigna al padre. Esto a su vez se articu-



laba con la campaña oficial de inducción psicológica que culpabilizaba a las víctimas y a sus familiares<sup>2</sup>.

Otras personas mantienen lo esencial de sus intereses y actividades previas pero siempre queda un resto traumático, un síntoma que se expresa detonado ante distintas circunstancias asociativas. Por ejemplo: una propaganda de una agencia de publicidad muestra a un hombre con su cabeza metida adentro de una pecera. El slogan tiene que ver con cómo serían presionados los creativos de esa agencia para producir buenas ideas. Esta propaganda provoca en un paciente una vivencia de angustia con su correspondiente sintomatología física que inunda toda su cotidianeidad y va acompañada de insomnio pertinaz y sensaciones de ahogo. El terapeuta es informado de este modo, por primera vez, de que durante su secuestro, la persona sufrió el tipo de tortura llamada submarino, consistente en sumergir por la fuerza la cabeza en agua hasta el límite de la pérdida de conocimiento, en forma reiterada. Así, una situación de la vida social, en la que evidentemente los publicitarios parecen haber pasado por alto totalmente las asociaciones inevitables que tal imagen produce en una parte de la población —en un país en el cual miles de personas han pasado por situaciones de tortura— reactualiza la vivencia del período de la tortura. Predominan los síntomas corporales vinculados al ataque al cuerpo sufrido. Esta es una consecuencia típica de lo traumático. Es de señalar que por momentos el paciente da por conocido aquello que nunca comunicó al terapeuta, como estableciendo un vínculo fusional e indiscriminado que se corresponde con niveles muy regresivos.

La ausencia de sanción del crimen por parte del Estado, que en el ámbito psicosocial inhabilita las funciones que debería cumplir en cuanto garante del orden simbólico, lugar de terceridad y como regulador de los intercambios, deja abierta la posibilidad de reactivación periódica de las vivencias de desamparo que operan como un factor desestructurante del psiquismo.

Múltiples situaciones en las que en forma directa o indirecta las personas se enfrentan a la impunidad de la que gozan criminales confesos; el hecho de que puedan afirmar públicamente, a través de los medios, haber realizado vuelos de exterminio o, en otros casos, reivindicar los crímenes cometidos sin tener que hacerse social y jurídicamente responsables de dichas atrocidades, operan como detonadores, como elementos de retraumatización.

La impunidad que avala a los autores del llamado gatillo fácil hace que las amenazas, o la represión directa, a los jóvenes que hoy denuncian esos hechos, funcione también como una situación de retraumatización que en muchos casos produce un nivel de angustia que moviliza fantasías primitivas de mutilación y/o fragmentación, vivencias de desamparo e indefensión extrema que pueden llegar a producir hasta episodios de despersonalización.

Las vivencias colectivas de inseguridad actuales, además de otros factores causales presentes como la situación económica, tienen que ver también con la situación de impunidad.

Cuando hablamos de impunidad lo hacemos en referencia a la impunidad de los poderosos, a la impunidad de quienes tienen el poder del Estado, a la

impunidad de la que gozan los genocidas y represores, y los responsables de los gravísimos delitos económicos que atentan contra el patrimonio nacional y someten a la exclusión social a las grandes mayorías. Hacemos esta aclaración dado que como parte de las campañas actuales de acción psicológica, se tiende a atribuir a las víctimas del sistema la responsabilidad sobre la situación de descomposición social, los peligros de la violencia y los sentimientos de inermidad concomitantes y se oculta que la verdadera responsabilidad sobre estos hechos está en aquellos que detentan el poder.

Alrededor de los veinte años después de producido el golpe militar, el trauma social se ha reactivado. Las heridas tal como corresponden a los traumas permanecen abiertas. Es en esa solución de continuidad que los nuevos hechos de retraumatización inciden.

Cuestiones en apariencia disímiles pero convergentes en su esencia, como la muerte de personas durante la represión a protestas sociales, el asesinato aún no esclarecido de un periodista, las declaraciones de distintos represores, diferentes acciones represivas a nivel judicial y policial, operan como elementos retraumatizantes.

Los veinte años tienen simultáneamente un valor simbólico y un valor real. Podría suponerse que en un período que abarca el surgimiento de una generación nueva, los hechos del pasado pueden ser tomados con cierta distancia, como un recuerdo, y su eficacia traumatizante estar reducida o agotada. Sin embargo, esto no es así ni social ni individualmente.

Lo traumático no resuelto, no elaborado, en una generación, pasa a las siguientes. La aparición de asociaciones de hijos de desaparecidos retomando demandas históricas, asociaciones cuya existencia reconoce el doble anclaje, en lo social y en lo psicológico, en la exigencia de justicia y en la construcción de aspectos fundamentales de la identidad personal, es un ejemplo de esto.

Hemos observado cómo en algunas personas que fueron afectadas por el Terrorismo de Estado, aparecen muchos años después, ante situaciones de enfermedad corporal o de ruptura de vínculos significativos, vivencias y conductas inadecuadas a la situación actual, que se corresponden a la situación traumática vivida muchos años atrás.

La demanda de justicia, que garantice la existencia del orden simbólico, y más aún, la inscripción de la demanda de justicia en el movimiento social en su conjunto, constituye un aspecto interno a la subjetividad en la superación del trauma vivido, ayudando a desentrañar y comprender, en el plano social y personal la esencia de los determinantes de la situación traumática.

La práctica social tiene un papel importante en la búsqueda de la reparación simbólica y en la elaboración del trauma en las personas afectadas más directamente. Pero además, la respuesta social organizada cumple un papel instituyente en el cuerpo social ayudando a la construcción de un consenso social contrahegemónico. En el curso de esta práctica de respuesta social organizada y de búsqueda de la verdad, se construyen nuevas representaciones sociales que redefinen la significación de la situación traumática. Ayudan a restaurar la malla so-



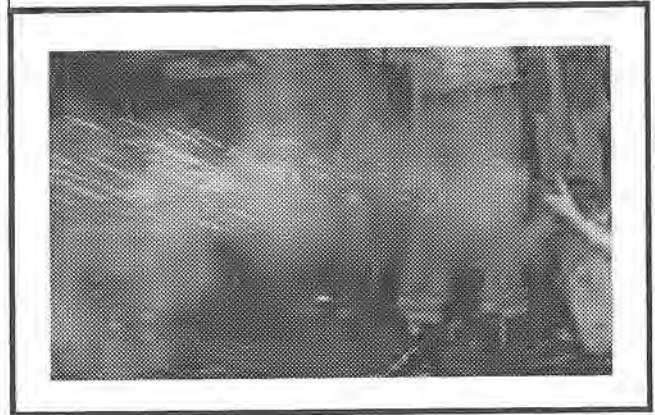
cial, a definir nuevas normas que regulen los intercambios, a proponer otros modelos y otros ideales colectivos.

Generan una expectativa de potencia frente a modelos de omnipotencia-impotencia, ayudan a restaurar lazos solidarios reabriendo expectativas de futuro que trascienden los sentimientos de sinsalida, de escepticismo, que produce el trauma social.

Además, la participación en estos grupo tiene una función proteica, en un sentido metafórico, por aquellas transformaciones que podemos definir como de enriquecimiento yoico, operadas en quienes participan en ellos.

Hemos puntualizado algunas problemáticas acerca del trauma de origen social y de diversas consecuencias que éste produce en la subjetividad, con las que nos encontramos en nuestra tarea clínica. El análisis de las mismas nos exige reconocer la diferencia y por lo tanto la especificidad de los diferentes

planos sobre los que opera la situación traumática y nos remite simultáneamente a la articulación siempre presente entre psiquismo y sociedad ■



## Notas

1. Estas campañas proponían modelos operacionales y conductuales a los cuales las personas debían someterse. Su eficacia estaba dada por el monopolio absoluto de los medios masivos de comunicación y por el terror imperante. Para más información remitirse a los artículos: "Observaciones sobre los efectos psicopatológicos del silenciamiento social respecto de la existencia de desaparecidos" y "Efectos psicológicos de la represión política I", de Diana Kordon y Lucila Edelman en el libro "Efectos psicológicos de la represión política". Ed. Sudamericana Planeta, Buenos Aires, 1986.

2. En una investigación realizada por los doctores Lia Ricón, Julia Braun, Diana Kordon, Lucila Edelman y Darío Lagos, cuantitativa y cualitativa, sobre 50 casos de familiares de desaparecidos hemos comprobado un mayor grado de mortalidad en los padres hombres de desaparecidos en relación al grupo testigo. Por el contrario, no se encontró diferencia en mortalidad entre madres de desaparecidos y grupo testigo.

Esta investigación fue de carácter estadístico, no habitual en nuestra metodología.

La mortalidad global del grupo de control da casi un 15%. En el grupo estudiado la mortalidad global es casi del 35%. El intervalo de confianza va entre el 23 y el 43%. Si tomamos en cuenta que el límite inferior del intervalo de confianza es del 23%, habría una diferencia del 9% con el grupo control, lo cual de por sí ya es altamente significativo.

En todo el período entre la desaparición y la realización de la encuesta, la mortalidad de las madres es 1% menor que la del grupo control (catos catastrales de la Municipalidad de Buenos Aires). Ese 1% no es significativo porque está dentro del intervalo de confianza. Si tenemos en cuenta que prácticamente no hay variaciones entre el grupo de madres muertas y el grupo control, la diferencia está dada por el significativo aumento de mortalidad en los padres: supera el 55%, siendo en el grupo control del 15%.

Causas de muerte de los padres en este período: cáncer, 50%; infarto, 30%; ACV, 15%; accidente respiratorio, 5%; accidente 0%.

En las mujeres: cáncer 66,7%; infarto 16,7%; accidente 16,7%. Es significativa la muerte por cáncer.

## Notas bibliográficas

1. American Psychiatric Association, "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV, Ed. Masson, S. A., 1ª Ed., Barcelona, 1995. pág. 434.
2. *ob. cit.*, pág. 435

3. *ob. cit.*, pág. 435

4. Freud, S., "Duelo y melancolía", en *Obras Completas*, Ed. Biblioteca Nueva, 4ª Ed., Madrid, 1981.

5. Freud, S., "Inhibición, síntoma y angustia", en *Obras Completas*, Ed. Biblioteca Nueva, 4ª Ed., Madrid, 1981.

6. Freud, S., "Introducción al simposio sobre las neurosis de guerra" en *Obras Completas*, Biblioteca Nueva, 4ª ed. Madrid, 1981.

7. Laplanche, J., Pontalis, J.-B., *Diccionario de psicoanálisis*. Empresa Editora Nacional Quimantu Limitada, 1ª Ed., Santiago de Chile, 1972. págs. 467-471.

8. Laplanche, J., Pontalis, J.-B., *Ob. cit.*, págs. 467-471, 1972.

9. Stagnaro, J. C., "De la neurosis traumática al Trastorno por Estrés Posttraumático", *Desarrollos en Psiquiatría Argentina*, Año 3, N° 1, marzo/abril 1998.

## Bibliografía de referencia

- Becker, D., "Trauma, duelo e identidad: Una reflexión conceptual" en *Trauma Psicosocial y adolescentes latinoamericanos: forma de acción grupal*. Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos, Ed. ChileAmérica, CESOC, Santiago, 1994.
- Bettelheim, B., *El corazón bien informado*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1973.
- Bleihmar, H., *La depresión, un estudio psicoanalítico*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1976.
- Díaz, D., Madariaga, C., Tercero Ausente y familias con detenidos desaparecidos. *Revista Reflexión*, Año 6, N° 17, Santiago de Chile, enero 1993.
- Edelman, L., y Kordon, D., "Trauma y duelo. Conflicto y elaboración" en *La impunidad. Una perspectiva psicosocial y clínica*. Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1995.
- Freud, S., "Recuerdo, repetición y elaboración", en *Obras Completas*, Ed. Biblioteca Nueva, 4ª Ed., Madrid, 1981.
- Kordon, D., Edelman, L., Lagos, D., Nicoletti, E., Bozzolo, R. y otros, *Efectos psicológicos de la represión política*. Ed. Sudamericana Planeta, Buenos Aires, 1986.
- Kordon, D., Edelman, L., Lagos, D., Kersner, D. y otros, *La impunidad. Una perspectiva psicosocial y clínica*. Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1995.
- Ricón, L., "La tortura psicológica", Trabajo presentado en el VI Seminario Internacional "La tortura: un desafío para los médicos y otros profesionales de la salud", Buenos Aires, 20 al 22 de octubre de 1993.



# El debriefing emocional colectivo con voluntarios de la Cruz Roja

Barthold Bierens de Haan

Psiquiatra-psicoterapeuta FMH. Responsable del Programa "Estrés y apoyo del personal" del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)  
19, Avenue de la Paix, 1202, Ginebra, Suiza.

## Introducción

Los intervinientes humanitarios, entre ellos los voluntarios de la Cruz Roja, trabajan en situaciones de catástrofe y de conflicto cada vez más violentas: por ende, la carga individual y colectiva, de las emociones y de las reacciones de estrés que llevan sobre sus hombros, es cada vez más pesada.

Hoy día se admite que, por el bien de las víctimas, vale la pena *prestar más atención a los que brindan atención*. Ahora bien, si todo el mundo parece estar convencido de la certeza de esta sentencia, queda un punto por dilucidar: ¿cómo hacerlo eficazmente para los intervinientes humanitarios en las zonas de conflicto? El *debriefing* de grupo, tal como fuera formalizado por Mitchell(9), parece ser la técnica ideal para controlar las diferentes formas de estrés que surgen durante una misión, para disminuir las reacciones dolorosas y para sanar las heridas psíquicas. Sin embargo, hay que respetar una condición: para ser útil, esta medida debe practicarse respetando los principios de Salmon(12), es decir, interviniendo en el lugar del hecho, de forma inmediata y simple y esperando un pronto restablecimiento.

Algunos autores(10) se han interrogado recientemente sobre la utilidad del *debriefing* de grupo y su eficacia para prevenir trastornos a largo plazo, como

el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Bisson y Deahl(4) sugirieron incluso que este *debriefing* no carecía de ciertos riesgos, sobre todo si era algo que se les imponía a las víctimas.

El objeto de este artículo es transmitir la experiencia del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) en esta área particular del "apoyo a los socorristas" e interrogarse sobre los mecanismos que entran en juego en un *debriefing* emocional colectivo.

## El compromiso de los intervinientes humanitarios y sus consecuencias psicológicas

Diferentes formas de estrés pueden afectar a los voluntarios humanitarios que se comprometen en situaciones de conflicto armado o de catástrofe(3). Como tantos otros, socorristas, policías, bomberos o militares afectados a una tarea humanitaria, ellos trabajan en un entorno a veces hostil, a menudo violento, sin experiencia, sin verdadera preparación ni protección psicológicas. A su regreso, el impacto de este entorno sobre su salud será en general más preocupante en el plano mental que en el físico.

En este aspecto, para los intervinientes humanitarios es sabido que el *estrés traumático* no tiene el mismo peso que el *estrés acumulativo*, menos importante a su vez que el *estrés de base*(3). Para ellos, las tensiones y

## Resumen

Los intervinientes humanitarios que trabajan en zonas de conflicto o en situaciones de catástrofe, sufren reacciones de estrés cada vez más intensas. Para permitirles cumplir con su tarea, para aumentar su eficiencia pero también para proteger su salud, deben recibir apoyo. En este aspecto, el *debriefing* emocional colectivo constituye una técnica útil. Este artículo, que relata diferentes situaciones humanitarias vividas en la práctica por los voluntarios de la Cruz Roja, apunta a recordar los principios del *debriefing* de grupo. Parecería que su eficacia depende en primer lugar de la dinámica de grupo y de la capacidad de empatía que emana de él.

**Palabras Clave:** Intervinientes humanitarios – Estrés – Traumatismo – Estado de estrés postraumático – *Debriefing* – Grupo de encuentro.

## THE COLLECTIVE EMOTIONAL DEBRIEFING WITH RED CROSS VOLUNTEERS

### Summary

Humanitarian volunteers working in conflict areas or in catastrophe situations suffer from increasingly intense stress reactions. In order to allow them to fulfill their task, to improve their efficiency but also to protect their health, they must get support. To that effect, the collective emotional debriefing is an useful technique. This article, which refers to different humanitarian situations experienced by the Red Cross volunteers, aims at reminding of the principles of group debriefing. It appears that its efficacy depends firstly on group dynamics and on the empathy capacity arising from it.

