

**ATENEOS SRT
A-03**

"EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN EL ÁMBITO LABORAL"

ATENEO SRT • S.A.P.S.I

Ateneos SRT

>>> Palabras preliminares

Dr. Marcelo Bellotti
Gerente Instituto de Estudios
Estratégicos y Estadísticos
Superintendencia de Riesgos
del Trabajo

En el marco de los Ateneos que viene organizando la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, en esta oportunidad se desarrolla, juntamente con la Sociedad Argentina de Psicotrauma (S.A.P.S.I.), el correspondiente a “**El estrés postraumático en el ámbito laboral**”.

La dinámica de trabajo consiste en el desarrollo teórico de la temática, la presentación de casos prácticos y su discusión.

Esperamos que de los resultados de las ponencias que se vuelcan en estas páginas surjan conclusiones realmente productivas a los efectos de la temática abordada. Asimismo, agradezco muy especialmente a los maquinistas de trenes que colaboraron en la investigación con el anhelo de que los resultados finales redunden en beneficio de los trabajadores.

>>> Neurofisiología y tratamiento del trauma

Lic. Eduardo Cazabat
Psicólogo – Certified Traumatologist- Director asociado de la revista *Psicotrauma para Iberoamérica* Secretario para la red Iberoamericana de la Sociedad Argentina de Psicotrauma.

Les voy a hablar acerca del tratamiento del trauma y también algo mínimo de neurofisiología del trauma, como para entender de qué estamos hablando cuando nos referimos al tratamiento del trauma, y también abordaré el procesamiento de memorias traumáticas.

Un primer error bastante común es el hecho de atribuir la patología al hecho en sí. Generalmente, por una mala costumbre, hablamos de hecho traumático.

Entre 1980 y 1987, cuando se estableció el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, según la *American Psychiatric Association*, lo que se tomaba como eje principal para resultar traumatizado era haber estado expuesto a un hecho más allá del rango normal de la experiencia humana. Es decir, que lo que se caracterizaba como traumático era el hecho en sí.

Después se vio que el rango normal de las experiencias humanas incluía muchas situaciones que podrían devenir en traumáticas, que no era una cosa totalmente extraordinaria sufrirlas.

A partir de 1994, con la cuarta edición del Diagnóstico Manual y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatras, se cambia el paradigma acerca de qué es lo que se considera trauma. Entonces, a partir de esta publicación, se consideraba al trauma como la respuesta del individuo frente a una situación extrema.

El requisito fundamental es haber estado expuesto, haberse enterado de hechos potencialmente amenazantes para la vida o la integridad física de la persona o de sus seres queridos, y que la persona haya respondido con temor, desesperanza, horror, pánico.

Vale decir que aquí lo que cuenta como traumático, lo que configura al hecho como traumático es **la respuesta del individuo**. De esta manera tenemos que hay hechos que para algunas personas son traumáticos, para otras no.

Ateneos SRT

En rigor de verdad deberíamos entonces hablar de hechos potencialmente traumatogénicos. Pero, reconsiderar la terminología y el concepto de trauma llevará mucho tiempo. En esta presentación cada vez que diga hechos traumáticos, **entiéndase: hechos potencialmente traumatogénicos.**

Sabemos que hay hechos que son traumáticos para casi todo aquel que fue expuesto y que pueden dejar una profunda impronta, una profunda huella en mucha gente. Ahora, también sabemos que mucha gente que ha estado expuesta a esas situaciones extraordinarias, como pueden ser un huracán, una guerra, un terremoto, etc. en general sufren síntomas durante un tiempo pero los síntomas van desapareciendo paulatinamente en la mayoría de ellos.

Hay algo que diferencia a unas personas de otras en cuanto a la respuesta que tienen frente a los hechos traumatogénicos. Esto nos habla de que hay mecanismos naturales de curación o de resiliencia. Vale decir que la información que uno recibe del hecho al cual es expuesto es procesada y archivada de una manera adaptativa en la red neurofisiológica.

De esta manera la persona sale indemne o fortalecida a veces de las situaciones potencialmente traumatogénicas.

Aquí va a estar mi incursión en el área neurofisiológica que va a ser bastante rudimentaria. Lo que les quiero ilustrar cómo es el mecanismo del trauma.

Por un lado aquí tenemos una imagen muy esquemática de un cerebro "normal".

Sobre al área izquierda tenemos el hemisferio izquierdo, que es la sede de la memoria narrativa. Tenemos marcadas las áreas de *WERNICKE* y de *BROCA*, que son las encargadas de codificar verbalmente la experiencia.

En el hemisferio derecho, está la sede de la memoria implícita, que está conformada por emociones, imágenes y tiene la característica de ser atemporal. Vale decir que no reconoce pasado, presente y futuro. Lo que está alojado allí es como si estuviera en un presente continuo.

La intercomunicación entre ambos hemisferio es lo que da la contextualización, la interpretación, y la ubicación temporal a las memorias que residen en el hemisferio derecho.

Entonces, habitualmente entre uno y otro hay una intercomunicación, un cambio de información que conforma toda la memoria tal como la conocemos.

¿Qué pasa entonces cuando falla este mecanismo?

La emoción queda fijada en la memoria implícita, provocando así los síntomas característicos de lo que conocemos como trastorno por estrés postraumático. Esto es lo que pasa durante e inmediatamente después de la situación traumática o potencialmente traumatogénica.

Se han realizado investigaciones con la técnica de tomografías por emisión de positrones, la cual toma imágenes que miden la actividad de las diferentes áreas cerebrales, y la miden mostrando una coloración determinada de acuerdo a la cantidad de glucosa que se consume en esa área.

La presencia de los colores roja, anaranjada o amarillo en la imagen demuestran mucha actividad. Si esa zona tiene una coloración más azulada es que tiene poca actividad.

Lo que se ha visto, por ejemplo, cuando se realiza la técnica con una persona que ha sufrido una situación traumática y se le pide que la recuerde, es que cuando la recuerda la revive, y, si esta persona está traumatizada, se ve algo similar a esa imagen de colores rojo, anaranjado y/o amarillo.

Se ve una gran actividad, o una actividad aumentada en el hemisferio derecho, que decíamos que es la sede de la memoria implícita, las emociones y las imágenes, y el hemisferio izquierdo disminuye notablemente su actividad, especialmente las áreas de *WERNICKE* y de *BROCA*.

Esto quiere decir que la persona está reexperimentando la situación como si estuviera viviéndola en este momento, dado que el hemisferio derecho no tiene la capacidad de generar pasado, presente y futuro, y que tiene una pobre capacidad verbal. No puede entender bien, no puede codificar bien, no puede decodificar bien lo que está pasando.

Con posterioridad a este hecho traumático, la persona sigue viviendo su vida "normal", pero cuando se expone a recordatorios del trauma, que pueden ser externos o internos, como pasar por la esquina donde tuvo el accidente, ver en la televisión algo similar a lo que le ocurrió, o algunas claves que ni siquiera puede identificar y que están relacionadas con la situación traumática, se produce la actividad cerebral antes mencionada.

Nuevamente se borra la intercomunicación entre los hemisferios y la información traumática que está "guardada" en el hemisferio derecho pugna por pasar al hemisferio izquierdo, que nuevamente se siente abrumado por esta información tan "pesada" emocionalmente que trata de colocar esa barrera y no deja pasar esta información.

Cuando el hemisferio izquierdo logra detener esta información y no dejarla pasar, se producen síntomas que son los de evitación y de disociación.

Los de evitación son síntomas activos, vale decir que uno evita exponerse a determinadas situaciones. Por ejemplo cuando uno ve en una película que va a suceder un crimen puede decir "cambiamos de canal" o se tapa los ojos y no mira lo que está pasando, o también evita pasar por el lugar donde fue asaltado, etc. Esos son los síntomas de evitación. Trato de que no me invada la emoción contenida en el hemisferio derecho.

Los disociativos son aquellos que suceden "espontáneamente".

No los provocamos en forma voluntaria y son síntomas de desconexión. Estos síntomas de desconexión emocional tienen importancia clave, porque de alguna manera la persistencia de este tipo de síntomas va a predecir el tipo de respuesta a mediano y largo plazo que tiene la persona frente al hecho potencialmente traumatogénico.

Una persona expuesta a estos hechos que durante o inmediatamente después responde con síntomas disociativos, es muchísimo más probable que desarrolle sintomatología postraumática a mediano o largo plazo.

Esto lo podemos ver habitualmente en los noticieros, una imagen arquetípica, es cuando le hacen el reportaje a una madre que, por ejemplo, ha perdido un hijo, y uno ve que habla sin emoción, que está contando lo que pasó hace pocas horas y uno piensa que tiene menos emoción que si estuviera contando qué hizo de comer, o como si nada pasara. Esto es muy llamativo. Hasta que los periodistas, que son astutos, le hacen la pregunta o dicen la palabra clave, que hace que la señora se derrumbe. Es decir que pase la información por esa barrera que la frenaba, la emoción que estaba contenida, disociada, en el hemisferio derecho, irrumpe en el izquierdo, se producen los síntomas de intrusión, es decir, se revive la situación, se reexperimenta con imágenes, sensaciones, sentimientos, es una catarata que hace que uno esté expuesto nuevamente a la situación traumática subjetivamente y que provoca en la mayoría de los casos una retraumatización. Ahí es cuando la señora se larga a llorar desesperadamente y no puede seguir adelante.