**Key Words:** Humanitarian volunteers – Stress – Traumatism – Post-traumatic stress disorder – Debriefing – Encounter group.



los conflictos generados en el seno de equipos que no se conocen y que no tienen la costumbre de trabajar juntos (estrés de base) originan más problemas que las reacciones emocionales asociadas a los traumatismos. Entre estos últimos, se suelen distinguir los psico-traumatismos –súbitos, intensos y amenazantes, como se los observa en el *estrés traumático* (Traumatismo tipo I)– de los otros (Traumatismos tipo II) que son previsible, de baja intensidad y que suceden de forma repetida, como en el *estrés acumulativo*.

El *debriefing* colectivo se aplica preferentemente a las situaciones de estrés traumático inmediato y de traumatización primaria, o *acute stress disorder* según el DSM IV (1); mientras que el estrés acumulativo, a menudo engendrado por la traumatización secundaria, requiere otras medidas complementarias asociadas al *debriefing*.

La mayoría de las organizaciones humanitarias y de las agencias de la ONU han implementado un programa de apoyo psicológico para su personal, en general resumido en un folleto que cada voluntario recibe al momento de partir(5).

El programa del CICR abarca una fase de preparación y de formación antes de la partida, una fase de apoyo durante la misión, y una fase de recibimiento, con medidas administrativas compensatorias, al regreso. Se apoya en algunos principios básicos (cf. Tabla I).

Cuando el incidente o la situación afecta colectivamente, el *debriefing* de grupo es una de las intervenciones que se proponen de manera prioritaria a los sobrevivientes, en el lugar del hecho o cuando regresan al centro. Esta intervención forma parte de una cantidad de medidas que incluye el recibimiento de los sobrevivientes en el lugar del conflicto, el primer relato o *defusing*<sup>1</sup>, el *debriefing* individual, luego el beneficio de un período de descanso y de restablecimiento, períodos de compensación y vacaciones, completado, si es posible, por una misión en zonas de menor riesgo o la interrupción transitoria del contrato con una licencia sin goce de sueldo.

### La técnica del *debriefing* colectivo

Cantidad de modelos de *debriefing* de grupo han sido descriptos por distintos autores. Se trata, con muy pocas diferencias, de la misma técnica, propuesta a los socorristas y/o a los sobrevivientes, cada vez que son afectados colectivamente por un acontecimiento particular, un incidente crítico o un psico-traumatismo.

El *debriefing* de grupo, tal como lo definiera Mitchell(8), se llama *Critical Incident Stress Debriefing* o CISD. Estaba reservado a los socorristas, al personal de ambulancia, a los policías, a los agentes del FBI u otros miembros de cuerpos sociales constituidos. Dyregrov(6) ha desarrollado una técnica muy parecida que

Tabla I

### El control del estrés en misión: principios básicos

- \* Las reacciones emocionales de estrés son reacciones normales ante situaciones anormales.
- \* Cada uno reacciona ante el estrés según un modo personal y particular.
- \* Cada uno es responsable del buen manejo de sus emociones.
- \* El control y el tratamiento de las reacciones de estrés son responsabilidad del Jefe de delegación.
- \* Después de un incidente crítico, la ayuda deber ser ofrecida inmediatamente, en el lugar del hecho, de manera simple y con la esperanza de una rápida restitución.
- \* Hay que recurrir a un *debriefing* de grupo cada vez que sea posible.

califica de *Psychological Debriefing* o PD. La propuso a socorristas, pero también la ofreció a sobrevivientes de una catástrofe. Otros autores describieron una técnica que se aplicaría más a los voluntarios de la Cruz Roja implicados en catástrofes naturales(2). Calificada de *Multiple Stressor Debriefing Model* o MSDM, se la reserva para los equipos sometidos a un estrés acumulativo durante una operación humanitaria prolongada.

Para todos estos autores, la intervención debe tener lugar dentro de los tres días siguientes al acontecimiento, durante una única reunión. Se trata de una reunión estructurada, conducida por uno, o preferentemente por dos animadores, formados en la técnica del *debriefing* colectivo. El objetivo consiste en llevar a los participantes a expresar progresivamente sus emociones ligadas al acontecimiento, reconstituyendo primero el relato de los hechos, obteniendo luego el enunciado de los pensamientos y sentimientos de cada uno, para acercarse progresivamente a la vivencia emocional, agregarle la enumeración de los síntomas residuales y subrayar el lado normal de todos estos fenómenos.

### ¿Cómo se desarrolla un *debriefing* colectivo?

De preferencia tiene lugar en un local profesional y reúne a todos los protagonistas del acontecimiento (15 a 20 personas como máximo), en una habitación pequeña (para favorecer la escucha). Los participantes están sentados en círculo o alrededor de una mesa. Hay bebidas a su disposición. No hay teléfono ni ninguna otra fuente de molestias.

Clásicamente, la intervención pasa de una etapa a



Tabla II

**El modelo de debriefing emocional colectivo en el CICR***cantidad de participantes: 15-20 – duración: 2-3 horas*

| <i>Fase</i>              | <i>Actividades del animador</i>  | <i>Actividades de los participantes</i>                                       |
|--------------------------|--|---|
| Hechos (facts)           | se presenta, da el objetivo del debriefing, fija las reglas por respetar, pide que cada uno relate los hechos tal como los recuerda  | describen el acontecimiento y los hechos o sus actividades                    |
| Emociones (feelings)     | hace precisar las sensaciones y las emociones vividas  | describen las sensaciones, expresan sus emociones asociadas al acontecimiento |
| Normalización (teaching) | marca la normalidad de las reacciones experimentadas, hace precisar los síntomas residuales  | comparten las dificultades que enfrentan y los trastornos que sufren          |
| Futuro (future)          | proyecta la continuación (partida de algunos, continuación de otros), detecta a los participantes que necesitarían de apoyo individual, informa sobre la continuación de la operación prevé eventualmente un segundo debriefing. | manifiestan sus necesidades y sus deseos                                      |

la otra y se desarrolla en fases distintas, siete para los modelos de Mitchell y Dyregrov(9, 6), cuatro para el modelo de Armstrong y col.(2). Estas fases permiten, por etapas, acercarse al núcleo emocional del psiquismo de la persona, luego alejarse de él, siendo lo esencial ayudar a la persona a expresar sus emociones (catarsis).

**Fase 1: Introducción**

Esta fase es importante. Todos los autores concuerdan en destacar que es un factor de éxito si se la realiza bien. Los animadores se presentan y describen el objetivo de la reunión, por ejemplo *"Ha sucedido algo grave que deseáramos compartir con ustedes. Nos gustaría concentrarnos en las emociones de cada uno."*

La introducción tiene además cuatro reglas importantes: nadie está obligado a hablar, cada uno mantendrá de forma confidencial lo que ha oído y no hablará de ello fuera del grupo, cada uno habla en su nombre, el *debriefing* no es operacional y no es una crítica que acuse al otro.

La reunión se desarrolla luego sin interrupción, durante dos a tres horas. Es preferible que todos se queden hasta el final de la reunión y que se comprometan a volver si deben salir. Además, se avisa que si alguien se va de la reunión en estado de desasosiego, será asistido por alguien del grupo o por el co-animador.

**Fase 2: Los hechos**

Dirigiéndose a cada participante, uno tras otro, se trata de reconstituir el acontecimiento tal como cada uno lo vivió. Hay que atenerse a los hechos, que se des-

criben brevemente, a fin de reconstituir una historia común coherente. Relatar la propia versión de los hechos es tomar la medida y la distancia del traumatismo, aportando una contribución a la reconstitución del incidente. Para lanzar al grupo se puede decir: *"Vamos a hablar uno por uno y a pasar revista a los hechos, tal como se desarrollaron para cada uno de nosotros"*.

**Fase 3: Las reflexiones**

Las reflexiones hechas y las sensaciones experimentadas durante el acontecimiento son importantes. Se intentará hacerlas explícitas. Primero haciendo una pregunta simple *"Durante el incidente, ¿qué fue lo primero que pensó?"*, luego tratando de que cada uno rememore sus impresiones sensoriales (ruidos, olores, visiones, impresiones táctiles) que a menudo permanecen en la memoria y pueden inducir el desencadenamiento del recuerdo intrusivo.

**Fase 4: Las emociones**

Es la fase más importante y más extensa del proceso. Es esencial que los animadores ayuden a cada persona a expresar completamente sus emociones, tomándose para ello todo el tiempo necesario. Es a la vez el enunciado del sufrimiento (tomar distancia de él) y la experiencia de poder transmitirlo a otros (compartirlo) lo que tranquiliza al participante. Mientras se expresa, la víctima toma conciencia de la universalidad de las reacciones emocionales y de su normalidad, pero también de la seguridad que puede desprenderse del grupo.

Para animar esta fase del *debriefing*, preguntas tales como: *"¿Qué fue lo más doloroso que sintió durante*



el acontecimiento? ¿Los otros sintieron lo mismo? ¿Cómo se siente usted aquí y ahora?" pueden ayudar a expresarse. Es también una fase que permite identificar a los que guardan silencio y hacerlos sentir en confianza para que se expresen.

#### Fase 5: Los síntomas

Durante esta fase, nos concentramos en los efectos físicos, emocionales, cognitivos o comportamentales de las reacciones de estrés, en el momento del acontecimiento, en las horas que siguen y durante el debriefing. Orientando la charla con preguntas del tipo: "¿Qué lo aqueja ahora, ahora que ha tomado conciencia de lo que pasó, tiene trastornos del sueño, la memoria o la atención le fallan, tiene recuerdos y pensamientos intrusivos?" los participantes se dan cuenta de que no son los únicos que tienen estos síntomas.

#### Fase 6: La normalización

Esta parte del *debriefing* le permite al animador hacer la síntesis de las reacciones expresadas mostrando que son reacciones que todos comparten, así como le permite retomar globalmente el análisis del nivel de restablecimiento del grupo comparándolo con otros acontecimientos similares. La idea esencial de esta fase es mostrar el aspecto normal de las reacciones emocionales y anticipar su devenir, subrayando que con el tiempo van a atenuarse. Es importante evocar también la posible evolución hacia el TEPT, después de un tiempo de latencia más o menos largo; pero sobre todo, es importante insistir en que los recuerdos, los pensamientos intrusivos, los trastornos del sueño, el estado de alerta y de amenazas permanentes (estar alerta cuando ya no hay más peligro) o por el contrario, el sentimiento de tristeza, de desasosiego y la necesidad de protegerse de toda emoción, pueden durar de *dos a tres meses*.

#### Fase 7: El futuro

Se encara concretamente cómo continuará la acción, para todo el grupo o para cada uno individualmente. Se puede prever un segundo *debriefing* emocional, un período de descanso en el lugar o fuera de la zona, un regreso al país, pero siempre manteniendo la posibilidad de compartir las emociones con los allegados o los colegas.

#### El modelo del *debriefing* emocional colectivo en el CICR

Tanto por necesidad de simplificación como gracias a las experiencias adquiridas en el lugar, en el CICR las siete fases fueron reducidas a *cuatro*. Se tra-

Tabla III

#### Situaciones que requieren de un *debriefing* emocional colectivo

- \* incidente de seguridad con deceso o heridas graves de uno o de varios colaboradores, (4)
- \* incidente de seguridad con grave amenaza para varios colaboradores (evacuación de urgencia de una oficina o de una subdelegación, actos de vandalismo, secuestro, robo a mano armada, saqueo, violación), (9)
- \* toma de rehenes (colaboradores cautivos o que actúan como intermediarios neutros), (1)
- \* catástrofes (o masacres) en una escala muy amplia, (1)
- \* sobrecarga profesional grave en un contexto amenazante o emocionalmente difícil, (1)
- \* cualquier otra situación de alta carga emocional.

Entre paréntesis figuran la cantidad de *debriefings* realizados por el autor

ta, luego de la introducción y tal como fueron descritas más arriba, de: los *hechos*, las *emociones*, la *normalización*, y el *futuro*. Las actividades de los participantes y de los animadores se detallan para cada una de ellas (ver Tabla II). El relato de las sensaciones se incluye en la segunda fase y la enumeración de los síntomas residuales en la tercera.

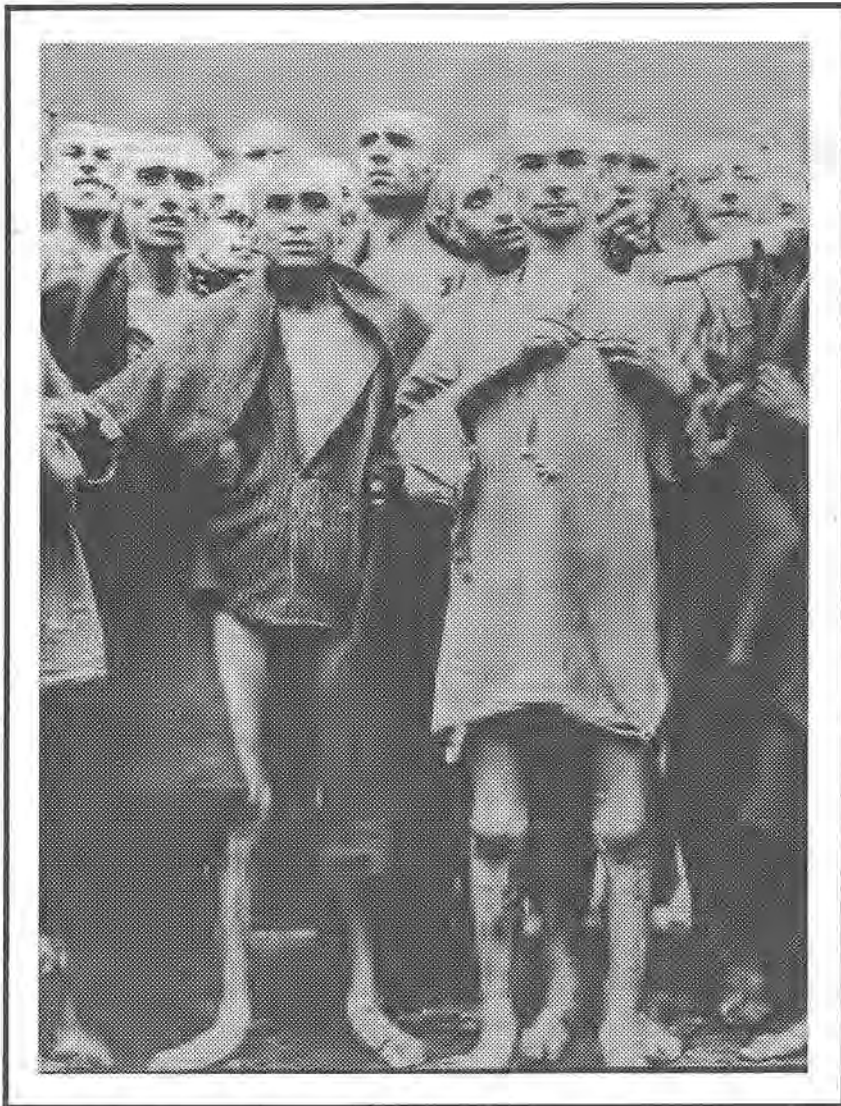
#### El uso del *debriefing* colectivo o *debriefing* emocional<sup>2</sup> en el CICR

El *debriefing* de grupo es una técnica que se propone luego de un acontecimiento grave, de una situación crítica o de una situación de agotamiento emocional, tal como se observa en el estrés acumulativo (ver Tabla III). No es sólo una respuesta a ciertas necesidades individuales o al pedido de un equipo. El *debriefing* pretende ser una medida de rutina que sigue de manera sistemática a todo acontecimiento, o a toda situación, con alta carga emocional, que sucede en el lugar.

Nuestra preocupación es pues institucionalizarlo, es decir, hacer que sea la consecuencia lógica e inevitable de todo incidente crítico que aparece durante una misión. Para ello es importante informar a los superiores sobre los beneficios del *debriefing* colectivo y formarlos para su práctica.

La expresión precoz de las emociones asociadas al trabajo humanitario debe considerarse como prioritaria. Nos gusta destacar que así como un socorrista debe saber brindar los primeros auxilios, cuando hay he-





rida física, limpiándola y vendándola, aquél que interviene luego de una herida psíquica, debe "abrir esta herida", permitir la evacuación de las emociones, es decir "debriefar" a la víctima. Luego de esta primera intervención, la "cicatrización" puede seguir su curso<sup>3</sup>.

El *debriefing* de grupo se emplea en el CICR desde 1994, tanto en el lugar del hecho como en el Centro, en Ginebra, cuando los equipos regresan luego de un acontecimiento grave.

Hasta el momento hemos identificado cinco situaciones que afectan a los voluntarios humanitarios que requieren poner en práctica en el lugar un *debriefing emocional colectivo*: la llegada de una catástrofe imprevista, el deceso de uno o de varios colaboradores, una toma de rehenes y sus consecuencias, la evacuación de una delegación o de una oficina y toda sobrecarga profesional colectiva en un contexto emocional cargado.

### 1. El *debriefing* colectivo luego de una catástrofe

Los intervinientes humanitarios pueden verse confrontados a catástrofes súbitas en una escala muy amplia, es decir, a acontecimientos nefastos, imprevisibles y violentos que provocan un gran número de víctimas y una desorganización de la sociedad.

Así, la primera aplicación de un *debriefing* de gru-

po les fue propuesta, en la primavera de 1994, a los colaboradores que salían de Rwanda tras el desencadenamiento del genocidio. Se trataba allí de una catástrofe de guerra.

En Burundi, donde fuimos a recibirlos, obtuvimos los primeros relatos de los sobrevivientes. Decían haber vivido "La noche más larga de sus vidas", "Que en ese infierno sólo la muerte respiraba y la vida retenía la respiración". Describían la emergencia "de un nuevo tipo de ser humano, rabioso, ebrio de masacres, de sangre y de asesinatos, poseído por un deseo de matar, un ser que, si hubiera tomado los rasgos de un animal, habría parecido un monstruo".

A la desesperación de los sobrevivientes, cuyos valores habían sido arrasados, con el miedo omnipresente, parecía agregarse la culpabilidad de no haber podido evitar el horror y la ira sorda de haber sido "abandonados por el resto del mundo". En ese contexto, la respuesta simbólica del Centro que envía al lugar un equipo de apoyo para recibir y reconfortar a los sobrevivientes, es apropiada.

El compartir las emociones y la escucha durante el *debriefing* ayuda a los colaboradores; pero el recibimiento al regreso y el acompañamiento hasta la zona de seguridad tienen también su importancia.

### 2. El *debriefing* colectivo luego del deceso de uno o varios colaboradores

Esta situación siempre es dramática y está cargada de emociones. Es también la situación en la que la presencia del centro como consuelo, con el único objetivo de aliviar a los equipos, es indispensable. Es importante que este aspecto de apoyo, bien separado de los problemas operacionales y de seguridad (que también deben ser resueltos de forma urgente), se encarne en una persona, cuya única preocupación sea atenuar el sufrimiento del personal.

Su preocupación será estar allí para recibir las emociones y las confidencias de los sobrevivientes y para prever, además del *debriefing* propiamente dicho, medidas anexas, esenciales para la gestión del duelo, como una ceremonia fúnebre en presencia de los ataúdes con la evocación del o de los difuntos, la repatriación de los restos, llevados a las familias por los sobrevivientes, y la difícil separación de los colaboradores nacionales.

En principio es mejor ubicar el *debriefing* colectivo después de la ceremonia. Pues esta última simboliza el debido respeto a los desaparecidos y absorbe lo esencial de las reacciones de estrés traumático agudo. Después de esto, los sobrevivientes pueden asomarse a su propio sufrimiento y aceptar un apoyo.



### 3. El debriefing colectivo luego de la evacuación de urgencia de una oficina, de una delegación, de un hospital.

Estas situaciones siempre originan un estrés traumático severo. Los colaboradores se sienten directamente amenazados por militares que ahora son vistos como agresivos por la atmósfera general de venganza –pero también de temor, a veces de pánico– que prevalece y por la ausencia de mando. El saqueo suele generalizarse, provocando amenazas hacia todas las personas que se opondrían a ello. A esto se agregan a veces amenazas de agresión sexual para con el personal femenino y una pérdida de todos los efectos personales. El robo de automóviles puede obligar a los sobrevivientes a huir en vehículos que no son los suyos, bajo la protección del ejército o a pie, exponiéndolos a toda clase de amenazas, sin apoyo ni del grupo ni de la bandera, en medio de muchedumbres incontrollables.

Obligados a partir así en las horas, a veces incluso en los minutos que siguen, los intervinientes humanitarios abandonan en el lugar a las víctimas que querían asistir y proteger, a sus bienes y su equipaje, sus amigos y sus ideales.

Una vez de regreso en la zona de seguridad, el compartir las emociones le permite a cada uno salir de ese aislamiento para relatar su miedo. Fue el caso de un colaborador que en una primera instancia se había negado a participar en el *debriefing* de grupo y había guardado silencio ante el relato de sus compañeros. Terminó por aceptar narrar su vivencia de los acontecimientos en un contexto muy angustiante y los relacionó con otros hechos de su infancia, durante los cuales había huido de su país de origen con toda su familia.

### 4. El debriefing colectivo luego de una toma de rehenes

Una toma de rehenes es un acontecimiento de alta carga emocional para todas las personas implicadas. Entre los rehenes, los que los tomaron como tales y la célula de crisis se delimita un espacio relacional que encierra un estrés de alta intensidad. Por encima de ellos pende la espada de Damócles del chantaje y la ejecución. Hay que saberlo, pues todo paso dentro de este espacio, entre las partes –a las que se agregan las familias, los medios, las autoridades de policía y el ejército– tendrá consecuencias nefastas para el equilibrio de las personas concernidas.

En semejante situación de toma de rehenes, la implicación de los intervinientes humanitarios puede variar: pueden ser víctimas ellos mismos (es decir rehenes), ser allegados de las víctimas o finalmente, ubicarse como intermediarios neutros.

En materia de apoyo, hay que distinguir tres grupos de personas que pueden verse afectadas: los rehenes, los compañeros que quedaron atrás (incluyendo los que están implicados en la negociación) y los allegados, incluidas las familias.

Estos tres grupos deben tener mucha paciencia y resistencia para afrontar la prueba. Nada permite pensar que una toma de rehenes hallará una solución rápida. Por el contrario, para hacer ceder a los que tomaron rehenes, a veces la célula de crisis debe hacerla durar.

Se considera que la toma de rehenes se desarrolla en tres fases distintas: la captura, el cautiverio y el desenlace.

El *debriefing* de los rehenes interviene en general durante la tercera fase, pero el apoyo a todas las personas implicadas debería ofrecerse durante las tres fases.

#### 4.1. Para controlar el estrés de los rehenes durante la ter-



cera fase (*desenlace*), el *debriefing* sólo constituye una de las medidas que se deben aplicar. Antes hay que pensar en:

- mantener al grupo unido hasta que se reúnan con sus allegados
- proteger al grupo de los medios y de toda intervención externa (salvo los allegados)
- permitirles a los rehenes liberados retomar contacto con sus compañeros antes de volver con sus familias
- devolverles sus efectos personales
- organizar los reencuentros con las familias en un lugar protegido, lejos de la prensa
- prever y conducir un *debriefing* emocional
- encarar un apoyo individual para los más afectados



- no olvidar realizar un seguimiento y conmemorar los aniversarios (captura, liberación)

4.2 El control del *estrés de los compañeros durante la segunda fase (cautiverio)*, en la base de retaguardia, se hace también con sesiones de *debriefing* emocional, durante las cuales lo más importante es informar. Al comienzo de la crisis es bueno instituir reuniones frecuentes. Luego se las puede espaciar, pero se trata de transmitir toda la información posible de forma transparente y permanente.

4.3 Para controlar el *estrés de las familias y de los allegados* hay que tener contacto regular con ese grupo y ganar su confianza transmitiéndoles la información que no pone en peligro la vida de los rehenes, ya sea que lleven esperanza o no. En estas circuns-

ta, la vida lejos de la delegación principal fuera muy difícil.

La tercera vez, el apoyo se les propuso a los equipos encargados de anunciar a las familias de refugiados el deceso de un familiar desaparecido. Las reacciones emocionales, observadas al dar la mala noticia, eran tan amplias que nuestros colaboradores no podían soportar el transformarse súbitamente en los mensajeros del infortunio, desencadenando el proceso de duelo.

En tales situaciones, el *debriefing* emocional es el ejemplo de una medida que, agregada a los períodos de compensación, puede permitir soportar la prueba.

## Resultados

Desde 1994, hemos conducido 16 *debriefings* emocionales colectivos, en el lugar del hecho o en el centro, reuniendo en total unos cien participantes (ver Tabla III).

Naturalmente, otros *debriefings* de grupo fueron realizados por los responsables operacionales o por responsables de salud, pero no son objeto de un análisis particular. No es posible evaluar estadísticamente la eficacia de esta escucha de grupo y todavía no se han hecho estudios

precisos sobre los resultados de esta técnica. Por otro lado, nos damos cuenta de la dificultad que se presenta para ello en el plano ético.

Como Lebigot y col. (7), que subrayan la buena recepción del *debriefing* dentro del ejército francés en Rwanda, estimamos que el efecto favorable inmediato de un *debriefing* suele ser evidente.

En el CICR el apoyo al personal y el tratamiento del estrés son bien recibidos. Más particularmente, el *debriefing* colectivo durante un acontecimiento grave es una medida considerada útil<sup>4</sup>.

Es preciso insistir para que el *debriefing* forme parte naturalmente de la respuesta institucional ante un psico-traumatismo y para que sea practicado cada vez más en el lugar del hecho, por personal formado en esta técnica. No es seguro que impida la aparición de un TEPT. Pero lo que es indudable es que mejora la cicatrización de una herida psíquica que alcanza tanto al individuo como a la organización. Debemos recordar que ambos adolecen de la misma culpabilidad.



tancias, las sesiones de *debriefing* emocional colectivo son de gran utilidad. El apoyo a las familias es una ardua tarea que habría que delegar en personas (psicólogos o ex-rehenes) que tienen el tiempo de implicarse.

## 5. El apoyo colectivo luego de una situación de estrés acumulativo

Se les propusieron a nuestros equipos varios ejemplos de este tipo de apoyo.

La primera vez se trataba de colaboradores que intervenían en cárceles donde la superpoblación –y por ende la mortalidad– era tan importante que provocaba desesperación y rebeldía entre los equipos visitantes. Pronto se instalaban la traumatización secundaria, el estrés acumulativo y el *burn-out*.

Otra vez, las condiciones de vida (una situación de encierro y de promiscuidad) asociadas a relaciones conflictivas en el seno del equipo y a un doloroso trabajo de escucha de prisioneros maltratados, ha-



## Discusión

El *debriefing* emocional colectivo es una intervención de crisis. En toda colectividad, la crisis es un momento fecundo que desemboca, en el mejor de los casos, en un aquietamiento (la post-crisis) y en un alivio, que a menudo están en favor de una decisión. Esta intervención debe efectuarse cada vez que un grupo de colaboradores se ve afectado por un acontecimiento particular (calificado como incidente crítico) que sugiere la aparición de un traumatismo psíquico, o por una situación de alta carga emocional. Todo *debriefing* intenta en primer lugar reducir las manifestaciones y las consecuencias del estrés traumático y acumulativo, luego, trata de prevenir la emergencia de un TEPT.

Intentemos responder a algunas preguntas:

### ¿Qué es un *debriefing*?

El *debriefing* emocional no es una técnica milagrosa. No es ni una exposición de las responsabilidades operacionales (con la búsqueda de culpables), ni un psicodrama, ni una terapia de grupo. Es una intervención que trata de prevenir un sufrimiento duradero y de permitir la cicatrización natural de la herida psíquica, controlando los factores que podrían frenarla, como las reivindicaciones, las tensiones, los conflictos, el silencio o la situación de exilio interior.

De esta forma, el *debriefing* emocional no es más que una de las numerosas medidas propuestas para controlar mejor el estrés y no podría comprenderse separada de las otras medidas, como por ejemplo, el recibimiento, el *defusing*, el *debriefing* individual, las medidas administrativas, el seguimiento.

El *debriefing* emocional trata de transmitirles a los participantes un mensaje simple:

- cuando se produce una herida psíquica, la expresión de las emociones no es peligrosa; lo que es más, esta expresión alivia, como el lavado y la desinfección de las heridas atenúan el dolor y facilitan la cura.
- el grupo es un entorno protector para efectuar este ejercicio.

### La dinámica de grupo

Centrado en la expresión de las emociones en el aquí y ahora, y en el poder compartir dentro del grupo, el *debriefing* se inspira de los grupos de encuentro (*en-*

*counter groups*) de Carl Rogers(11). Este autor demostró la buena capacidad terapéutica (*healing capacity*) de los grupos de encuentro que él alentaba, fundados en la empatía, la comprensión y la no-directividad.

Si el *debriefing* de grupo alivia, es tal vez por la fuerza terapéutica que emana del grupo en sí. El rol del animador es ayudar a los participantes a expresar sus emociones. Este intenta crear un clima de seguridad dentro del cual puede crecer la libertad de expresión. Rogers había emitido la hipótesis incluso de que lo esencial de la ayuda se dispensaba fuera de la sesión, gracias a los factores ya citados. Es también lo que observamos nosotros. Como en los grupos de encuentro, el grupo de los sobrevivientes va a desarrollar su propia vida. Con más o menos éxito, durante las reuniones informales los participantes van a evocar la catástrofe o el incidente crítico y se atreverán a



expresar sus emociones en un clima de seguridad.

Precisemos que un *debriefing* emocional no tiene el mismo alcance si se efectúa dentro de una colectividad homogénea, dotada de una buena cohesión (soldados, socorristas, voluntarios de la Cruz Roja...) o entre un grupo de sobrevivientes únicamente ligados por el incidente que acaban de vivir juntos.

Dado que esta dinámica de grupo es prioritaria, no es bueno estructurar el ejercicio sobre un plan demasiado rígido que podría quebrarla.

Lo esencial del *debriefing* emocional colectivo reside en una escucha activa del otro, que de esta forma toma conciencia de que su relato tiene valor. El sufrimiento prolongado se halla convalidado y el sobreviviente gana en presencia y en fuerza de ser.

### ¿A quién se dirige el *debriefing*?

Todos los sobrevivientes del acontecimiento son invitados. El *debriefing* no es obligatorio, pero cada uno es invitado a participar, aunque no desee intervenir, para mantener unido al grupo.

### ¿Cuál es el sentido del *debriefing* emocional?



Ante todo, un reconocimiento colectivo de la realidad de una herida psíquica soportada en el dolor, la impotencia y el horror. Este reconocimiento es efectuado por los otros, por los allegados, la delegación, la organización o la sociedad, no directamente tocados por el acontecimiento. El alcance simbólico de esta escucha de grupo es considerable, no porque intenta prevenir un TEPT, sino porque ofrece, en el hecho de compartir, la posibilidad de reintegrar al mundo de los vivos indemnes a aquéllos que estuvieron demasiado cerca de la muerte.

#### *¿Quién procede al debriefing emocional?*

Se prefiere que sean dos personas, un animador y un co-animador, que desempeñan el papel de facilitadores de la expresión de las reflexiones y de las emociones.

El animador es una persona (psiquiatra, psicólogo, médico) formada para este ejercicio que sabrá llevarlo a cabo. Es también una persona que está en el lugar, que no fue afectada directamente por el acontecimiento, que se siente responsable del buen funcionamiento del grupo y que desea, al tiempo que identifica a las personas más afectadas, volver a darles la capacidad de funcionamiento anterior. Es, por fin, una persona que el grupo reconocerá como competente.

El responsable jerárquico puede excepcionalmente proceder él mismo al *debriefing* de sus colaboradores, con la condición de que abandone temporalmente su posición de Jefe, para tornarse animador de un nuevo grupo restringido. Hemos observado que más vale proceder a un *debriefing* torpe pero empático, conducido por un animador salido del grupo, que hacer venir un experto, profesional es verdad, pero *outsider* y desconocido.

#### *¿Cuándo se procede al debriefing emocional?*

Es el responsable operacional en el lugar el que debe decidir. Este identificará de manera precoz, no ya a las personas estresadas, sino a las situaciones de alto riesgo que merecen esta intervención preventiva.

#### *¿Cómo formarse para el debriefing?*

Es menester comprender sus principios y objetivos y si es posible, haber conducido un *debriefing* después de haber participado en dramatizaciones.

En el CICR, esto se hace durante el curso de formación para la gestión de una delegación, reservado a los futuros cuadros superiores de la organización.

#### *¿Cuáles son los objetivos de esta intervención?*

Se trata de atenuar el sufrimiento psicológico de cada individuo:

- \* compartiendo dentro del grupo el desarrollo de los acontecimientos, los sentimientos y las reacciones emocionales,

- \* ayudando a medir los acontecimientos a través de una comprensión precisa de su desarrollo y de una toma de distancia de las emociones gracias al lenguaje,

- \* atenuando las tensiones y los conflictos del grupo en relación con el acontecimiento descripto,

- \* movilizandolos recursos del grupo, eventualmente de los allegados, para ofrecer un apoyo y una ayuda mútua.

#### *¿Cuándo hay que practicar esta intervención?*

En caso de incidente crítico, como un incidente de seguridad colectivo, un duelo dentro de un equipo, una toma de rehenes, hay que proceder al *debriefing*, dentro de los dos a tres días siguientes al hecho, cuando los recuerdos están frescos. Se considera que es mejor dejar pasar algunas horas luego del *defusing* para permitirle a cada cual restablecerse, alimentarse, dormir y descansar.