Entonces estos síntomas de disociación son importantes porque predicen en cuanto al curso del trastorno que va a padecer esta persona expuesta al hecho traumático.

Cuando nos preguntan nuestra identificación podemos responder quiénes somos, podemos contar nuestra historia de vida:

- **Nací en tal lugar,**
- **Cursé en tal año la escuela primaria,**
- **Concurrí a tal escuela.**
- **Era socio del tal club, etc.**

Tenemos una historia, esto es lo que se llama memoria narrativa. Tenemos una memoria que podemos poner en palabras y armar una narrativa.

La característica que tiene la memoria traumática es que, como veíamos antes, al estar disminuida la actividad de los centros de *WERNICKE* y de *BROCA* (los centros que codifican la experiencia en palabras), esa parte de la historia está pobremente codificada. Por lo general, la gente traumatizada cuenta la historia con una narrativa desordenada, no tienen una línea histórica, están demasiado pobladas de adjetivos, de emociones, van y vienen en el tiempo, tienen huecos. La amnesia peritraumática es uno de los síntomas disociativos característicos en la que uno no recuerda qué pasó o no recuerda exactamente.

Un paciente en tratamiento un día llega y me cuente que le robaron.

Estaba en la parada de un colectivo, llegó un muchacho, le puso un revólver en la cara y lo único que recuerda es el cañón del arma al cual vio “así de grande” (señaliza con sus manos una longitud exagerada), unos minutos dice que comenzó a correr para terminar entrando en un negocio, ***“batí los 200 metros llanos, porque no sé cómo corrí, no sé por dónde pasé, no tuve tiempo de pensarlo”***.

Eso es la amnesia peritraumática, y la disociación se puede notar en el sentido de ver el cañón del arma “tan enorme”, mucho más grande de lo que es, entonces en ese momento el paciente no tenía una narrativa histórica para relatar... los centros de *WERNICKE* y de *BROCA* no codificaron y toda la energía emocional evidentemente se plasmó en sus piernas, que lo sacaron bastante indemne de la situación.

Entonces, el objetivo de un tratamiento del trauma está orientado a integrar esta memoria traumática, constituida fundamentalmente por emociones e imágenes, ponerla en palabras e integrarla así a la memoria narrativa de tal manera que no tenga huecos, que podamos contarla toda sin esta catarata o aluvión de emociones que perturban constantemente a toda persona traumatizada.

Vamos a pasar a algunas características que debe reunir todo tratamiento del traumatizado.

Un tratamiento efectivo del trauma está basado en el modelo que desarrolló Judith Herman.

La primera fase de este modelo de tratamiento es la fase de seguridad, estabilización y reducción de síntomas. Cabe aclarar que, como en todo tratamiento, más aún en el tratamiento de las personas traumatizadas, es fundamental establecer una buena alianza terapéutica.

La persona tiene que hablar con nosotros acerca de cosas difíciles, muchas veces vergonzantes. Por ejemplo, una mujer violada va a tener que contarnos detalles o hablar de qué pasó. Entonces para eso hay que tener una buena alianza terapéutica y con un vínculo bien establecido.

Se debe aclarar al paciente acerca de las dificultades que tendrá a lo largo del tratamiento, por ejemplo el hecho de tener que abordar detalladamente los hechos acaecidos, y muchas veces la gente quiere olvidarse de lo que le pasó. Agregaríamos que afortunadamente es imposible el olvido. Porque también de las experiencias traumáticas se aprende, y desde luego el establecimiento de un contexto terapéutico adecuado como para que la persona pueda sentirse segura para poder desplegar todo este material altamente cargado.

En esta fase vamos a resolver los obstáculos y los peligros, tanto los interpersonales como los intrapersonales y los del ambiente.

Aquí lo primero que debemos tener en cuenta es que cualquier tratamiento del trauma implica remoción de la zona de guerra, es decir, no puede estar ocurriendo el trauma. Tiene que haber cesado para hacer cualquier tratamiento, no podemos

hacer ningún tratamiento de una mujer que está siendo golpeada por su marido o un niño que está siendo abusado hasta que no tenemos la garantía que el abuso o los golpes cesaron.

Esta es la primera condición.

También debemos hacer intervenciones conductuales para la seguridad. Debemos estar seguros que esa persona no va a exponerse nuevamente a situaciones potencialmente peligrosas, tanto propias como ajenas. Muchas de las personas que están sufriendo o han sufrido situaciones traumáticas muy intensas o prolongadas, se exponen a situaciones similares inconscientemente o se autoagreden en un afán de calmar el dolor psíquico con dolor físico. Hay explicaciones neurofisiológicas acerca de porqué la autoagresión, por ejemplo lastimarse físicamente, hace que calme el dolor psíquico.

Hay que trabajar para aliviar los pensamientos o las conductas autodestructivas y ganar control sobre sí mismo y sobre el ambiente. El trauma se caracteriza por la pérdida de control. La persona expuesta a una situación traumática pierde el control no solamente de sus reacciones sino hasta de su propio cuerpo.

Entonces una condición necesaria para poder seguir adelante es que logre control sobre sí misma y sobre su ambiente, que pueda tomar decisiones, que pueda controlar su cuerpo, y esto se pone de manifiesto en cosas tan nimias como el contacto físico.

Cuando estamos frente una persona traumatizada tocarla, ponerle la mano en el hombro cuando está en un estado alterado de conciencia, cuando está recordando o nos está contando qué pasó, puede estar detonando memorias temporales que no sabemos adonde nos conduce.

Cuando hablamos con una persona que recientemente ha sido traumatizada o que está reexperimentando la situación traumática en una sesión de terapia, puede estar en esta situación, es decir, está disociada, no tiene una buena conexión entre los hemisferios cerebrales, el hemisferio derecho no entiende metáforas, si nosotros hablamos con metáforas lo toma literalmente.

Entonces es muy importante cuando uno aborda a una persona traumatizada tener claro en qué estado de conciencia se encuentra.

Tratar de que retome el control sobre sí mismo y sobre el ambiente es ya una medida terapéutica.

En esta primera etapa el eje está más sobre los síntomas que sobre las memorias traumáticas.

En una segunda etapa se trabaja sobre las memorias traumáticas.

Entonces en esta etapa vamos a tratar de lograr la seguridad personal y contextual, trataremos de darle herramientas para la modulación de los

niveles de activación fisiológica en que se encuentra. Las personas traumatizadas tienden a reaccionar fisiológicamente frente a estímulos ya sean conocidos o desconocidos mostrándose irritables, ansiosas, tienen dolor de estómago, ganas de ir al baño, dolores de cabeza, todas esas manifestaciones de su cuerpo.

Utilizamos técnicas como relajación, técnicas de respiración, de manejo de la ansiedad, de control de manejo de los impulsos y ello será muy importante.

Además este estado de activación hace que las personas reaccionen violentamente, sin poder pensar, por ello intentamos un control sobre la sintomatología postraumática y disociativa.

Una vez que se logran estos niveles mínimos de seguridad abordaremos las memorias traumáticas.

Las herramientas, los nuevos abordajes terapéuticos que utilizamos para trabajar sobre traumas son bastante efectivos.

Cuando alcanzamos un nivel mínimo necesario de seguridad y sabemos que el paciente no se va a autoagredir, a exponer a otras situaciones traumáticas, etc., estamos en condiciones de pasar a la siguiente etapa. El profesional que trata a la persona debe manejar también su ansiedad (no olvidemos que el paciente está en condiciones críticas) ya que no resulta inmediata la recuperación de esta etapa.

El paciente debe estar seguro y sentirse seguro. No es lo mismo, no coinciden necesariamente. La mujer que por ejemplo ha sido violada, cuando está con su marido después de que ya pasó la situación, incluso años después, y va a tener una situación de intimidad, sexual, puede sentirse insegura por aquella que le pasó, aunque su marido que la proteja y la cuide.

Por el contrario una mujer golpeada por su marido y él le pide disculpas y le promete que nunca más lo va a hacer, ella se siente segura aunque no lo está, pues puede volver a suceder. Entonces tenemos que tener la garantía de **estar y sentirse seguro**.

El paciente tiene que tener presente que, ante situaciones violentas, debe recurrir a una persona que le puede ayudar en ese mal momento, o al terapeuta, o al Servicio de Salud de Urgencias, o ante otras entidades de urgencias.

Por último, debe estar de acuerdo en abordar el material traumático. Toda terapia del trauma incluye necesariamente al abordaje activo del material traumático. Vale decir trabajar con él y trabajar con la reexperimentación y con las reacciones que va a provocar en la persona.

Entonces el trabajo con el material traumático incluye recordar, tolerar las reacciones que va a provocar en las personas e integrar estos recuerdos abrumadores y para lo cual vamos a tener que planificar cuidadosamente:

- **Cuándo**
- **Cómo**

Con qué intensidad y profundidad podemos ahondar en esos recuerdos.

Elegir el momento en que la persona se sienta segura.