En caso de *debriefing* para un estrés acumulativo, o una traumatización secundaria, es bueno instituir el *debriefing* de rutina durante el fin de semana, o cada noche.

#### *¿Cómo proceder al debriefing?*

El animador parte del pasado para ir hacia el futuro. Trata de permitirles a los sobrevivientes "dar vuelta la página". Para ello se basa en la expresión de las emociones y en la dinámica de grupo. Siguiendo un plan muy simple (ver Tabla II) que abarca cuatro etapas, va a partir de los hechos para ir hacia las emociones, asegurándose de que cada uno halle la posibilidad de expresarse.

En resumen, en materia de *debriefing* emocional, el CICR ha establecido ciertos principios:

1. El *debriefing* emocional es una medida de rutina. Hay que proponerlo a todos los equipos que vivieron un incidente crítico.

2. El *debriefing* emocional debe enseñarse y practicarse previamente, durante una formación para la gestión del personal.

3. Cuanto más fiel sea en su aplicación a los principios de Salmon, más eficaz será.

4. Si los que lo conducen son allegados a los equipos sobrevivientes (pero indemnes) y si están bien informados sobre las circunstancias que rodean al incidente o la situación particular, obtendrán más fácilmente la confianza de los sobrevivientes.

5. Finalmente, si, dentro del grupo, una dinámica de apoyo espontáneo corre el riesgo de ser alterada por la adhesión a un modelo de *debriefing* colectivo demasiado riguroso, es mejor renunciar a él.

#### **Conclusión**

Como toda intervención asistencial, su éxito no sólo depende de las técnicas y del profesionalismo puestos en juego. Para ser bien recibida, la ayuda debe ser ofrecida en el respeto del otro. Debe también asegurar la libertad del beneficiario para rechazarla. Si se tiene en cuenta este aspecto ético, el *debriefing* emocional colectivo es una medida eficaz para atenuar las reacciones de estrés y las emociones desencadenadas por las situaciones anormales que afrontan los voluntarios humanitarios.

La intervención no es terapéutica sino preventiva. Una persona, del grupo voluntario, previamente formada, dotada de empatía y de experiencia, puede llevarla a cabo. Una formación básica de trabajador social, de psicólogo o de psiquiatra es útil, desde luego, pero no es indispensable. Lo que más cuenta es que a esta persona la anime una preocupación real por el bienestar de los voluntarios y que

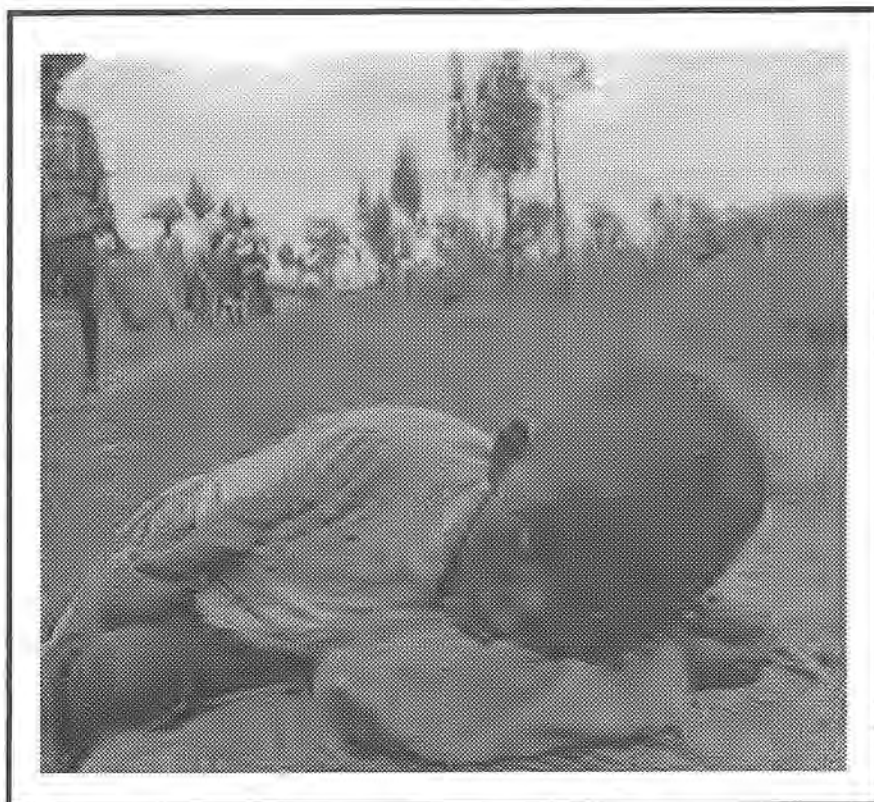


disponga de un buen manejo de sus propias emociones.

El sentido del *debriefing* emocional se halla en un símbolo: que los sobrevivientes compartan empáticamente sus emociones con otras personas, allegadas o no, pero indemnes.

Así, los que vuelven del infierno, todavía con el terror del traumatismo que parece haberlos separado de los suyos, pues han estado demasiado cerca de la muerte, se sienten recibidos y reintegrados en el seno de una comunidad de la que pensaban haber sido excluidos.

En una organización que disponga de un buen espíritu de grupo, el *debriefing* intenta reconstruir la cohesión del grupo y reforzar la autoridad del Jefe. En un grupo que no disponga ni de cohesión ni de homogeneidad, el *debriefing* tendería sobre todo a fundar una solidaridad frente a la desgracia ■



## Notas

1. Para los autores anglosajones, este término (que significa desactivar) describe el primer relato, en caliente y espontáneamente, del incidente crítico. Permite restablecer la red relacional y a veces hace que el *debriefing* emocional resulte superfluo.

2. El prejuicio negativo del prefijo psi llevó a que esta técnica sea calificada en el CICR como *Debriefing* emocional. El adjetivo "emocional" califica el punto fuerte de una escucha colectiva no especializada.

3. Emplear esta imagen no es gratuito: se considera que cerca del 90% de las heridas psíquicas se curan espontáneamente y que sólo el 10 a 15% provocarán complicaciones de tipo TEPT.

4. Para evaluar este programa, dicha hipótesis debe despegarse con ayuda de un cuestionario que está en preparación.

## Notas bibliográficas

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IVth Edition*. (DSM-IV), Washington, 1994.
2. Armstrong, K., O'Cakkahan, W., Marmar C.R., Debriefing Red Cross Disaster personnel: The multiple stressor debriefing model. *Journal of Traumatic Stress* 4, 581-593, 1991.
3. Bierens de Haan B., L'importance de la prévention du stress dans l'engagement humanitaire en zone de conflits. *Revue Suisse de Médecine Militaire et de Catastrophes* 72, 5-11, 1995.
4. Bisson J. I., Deahl, M. P., Psychological Debriefing and prevention of Post-traumatic stress, *British Journal of Psychiatry* 165, 717-720, 1994.
5. Comité International de la Croix Rouge, *Engagement humanitaire et conflits armés: le Facteur Stress*. CICR Publications, Ginebra, 1994.
6. Dyregrov, A., Caring for helpers in disaster situations: psychological debriefing. *Disaster Management* 2, 25-30, 1989.
7. Lebigot, F., Gautier, E., Morgand, D., Reges, J. L., Lassagne, M., Le debriefing psychologique collectif. *Annales Médico-Psychologiques*, 1997, 6: 370-378.
8. Mitchell, J. T., When disaster strikes... the critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services* 8, 36-39, 1983.
9. Mitchell, J. T., Everly, G. S., *Critical Incident Stress Debriefing (CISD): an operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers*. Ed. Elliott, Chevron Publishing Corporation, 1993.
10. Raphael, B., Meldrum L., McFarlane, A.C., Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal* 310, 1479-1480, 1994.
11. Rogers, C. R., *Les groupes de rencontre*. Dunod, Paris, 1976.
12. Salmon, T.W., War neuroses. *Military Surgeon* 674-693, 197.



# Oportunidades y formas de intervención terapéutica en el Traumatismo Psíquico

François Lebigot

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce. Hôpital d'Instruction des Armées Percy. 101 Avenue Henri Barbusse, BP 406, 92141 Clamart Cedex.

Es necesario volver a Freud(3): la *efracción* traumática es producida por el *miedo*, a veces de manera muy breve –unas décimas de segundo– a veces de manera prolongada: estados de petrificación, de estupefacción, de disociación (en el sentido de Janet). El “estrés”, es decir la angustia, invade al sujeto (y no siempre) sólo de forma secundaria y se torna en este caso la manifestación clínica más evidente de las consecuencias inmediatas o post-inmediatas del traumatismo. Es tal vez por ello que las clasificaciones norteamericanas o internacionales hablan del síndrome psico-traumático en términos de “estrés”, y porque las ulteriores manifestaciones del síndrome de repetición generarán angustia.

Tener una concepción psicopatológica clara del traumatismo psíquico(1) nos parece la condición *sine qua non* de todo trabajo terapéutico serio en esta área. El mismo tomará distintas formas según el momento en el que se desarrolle.

Dado que en una primera etapa el horror del acontecimiento ha invadido la conciencia de un sujeto completamente desconcertado, la acción del médico o del psicólogo es limitada, pero, como veremos, no es inútil. En una segunda etapa, se despliega una reacción psíquica contra este “cuerpo extraño interno”(3) y se plantea el problema de saber qué hará con él el “traumatizado”. Le corresponde entonces al terapeuta ayudarlo a hallar la salida correcta, la que le indica su propia palabra. Finalmente, cuando se ha constituido

la neurosis, se trata de darle la oportunidad y la posibilidad de cuestionar el “arreglo” con el que logra satisfacción a pesar de su sufrimiento (pero sucede que ya no le da más satisfacción), y apartarse de la fascinación que ejerce sobre él la imagen traumática.

## Las etapas del tratamiento

### 1. La atención inmediata

Cuando es posible, siempre es interesante poder intervenir en los minutos o las horas que siguen al traumatismo. A menudo sucede así en el ejército, luego de la explosión de una mina que mató compañeros, un grave accidente entre vehículos, una acción de guerra particularmente violenta y asesina. El médico de la unidad nunca está muy lejos. En la vida civil es menos frecuente, pero en Francia, desde la implementación en 1995 de “células de urgencia médico-psicológica”, estas intervenciones inmediatas comienzan a organizarse. Con la ayuda logística del S.A.M.U.\* los psiquiatras, psicólogos y enfermeros psiquiátricos pueden llegar al lugar del hecho, en el mejor de los casos, en menos de una hora. Tomemos como ejemplo los atentados en la red de subterráneos de París, que originaron

\* Similar al CIPEC en Argentina.

## Resumen

El tratamiento precoz de un sujeto que pasó por un traumatismo psíquico es decisivo para su futuro. En Francia se distinguen: la atención inmediata, “post-inmediata” y tardía, cada una de las cuales posee sus propias modalidades. En particular la atención “post-inmediata”, que corresponde a lo que los angloparlantes llaman “*debriefing*”\*, es un tiempo fuerte del tratamiento, donde el psiquiatra debe saber establecer un lazo transferencial durable y permitirle al paciente iniciar un trabajo psíquico sobre la experiencia que ha vivido. El objetivo que se persigue es que la imagen traumática en sus diferentes componentes establezca vínculos con las representaciones del Inconsciente.

**Palabras Clave:** Traumatismo psíquico – Tratamiento – Transferencia.

## TREATMENT OF PSYCHIC TRAUMATISM: INTERVENTIONS MODES AND OPPORTUNITIES

### Summary

Early treatment of subject that suffers of a psychic traumatism is vital for his future. In France, we make a difference between immediate, early and delayed cares, which have specific features. Especially the early cures, i. e. Individual or group debriefing, are a very important time in the care, in which the psychiatrist has to set up a strong transferential bond and to allow a psychic work to begin about the trauma. The main aim is that the traumatic picture makes links with the Inconscius representations.

**Key Words:** P.T.S.D. – Treatment – Transfert.

\* En inglés, del verbo *debrief*: coloquial, interrogar (a una persona, por ej. un diplomático o un piloto) acerca de una misión realizada o de un emprendimiento. (N. de la T.)



la implementación de este dispositivo de urgencia. El equipo de los "psi" instala un "puesto de socorro médico-psicológico" en el perímetro del cordón de seguridad establecido por la policía (pero nunca en un andén o pasillo del subterráneo) y cerca del P.M.A. (Puesto Médico de Avanzada: los heridos físicos también pueden requerir atención psiquiátrica). Puede tratarse de un café, un edificio administrativo, un negocio amplio. Se condena a las personas en estado de shock a ese puesto, o bien, dado que este dispositivo comienza a hacerse conocido, éstas vienen espontáneamente. Llegan agitadas, angustiadas o petrificadas. Se ve que la mera presencia de los especialistas ya tiene un efecto tranquilizador para muchas de ellas. A menudo se indican ansiolíticos para bajar la tensión emocional. Pero lo más importante consiste en establecer con la víctima un vínculo de palabra, proponerle que ponga palabras a la experiencia que acaba de vivir y que la supere. Hablar con alguien en ese momento, es tomar ya un poco de distancia de las imágenes de horror que han producido efracción en el aparato psíquico. Hablar con alguien es también asirse al mundo de los humanos, a la "comunidad de los vivos"(2), y escapar, dentro de lo posible, al poder de atracción del horror y la muerte.

En la práctica, la agitación y el desorden que reinan en los momentos siguientes a un atentado no ayudan a organizar grupos de palabra estables, o a ocuparse durante todo el tiempo necesario de una víctima encerrada en su pesadilla (lo que sí es posible en otros tipos de acontecimientos). La amplitud de las reacciones emocionales limita también el alcance de las intervenciones terapéuticas, cuando la angustia fragmenta el discurso en estallidos o cuando la estupefacción bloquea la emergencia de las palabras.

Así y todo, la atención inmediata siempre es útil. Por un lado, atenúa el sufrimiento actual y puede prevenir comportamientos que agravarían la depresión, por ejemplo, aislarse y abandonarse a un estado de total desamparo. Por otra parte, permiten activar un movimiento de evasión, que a partir de entonces ayuda al sujeto a no constituirse totalmente en prisionero de la escena de horror que acaba de vivir.

La experiencia muestra también que este primer encuentro en el lugar del drama facilita los ulteriores pasos terapéuticos y que la víctima, aunque aparente haberse repuesto rápidamente del shock inmediato, acudirá en los días siguientes a consultar al psiquiatra o al psicólogo que vio en ese momento(5).

## 2. La atención post-inmediata

Esta atención constituye la etapa decisiva del tratamiento. Prueba que la precocidad de la atención es el principal elemento que determina su éxito. En ge-



neral, tres a cuatro entrevistas, a veces menos, a veces un poco más, le permiten al sujeto librarse del dominio de la repetición, presente o por venir, y hacer ceder la angustia.

Esta atención tiene lugar de uno a cuatro o cinco días después del acontecimiento. A veces, cuando los trastornos aparecen de manera diferida, se puede intentar hacer un trabajo semejante en cuanto aparece el síndrome de repetición.

Las entrevistas deben diferenciarse de una consulta psiquiátrica habitual. El acontecimiento es lo primordial, y ya sea en privado o durante un "debriefing" colectivo, se tratará de volver a recorrer con el paciente todo su desarrollo, los hechos, las emociones sentidas, los pensamientos que surgieron en tal o cual momento. En general esto lleva tiempo, pero, al menos en este primer encuentro, hay que dedicarse tranquilamente al trabajo de recabar elementos biográficos, antecedentes, etc....

No debe quedar nada en la sombra, sabiendo que lo que hay que desentrañar no es lo "real" sino lo que el sujeto hizo con esto(6). En particular en los "debriefing" colectivos no está indicado tratar de establecer una versión común del acontecimiento como pregonan algunos, sin darse cuenta de que al proceder de este modo están bloqueando el proceso de elaboración forzosamente individual que, por el contrario, hay que favorecer.

Durante su relato o inmediatamente después, el paciente hace digresiones. Pueden ser tratadas enseguida (con mucha prudencia en caso de "debriefing" colectivo) si el tiempo necesario para el "tratamiento" del





acontecimiento lo permite, o pueden ser puestas a un lado con cuidado, para más adelante. Estas digresiones son valiosísimas pues muestran que el proceso asociativo está en marcha, que la imagen traumática, ese "cuerpo extraño interno" comienza a establecer vínculos con las representaciones del Inconsciente(3).