Continuidad del tratamiento terapéutico (tanto de parte del paciente como especialmente el del profesional a cargo).

De esta manera el material traumático al ser abordado se lo va reasociando, no se disocia, como decíamos antes, sino que se va integrando la reacción emocional con la codificación verbal, con las palabras, se va armando esa narrativa.

Entonces la memoria traumática se va transformando en narrativa y los mecanismos técnicos que tienen en común la mayoría de los abordajes terapéuticos es la reacción o la catarsis y el acceso repetido a la situación traumática que permite ir completando el material que está fragmentado.

Durante el tiempo de la catarsis (reexperimentación de emociones intensas) las personas lloran, sufren, se angustian pues están experimentando nuevamente la situación traumática.

La reexperimentación / catársis como mecanismo de elaboración de la situación traumática tuvo "mala prensa" pues en algunos casos puede ser re-traumatizante. Pero vale la pena aclarar que no en cualquier condición debe realizarse esta catársis o abreacción.

En algunos casos puede ser re-traumatizante, en especial si quien está frente a la persona no sabe manejar este tipo de reacciones, por lo general lo que se tiende a hacer es a calmar a la persona, a decirle "tranquilízate", "ya pasó", "tenés que pensar hacia adelante", o este tipo de frases hechas y lo único que hacen es cortar ese procesamiento que está haciendo la persona y perjudicarla.

En general todos los que han pasado por situaciones potencialmente traumatogénicas, emocionalmente intensas, tienden a repetir o a contar repetidamente lo que les pasó. Y este parece ser uno de los mecanismos naturales de curación o de resiliencia.

Ustedes tendrán experiencia aún cuando les sucedan cosas mínimas, una frenada brusca en una esquina, por ejemplo, ello es motivo de que uno llegue al trabajo y le comenta a su compañero "no sabés lo que me pasó, casi choco en la esquina" etc., y se cruza con otro y se lo dice, y se encuentra en el ascensor con otro y se lo cuenta, y llega a la casa y se lo cuenta a su mujer, y después de que lo contó tantas veces se olvida del hecho.

Pero, necesitó contarlo, incluso con gente con la que no tiene ningún tipo de relación. Entonces parte de este mecanismo está contenido en la catársis, y es importante que la persona que lleve adelante el tratamiento sepa manejar este tipo de situaciones, como decía anteriormente, sin presionar. La catársis debe producirse en el momento en que la persona está predispuesta a hacerlo. No se la debe presionar, porque puede empeorar la situación y re-traumatizarse.

El objetivo es integrar la memoria traumática a la historia de su vida. Y se debe prestar especial atención a estados disociados. Puede ser que durante el tratamiento y el abordaje de la situación traumática se provoquen estados disociados e incluso regresiones a situaciones traumáticas anteriores que pueden parecer inexplicables, y que sucedieron en la adolescencia, la infancia, etc. Hay que estar alerta frente a eso y también estar preparado para controlarlo.

Algunos de los abordajes específicos que se usan en esta etapa de procesamiento de material traumático son la terapia cognitivo conductual, en especial los protocolos de terapia de exposición, *MDR*, *TIR*, terapias basadas en energía y otras.

La tercera fase es la de reconexión.

Una vez que el material traumático ha sido procesado y "archivado" correctamente en las redes neuronales, la terapia es similar a otras terapias psicológicas, pero la persona tiene que aprender a luchar y a manejar el peligro, no exponerse nuevamente a situaciones similares, reconciliarse consigo mismo, pues las personas muchas veces se sienten culpables ya que sienten haber sido autoras del suceso o por haberse expuesto al mismo (a veces con razón o sin razón). Esto hace que muchas veces a las personas traumatizadas les es muy difícil conectarse con otras personas porque están muy ensimismadas y conectadas con lo que les está pasando, deben resolver su trauma y encontrar un objetivo en la vida que le permita disfrutar, tener relaciones plenas, interés en el presente y en el futuro.

Voy a hablar ahora de los tratamientos del trauma.

En 1999 la *International Society for Traumatic Stress Study* (que es la asociación más importante a nivel mundial de profesionales del trauma) hizo conocer el consenso de expertos que la integran.

Durante un tiempo analizaron las publicaciones científicas acerca de las diferentes terapias existentes sobre trauma y luego del análisis exhaustivo tomaron todas las evidencias que había a favor de las diferentes orientaciones teóricas, las más eficientes, las que mayor y mejor apoyatura empírica reunieron, fueron:

- **La terapia cognitivo conductual, que también se llama terapia de exposición.**
- **La hipnosis, que también ha sido revalorizada en los últimos años.**
- **Los tratamientos psicofarmacológicos con copiosas investigaciones y apoyo empírico.**
- **El *MDR*, del cual voy a hablar.**

Sin embargo, desde un tiempo antes se veía que los resultados al tratamiento del trauma no eran todo lo efectivo que podía esperarse, con lo cual, Charles Figley, se propuso hacer una investigación, para la cual convocó a profesionales para presentar terapias no convencionales hasta el momento.

Seleccionó a:

- ***EMDR*, Eye Movement Desensitization and Reprocessing** o Desensibilización y Reproceso por Movimiento Oculares.

- **VKD**, *Visual Kinesthetic Dissociation* o Disociación Viso Kinestésica.
- **TIR**, *Traumatic Incident Reduction*, o Reducción de Incidente Traumático.
- **TFT**, *Thought Field Therapy* o Terapia del Campo del Pensamiento.

Charles Figley hizo lo una demostración clínica sistemática por la metodología que utilizó, convocó a representantes de cada una de estas escuelas a la sede del Traumatology Institute y les asignó aleatoriamente pacientes con traumas simples para que aplicaran en el curso de 10 días el tratamiento que ellos creyeran conveniente.

Estas terapias se conocen actualmente como *Power Teraphys* o sopa de letras, o terapias neotéricas, que a pesar de que neotéricas suena a esotéricas, en realidad quiere decir nuevas, recientes o modernas.

Los resultados fueron extraordinariamente alentadores, y en un rango de entre uno y cuatro horas en promedio de tratamiento se obtuvieron alivios significativos para los síntomas que presentaban. Recuerden que no eran traumas complejos, eran traumas simples, y una de las cosas llamativas es que tres de ellas incluyen algún tipo de movimiento de ojos, por lo cual se cree que el movimiento de ojos o lo que vio posteriormente actúa como una estimulación bilateral alternada de los hemisferios cerebrales, juega una parte importante en el procesamiento de la información.

Lo que participa en estas terapias y en otras, que como las que mencioné son las más eficaces, es la inhibición recíproca, mecanismo por el cual, al exponer a una persona a un estímulo ansiógeno junto con una respuesta de relajación, la respuesta ansiógena se extingue. Vale decir que una persona no puede estar ansiosa y relajada al mismo tiempo.

Otro de los elementos que presentan estas técnicas es la exposición y sintonización. Todas ellas incluyen de alguna manera la exposición imaginaria. Hay que recordar y exponerse, sintonizarse con la situación traumática para poder abordarla.

También la observación disociada, esto de poder observar la situación imaginariamente permite que tomen una distancia de esa situación de tal manera que se pueda completar esta narrativa de la que hablamos.

La resintonización trasmodal se refiere a que se debe prestar atención a los diferentes modos de acceso a la información de ese recuerdo traumático como son, no solamente la puesta en palabras, sino las emociones, las sensaciones, las cogniciones que se tienen acerca de él, entonces trabajar con todo eso hace que se resintonice toda la información y que se ponga en un mismo nivel.

La atención dual significa que al estar sintonizado con la situación traumática y a las instrucciones o las consignas que va dando el terapeuta y el hecho de poder relatar frente a un testigo la situación traumática, es otro de los ingredientes activos.

Completar la narrativa como ya lo dije, la resolución de la disociación que se produce en la situación traumática al poder abordar la situación traumática recordando y

reexperimentando las emociones y poniéndolas en palabras, esa disociación que en primer momento puso aparte las emociones de las cogniciones y de las palabras las vuelve a reasociar.

La catársis es como ya lo dije.

La alianza terapéutica que es la base de todo tratamiento psicoterapéutico, y por otro lado las estrategias de calmar la ansiedad, que ayudan a hacer que las respuesta de relajación sean incompatibles con la respuesta ansiosa y, por lo tanto, puedan resolver la reacción de ansiedad que provoca el recuerdo traumático.

Eso es todo por ahora.



PREGUNTAS

Pregunta. *¿Esta sintomatología con respecto a lo que presenta una persona traumatizada puede verse reflejada en una tomografía computada de alguna manera o en un mapeo cerebral?*

Respuesta. Los medios de diagnóstico por imágenes por el momento están en la etapa de investigación y lo que se puede hacer es diagnóstico por grupos. No es lo mismo diagnosticar un grupo que hacer diagnósticos individuales. Por ejemplo, podemos saber que la incidencia de la situación traumática puede disminuir el volumen del hipocampo, pero el hecho de encontrar en alguien el volumen del hipocampo disminuido no significa que esté traumatizado. De la misma manera que si encontramos a alguien que mide un metro cincuenta, no podemos decir que es miembro de una tribu de enanos. Las variaciones individuales y grupales no son lo mismo. Entonces, actualmente no se puede hacer diagnóstico por imágenes de una persona traumatizada. No se pueden hacer diagnósticos de trastornos postraumáticos a partir de imágenes por el momento.