Durante esta primera entrevista, habrá que precisar también el momento de la vida en que esta persona se hallaba, y los trastornos que resultaron del encuentro traumático. Es decir que más vale contar con tiempo, que el sujeto debe sentir que su interlocutor está disponible y decidido a explorar con él todos los aspectos psíquicos de la prueba por la que acaba de pasar. ¿Es necesario agregar que no es conveniente una actitud compasiva? Por el contrario, puede proponerse una prescripción medicamentosa, por ejemplo, ansiolíticos en posologías que no alteren la vigilancia, e hipnóticos que favorezcan el sueño.

Por lo general, se fija una segunda entrevista de común acuerdo, en un plazo de algunos días. Esta será tan intensa como la primera, pero el terapeuta tiene aquí un rol menos directivo, ya que esta vez el paciente tiene una idea precisa de lo que quiere hablar. Si parece instalarse un estado depresivo, no debe diferirse la prescripción de un antidepresivo. De este modo el trabajo psicoterapéutico se verá beneficiado, con un paciente menos aplastado por su sufrimiento y que ya ha experimentado los efectos de su palabra.

La segunda entrevista es en general muy larga también, y requiere de un mayor esfuerzo de atención que una consulta ordinaria. Más tarde, si el tratamiento se prolonga, el estilo de la relación terapéutica se irá normalizando.

Cuando el traumatismo no fue demasiado masivo, violento o prolongado y si el sujeto no se halla demasiado desestabilizado, algunas entrevistas bastan para liberarlo del dominio del trauma: éste no será olvidado, sino que tendrá las características de un recuerdo. A veces se deberá realizar un trabajo más largo y difícil,

que no se diferencia de cualquier psicoterapia (incluso de un psicoanálisis) de un sujeto neurótico.

Debemos decir algo más sobre estos "debriefings" individuales o colectivos. Dos ideas que a menudo se ubican en primer plano nos parecen profundamente equivocadas. La primera dice que el terapeuta debe proceder a una "desdramatización". Nos parece que son las víctimas las que deben decir si hubo un drama o no para ellas y que no deben aceptar que sea otro el que fije límites a la expresión de su sufrimiento.

La segunda idea equivocada, más perniciosa, supone que hay que "desculpabilizar". Así es que, en relación con un hecho que los ha tomado por sorpresa, (como por ejemplo, una bomba en el subterráneo; un terremoto, respecto de cuyo origen no tienen ninguna responsabilidad), los sujetos tienden a desarrollar sentimientos de culpabilidad (por ejemplo, la famosa "culpabilidad del sobreviviente" de los veteranos de Vietnam).

Es lo que sienten y los hace sufrir, a veces tanto como el trauma en sí. "Desculpabilizarlos" no sirve de nada y además, los lleva al silencio. Ese sentimiento de culpa debe poder ser expresado, es la mejor manera de aliviarlo; pero sobre todo, si se debe emprender un trabajo psicoterapéutico, veremos que es gracias a él que la víctima podrá salir de su trauma. Muy a menudo, el sueño que cierra el tratamiento de una neurosis traumática es un sueño de tribunal donde el soñador aparece como culpable(4, 7).

### 3. La atención tardía

En general es más complicada. La neurosis traumática ya se ha instalado, la fascinación por el trauma vence al horror. Lo que el paciente busca entonces, es que se lo ayude a vivir con "eso", ya sea que él mismo lo exprese de este modo, ya que lo ignore. La mayoría de las veces, se logra y, en el camino, se puede tener la sorpresa de verlo cambiar de opinión y de querer saber más acerca de lo que le sucedió. En la práctica, no hay que mostrarse apresurado y dejar que el pedido nazca solo, si es que llega.

Estos pacientes han venido a consultarnos por un estado depresivo; de angustia, con sus diferentes formas, a menudo fóbica; un trastorno de la conducta con o sin alcohol; una enfermedad psicósomática, etc. Es muy raro que al comienzo establezcan una relación entre sus trastornos actuales y el trauma, que se remonta a varios años (incluso a décadas).

Están en busca de un interlocutor, un "padre" que los escuche, los quiera, los proteja. Se han adaptado a sus pesadillas, sobre todo los ex-militares que las ubican entre sus "recuerdos de guerra". El tratamiento de estos pacientes variará en su aspecto según acepten o no volver al problema que se les planteó durante el encuentro traumático.

A veces esta atención tardía se presenta de otra



forma. Puede que, tal como vimos, el síndrome de repetición termine, luego de meses o años de un relativo silencio. Nos hallamos entonces prácticamente en el caso de la atención post-inmediata.

En otros casos, lo importante no es si el síndrome ha comenzado recientemente (puede estar presente desde hace años) sino la violencia con la que, de pronto, se desencadena. Entonces es preferible proceder a una internación y ocuparse del sujeto de manera intensiva. Hay un riesgo real de suicidio o de paso al acto agresivo grave. Estos casos son bastante frecuentes en el ejército, en particular en sujetos jóvenes. El aspecto "debriefing" del tratamiento está presente, pero la masividad de la angustia y/o de la depresión requiere echar mano a una terapéutica medicamentosa igualmente masiva. Finalmente, la internación favorece el trabajo sobre la actividad onírica por distintas razones. El miedo en el que vive el enfermo, sus violentos deseos de suicidio o, más raramente, de asesinato, su temor de volverse loco, sus noches pobladas de pesadillas y de sueños angustiantes, hacen que tenga urgencia de decir. La constante presencia del personal de enfermería, la disponibilidad del médico le permiten avanzar rápidamente en este trabajo de vincular, parte por parte, la imagen traumática con las representaciones del Inconsciente.

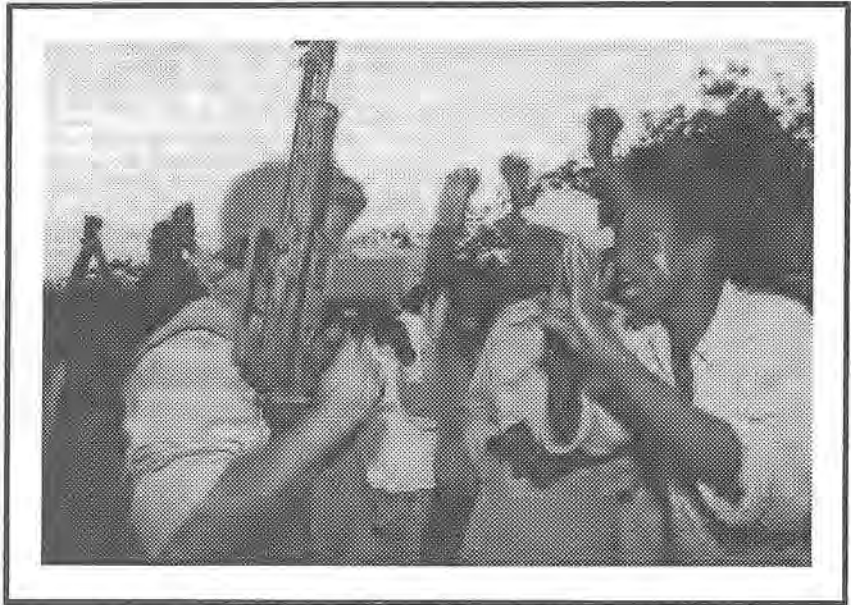
Ejemplifiquemos todo lo dicho hasta aquí con la observación muy condensada de uno de estos enfermos, que ilustra a través de sus producciones oníricas cómo se desarrolla el proceso de cura (que aquí no es un regreso al estado anterior) y el rol que tiene la culpabilidad en la misma.

*T.* es un cabo de la Legión Extranjera, de origen polaco. Tiene 23 años. Hombre que gusta de los desafíos (deportivos en particular), un Don Juan según el estricto modelo que nos dejaron Tirso de Molina, Molière y Da Ponte, ingresó a la Legión para "estrechar la fría mano del Comendador" (sin saberlo, desde luego). Su nivel cultural le permitía aspirar a otra cosa.

En las arenas del Africa, este muchacho, siempre muy sobrio, participa en una fiesta que organizan los europeos del este y donde se cometen algunos desmanes. Considerado responsable, junto con dos compañeros, se los llama por la mañana a la oficina del teniente quien, después de tratarlos de "alcohólicos y de inútiles" les inflige un castigo cruel: romper con una maza un bloque de cemento bajo el sol ardiente (no han dormido en toda la noche y todavía están alcoholizados).

Pronto, *T.* siente que se queda sin fuerzas, que va a morir, luego cae en un coma hipertérmico con convulsiones. Habría muerto, efectivamente, si no se lo hubiera socorrido con rapidez.

Las pesadillas repetitivas aparecen tres meses más tarde. Rápidamente se instala una melancolía delirante que lo lleva a la internación: la Legión quiere matarlo, los médicos y los enfermos son falsos, etc.... En dos oportunidades escapa del Servicio con la intención de precipitarse desde el techo del hospital. Estaba medi-



cado con 150 mg. de clomipramina y 300 mg. de levomepromazina entre otros psicotrópicos.

A pesar de su desconfianza, que le es dolorosa, se instala una relación psicoterapéutica, de tres sesiones de una hora por semana. El acontecimiento se retoma en detalle. *T.* tiene sorprendentes metáforas para avanzar en su relato, y además de sus pesadillas (centradas en la mirada "de odio" del teniente en el momento en que se desvanece) tiene sueños donde se suicida. Su padre se suicidó hace algunos años. *T.* no sintió gran cosa "porque lo conocía poco". Incluso considera que no tuvo padre y es lo que lo ha obligado a ser más fuerte. Su madre se interesó poco por él, a pesar de sus largas escapadas, y su padrastro le pegaba. Ahora, lo que quiere es vengarse de la Legión, comprar un arma, etc...: "no me siento culpable, ellos son los culpables y deben pagar". Sueña entonces que él es el culpable y sus oficiales lo matan disparándole.

Mientras oscila entre el lugar del culpable y el de la víctima, se descubre vulnerable, él, el héroe en potencia que entró a la Legión para desafiar a la muerte, e incluso un "inútil" (como lo llamó el teniente). Tiene una pesadilla: está con su Sección como enfermero (en efecto, posee esta formación); son atacados, un compañero cae herido, *T.* ha olvidado su maletín de emergencia. Los otros lo acusan y él se siente muy en falta. Se incorpora luego de atender al herido y recibe una bala en medio de la frente.

*T.* no delira más. Ya lleva seis semanas en el hospital. Tiene otra pesadilla: vuelve al Africa en avión. La policía militar lo espera en el aeropuerto y lo lleva esposado a la unidad donde comparece ante el capitán y el teniente. Estos le dicen que no es más que un alcohólico y lo castigan con 40 días de arresto. Se despierta en un estado de terror.

Aparecen recuerdos de su primera infancia. Su padre está ebrio. Su madre llama a la policía que lo esposó y se lo lleva. En otra ocasión, cuando tenía unos cinco años, es él quien llama a la policía a pedido de su madre, que no lo protege cuando su padre amenaza con golpearlo, antes de la nueva llegada de la policía. "Fui un 'Judás'". De hecho, el apóstrofe del teniente lo había hecho "reaccionar de manera anormal" y no trató de escapar al castigo. Lo que hu-



# Tratamiento Psicofarmacológico del Trastorno por Estrés Postraumático

Sergio Aníbal Halsband

Médico Psiquiatra, Vicepresidente del Capítulo de Psicotraumatología de APSA, Vocal del Capítulo de Psicofarmacología de APSA, Billinghurst 2181 7o C (1425) Bs. As.

## Introducción

De acuerdo con las teorías psicológicas en auge en las décadas del 50 y 60, las experiencias que vive el sujeto, especialmente las infantiles, son las que constituyen su personalidad a través de una sucesión de etapas de maduración de la libido y las relaciones objetales, cuyas características y cronologías varían según los distintos autores. Las enfermedades mentales, salvo unas pocas y groseras excepciones (demencias, oligofrenias) con evidente compromiso orgánico, también eran debidas a experiencias, únicas o no, que alterarían el normal desarrollo del "aparato psíquico", y entonces eran consideradas en sentido amplio "traumáticas".

Actualmente el mayor interés en el conocimiento del cerebro nos permite saber que su estructura no está solamente determinada por la información genética sino también por los estímulos externos que recibe, que actúan sobre la sinaptogénesis y la formación de las redes axonales, del mismo modo que el contacto de la luz activa el desarrollo y la función de las células visuales(7).

Esto es coherente con los abundantes hallazgos de alteraciones morfológicas en el cerebro de pacientes con las más diversas patologías psiquiátri-

cas, como esquizofrenias, trastornos del ánimo, trastorno obsesivo-compulsivo, etc. Pero estos hallazgos no nos suministran aún suficientes datos acerca de si dichas alteraciones son previas o no a la aparición de la patología y si son de origen genético o adquirido.

Particularmente interesante es el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), cuya sintomatología aparece en respuesta a un acontecimiento cuya intensidad excede la posibilidad del individuo de procesarlo por los mecanismos habituales. Por lo tanto podemos afirmar con amplio grado de certeza que las perturbaciones neuroquímicas y anatómo-funcionales observadas en este cuadro son desencadenadas por una estimulación externa.

Pero su estudio tropieza con algunas dificultades que relativizan el valor de algunas de las conclusiones.

Las poblaciones efectuadas son heterogéneas y los eventos traumáticos muy diversos: guerras, atentados, catástrofes naturales, accidentes de tránsito, abuso sexual, cautiverios. Pero la mayoría de los estudios de campo americanos en neurobiología y psicofarmacología se efectúan con veteranos de guerra, y no estamos seguros de si sus conclusiones tienen la misma validez en víctimas de traumas distintos y en contextos socioculturales diferentes.

## Resumen

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) aparece cuando un evento es tan intenso que sobrepasa la capacidad de las estructuras cerebrales encargadas de procesar las experiencias e integrarlas a la vida psíquica, y entonces afecta otras áreas como el hipocampo y la amígdala. Se produce la activación de distintos neurotransmisores y hormonas que intoxican la neurona, como si fuera el efecto de un estimulante central. Esto es definido como "excitotoxicidad". El estímulo traumático afecta la noradrenalina, la dopamina, la serotonina, el glutamato, el GABA, los opioides y el Eje HPA. El comportamiento de estas sustancias es modificado por los psicofármacos. Hay pocos estudios controlados y la eficacia es parcial. Las drogas más importantes son las antidepresivas. Otras drogas son ansiolíticos, antirrecurrenciales,  $\beta$ -bloqueantes y clonidina.

**Palabras Clave:** Trauma - TEPT - Excitotoxicidad - Neurotransmisores - Psicofármacos y TEPT.

## PSYCHOPHARMACOLOGICAL TREATMENT IN POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

### Summary

Post traumatic Stress Disorder (PTSD) appears when an event is so strong that overwhelms the capacity of the brain structures that process experiences to integrate them to psychic life, and then it affects other areas as hippocampus and amygdala. The trauma activates several neurotransmitters and hormones that intoxicate the neuron, as a central stimulant does. This is defined as "excitotoxicity". The traumatic stimulus affects noradrenaline, dopamine, serotonin, GABA, glutamate, opioids and HPA axis. The behavior of these substances is modified by psychopharmacological agents. There are few controlled studies and the efficiency is partial. The most important drugs are the antidepressants. Other drugs are the anxiolytics, mood stabilizers,  $\beta$ -blockers and clonidine.

**Words:** Trauma - PTSD - Excitotoxicity - Neurotransmitters - Psychopharmacological agents and PTSD.





En segundo término nos encontramos que, pese a la complejidad del cuadro, los avances en psicofarmacología del TEPT son más modestos e iniciales que en otros trastornos. Casi puede decirse que se "toma prestados" los esquemas terapéuticos de otras patologías con síntomas similares. Esto se expresa, por ejemplo, en la comparación que hace M. Friedman del tratamiento farmacológico del TEPT con otras dos patologías afines que son el Trastorno por Pánico y la Depresión Mayor. Aquí se ve que mientras estos trastornos están más investigados, sólo el grupo de los antidepresivos tricíclicos (ATC) y el de los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) poseen estudios controlados para el TEPT(10), aunque, como después veremos, están comenzando a aparecer estudios controlados con inhibidores de la recaptura de la serotonina (IRSS).

El tercer inconveniente es que el TEPT provoca una desregulación de múltiples sistemas neuroendocrinos y de neurotransmisión y estamos lejos aún de encontrar un agente capaz de revertir todos o casi todos estos desequilibrios, y por eso nos manejamos con una amplia gama de fármacos altamente eficaces en otras patologías pero que en ésta producen solamente resultados parciales(11).

#### Aspectos neurobiológicos

El cerebro humano está programado para recibir y procesar estímulos dentro de determinados límites. El estímulo provoca la reacción inicial de defensa, mediada por núcleos límbicos hipotalámicos, y

luego se activan funciones superiores, como la corteza prefrontal y el cíngulo. Desde el punto de vista psicológico, esto último es la función de "interpretación", en la que se le asigna un sentido al hecho, que pasa a ser un eslabón más en la serie de experiencias vitales.