Pregunta. *La pregunta tiene carácter personal, no laboral Una persona con pánico, ¿ese pánico puede ser reacción de un trauma que ha quedado en esa parte del hemisferio cerebral derecho?*

Respuesta. Sí, por lo general en los trastornos de pánico si uno busca bien y con las herramientas adecuadas suele encontrarse una situación traumática originaria que muchas veces la persona no conecta, y no solamente en las situaciones de pánico. Cuento una pequeña anécdota: Una paciente tenía fobia a los exámenes. No podía dar exámenes orales, que luego de aplicar una de las técnicas mencionadas llegó a recordar una situación en la cual en el jardín de infantes se había hecho pis frente a toda la salita y le había resultado terriblemente vergonzoso. Una vez resuelta esa situación original pudo dar los exámenes tranquilamente. No fue una situación traumática tremenda, pero en su momento lo había sido.

Pregunta. *¿cómo considera el concepto de interrupción que plantea el profesor*

Benyacar? y ¿qué experiencia tiene con tratamiento grupal, en cuatro o cinco personas, que hayan sufrido algún tipo de trastorno disruptivo?

Respuesta. Creo que el concepto de disrupción de M. Benyacar es bastante fecundo, está en estudio y desarrollo toda su propuesta, y me parece que tiene bastante consenso en el ámbito científico, aún no se investigó lo suficiente como para implementarla. En cuanto a la experiencia grupal, yo no he tenido experiencia de tratamiento grupal. Hay algunos protocolos que se aplican, más que nada frente a lo inmediato de la situación traumática, como son los protocolos de *Defusing*, de *Debriefing*, incluso algunos protocolos de *EMDR*.

Experiencias en un Servicio de Medicina Laboral

Agradezco la invitación y la posibilidad de compartir con ustedes la experiencia de trabajo que realizo desde el servicio de medicina de una empresa ferroviaria con el personal de a bordo de trenes en los momentos que ellos tienen un accidente o un arrollamiento mientras desempeñan su función.

El personal de a bordo de los trenes está constituido por el conductor de trenes diesel junto con su ayudante, los conductores de trenes eléctricos y los guardatrenes o jefes de trenes. Todos ellos se encuentran involucrados de manera involuntaria en el momento de tener un accidente.

Los conductores inevitablemente afrontan y se ven impactados por el accidente propiamente dicho, el arrollamiento, los guardatrenes, por ser jefes y estar a cargo de la formación, inevitablemente tienen que involucrarse en la parte posterior del accidente que es lo atinente al reconocimiento y la evaluación del desenlace.

En ambos casos el arrollamiento es un suceso que se impone más allá del deseo del personal, de los recursos reales y materiales para que puedan contar para evitar el accidente y es para el personal de a bordo un hecho potencial cotidiano y que puede darse en cualquier momento de su vida laboral y de manera reiterada.

Con el fin de transmitirles a ustedes cómo viven el arrollamiento estos trabajadores seleccioné algunas frases que sintetizan e ilustran el sentir de ellos.

Sus relatos, recogidos en la entrevista que realizamos a posteriori del accidente pueden expresarse con algunos ejemplos de frases más frecuentes:

- *“Me gusta mi trabajo, ésta es la parte más fea.”*
- *“Uno sabe que puede pasar, lo espera”*
- *“No hay acostumbamiento, voy aprendiendo de las experiencias.”*
- *“Cuando pienso en el accidente pienso en la forma estúpida como las personas pierden la vida.”*
- *“Siempre me hace recordar otros accidentes.”*
- *“No puedo no ir a ver, necesito saber qué pasó, pedir rápido la ambulancia, hacer algo.”*
- *“Es un alivio saber que quiso suicidarse.”*
- *“No sé qué me pasaría si fuera una criatura.”*



Lic. Marisa Rizzo

Psicóloga – Integrante del Servicio de Medicina Laboral de una empresa ferroviaria.

Especialmente las dos últimas frases son las que se repiten constantemente en las entrevistas y fundamentalmente la última.

En las entrevistas que realizo con el personal de a bordo a posteriori del accidente, mi técnica consiste en escuchar a cada persona en su singularidad, en el aquí y ahora de esa experiencia que está viviendo y en cómo se incorpora en su historia, y cómo la va relacionando con las historias anteriores. Ya dije que es una situación es reiterada a lo largo de la historia laboral del personal.

Las entrevistas las realizamos entre las cuatro y las 48 horas siguientes al arrollamiento. Voy a consignar las principales respuestas y reacciones físicas, emocionales, cognitivas y conductuales que refieren los conductores en los momentos anteriores, durante y posteriores al arrollamiento, y además lo que se releva después de las 12 horas posteriores.

Toda esta sintomatología que vemos, todos estos signos que expresan, voy a tratar de traducirlos nuevamente utilizando frases que tiene el personal para expresar lo que está sintiendo en el momento de la entrevista.

Por ejemplo un ayudante me comenta:

- *"No me gusta."*
- *"Trata de evitarlo."*
- *"Es raro."*
- *"Instantáneamente me pongo nervioso."*

Un conductor me dice:

- *"Siento angustia por el hombre que quiso cruzar, siento que yo le quité la vida."*

Un guardatrén comenta que la persona quedó con vida.

- *"Me sentí impotente porque no pude asistirle."*
- *"Me costó dormir, me desperté sobresaltado, con la sensación de que estaba cayendo."*

Otro conductor de un tren diesel comenta:

- *"Venía conduciendo, me quedé duro, me temblaba todo, descansé mal".*
- *"No tengo apetito."*
- *"Me siento enojado, desganado."*
- *"No quise salir, me sentí decaído".*
- *"No siento culpa, es impotencia."*

Frente a un suicidio de una mujer de 33 años, otro conductor de trenes eléctricos me comenta que descansó poco, que estaba muy nervioso.

- *"Se me suele pasar con los días."*
- *"Es el impacto del momento."*
- *"Pensaba en la familia de la chica."*

Frente a la visión del choque con un auto del cual pudieron afortunadamente evacuar los ocupantes, el conductor me dice:

- *“Me sentí muy nervioso, me temblaban las manos.”*
- *“Me sentí molesto con mi comportamiento.”*
- *“Nunca antes me había pasado algo así.”*
- *“No me gusta tener accidentes.”*

Otra perspectiva la muestra un guardatrén cuando me comenta que también (y además o agregado al accidente) lo que le pone mal es la gente.

- *“Los pasajeros nos insultan (y a veces tratan de agredirnos) en la situación del accidente.”*

Un ayudante cuenta su experiencia. Dice que siente bronca e impotencia por la negligencia de la gente.

- *“La gente no sabe lo que es un tren.”*

Un conductor dice que él nunca baja luego del arrollamiento, de hecho no tiene obligación de bajar de la formación, pero eso a veces está más allá de la posibilidad de decidirlo en ese momento. Entonces me dice: *“yo nunca bajo, pero esta vez bajé, vi el cuerpo. Me impactó, me impresioné. Me vuelven las imágenes.”*

Otro caso:

- *“Siento pena, impotencia.”*
- *“Bajo a ver porque me da tranquilidad, y no es como abandonar a la persona del accidente.”*

Un conductor dice:

- *“Siento bronca por cómo fue el accidente. Era un señor mayor en un cruce de trenes. Cruzó sin ver que yo venía. Me chocó él. Antes de fallecer me pidió perdón. Cuando llegué a mi casa me hice más la cabeza. Uno se pone a pensar cómo fue y en la familia.”*

A partir de la experiencia que vengo recogiendo en el trabajo junto con los conductores, ayudantes y guardatrenes, quería transmitirles mi apreciación:

Cada arrollamiento es para ellos una experiencia singular que se les impone desde el afuera, que se repite y que los involucra más allá de lo laboral.

Por lo tanto cada entrevista que realizo con los trabajadores también es para mí un acto singular que construimos juntos de manera dinámica y en base a la cual se dan las estrategias de intervención.

Para cerrar les quería transmitir una frase que me parece válida de rescatar, que siempre repiten mis entrevistados, de una forma u otra.

- *“De mi trabajo siempre quiero retener lo bueno.”*

>>> El estrés postraumático en el marco de la Ley N° 24.557

Dra. Norma Martín
Miembro titular de la CMC de la SRT, autora del cap. Psiquismo en los Baremos Previsionales de los decretos reglamentarios 1290/94 y 478/98 y presidente del cap. Psiquiatría y Ley APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos)

Agradezco poder participar de esta mesa y además el material (un video de arrollamientos) que me acercó la doctora Pazkoler, de mucho valor y que se expone al final de mi exposición.

Hablaré sobre estrés postraumático dentro del marco de la Ley N° 24.557.

En primer término, y dentro del marco de la ley hay que definir estrés postraumático. Entonces debe quedar claro el concepto de que estrés postraumático para la ley 24.557 y considerado en Comisiones Médicas es el caso del trabajador que transitó por una experiencia que representa un peligro real para su vida o una amenaza para su integridad física, y también cuando es testigo de un acontecimiento en el que se producen muertos, heridos o hay amenaza para su integridad física o la de otras personas en su desarrollo laboral.

Agrego acá una definición que del *DSM 4*, que dice: “o bien escucha el relato de acontecimientos que implican muertes inesperadas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves”, con lo cual en el marco conceptual en el que yo estoy desarrollando el tema éste es un error conceptual, porque no puede ponerse en el mismo plano de ninguna manera una vivencia o escuchar un relato.

La vivencia como víctima, como testigo, o que alguien me lo cuente. Y sobre todo, no puede ponerse en el mismo plano cuando se habla de una ley con resarcimiento de la secuela del accidente o de la enfermedad.

¿Cómo llega el estrés postraumático a la Comisión Médica Central?

Llega a través de los accidentes de trabajo o de las enfermedades profesionales.

Para considerar un Accidente de trabajo tiene que cumplir con la definición de acontecimiento súbito y violento producido por el hecho o en ocasión del trabajo, y enfermedades profesionales, aquellas que se encuentran contempladas en el listado de enfermedades profesionales y las no listadas pero incorporadas a partir del Decreto 1278/2000.

Este decreto le suministró a la Comisión Médica Central la competencia para determinar si en ese caso particular esa persona tiene una enfermedad que no esté incluida en el listado de enfermedades profesionales.

¿Qué importancia tiene en las enfermedades profesionales?

Identificar el agente estresor, la exposición a ese agente, el desarrollo de una enfermedad como consecuencia y, fundamentalmente, una relación de causalidad entre el agente, la enfermedad y el trabajo.

Mostraré unas estadísticas que me facilitó la gerencia médica.

Desde 1998 al 2007 el sistema informático tiene registrados 932 casos de estrés

postraumático. Esos casos se vieron un 97,10% en los accidentes de trabajo, un 2,14% en enfermedad profesional, y aparece con un 0,75% en enfermedad profesional no listada, que es el grupo al que me voy a referir.

Este dato numérico es solo una verdad parcial que no se ajusta a la realidad, porque el sistema solo capta el primer diagnóstico, el más relevante. Es decir cuando las reacciones vivenciales postraumáticas son las que tienen mayor porcentaje sobre el resto de las incapacidades queda registrada. Cuando está en segundo, tercer lugar, conforme a los porcentajes, no queda registrada. De hecho hay una realidad práctica mucho más próxima, que es alrededor del 50% de los reclamos y apelaciones que llegan muchas a la CMC, es para valorar trastornos psicológicos de diferentes enfermedades profesionales o de accidentes de trabajo.

Me referiré ahora al estrés postraumático, enfermedad no listada, en maquinistas de tren.

El puesto de maquinista de trenes requiere condiciones psicofísicas óptimas y un buen nivel de inteligencia y grado de instrucción como mínimo secundario.

El ejercicio de la profesión exige un esfuerzo físico alto. Es decir, fuerza, coordinación motriz, pericia, destreza manual, visión, audición, etc.

Tiene un alto nivel de responsabilidad, no solo por la seguridad de otras personas, sino además la responsabilidad patrimonial. Tiene un esfuerzo intelectual elevado, y además un alto monto de estrés psicofísico en forma habitual y permanente.

Los maquinistas de trenes están expuestos a temperatura, luminosidad, oscuridad, niebla, lluvia, viento, humedad, ruido, vibraciones, radiaciones solares, intemperie, olores, ventilación, espacios abiertos, plomo, gases, polvo.

Pero también el puesto de trabajo del maquinista está expuesto a otros riesgos, atentados, incendios, explosiones, descarrilamientos, colisiones de trenes, derrumbes, accidentes de personas.

Cuando hablamos de la muerte por accidente de personas, hablamos de arrollamientos, y cuando hablamos de arrollamientos yo tomo la definición que da el doctor José Patito, en su tratado de medicina legal, que dice que la palabra arrollamiento viene del latín *Convolvo* y que es la acción envolvente y aquí apropiada para expresar a un individuo (herido y/o muerto) que queda atrapado entre el piso y las ruedas de un vehículo. Esa acción envolvente le genera un movimiento giratorio sobre su eje longitudinal, y además de eso provoca extensas lesiones tegumentarias y con ellas también múltiples fracturas.

También con ellas está el aplastamiento, el arrastre del cuerpo de la víctima, las motivaciones, decapitación, desmembramiento, etc.

Las muertes por arrollamiento las provocan las caídas de los trenes por actos de violencia, las víctimas quieren defenderse y son arrojadas del tren, los suicidios, los desafíos adolescentes.

Otro problema son los distraídos que cruzan hablando por teléfono o escuchando

música con auriculares puestos. También los imprudentes, que cruzan con barrera baja, viajan colgados, cruzan por lugares prohibidos incluso con niños, bajan de los trenes en cualquier lugar, corren a los trenes.

¿Entonces qué pasa después de cada arrollamiento?

El conductor es el responsable de la formación y debe quedarse hasta que llega el relevo. A veces, cuando llega la policía lo lleva detenido ya sea como actor en accidente o como testigo, y a lo mejor pasa el día haciendo trámites en la comisaría.

En caso de fallecimiento no pueden retirar el cuerpo hasta que llega el juez, cosa que antes hacían los bomberos, y esto genera que todo el trámite lleve por lo menos cuatro horas más.

La actitud de los pasajeros, que imprevisiblemente ven la detención del tren y no saben de qué se trata, y que lo retrasa en sus ocupaciones, generalmente es agresiva o airada.

Llegado el relevo, el maquinista va al médico clínico, le toman la presión y lo remiten a una profesional psicóloga, y le justifica el día del accidente, a veces dos, también hay profesionales que vuelven a recitarlo a las 48 horas.

¿Qué pasa además después de cada arrollamiento?

Aparecen estados de ansiedad, de alerta, de desconfianza creciente. Todo parece sospechoso, muchas veces los maquinistas tratan de adivinar las intenciones de las personas que están en el andén temiendo quizás otro arrollamiento.

A veces son testigos de gente que evita que alguien se suicide y esto hace que se sientan muy nerviosos el resto del día.

También suelen pasar cuatro o cinco días sin hablar. No pueden compartir con esposa e hijos experiencias tan dramáticas. Suelen aparecer irritabilidad, cambios de conducta o de carácter ante hechos menores. Sufren de pesadillas.

Suele haber sobresaltos nocturnos, pesadillas de las que se despiertan gritando o los tienen que despertar. A veces hay una identificación proyectiva con la víctima *"pudo haber sido mi hijo o mi hija o mis padres"*. Tampoco se enteran si fallecieron las personas que se rescataron vivas. Pero igualmente los síntomas están presentes.

Después de varios siniestros los conductores se encuentran afectados en forma creciente frente a la posibilidad de sufrir un nuevo accidente, y siempre hay uno o dos de los arrollamientos que los impactan muy fuerte.

¿Es fácil parar un tren para evitar un accidente?

Una formación incluye por lo menos cinco unidades. El freno es eléctrico y automático desde que se acciona el arrastre es de 400 a 500 metros. A veces pasa todo el tren hasta que termina de frenar. Uno de los elementos que pueden plantearse es que TBA puso cámaras de televisión en las máquinas que

tienen un radio de 60 metros y que tienen por finalidad el grabar la frenada de las ruedas, grabar el toque de la bocina o la imagen, a los fines de deslindar responsabilidades.

A partir de estos relatos que me llegaron a la CMC comencé con un estudio de las vivencias que presentaba el maquinista, es una vivencia traumática imprevista, y por lo tanto más difícil para hacerle frente. Es compleja e impacta los sentidos, el visual, ven sangre, mutilaciones, expresiones de horror, de perplejidad en los imprudentes, la exposición corporal de los suicidas. Los suicidas muchas veces salen de los matorrales y se tiran directamente sobre las vías. Otras veces se sientan en las vías de espaldas al tren, otras veces al costado, y otras se paran en cruz esperando la llegada de la máquina. Está expuesto el sentido del olfato, el olor a sangre o a cuerpos quemados, el auditivo, los gritos de los que quedan vivos, el crujido de los huesos, el sonido del cuerpo al estrellarse contra la locomotora.

Sentimientos de culpa por la muerte provocada, sentimientos de pérdida respecto de sí mismos y de la propia integridad. Sentimientos de desconfianza y alerta con aumento del control. Miedo a las implicancias legales.

Hay una vivencia muy importante que es la un momento de duda. Porque una de las cosas que comentan los maquinistas es que quedan muy impactados con los que pasan distraídamente y los trabajadores dudan de:

- *Tocar bocina y alertar a la persona. (Con lo cual se puede paralizar del susto)*
- *Si no tocar y ver si pasa. (Con lo cual puede no darse cuenta y ser arrollado)*

En consecuencia esta vivencia del momento de decisión significa que haga lo que haga tiene incidencia directa en la muerte, y ya no es la máquina, ya no es solo el otro, sino es la elección que él haga de su accionar.

Por supuesto que se termina con la vivencia de certeza del que producir muertes es un hecho irreversible e inevitable y hay que seguir adelante.