Cuando el impacto es excepcionalmente intenso desborda la capacidad del sistema para asimilarlo y entonces produce en otras estructuras determinadas reacciones que son las que configuran la patología del trauma psíquico. Algunas de estas estructuras son la amígdala (hipervigilancia) y el hipocampo (memorias intrusivas). Esto a su vez desencadena actividad catecolaminérgica, aumento de noreadrenalina (NA) en el locus coeruleus (LC) y dopamina (DA) en vía mesolímbica y corteza frontal, desregulación del eje hipotálamo pituitario adrenal (HPA) con incremento del catecol urinario, y de las vías gonadotróficas, afectando la secreción de testosterona y estrógenos(3).

El estrés a repetición o crónico sensibiliza la neurona en forma duradera a través de la acción de los mecanismos de transducción sobre los factores de transcripción c-fos y c-jun que regulan la expresión genética de la célula a través de la inducción del ARNm a modificar la síntesis de determinadas sustancias, haciéndola más excitable(19).

Puede observarse que desde el punto de vista neurobiológico el estrés es equivalente a la acción de una droga o psicotóxico, con sus mecanismos rápidos o de iniciación y diferidos o de adaptación. A lo que más se asemeja es a la acción de un estimulante central, como la cocaína. Esto remite al concepto de "excitotoxicidad" esgrimido por algunos autores(16) pa-



ra significar la activación de toxinas endógenas por el trauma.

Algunos de los efectos de los eventos traumáticos sobre los sistemas de neurotransmisión son los siguientes:

1. *NA*: El estrés incontrolable estimula el LC provocando hiperexcitabilidad de las neuronas noradrenérgicas(22). Esto produce hipervigilancia y facilitación de respuestas sensorio-motrices. Se cree que la NA inhibe la hormona liberadora de corticotrofina (CRH) lo que a su vez deprimiría el eje HPA(20).

2. *DA*: Se produce estimulación de la vía mesocortical, lo que resulta en hipervigilancia y a veces en síntomas psicóticos o paranoides(21). En la activación de esta vía intervendrían también el glutamato y los opioides(6).

3. *Opioides*: El estrés agudo incrementa la liberación de opioides en materia gris periacueductal y descenso de la densidad de receptores *mu* en corteza, lo que produce analgesia y bloqueo emocional. Esta acción es neutralizada por antagonistas como la naloxona o la naltrexona(12). Pitman y otros observaron que la proyección de la película de combate "Platoon" provocó aumento del umbral del dolor en veteranos de Vietnam, lo cual fue revertido por la naloxona(18).

4. *Ácido gamma aminobutírico (GABA)*: El estrés descende la densidad de los receptores GABA benzodiazepínicos en corteza e hipocampo y disminuye el flujo GABA-dependiente de iones cloruro a las neuronas. Esto induce aumento de la ansiedad(4).

5. *Serotonina (5HT)*: Bajo estrés la serotonina disminuye sus niveles en septum lateral y corteza, y su expresión clínica es ansiedad, impulsividad y conductas compulsivas(17).

6. *HPA*: La disfunción del eje HPA produce elevación de los niveles de glucocorticoides y neurotoxicidad en el hipocampo, con activación metabólica y trastornos cognitivos(23).

### Abordaje psicofarmacológico

#### Conclusiones

Como en la mayoría de las patologías psiquiátricas, los tratamientos combinados son los más completos y aspiran a los mejores resultados. Entre los tratamientos no farmacológicos existen psicoterapias y algunas técnicas como el EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) que han producido mejorías en ansiedad, memorias intrusivas y trastornos cognitivos(26).

Pero nos detendremos más en los tratamientos farmacológicos.

Existe consenso en que al momento actual la primera línea en la farmacoterapia del TEPT la constituyen los antidepresivos. Los más estudiados son los ATC y los IMAO no reversibles. El perfil de ambos grupos es similar, lo que se evidencia en abundantes estudios, especialmente con imipramina y fenelzina. En un estudio comparativo controlado, por ejemplo, ambas drogas (a dosis elevadas: imipramina, entre 200 y 300 mg diarios, fenelzina entre 60 y 75 mg diarios) demuestran ser



netamente superiores al placebo en la hipervigilancia y los síntomas intrusivos, pero pobres resultados en los síntomas evitativos, del mismo modo que la agorafobia responde menos a los fármacos que la ansiedad o el pánico(15). Pero los IMAO tropiezan con una importante limitación: la comorbilidad del TEPT con el abuso de sustancias es muy elevada, ya que estos pacientes tienden a "automedicarse" por sus padecimientos. Tal es así que las drogas de abuso más usadas son depresores del Sistema Nervioso Central: alcohol, opiáceos y benzodiazepinas (BZD) y los dos primeros poseen interacciones potencialmente peligrosas con los IMAO.

Más recientes son los estudios sobre los antidepresivos IRSS. Parecen tener una acción similar a los ATC y los IMAO, con un posible mejor efecto sobre los síntomas evitativos. Al igual que en los mencionados grupos se recomiendan dosis elevadas, por ejemplo 80 mg diarios para la fluoxetina, por periodos prolongados. Un informe muestra la eficacia global de la fluoxetina, independientemente de su acción como antidepresivo(25). También se ha estudiado la fluvoxamina(2), y la sertralina en el TEPT comórbido con alcoholismo. En la línea de los fármacos serotoninérgicos, un estudio abierto con bus-





pirona obtuvo mejoría sintomática en 7 de 8 pacientes con TEPT(5).

Las BZD mejoran algunos síntomas como las pesadillas(24). Pero no hay estudios controlados. En los últimos años la bibliografía sobre el TEPT apenas las menciona. Sin embargo, son las más utilizadas en nuestro medio, y no siempre con buen criterio, ya que debe haber cautela si hay antecedentes de abuso de sustancias o si aparecen amnesias (aunque el mecanismo de producción de amnesias no es por vía de los circuitos gabaérgicos). También debe vigilarse el riesgo de que su supresión brusca exacerbe los síntomas de TEPT. Su indicación más importante es el TEPT agudo, por su rapidez de acción. No se considera que haya alguna BZD mejor que otra. Tampoco existen esquemas de dosificación suficientemente consensuados. Las dosis pueden ser muy variables según la intensidad del cuadro.

Existen algunos datos acerca de la carbamacepina en cuanto a que mejora la impulsividad y los síntomas intrusivos. Esto se atribuye a su acción anti-"kindling", siendo el "kindling" o encendido el mecanismo neuronal de la sensibilización excitatoria(17). Con análogo fundamento se explican las mejorías obtenidas con el valproato, aunque está menos estudiado(13).

El litio mejora la irritabilidad, posiblemente a través de la regulación de las vías serotoninérgicas(9). También se ha observado que en estos pacientes disminuye la ingesta de alcohol(14, 24).

Los  $\beta$ -bloqueantes son utilizados en trastornos de

ansiedad, particularmente en su repercusión somática. Se menciona al propranolol como eficaz en pesadillas, insomnio, hipervigilancia e hiperreactividad. Van der Kolk lo recomendó en dosis muy altas, de hasta 640 mg, que nosotros no recomendamos porque consideramos riesgosas(24). También se ha ensayado la clonidina, que regula la actividad noradrenérgica del LC(10). Conviene puntualizar que ambas drogas, al igual que la buspirona, pueden actuar como ansiolíticos, con menos claridad que las BZD pero sin potencial de abuso.

Los neurolépticos en general no tienen aplicación para los síntomas centrales del TEPT y se reservan para cuando aparecen manifestaciones psicóticas o paranoides. No obstante, aparece un informe aislado que reporta para la tioridazina buenos resultados en síntomas intrusivos y estado psíquico global(3).

Como podemos ver, esta es la situación del abordaje psicofarmacológico del TEPT a la fecha: pocos estudios controlados, un amplio espectro de drogas, ninguno de los cuales tiene a este cuadro como indicación exclusiva ni principal, y eficacia incompleta. Es menester un mayor esfuerzo en discernir subtipos de esta patología. Para esto habrá que tener en cuenta la índole del estímulo desencadenante, las variaciones en las manifestaciones clínicas y, como resultado, las diferencias en las alteraciones neurobiológicas que se produzcan en cada uno de estos subtipos. Esto permitirá en el futuro el diseño de drogas específicas anti TEPT ■





### Bibliografía

1. Brady, K., Soune, S. C., Roberts, J. M., "Sertraline treatment of comorbid Posttraumatic stress disorder and alcohol dependence", *J. of Clin. Psychiatry*, 56(11) 1995, Nov., 502-5.
2. De-Boer, M., Op-den Welde, W. et al., "Fluvoxamine treatment for chronic PTSD, a pilot study", *Psychoter-Psychosom*, 52 (4) 1992, 158-63.
3. Dillard, M. L., Bendfeld, F., Jernigan, P., "Use of thioridazine in posttraumatic stress disorder", *South Med. Journal*, 86 (11) Nov. 1993, 1276-8.
4. Drugin, R., Morrow, A. et al., "Stress-induced behavioral depression in the rat is associated with a decrease in GABA receptors mediated chloride ion flux and brain benzodiazepine receptor occupancy" *Brain research*, 487, 1989, 45-51.
5. Duffy, J. D., Malloy P. F., "Efficacy of buspirone in the treatment of Posttraumatic stress disorder, an open trial" *Ann. Clin. Psychiatry*, 1994, Mar. 6(1) 33-7.
6. Dunn, A. J., "Stress related activation of cerebral dopaminergic system" *Annals of the New York Academy of Science*, 537, 1988, 188-205.
7. Eisemberg, L., "The Social Construction of the Human Brain" *Am J. Psychiatry*, 152: 11, Nov 1995, 1563-1575.
8. Everly, G. Jr., "An Interpretative Two Factor Model of Posttraumatic Stress" en "*Psychotraumatology*" editada por George S. Everly Jr. and Jeffrey M. Lating, Plenum Press, NY, 1995, 27-48.
9. Forster, P. L., Schoenfeld, F. B. et al., "Lithium for irritability in post-traumatic stress disorder", *J. Trauma-Stress*, 1995, Jan., 8 (1) 143-9.
10. Friedman, M., "Biological Approaches to the Diagnosis and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder" en "*Psychotraumatology*". Edited by George S. Everly Jr. and Jeffrey M. Lating, Plenum Press, NY, 1995, 171-194.
11. Halsband, S., "Aspectos Biológicos y Psicológicos del Trastorno por Stress Posttraumático", *Desarrollos en Psiquiatría*, N° 4, 1998, en prensa.
12. Hemingway, R. y Reigle, T., "The involvement of endogenous opiate systems in learned helplessness and stress induced analgesia", *Psychopharmacology*, 93, 1987, 353-357.
13. Keck, P. Jr., Mc Elroy, S., Friedman, L., "Valproate and Carbamazepine in the treatment of panic and posttraumatic stress disorders with draw states and behavioral dyscontrol syndromes" *J. Clin. Psychopharmacol.*, 92 (Suppl I) 1992, 365-415.
14. Kitchner, L. y Greenstein R., "Low dose Lithium Carbonate in the treatment of posttraumatic stress disorder: Brief communication" *Military Med.*, 150, 1985, 378-381.
15. Kosten, T., Frank, J. et al "Treating Posttraumatic Stress Disorder with Phenelzine or Imipramine" en "Biological Assessment and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder" edited by Earl Giller Jr., American Psychiatric Press, Washington, 1990, 187-201.
16. Mc Geer G. y Mc Geer P., "Excitotoxins and animal models of disease" en C. Galli, L. Manzo & P. Spencer (Eds.) *Recent Advances in nervous system toxicology*, New York, Plenum, 107-131.
17. Petty, I. y Sherman, D., "Learned helplessness induction decreases in vivo cortical serotonin release". *Pharmacology, Biochemistry and behavior*, 18, 1983, 649-650.
18. Pitman, R., Van der Kolk, B., Orr, S., "Naloxone-reversible analgesic response to combat related stimuli in post traumatic stress disorders" *Arch. Gen. Psychiatry*, 47, 1990, 541-544.
19. Post R., "Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder" *Am. J. of Psychiatry*, 1992, 149, 999-1010.
20. Price, L., Chorney, I. et al., "Alpha-2 adrenergic receptor function in depression: the cortisol response to Yohimbine" *Arch. Gen. Psychiatry*, 43, 1986, 849-858.
21. Roth, R., Tam, S., et al., "Stress and the mesocorticolimbic dopamine systems" *Annals of the New York Academy of Science*, 532 (1988) 138-147.
22. Simson, P. G. y Weiss J., M. "Altered activity of the Locus coeruleus in the animal model of depression". *Neuropsychopharmacology*, 1988, 287-295.
23. Southwick, S., Krystal, J., et al., "Neurobiology of Posttraumatic Stress Disorder" en "*Psychotraumatology*" editada por George S. Everly Jr. and Jeffrey M. Lating, Plenum Press, NY, 1995, 43-72.
24. Van der Kolk, B., "Psychopharmacological Issues in Posttraumatic Stress Disorder" *Hospital and Community Psychiatry* V. 34 N° 8, Au. 1983, 683-691.
25. Van der Kolk, B., Dreyfuss, D., et al., "Fluoxetine in Posttraumatic stress disorder" *J. of Clin. Psychiatry*, 1994, Dec., 55(12) 517-22.
26. Wilson, S. A., Becker, L. A., Tinker, R. H., "Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals" *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1995, Dec., 63 (6) 928-37.
27. Wolf, M., Alovi, A., y Mosnoine, A., "Posttraumatic Stress disorder in Vietnam Veterans, Clinical and EEG findings, possible therapeutic effects of carbamazepine" *Biol. Psychiatry*, 23, 1988, 642-644.



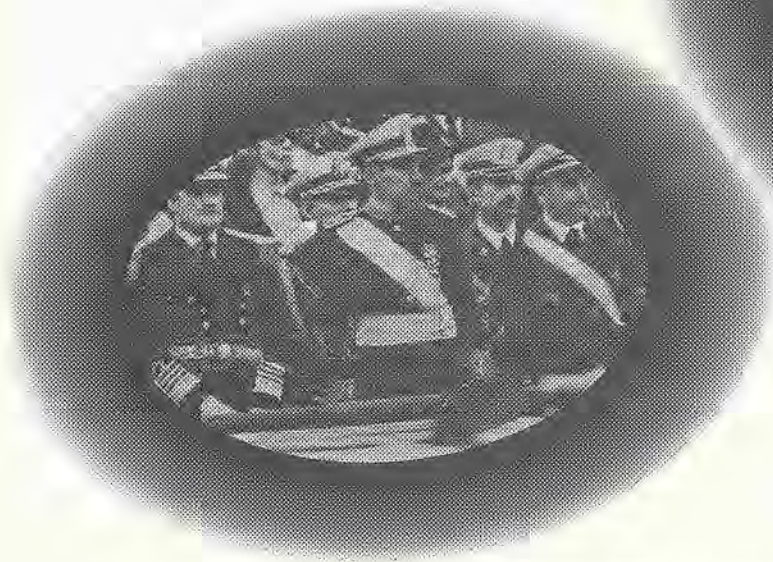
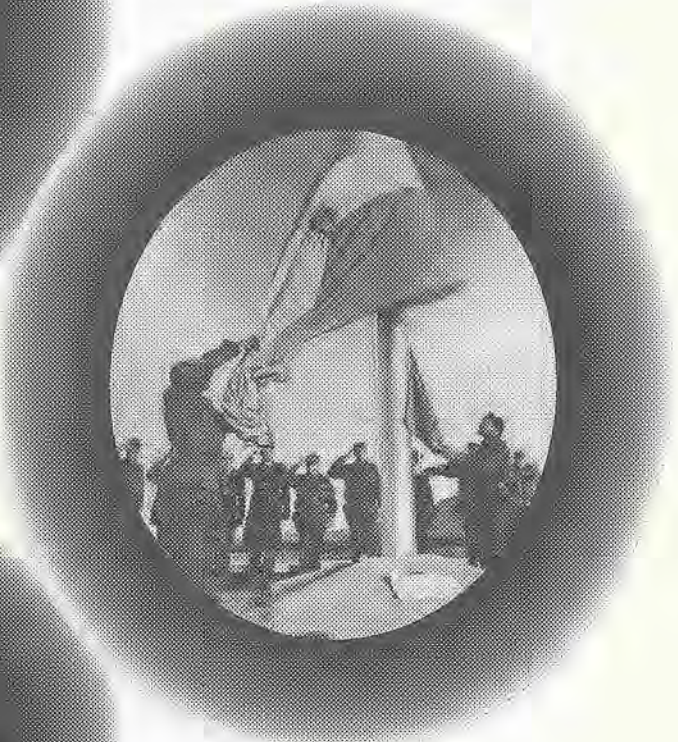
*el rescate y la memoria*



## *“Flashbacks”*











## El acompañamiento terapéutico

Entrevista a Gustavo Rossi y Gabriel Pulice

por Juan Carlos Stagnaro

**E**l desarrollo que ha tenido en los últimos tiempos la técnica del Acompañamiento Terapéutico en nuestro medio nos llevó a indagar más profundamente en sus principios y características. La reciente aparición de un texto original sobre el tema nos condujo a dialogar con sus autores.

Gustavo Rossi y Gabriel Pulice, Licenciados en Psicología y psicoanalistas, han desempeñado una intensa tarea docente sobre el tema y son los creadores de un Proyecto de Carrera de Acompañamiento Terapéutico en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

**Vertex: ¿Cómo surgió la idea de la producción de su libro "Acompañamiento Terapéutico"?**

**Rossi:** Hacía varios años que veníamos dedicándonos a la docencia sobre este tema, y nos encontramos desde el comienzo con que prácticamente no había bibliografía específica, por lo que tuvimos que ir elaborando nosotros mismos el contenido de nuestras clases, basándonos especialmente en algunos apuntes que fuimos reuniendo a partir de nuestro trabajo clínico como acompañantes terapéuticos y luego como coordinadores de nuestro equipo de Acompañamiento. Desde la presentación, a principios de los años 80, del libro de Susana Kuras de Mauer y Silvia Resniski\*\*, sólo se publicaron algunos breves artículos en revistas especializadas o en periódicos, pero nos resultó insuficiente, y además ese material no resultaba de fácil acceso, tuvimos más bien que realizar un minucioso trabajo de investigación sobre este tema y otros conectados a él, como las experiencias alternativas en psiquiatría en nuestro país y en distintas partes del mundo, en las cuales se sustentaba el surgimiento de este recurso y su aplicabilidad.



En este contexto, surgió la posibilidad de hacer una primera publicación, en el año 1994, que en un principio tuvo las características de una especie de ensayo o carpeta de apuntes para los alumnos que asistían a nuestros seminarios, y para quienes les interesaba conocer con mayor profundidad esta temática.

Pensábamos que la función que se le daba al Acompañamiento Terapéutico era frecuentemente desvalorizada, y nos encontrábamos a veces –tanto entre terapeutas como entre aquellos que trabajaban como acompañantes– con que existían muchos prejuicios alrededor de esta función, a partir de una idea algo difusa que se tenía sobre esta práctica; de cierto conocimiento “de pasillo” que se tenía sobre el Acompañamiento... Aunque en menor medida, esto sucede actualmente, lo que hace que se constituya en estos casos en una práctica cuya dirección resulta imprecisa, con las consecuencias lógicas que esto tiene para los pacientes pero también para los acompañantes, que muchas veces quedan en el “frente de batalla” sin las armas suficientes para ese combate.

**Vertex: Uds. hablaban de las experiencias alternativas en Salud Mental como precursoras al surgimiento del Acompañamiento... ¿Cómo se articula esta especialidad en la que Uds. trabajan con esas experiencias?**

\* Pulice G., Rossi, G., *Acompañamiento Terapéutico*, Ed. Polemos, Buenos Aires, 1997.

\*\* N. de la R.: *Acompañamiento Terapéutico y Pacientes Psicóticos*, Edit. Trieb, 1985.



**Pulice:** Esas experiencias tienen que ver precisamente con las necesidades que van surgiendo en la misma clínica, cuando determinado paciente nos plantea interrogantes a los que no es posible responder con los recursos terapéuticos tradicionales, o al menos éstos no resultan suficientes. Así es como fueron surgiendo, desde el dispositivo manicomial, distintos recursos tendientes a tratar la locura y otras problemáticas del campo de la Salud Mental, desde un abordaje tendiente a que no se produzca una cronificación y aislamiento social de esos pacientes... Se desarrolló de esta manera todo un abanico de recursos técnicos, entre los cuales destacamos el surgimiento del Hospital de Día, debido a que, a partir de este dispositivo, pudo tener lugar la producción de una serie de experiencias en este campo, así como la conceptualización progresiva de esos diversos elementos.

**Vertex:** Ustedes mencionan en su libro que el surgimiento del Acompañamiento se producía específicamente en la Argentina... ¿Cómo es el contexto en el que esto se hace posible?

**Pulice:** En cuanto a la Argentina, como es sabido, el Hospital de Día comenzará a tener un desarrollo cada vez más importante desde finales de los '50, junto a otros sistemas alternativos a la internación manicomial. Por esa época, además, el psicoanálisis había alcanzado ya un importante desarrollo en nuestro país, a lo que se va a sumar la influencia de las distintas corrientes de la antipsiquiatría; todos éstos elementos que a tener fuertes consecuencias en la forma en que se va a abordar el trabajo clínico por esos años...

En nuestro país, tomamos como una referencia importante, además, la creación por parte del Dr. Mauricio Goldenberg de un "Servicio Abierto de Psiquiatría en un Hospital General" -el del Hospital Aráoz Alfaro de Lanús, Provincia de Buenos Aires, en 1957, pionero a nivel internacional- y algunas otras experiencias en esa orientación, que se produjeron por aquellos años. Éstas representaron otra forma de trabajo frente a la concepción asilar, para restituir el lugar de estas patologías graves entre las otras, atendiendo no obstante su especificidad. Además, esas iniciativas inauguraron una apertura del Servicio de Salud Mental a la comunidad, la integración de un trabajo interdisciplinario, y la implementación de dispositivos alternativos de tratamiento, como la Comunidad Terapéutica y el Hospital de Día, integrando aportes de la psiquiatría dinámica, la psicología social, y el psicoanálisis.

También en Argentina, destacamos en nuestro recorrido conceptual -para la formalización de la función del Acompañamiento que estamos intentando realizar- lo que se produjo a partir de experiencias como de la Comunidad Terapéutica dirigida por el Dr.



Raúl Caminos en Federal, Entre Ríos, y las reformas que se dieron en las Provincias de Chubut y Río Negro. Pensamos entonces que todos esos elementos fueron importantes, en ese contexto histórico, ya que harán posible un desarrollo conceptual y clínico que estimamos como esencial para que se generen las condiciones necesarias para la creación y surgimiento del Acompañamiento Terapéutico, en la medida en que es correlativo de una nueva significación de la locura y de su tratamiento.

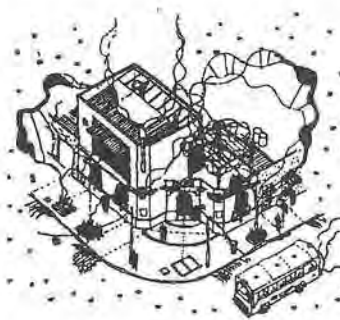
**Vertex:** En función de esto que dicen, quedan algunos otros temas por tratar, que tienen su complejidad, como ser el de la reinserción social. ¿Cuál es el lugar del acompañante terapéutico, qué utilidad tiene para esos tratamientos?

**Rossi:** La utilidad del Acompañamiento Terapéutico es múltiple, dado que es un recurso que se puede incluir en las distintas etapas de un tratamiento, desde el momento de la crisis, hasta el momento de la reinserción social; incluso podemos decir que en muchos casos la intervención de acompañantes ha permitido evitar internaciones innecesarias, operando de manera preventiva, con pacientes cuyos tratamientos, sin embargo, no resultaba posible sostener con el recurso exclusivo de la psicoterapia, no contando además con un marco familiar suficientemente contigente. La demanda de acompañantes, actualmente, se produce tanto por parte de psiquiatras como de psicoanalistas. Como veíamos en la entrevista con Elsa Bromberg, que incluimos como parte del material de nuestro libro, para un analista podría resultar sumamente dificultoso sostener por sí mismo, con el solo recurso de la palabra, el tratamiento de pacientes en que se ponen en juego cuestiones como la de la urgencia, la gran cantidad de horas que pueden requerir de asistencia. Ante ello el



## ARIADNA

CENTRO DE ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD MENTAL



- CENTRO DIURNO PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
- CONSULTORIOS EXTERNOS
- EQUIPO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA A PACIENTES CON ENFERMEDADES MÉDICAS
- INTERNACION DOMICILIARIA
- URGENCIAS
- ATENEOS DE ACTUALIZACIÓN CLÍNICA Y BIBLIOGRÁFICA
- SUPERVISIONES

Dra. Liliana Fernández  
Directora

PREPAGOS ARANCELES INSTITUCIONALES

CONDE 1002, 1426 Capital Federal  
Fax: 555-70 56 Tel.: 555-57 78



analista muchas veces no puede responder, lo que suele representar un riesgo para la continuidad del tratamiento y, fundamentalmente, para el paciente. De la misma manera, el tratamiento psicofarmacológico resulta por sí mismo insuficiente en abordajes ambulatorios, por lo que nosotros vamos viendo cada vez más la necesidad de un trabajo multidisciplinario convergente que permita articular de manera eficaz esos distintos recursos intervinientes. De esta manera, se pueden ir hilvanando las sucesivas instancias terapéuticas, esos distintos momentos...

En este sentido, además de la formación de los acompañantes, apuntamos a brindar a los terapeutas una mayor información acerca de la utilidad del Acompañamiento, no porque lo desconozcan, sino porque creemos que a veces no resulta tan sencilla su inclusión; es decir, ubicar de qué manera puede implementarse en cada caso. Por esto, nos pareció de suma importancia la inclusión de abundante material clínico, para, a partir de allí, intentar elaborar una consecuente articulación teórica, que apunta a ir delimitando, circunscribiendo y delineando con mayor precisión esta función, y las distintas posibilidades de inclusión como un recurso conveniente en algunos tratamientos. Pensamos que su implementación indiscriminada, o de manera estandarizada, no hace sino producir confusión sobre las características de esta práctica, privándola de su eficacia como recurso terapéutico alternativo.



### *Acompañamiento Terapéutico en el campo de la Salud Mental?*


**Rossi:** Pensamos que ese lugar es cada vez más importante, en la medida en que se fue divulgando su implementación y ampliándose el campo de su aplicación a las más diversas patologías; desde las distintas formas de la psicosis, las adicciones, trastornos graves en la alimentación, fobias, pacientes con HIV, hasta el trabajo con pacientes de la tercera edad, crisis neuróticas.

El ámbito de trabajo en relación al cual se ubica el Acompañamiento es el de muchos casos sumamente problemáticos para la dirección de su tratamiento; pacientes que podemos decir que desbordan el consultorio o el dispositivo institucional. Y que, además, representaron y representan un límite, un agujero, para las diferentes especialidades. También un espacio de trabajo abierto a la investigación, y una zona de enlace, de intersección, que en la práctica cotidiana hace que sea fundamental implementar una estrategia conjunta. Esto tiene un valor esencial para la función del Acompañamiento, dado que va a ir estableciendo su actividad en cada caso a partir de la estrategia planteada por quien dirige el tratamiento.

Por otra parte, la inclusión de este recurso en los hospitales y servicios públicos ha posibilitado su acceso a una gran cantidad de pacientes que anteriormente no podían –por limitaciones económicas– contar con ese tipo de atención, más personalizada y específica, diferente de la del enfermero psiquiátrico, y de las otras especialidades en Salud Mental. De hecho, nosotros mismos fuimos invitados a formar, coordinar y supervisar –junto a Federico Manson, con quién desde hace varios años compartimos nuestro trabajo clínico y docente– el equipo de acompañantes terapéuticos en la Sala de Internación en Psiquiatría del Servicio de Salud Mental del “Lanús”, que fue una experiencia particularmente enriquecedora para nosotros. Creemos que esta expansión, y la posibilidad de entamar una red de recursos o técnicas en este ámbito, va abriendo –luego de algunos años de retroceso– un espacio más que interesante para el tratamiento de este tipo de pacientes, y –como decíamos antes– la investigación de nuevas herramientas que permitan ampliar los límites con que nos encontramos cotidianamente en la práctica clínica ■



**Vertex:** Actualmente, ¿cuál es el lugar que tiene el



INSTITUTO  
ERNA

ATENCIÓN INTEGRAL  
DE CUADROS DE  
PSICOSIS  
INFANTO-JUVENIL

NIÑOS - ADOLESCENTES - RESIDENCIA  
*Atención Obras Sociales*

DIRECTOR GENERAL: LIC. F. ADRIANO RUFFO

INFORMES: THAMES 1678/80 Cap. Fed. (1414)  
Telef.: 832-5774 de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs.



ACOMPañAMIENTO  
TERAPÉUTICO

ASISTENCIA - DOCENCIA E INVESTIGACION

COORDINACION  
GUSTAVO ROSSI  
FEDERICO MANSON  
GABRIEL PULICE

Atención en Urgencias - Internación Domiciliaria  
Recreación - Traslados - Externaciones y Rehabilitación

Adicciones - Bulimia y Anorexia - Pacientes con  
Trastornos graves - Tercera Edad

865-9104 / 854-2306 / 823-7431





### LECTURAS

*Bleichmar, Norberto M., Leiberman de Bleichmar, "El psicoanálisis después de Freud" Paidós, Bs. As., 1997, 549 págs.*

Partiendo de la obra de Melanie Klein, Heinz Hartmann, Anna Freud y Jacques Lacan los autores exponen los principios teóricos de las corrientes psicoanalíticas surgidas de la obra de Freud. Recogen así los aportes de Fairbairn, Guntrip, Balint, Winnicott, Bion, Meltzer, Rosenfeld, Racker, Etchegoyen, Mahler, Kohut y Kernberg desarrollando en cada capítulo los aportes teóricos y técnicos fundamentales de cada autor con rigor y objetividad para luego hacer una crítica de cada uno de ellos, tanto en lo que hace a su coherencia interna, como a la que surge de la comparación con los demás.

Una bibliografía básica (pero muy bien escogida) completa cada Sección.

En la última parte desarrollan problemas epistemológicos de la teoría analítica y proponen dos ensayos de contrastación de teorías: los de la relación emocional madre-bebé y la dialéctica naturaleza-cultura en psicoanálisis. Una obra dirigida, según sus autores, tanto a quien comienza una formación psicoanalítica como a quien, habiéndola recorrido, puede encontrar un conjunto de materiales habitualmente dispersos en una amplia bibliografía, reunidos en un volumen que, sin pretensiones enciclopédicas, encierra en una apretada y didáctica síntesis, lo esencial del tema.

Cabe agregar que por su calidad y rigor de contenido esta obra resulta de extrema utilidad para todos los especialistas del equipo de Salud Mental interesados en el psicoanálisis.

J. C. S.

*Rodolfo Iuorno, "La animación de lo viviente (Conferencias sobre autismo)", Editorial Catálogos, 1997, 134 págs.*

Psicoanalista y escritor, Coordinador del Hospital de Día, del Hospital de Emergencias Psiquiátricas "T. de Alvear" desde 1983 hasta 1994, Iuorno era Director del Centro de Investigaciones en autismo, psicosis infantil y estructura familiar de la Fundación Estilos, al momento de las Conferencias que se presentan en este libro. Esta publicación es la primera de una serie de trabajos (textos, ensayos, clases, conferencias, notas) que acompañaron como producción a más de veinte años de ininterrumpida práctica hospitalaria clínica y docente, desarrollada por parte del autor.

Pero allí no se agota la producción de Rodolfo. Catálogos también publica este año "El viento de las palabras", un volumen que reúne una selección de su Obra Poética. De ella dice Blanca Worcel:

"A Rodolfo Iuorno lo tocaron la vida y la muerte con una intensidad temprana.

Avisado desde sus primeros versos que la vida tiene vida y tiene muerte, este hombre se deslizó por la poesía, el psicoanálisis, la prosa y hasta una cartomancia sabia creada por él sin pensar en por qué sabía y hablaba, desde la pasión por la vida y el color de la muerte.

Se dejó trabajar para decir an-

tes de partir.

En general las biografías son vanas, en particular aquí son inquietantes.

Sorprende ver con qué puntualidad escribió su tránsito y describió su partida.

Su poesía nombra todos los amores de tal manera que el lector, llega a veces a ver hasta la presión de su mano escribiendo cada imagen.

Estuvo contenido por escritura, por palabras que sin duda ahora, le fueron más fieles, más inmortales que su propio cuerpo.

Iuorno describió todos sus tránsitos con una sonrisa, no queriendo ninguna otra curación que esta poesía que se convierte en una invitación para el lector".

Vaya esta nota a modo de homenaje.