Hay que partir de la base que en el listado de enfermedades profesionales no existe el estrés postraumático pero en este caso cumple con las dos primeras condiciones que habíamos hablado de estrés postraumático, peligro real para la vida y la seguridad propia y ajena.

El régimen de horario que deben cumplir es considerado como especial, el puesto de trabajo exige una formación técnica específica. El cumplimiento de la tarea exige concentración máxima que lo diferencia de las tareas comunes, la desconcentración puede generar potencialmente accidentes o problemas graves para sí o para terceros. La interrupción transitoria exige que alguien venga a reemplazarlo, y las exigencias del ejercicio de la función han requerido la atención médica, licencias, internación, también en otras personas que ejercen la función, como consecuencia directa de la sobrecarga emocional o de la responsabilidad de la tarea.

El primer accidente produce una reacción vivencial neurótica-angustioso-fóbica pos traumática. Pasado el año, es el criterio colectivo, la reacción se transformaba

en desarrollo vivencial anormal neurótico postraumático donde el trabajador ya no vive adaptado a la tarea, vive sobreadaptado, y en consecuencia acusando recibo de la misma.

Después de treinta años de antigüedad como maquinista y treinta muertes por arrollamiento de promedio, el efecto psicopatológico es acumulativo. Se derrumban los mecanismos de defensa y aparece la enfermedad profesional.

¿Qué consideraciones puedo hacer sobre estrés postraumático?

No es una entidad nosológica nueva. Es una reacción a un desarrollo psíquico que cumple con el postulado de una intensidad del agente psicotraumático respecto de la vida y la seguridad. Debe diferenciarse de reacciones vivenciales neuróticas esperables por otros sucesos vividos como despidos, situaciones personales o accidentes sin relevar.

El inicio puede ser inmediato al suceso traumático o tardío, en un período de latencia aproximado de tres meses con síntomas psicológicos subclínicos. Muchas veces aparece un estado de depresión y de depresión encubierta. Es decir por trastornos funcionales físicos que pueden estar presentes durante años previo al estado psíquico pos traumático anterior al estado que puede ser de diferente severidad.

La persistencia de síntomas después de un año del último accidente puede ser el comienzo de una enfermedad profesional, pero también puede salir de lo neurótico para provocar reacciones psicóticas y a veces desarrollos irreversibles.

Sigue audio de un video de accidentes ferroviarios.



Signos asociados al TEPT en maquinistas de trenes.

*Lic. Ana Manuela Vázquez
Lic. Adela Contreras
Psicólogas integrantes del
Instituto de Estudios estratégicos
y estadísticos de la SRT
y autoras de la investigación.*

En la SRT hicimos un trabajo de investigación *“Signos asociados al trastorno por estrés postraumático en maquinistas de trenes del área metropolitana de Buenos Aires, que participan en accidentes con arrollamientos de personas y/o vehículos”* acorde a lo estipulado en la Resolución SRT N° 315/2002.

Quería agradecer en primer término a los trabajadores ferroviarios que integraron la muestra para la presente investigación porque concurrieron y colaboraron en todo lo posible para ayudarnos a realizarla.

A cualquier trabajador le preocupa muchísimo que lo llamen de una institución oficial para hacerle una evaluación psicológica. y la primera idea que lo angustia gira en la cuestión *“Puedo perder el empleo según el resultado del estudio...”* y, no obstante ello no existió cuestionamiento cuando se les explicó el objetivo del estudio ni resistencia a la realización de instrumento diagnóstico implementado.

También agradecemos a las doctoras María Martina Casullo y Mercedes Fernández Liporace, que intervinieron con su asesoramiento y supervisión en cuanto a la herramienta diagnóstica utilizada.

Estrictamente nos basamos, para realizar este trabajo, en los criterios diagnósticos que para el trastorno postraumático del manual estadístico de los trastornos mentales, la cuarta edición (*DSM 4*).

Acá hay una cuestión que quería aclarar. En la Argentina encontramos que los eventos acaecidos que potencialmente pueden ser traumáticos difieren del origen del caso que nos ocupa (los arrollamientos). Ellos son:

- *La Guerra de Malvinas (evento bélico), estudiados y asistidos los ex-combatientes por equipos multidisciplinarios, con respecto al trastorno de estrés postraumático.*
- *El atentado a la Embajada de Israel y a la Amia (atentados terroristas).*
- *El accidente de LAPA (accidente aéreo) del cual el Lic. Casabat y el Dr. Mosca fueron los encargados de contener en el primer momento a la gente.*
- *Las inundaciones en la provincia de Santa Fe (catástrofe natural).*
- *El incendio de Cromañón (un accidente masivo), y los arrollamientos. El suceso ocurre todos los días.*

Los medios de comunicación no se ocupan de ellos (excepto en casos muy extraordinarios) ya que ocurren todos los días y no involucran gran cantidad de personas como en los otros casos ya mencionados. Parecería que sólo esos hechos son potencialmente traumáticos. Un arrollamiento no es mediático pero puede ser tan traumático como aquellos masivos.

Además tenemos que tener en cuenta que (y aunque las comparaciones no indican grado de patología) las personas que padecieron una guerra, un secuestro, un tsunami, pueden desarrollar un *TEPT* pero esos sucesos tienen un límite temporal. Una guerra puede durar años pero en definitiva y en algún momento concluye. En este caso para el trabajador maquinista, los sucesos potencialmente traumáticos ocurren durante toda su vida laboral.

Para el maquinista el suceso es impredecible, imprevisible, súbito y disruptivo. Durante la investigación surgió a la luz otra cuestión: la situación "en espejo"

Una formación puede arrollar un vehículo y estar implicada en ello y como consecuencia los trabajadores prosiguen con una metodología ya explicada por la Dra. Martín. Pero, si durante el momento que se produce el accidente viene otra formación en sentido contrario, el maquinista no arrolla a nadie pero es participe en tanto y en cuanto visualiza todos los detalles de la otra formación tal como en una primera fila de platea. Nos queda planteado el interrogante ¿sólo tratamos al maquinista que arrolló? Esta situación en espejo que se produce ¿qué pasa con el que visualiza el suceso?

Los datos proporcionados por la Comisión de Regulación del Transporte para los años 2003, 2004 y 2005 en cuanto a los arrollamientos ferroviarios son:

- *La cantidad de arrollamientos en estos años fue de 1591. Las diferencias por año, según muestran los gráficos, no es relevante.*
- *La cantidad de heridos: 634.*
- *La cantidad de muertos: 962.*

- *Tenemos datos que muestran los suicidios y los intentos de suicidio.*
- *En los pasos a nivel es un poco más alto el porcentaje de accidentes que en la zona de vía y más aún que en la estación.*

Aquí es donde las cifras muestran, no tenemos otra manera mejor que mostrarlo en cifras, porque estamos hablando de seres humanos, que se producen alrededor de 1 y medio arrollamiento por día.

Se considera que conducir trenes incluye la posibilidad de que sucedan este tipo de arrollamientos y a su vez estos pueden convertirse en eventos traumáticos teniendo consecuencias psicológicas para quienes intervienen en ellos en su trabajo cotidiano. Esta situación se prolonga y se repite en el tiempo, y tiene sus efectos en la salud mental de quienes intervienen, aunque no se cumplan exactamente todos los criterios requeridos para el trastorno de estrés postraumático.

Digo esto porque en el manual se consignan cuáles son los criterios que debe cumplir una persona para encuadrarla dentro de esta enfermedad. Lo que pensamos es: **el trabajador se enferma.**

Los siguientes datos los tomamos de un pequeño cuestionario hecho a los maquinistas cuando vinieron a realizar el test de Minnesota.

Evaluamos 201 maquinistas, de los cuales un 73% del total de la muestra eran maquinistas y un 27% ayudantes.

El 100% de los trabajadores participó en arrollamientos, el 81% ha tenido por lo menos un arrollamiento en los últimos cinco años. A los maquinistas y ayudantes les costó mucho contestar cuál fue la fecha de su último arrollamiento. Podemos pensar aquí *“pero eso es muy importante y difícil de olvidar algo tan terrible”*. Pero, recordemos lo que explicó el licenciado Cazabat, tratan de poner un *“manto de olvido”* intentando no sufrir. No recordaban en general la fecha del último arrollamiento.

El promedio de edad de los integrantes de la muestra es de 42 años, promedio de antigüedad de 18 años y el promedio de arrollamientos es de 12 por cada maquinista de los que integró la muestra.

En lo que se refiere al criterio diagnóstico A (cuando la persona experimenta o presencia acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas) vemos que el 100% de los trabajadores cumple con este criterio. O sea de lo que tenemos absolutamente garantizado es de que todos ellos han tenido un (o varios) hecho potencialmente traumático. Ya no podemos afirmar que hay una personalidad previa desencadenante de la patología.

En referencia al trastorno encontramos que los trabajadores de la muestra se distribuyen en dos grupos con las siguientes frecuencias, 14,2% del total de evaluados obtiene resultados que afirman la presencia del trastorno de estrés postraumático. En este grupo de trabajadores, un 97% y un 82% la ansiedad y el estrés encontrados no son de origen subjetivo. Un 67% presenta estrés de

origen laboral, un 89% manifiesta confusión e irritabilidad frente al estrés expresándose con un agudo malestar emocional. Ya los expositores anteriores se exhibieron en esta sintomatología

Un 74% posee sentimientos de soledad, infelicidad y no encuentran interesante el futuro.