Vertex

*Paul Christian, "Medicina antropológica", Editorial Universitaria, 1997, 310 págs.*

La medicina contemporánea es objetivación científica del cuerpo, la mente y las enfermedades y, al mismo tiempo, encuentro interhumano. Esta doble faz se halla en sus mismos comienzos como práctica social y como profesión de ayuda. La medicina antropológica ha significado un consecuente esfuerzo por superar el tradicional dualismo entre el cuerpo y el alma, y la incorporación del saber humanístico a la práctica médica. Esta tradición está cabalmente representada en la obra de Paul Christian, que culmina el proceso histórico de la llamada "Escuela de Heidelberg" y lleva a plenitud las intuiciones de su más importante figura, Viktor von Weizsäcker, de quien fuera Christian discípulo y sucesor en la cátedra uni-



versitaria. En este libro encontrará el lector, junto a una reflexiva síntesis de la obra de toda una vida, una actualizada perspectiva sobre la medicina como ciencia fundamental del hombre. El término que Christian emplea para referirse al fundamento conceptual de la medicina –“patología teórica”– será sin duda de gran utilidad para los investigadores.

La presente edición ha estado al cuidado del doctor Fernando Lolas Stepke –colaborador de Paul Christian hasta su deceso en 1996– a quien pertenecen la traducción, la nota preliminar y las notas.

Vertex

*Jaime Rojas-Bermúdez, "Teoría y técnica psicodramáticas", Paidós, 1997, 510 págs.*

Este libro, de Jaime Rojas-Bermúdez psiquiatra, psicoanalista (International Psychoanalytical Association) y psicodramatista (becado por el Moreno Institute, Beacon, Nueva York), discípulo directo de Jacob Levy Moreno (creador del psicodrama), resume cuarenta años de investigación y práctica psicodramáticas en una elaboración que muestra una nueva perspectiva del psicodrama a partir del primitivo encuadre moreniano. Sistematiza de manera progresiva y didáctica las técnicas y metodología psicodramáticas en sus diferentes aplicaciones, en relación a los objetivos y alcances de la tarea (psicodrama, sociodrama, aprendizaje de roles...) y a los diferentes tipos de pacientes (niños, adolescentes, adultos, neuróticos, psicóticos...), dando una visión global e integrada del psicodrama y la psicoterapia psicodramática en los diferentes ámbitos y encuadres (institucional, privado, individual, grupal, de pareja, de familia...).

Esta sistematización tiene como eje un único esquema teórico-referencial, que ofrece un encuadre integrado de teoría y práctica, facilitando la comprensión y utilización, y proporcionando abundantes ejemplos clínicos. Las numerosas técnicas psicodramáticas son aquí reubicadas en torno a dos elementos fundamentales: la dramatización y la construcción de imágenes.

R. L.

## SEÑALES

### Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría Social

En el Trade & Convention Center de Vancouver, Canadá, se realizará el XVI Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría Social desde el 16 y hasta el 21 de Agosto de 1998 bajo el título "*The Global Information Network and the Future of Psychiatry and Medicine*".

Los temas centrales tratarán sobre la rápida expansión de los conocimientos en Psiquiatría y Medicina, el rol de la informática, los cambios en Atención Primaria de la Salud, el impacto de los factores económicos y los sistemas gerenciados de Salud en la relación médico-paciente, la calidad de los tratamientos en diversos contextos de la práctica médica, etc.

Para ello se han diseñado variadas maneras, formales e informales, de intervención y participación de los asistentes al mismo: Sesiones Plenarias, Workshops, lectura de trabajos científicos, Paneles, etc.

Los Prof. Amelia Musacchio de Zan –Vice-Presidente de la Asociación– y Rodolfo Fahrner integran por Argentina su Comité Científico, junto a otras numerosas personalidades mundiales de la Psiquiatría y la Medicina.

*Para más información sobre este evento escribir a:*

WASP '98  
c/o Venue West Conference Services  
# 645-375 Water Street  
Vancouver, British Columbia  
V6B 5C6 Canadá  
Tel: (604) 681- 5226 Fax: (604) 681-2503  
E-mail: congress@venue.west.com  
En Buenos Aires dirigirse al teléfono 322-3765.

### Al Gran Pueblo argentino... ¿Salud? *Los profesionales de la Salud Mental y su relación con la Salud Pública*

Con este polémico y muy actual título se realizará, el 12 de Mayo de 1998, en el Aula Magna del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", de la ciudad de Buenos Aires, esta Jornada organizada por los profesionales del Servicio de Psicopatología de dicha institución.

Un panel de invitados especiales disertarán sobre el tema "Diagnóstico de situación de la Salud Pública, el lugar de la Salud Mental en la actualidad, la formación de Recursos Humanos". Se invita a la presentación de Trabajos Libres que deben ser presentados antes del 30 de Abril próximo. Los mismos, de autoría individual o grupal, no deben exceder las seis carillas, letra Arial a doble espacio, para ser leídos en 10 minutos, y serán presentados en sobre cerrado en el que consten la debida identificación de los autores y el nombre de la Institución a la que pertenecen. Se solicita que los mismos se centren, preferentemente, en los siguientes tópicos:

- Psicopatología de la vida hospitalaria, obstáculos y malestares en la práctica. Análisis de la demanda en Salud Mental. Lugar del Hospital en la Comunidad y de la Comunidad en el Hospital.

- Estrategias de abordaje en Salud Pública. Proyectos de Acción Comunitaria. Modelos alternativos de intervención.

- Formación hospitalaria de los agentes de Salud. Concurrencia y Residencia.

*Fecha de inscripción:* 1 al 22 de Abril de 1998, en el Servicio de Psicopatología, Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", 3er. Piso, Sánchez de Bustamante y Paraguay, Buenos Aires, de 9 a 12 hs.

*Informes:* Tel.: 962-9247 /9242/ 9281, int. 214 y 215 o 826-7301 (Lic. Carlos Peláez), 777-3965 (Lic. Verónica Díez) y 802-9269 (Lic. Andrea Frankel).



# Índice alfabético de autores

## Volumen VIII - 1997

- Agrest, M., Arin, C. Greco, C., Nemirovsky, M., Vainer, A., *Perfil profesional de los Ex-Residentes de Salud Mental*, N° 30, pág. 278
- Agrest, M., ver Nemirovsky, M.
- Alzheimer, A., *Sobre ciertas enfermedades peculiares de la vejez*, N° 29, pág. 221
- Arin, C. ver Agrest, M.
- Barreto, M., Lerner, F., Brusco, I., *Tratamiento farmacológico de los trastornos de la enfermedad de Alzheimer*, N° 29, pág. 216
- Battle, S., Greco, C., Negro M., *El rol del enfermero en el equipo de Salud Mental. Una experiencia de investigación en Hospital Psiquiátrico*. N° 27, pág. 24
- Bermann, G., *La asistencia psiquiátrica. El personal psiquiátrico*, N° 30, pág. 311
- Bríngas Núñez, E., Seggiaro, J. A., Machado, M. R., *Primeros resultados obtenidos con el 4560 RP*, N° 29, pág. 232
- Brusco, I., ver Barreto, M.
- Capozzo, M. A., ver Daneri, S. M.
- Chapot, S., Guido, P., López, M., Macotinsky, G., *Psicoterapia psicoanalítica en la vejez*, N° 29, pág. 188
- Clara, M., ver Stolkiner, A.
- Daneri, S. M., Gómez Mengelberg, E., Capozzo, M. A., *Terapia ocupacional*, N° 27, pág. 40
- Declaración de consenso respecto de la psiquiatría del anciano*, N° 29, pág. 219
- Delay, J., *Introducción al "Coloquio Internacional"*, N° 28, pág. 129
- di Stefano, P., ver Stolkiner, A.
- Elenitza, I. M., *Farmacología de las nuevas drogas antidepressivas*, N° 28, pág. 104
- Especter, E. M., *Algunas cuestiones sobre la depresión del geronte y su tratamiento psicofarmacológico*, N° 29, pág. 196
- Gabay P. M., y Fernández Bruno, M., *Aspectos epistemológicos de la obra de Freud*, N° 28, pág. 137
- Gandolfo, M., ver Stolkiner, A.
- García, D., *El trabajador social en el ámbito de la Salud Mental*, N° 27, pág. 33
- Gavosto, G., ver Pérez, C.
- Gómez Mengelberg, E., ver Daneri, S. M.
- Gómez, E., *La mala vida en Buenos Aires*, N° 27, pág. 58
- Greco, C., ver Agrest, M.
- Greco, C., ver Battle, S.
- Grupo de Estudio con Risperidona, Coord.: González-Gutiérrez, S., *Risperidona y su impacto en la Calidad de Vida del paciente esquizofrénico crónico*, N° 30, pág. 252
- Guelfi, J. D., Waintraub, L., *Interés y límites del enfoque criteriológico y escalar en la investigación clínica en psiquiatría*, N° 27, pág. 11
- Guido, P., ver Chapot, S.
- Guinsburg, O. A., *Fenómenos transferenciales en el paciente agónico*, N° 30, pág. 260
- Hidalgo, R., Lagomarsino, A., *Cómo navegar sin brújula. Taller para familiares de pacientes bipolares*, N° 29, pág. 170
- Jufe, G. S., *Los nuevos antipsicóticos*, N° 28, pág. 109
- Kalinsky, B., *La piel de cordero, una metáfora para la acción individual*, N° 28, pág. 145
- Kovess, V., Penochet, J.-C. *La calidad de la atención en psiquiatría*, N° 30, pág. 285
- Lagomarsino, A., ver Hidalgo, R.
- Leiderman, E. A., *Una nueva explicación bioquímica de la esquizofrenia: La hipótesis glutamatérgica*, N° 27, pág. 5
- Lerner, F., ver Barreto, M.
- Linetzky, L., ver Manfredi, C.
- Lolas, F., *Estudio Cualitativo de la calidad de vida en el senesciente. Una propuesta metodológica*, N° 29, pág. 193
- López, M., ver Chapot, S.
- Machado, M. R., ver Bríngas Núñez, E.
- Macotinsky, G., ver Chapot, S.
- Mahieu, E., Henri Ey, *20 años después...* N° 28, pág. 155
- Manfredi, C., Linetzky, L., Poderoso, J. J., *Experiencias infantiles vinculadas a la muerte y la enfermedad en los pacientes con trastorno por pánico*, N° 28, pág. 92
- Manson F., ver Rossi, G.
- Mathov, A., *Abordaje familiar en la internación psiquiátrica*, N° 28, pág. 96
- Matusevich, D., Szulick, J., *Escalas de medición de trastornos de conducta en las demencias de tipo Alzheimer*, N° 29, pág. 203
- Matusevich, D., Szulick, J., *Síndrome de adaptación el geriátrico (S. A. G. )*, N° 29, pág. 181
- Mayer-Gross, W., *Una visión de conjunto de las posibilidades farmacológicas en Psiquiatría*, N° 28, pág. 131
- Negro M., ver Battle, S.
- Nemirovsky, M., Agrest, M., *El diagnóstico: conflictos entre la psiquiatría y las neurociencias*, N° 27, pág. 67
- Nemirovsky, M., ver Agrest, M.
- Ojeda Figueroa, C., *DSM-III-R y DSM-IV: Un análisis taxonómico*, N° 29, pág. 165
- Olivera, A., *Entrevista por D. Wintrebert, "La Colifata"*, N° 27, pág. 50
- Overholser, W., *La Clorpromazina ¿Abre una nueva era en los Hospitales Psiquiátricos?*, N° 28, pág. 134
- Pan, M. *Farmacoeconomía y Disease Management: su aplicabilidad en Salud Mental*, N° 30, pág. 272
- Penochet, J.-C., ver Kovess, V.
- Pérez, C., Gavosto, G., *Suicidio celular. Apoptosis y Neuronas*, N° 27, pág. 17
- Poderoso, J. J., ver Manfredi, C.
- Pulice, G., ver Rossi, G.
- Rossi, G., Pulice, G., Manson F., *La inclusión del acompañante terapéutico en la clínica actual*, N° 27, pág. 47
- Rovaletti, M. L., *La psiquiatría ¿una ciencia de la persona?*, N° 28, pág. 85
- Salvarezza, L., *Valorización personal y envejecimiento en la Argentina*, N° 29, pág. 178



- Santiago, G., ver Stolkiner, A.  
 Schweiger A., *Entrevista por T. Méndez, El sector Salud Mental. Influencias político-económicas y nuevas perspectivas.* N° 30, pág. 283  
 Seggiaro, J. A., ver Bringas Núñez, E.  
 Stagnaro, J. C., *Un viaje a Anticira,* N° 28, pág. 128  
 Stolkiner, A., Clara, M., di Stefano, P., Gandolfo, M., Santiago, G., Vilar, P., *Atención de la Salud Mental en el subsistema de Obras Sociales,* N° 30, pág. 293  
 Szulick, J., ver Matusevich, D.  
 Szulick, J., ver Matusevich, D., Therier, D. E., *Plasticidad neuronal y psicofarmacología,* N° 28, pág. 115  
 Una novedad editorial: RAN Revista Argentina de Neurociencias, N° 30, pág. 322  
 Vainer, A., ver Agrest, M.  
 Vilar, P., ver Stolkiner, A.  
 Waintraub, L., ver Guelfi, J. D.  
 Wikinski, S., *Mecanismo de acción de drogas psicotrópicas: métodos para su investigación,* N° 28, pág. 118  
 Zan, F. L., *¿Qué es un antipsicótico atípico?* N° 30, pág. 245  
 Zieher, L. M., *Neurociencias, psicofarmacología y psiquiatría: cambios cualitativos,* Entrevista por G. S. Jufe y F. Triskier, N° 28, pág. 121

### Suplemento N° 1 al Volumen VIII

- XIX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría - APAL**  
**XIII Congreso Argentino de Psiquiatría - APSA**  
 Bird, V., *Subjetividad en la crisis de fin de siglo,* pág. 8  
 de Boer, M. A., *Breve reflexión sobre la subjetividad y violencia en el fin de siglo,* pág. 10  
 Edelman, L., *Crisis de fin de siglo y patologías,* pág. 12  
 Fernández Labriola, R., *Perfil farmacológico y clínico de la tianepina,* pág. 29  
 Giorgi, V., *Neoliberalismo, subjetividad y salud,* pág. 14  
 Gómez, J. C., ver Zárate, C.  
 Gorman, J. M., ver Zárate, C.  
 Kasper, S., *Eficacia clínica de la mirtazapina: revisión de los meta-análisis de datos combinados,* pág. 33  
 Kersner, D. R., *Fin del milenio y subjetividad,* pág. 18  
 Kordon, D., *Acerca de la crisis de fin de siglo, la pertenencia social y la subjetividad,* pág. 19  
 Lagos, D., *Presentación,* pág. 7  
 Montenegro, R., *Entrevista por J. C. Stagnaro,* pág. 5  
 Ricón, L., *Crisis de fin de siglo y subjetividad,* pág. 22  
 Stein, E., *Desocupación, identidad y respuesta social (en el marco de la globalización),* pág. 24  
 Tohen, M., ver Zárate, C.  
 Zárate, C., Tohen, M., Gómez, J. C., Gorman, J. M., *La olanzapina: nueva terapia hacia la re-integración social del esquizofrénico,* pág. 43

### Suplemento N° 2 al Volumen VIII

- III Congreso Mundial de Estados Depresivos, Simposio Internacional de Anorexia Nerviosa y Bulimia**  
 Abreu de la Torre, C., Sánchez Chávez, J., Castaneda Báez, Y., *Tratamiento de la Depresión en pacientes neurológicos,* pág. 13  
 Baringoltz de Ruiz Garasino, C., *La defensa contra la Depresión y la Depresión como defensa,* pág. 19  
 Castaneda Báez, Y., ver Abreu de la Torre, C.  
 Chappa, H. J., *Tratamiento cognitivo comportamental de la Depresión crónica,* pág. 23  
 Costa e Silva, J. A., *El costo de la Depresión, Un problema mayor de Salud Pública,* pág. 5  
 Galli, E., *La Depresión: Hacia una nueva conceptualización dimensional,* pág. 27  
 Knobel, M., *Depresión y suicidio en la adolescencia,* pág. 31  
 Nazar, J., *Discurso del acto de apertura del III Congreso Mundial de Estados Depresivos,* pág. 3  
 Oyarzún, H. F., *La alteración personal depresiva y sus implicancias éticas,* pág. 43  
 Sánchez Chávez, J., ver Abreu de la Torre, C.

## ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

### CONJUGAR

Coordinación:  
Javiva Goldberg

- Internación Domiciliaria
- Asistencia en crisis
- Resocialización



ADOLESCENTES • ADULTOS • TERCERA EDAD

Informes: 855-5430 - 927-4858

Revista

# TopiA

Temas de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura

APARECE ABRIL - AGOSTO - NOVIEMBRE

Informes: 802-5434

Fax: 943-0968

E-mail: topia@psico.net