En el 56% de los casos hay una tendencia a desarrollar síntomas físicos como respuesta a las situaciones de estrés. Con fatiga, insomnio, fatiga y problemas de expresión de la ira o el enojo. Se presentan síntomas físicos, como fatiga, debilidad y cansancio. Dificultades de concentración en un 81% de los casos. Esto se encuentra asociado a un 48% que manifiesta perturbaciones del sueño, pérdida o ganancia de peso e inhibición de la agresión.

El criterio C y el D son los más destacados en el grupo del 14,2% que presentan trastornos de estrés postraumático.

El otro grupo (85,8% de la muestra) presenta algunos signos del trastorno. Un 25% presenta inhibición emocional, 75% manifiesta la existencia de perturbaciones en el sueño, inhibición de la agresión, y también pérdida o ganancia de peso.

El criterio D, que habla de irritabilidad y ataques de ira y dificultades para conciliar y mantener el sueño, es el que tiene mayor preeminencia en este grupo.

Los arrollamientos podrían parecer todos iguales. Ninguno es igual al otro. De las historias que cuentan algunas son mucho más terribles que otras.

Escuchamos algunas, nos emocionamos con otras, evaluamos (a través de la expresión de los maquinistas) que tienen mucha bronca con aquel que se suicida y que les da mucha lástima aquel que pasó distraído por todo ello confeccionamos también un diario de campo con sus expresiones.

Las historias son miles, todas iguales: son arrollamientos, pero ninguno es idéntico a otro. Pero hay algo en que sí coinciden todos los maquinistas. Y es que *"lo más terrible que te puede pasar es que te lleves puesto a un pibe. Eso no lo superarás jamás"*.

Accidente de la Universidad de Río Cuarto y su relación con el TEPT

En el caso de nuestra Universidad de Río Cuarto por un hecho realmente traumático y que todavía, a más de seis meses de que ocurrió, indudablemente creo que todos los que allí estábamos tenemos los efectos que han marcado los conferencistas.

La idea es contar el caso. No soy psicólogo pero sí se lo que nos pasó y siempre trato de hacer la reflexión para que esto no vuelva a ocurrir y algunos planteos que se nos presentaron desde la unidad académica, educativa y formadora.

En Río Cuarto el 5 de diciembre no es sólo esa una fecha imborrable, sino todos los días 5 de cada mes se realizan misa convocada por muchos de los que



Dr. Luis Polloni

Secretario Técnico de la Facultad de Ciencias Exactas Universidad Nacional de Río Cuarto - Pcia. de Córdoba • Coordinador del área Seguridad y Medio Ambiente de la citada institución.

estuvieron presentes el día de la catástrofe. Seguimos con la catársis del día 5, indudablemente al cumplirse los 30 días, a los 6 meses o al cumplirse un año.

Quiero mostrar qué nos pasaba antes del 5, por eso hablo del antes y el después.

Venimos trabajando hace 4 ó 5 años en medidas de higiene y seguridad en los laboratorios (quizás porque siendo facultad de exactas nos enfocamos fundamentalmente en los laboratorios) pero no era una prioridad. No lo teníamos presente como aquello que realmente sería fundamental. Lo tomamos más como de las labores cotidianas.

En el campus somos alrededor de 2000 trabajadores, 1600 docentes, 500 aproximadamente no docentes, personal de apoyo y administrativo, y 18 mil alumnos.

Hablábamos no solamente el tema de los accidentes que teníamos en el laboratorio sino que sabíamos que por consultas en la obra social era elevado el consumo de psicofármacos y teníamos más consultas con psicólogos, pero lo tomábamos como algo cotidiano, cosas que le suceden a cada uno.

El tema de Higiene y Seguridad no era algo tan conocido. Habíamos hecho jornadas alusivas pero a la primera jornada fueron 30 personas, la segunda 40. Es difícil llevar a la gente a hablar de higiene y seguridad, de condiciones laborales, de estrés, es difícil lograr el cambio cultural en el tema de mejorar nuestras condiciones de trabajo. Ni hablar de la capacitación.

En nuestra facultad hay un departamento matemático, y parece que a los matemáticos nunca les va a pasar nada, que únicamente les va a pasar a los químicos. Y es un poco lo que planteé recién, o sea cuando ocurre el arrollamiento no es el trauma únicamente del maquinista sino también de todo el entorno que forma parte de él.

Ni hablar de los recursos económicos, la otra idea que siempre le ponemos, que hace falta mucha plata. Aparentemente capacitarse es mucha plata y creo que no, porque estamos en un ateneo y creo que no tuvimos que pagar nada para estar aquí.

Algunas ideas se transmiten del boca a boca: *"si sos administrativo a los 45 años tenés que usar lentes"; o si trabajás en la computadora y te sentás mal vas a tener problemas de cervicales y es lógico que los tengas."*

Y pasa....., y lo tomamos....., por supuesto para esas dolencias utilizamos nuestra obra social. Nunca lo vamos a considerar como una enfermedad profesional o como un trastorno, o está bien que nuestro jefe sea malo y que realmente seamos presionados por nuestro jefe y que a veces el estrés no diría postraumáticos, pero sí los de tipo laboral, son justamente por un problema de relaciones humanas que tenemos en el trabajo.

Ahora, muy difícilmente podamos sentar a nuestro jefe a charlar con los empleados sobre cómo estamos realmente actuando. Esto también lo digo en

una universidad. Nosotros no podíamos llevar a capacitación a nuestros mejores profesores que tienen tres títulos de doctor *"¿A mi me van a enseñar de higiene y seguridad?"* me decían. Es difícil.

Después quedan los gajes del oficio, y por último quedamos en una, que lo voy a decir con mucho humor negro, que es el tema de la suerte. *"Hace 30 años que estamos en la Universidad de Río Cuarto y nunca pasó nada"*. Bueno, la Universidad de Río Cuarto perdió esa suerte, puntualmente surgió como le pasó en su momento a Cromañón.

Esto es el antes.

¿Qué nos pasaba?, éramos un iceberg.

Nosotros veíamos algunos accidentes, algunos problemas. Pero realmente el problema lo íbamos a tener abajo. No había concientización de lo que estaba ocurriendo. Normativas las hay y aquí utilizo una expresión de una profesora de la UBA: *"no es necesario redactar más normas de seguridad, tenemos la ley, los decretos, resoluciones, etc. Lo importante es que se pongan en práctica y que se sientan como necesidad y no como imposición."*

Por eso me refiero mucho al tema del accidente de trabajo que existió en la Universidad y porque producto de ese accidente surge después el trauma. El hecho es cómo evitamos el accidente para evitar las muertes, los heridos y el trauma.

¿Qué nos pasó? El hecho fue en la Facultad de Ingeniería, en una planta piloto, la Universidad tiene cinco facultades que están todas en un campo universitario. Las dos mil personas estamos dentro de ese campo universitario y no es como en otras universidades que están dispersas.

A las 10 de la mañana de ese día ocurre una explosión por el uso inadecuado de solventes. El 5 de diciembre quedaron afectadas directamente 18 personas, que en ese momento estaban heridas. Allí comienzan los días de incertidumbre de cómo evolucionaban estas personas.

Fueron llevados a centros clínicos. Ninguno fallece en el momento de la explosión.

¿Estábamos preparados en el qué hacer y cómo actuar?

Ahora vienen las etapas que estamos viviendo. Porque hoy sigue todavía esto. A partir del 6 de diciembre los fallecimientos de las seis personas fueron por goteo. Cada dos o tres días fallecía una persona. Con lo cual se avivaban todos los sentimientos. Entonces estábamos en un estado deliberativo y de asamblea con la universidad cerrada. El cinco a la tarde se cerró la universidad. Entonces nos reuníamos informalmente fuera de la universidad, y ahí hacíamos la catársis.

A partir de los 20 días empieza una etapa institucional ¿qué hacemos con la universidad?

Porque en ese momento no teníamos tan claro si éramos responsables o culpables, que no es menor el tema.

Allí se empieza a decidir la reapertura de la universidad. Ese es otro tema traumático importantísimo. La mayoría de la gente se había retirado y había dejado todo como estaba en la oficina. Pero el tema era ¿entramos todos? ¿Es segura la universidad? ¿Es posible encontrar ese equilibrio entre que la universidad no era un campo minado pero tampoco un lugar tan seguro?

Entonces se planteó reabrir la universidad pero con una guardia mínima. Por supuesto que a los que les tocaba entrar no querían saber nada ¿Por qué a mi me va a tocar entrar a un lugar donde ya habían muerto tres compañeros? Se tuvo que ir a votación. Fue una asamblea de la universidad, otro hecho traumático que dejó heridas porque se tuvo que votar entre ingresar y no ingresar. Si votábamos ingresar y pasaba otro accidente, los que votaron que no, nos iban a decir que tenían razón y no tendríamos que haber ingresado.

Por último, producto de la explosión la policía cerró el lugar y había que reasignar nuevos espacios laborales. Otra vez el tema traumático para aquellos que estaban más traumatizados.

En el mes de febrero viene la otra parte y es la judicial. Hay una investigación y a su vez hay un sumario administrativo interno de la universidad que vuelve a abrir las heridas.

Además, cómo nos organizamos el 6 de diciembre con la gente que había sufrido la explosión, tenemos un centro de salud, un enfermero, el odontólogo, la ginecóloga y la ambulancia con los dos enfermeros. Pero ningún psicólogo.

Nunca pensamos que nos iba a ocurrir esto. No había profesionales capaces de decidir quienes son las personas que están justamente con todos esos síntomas. Nos pasó que una alumna ese 5 de diciembre, después de la explosión toma el colectivo local que la lleva al pueblo y aparece en la casa de los padres y se mete en su habitación y cierra la puerta, sin decirle nada a nadie. No quería hablar, estaba muda tirada en la cama

¿Cómo empezamos a identificar al personal afectado, que eran alumnos? y eso era un universo muy diverso No era uno solo, eran docentes, no docentes, alumnos, graduados, familiares, etc.

Entonces tratamos de identificar al personal afectado y posterior a eso tratar de empezar a reunirnos. Y acá cuando uno escucha estos ateneos y reflexiones, se nos ocurrió en esa etapa trabajar con encuentros grupales, juntarnos y charlar de lo que nos estaba pasando y creo (como hablaba el licenciado al principio), fue la catarsis, lo que más nos ayudó como efecto psicológico fue la catársis

Pero fíjense que hubo 18 asistentes. Muchos hoy los tenemos con problemas pero no los podemos identificar, otros están haciendo algún tratamiento por fuera de estos encuentros grupales. Pero esa identificación fue un problema porque teníamos la universidad cerrada. O sea, esos 15 días posteriores no podíamos identificarlos, nos juntábamos por fuera de la universidad y ahí se empezó a trabajar el tema de los grupos. Pero se fue sumando gente. Lo que teníamos únicamente eran dos asistentes sociales, que hacían el trabajo de las

becas, no había personal capacitado para trabajar en este aspecto.

Al día de la fecha tenemos cinco personas que están con tratamiento en la Obra Social por un estrés psicológico.

¿Por qué tuvimos que hacer un convenio con la obra social? Nuestra ART cumplió en tiempo y forma, pero como esto lo están planteando recién y que únicamente las enfermedades que no están registradas, sería el caso de los maquinistas, tampoco era justo que aquellos que estaban traumatizados tuvieran que a su vez pagar el tratamiento. Entonces se hizo ese convenio con la obra social para que esta gente tenga a hasta diciembre de este año el tratamiento prolongado.

Entonces planteo que en los comités, que en las áreas de seguridad tiene que integrarla un ingeniero o técnico en seguridad, pero tiene que haber gente de la rama de la psicología que esté viendo qué está ocurriendo en el estrés diario de las relaciones en el trabajo y que también son un riesgo, visualizando, todos estos aspectos.

Esperemos que podamos generar condiciones de trabajo en universidades públicas que no sean una utopía, y que siempre la prevención no es un gasto sino una inversión.

Muchas gracias.

Dra. Pazkoler.

En este caso no se puede comparar con el tema de la enfermedad profesional fuera de listado los maquinistas, sino lo que ustedes vivieron, desgraciadamente, fue un accidente. Para los docentes y para el personal no docente fue un accidente de trabajo. Por lo cual considero que no debieron haber firmado un convenio con la obra social sino haber sido elevado a la ART, y ésta tenía que darles todas las atenciones, ya sea para cuestión de lesiones físicas como para el tratamiento psicológico.

Dr. Polloni.

Sí como autocrítica de empleados que somos de la universidad, por ahí no sabemos cuál es nuestra ART y qué es lo que nos cubre.

Yo le quiero hacer una pregunta a la licenciada, ya que me quedó claro el tema de los maquinistas, pero quería saber si hay otra profesión, otro trabajo, parecido y con esas consecuencias fuera de lo que investigaron en los maquinistas.

Lic. Vázquez.

En la exposición especificué que en la Argentina se hicieron muchos estudios de trastornos de estrés postraumático pero no en el ámbito laboral. De lo que conozco no encontré estudios ni investigaciones hechas en la Argentina del tenor de lo que hicimos nosotros en la SRT.

Acá, me parece, de lo que estuvo expuesto del caso de la Universidad, es que se necesita hacer un estudio profundo de los procedimientos, de cómo denunciar a la ART los casos de trabajadores damnificados en este tipo de accidentes y que no tienen lesiones físicas sino psíquicas.

Dr. Polloni.

Creemos que no son cinco solamente los que necesitan atención psicológica, por ejemplo, el marido de una de las víctimas sabemos que no pudo volver más a la universidad. Son mucho más de cinco, cuántos no sé, pero sí se que están sufriendo las afecciones, a lo mejor no dormir, y otros problemas, todo lo que han planteado hoy en el ateneo.

Dr. Ricardo Gómez, Consultora Gómez, Ciaponi y Asociados.

Quería agregar con respecto a los maquinistas de trenes que nosotros tenemos una experiencia de 10 años evaluando para cinco ART distintas y no tenemos un trabajo estadístico, no hemos estratificado los datos de manera exacta, pero en una empresa de supermercados, que justamente sufría un promedio aproximado de tres a cuatro robos semanales con violencia, que era una situación gravísima y que la situación de peligro nos hizo ver cómo estaba toda una muestra. Estamos hablando de 60 personas evaluadas, y la mayoría tenía algún tipo de alteración psíquica.

Dra. Martín.

Cuando nos empezaron a llegar a la Comisión Médica Central los pedidos o los trámites por enfermedad profesional no listada vinieron trámites por siguientes situaciones: *"estrés profesional porque no me pagan un sueldo"*, *"Porque cobro menos que el otro"*, *"Porque me sacaron las vacaciones"*, etc... entonces hago el trámite por enfermedad profesional en Comisiones Médicas por esa situación".

Otros pedidos por enfermedad profesional fueron en este sentido: *"porque tenemos problemas con los vínculos interpersonales"*, *"porque hay acoso laboral"*, *"porque hay presión de las autoridades"*, etc. Otros pedidos que nos han llegado, de estrés como enfermedad profesional es el caso de una docente con más de 50 años, prácticamente en la etapa jubilatoria, que hace pedido de enfermedad profesional porque siendo docente en una escuela de discapacitados uno de los niños discapacitados había tenido una reacción agresiva con ella. Pero no estaba haciendo trámites por accidente de trabajo, sino por enfermedad profesional. En el análisis del tema del estrés es responsabilidad de la Comisión Médica Central ya que es la que tiene que determinar si esta persona tiene o no una enfermedad psíquica no listada, ver de qué se trata.

Cuando se habla del acoso laboral, que es un tema muy importante a desarrollar, estamos hablando de violencia laboral, es un cuasi delito, en tal caso nos falta todavía un procedimiento, pero obviamente el agente productor que puede ser una persona o un grupo, tiene que ser probado. Nosotros no podemos decir desde una comisión médica central que tal persona realmente acosó a esta otra porque nos faltan elementos de prueba

Y cuando alguien plantea como en el caso de la docente, obviamente uno puede plantearse como dijimos antes, a un trastorno de personalidad un hecho menor puede provocar una gran reacción. En consecuencia, no podemos incluir en alguien que por años ejerció la docencia con discapacitados, que un niño tiene una acción agresiva, ella pasó un año y pico sin trabajar, que esa persona haga una denuncia por enfermedad profesional.

Acá diríamos que predomina el trastorno de personalidad, con lo cual va salir más como un inculpable más que como enfermedad profesional.

Dra. Graciela Lucatelli.

Médica psiquiátrica, presidente de la Asociación de Psiquiatras Argentinos, soy miembro honorario de la Asociación Mundial de Psiquiatría y miembro de la *American Psychiatric Association*.

Quería hacer una observación acerca de las exposiciones que he visto.

He visto como se han centrado en un manual estadístico de clasificaciones de Estados Unidos, que se llama *DSM 4*. Es un manual elaborado por la *American Psychiatric Association*, no tiene vigencia en América Latina. En esta región tiene vigencia la Clasificación Internacional de Enfermedades, elaborada por la Organización Mundial de la Salud. El *DSM* tiene vigencia en Estados Unidos y Canadá exclusivamente. Está hecho para esos países. El Clasificador internacional de la OMS está fundado en una evaluación por lengua. Se forman grupos por lenguas y se van elaborando los diferentes criterios en todo el mundo. En este momento se está elaborando el CIOM.

Al respecto quiero aclarar que el *DSM4* en la introducción dice específicamente que desaconseja su uso en los niveles de la justicia. Y eso es muy importante de tener en cuenta. Porque los criterios que allí se usan no son para hacer diagnósticos.

Por lo tanto es importante desaconsejar el uso en nuestros ámbitos también y además cuando tenemos normativa con sus decretos reglamentarios, que establecen claramente los diagnósticos. Estaremos de acuerdo o no

El *BAREMO* establece la posibilidad de elevar las observaciones y nuevos criterios para que los comités respectivos revisen esos criterios. Pero manejarnos con un manual de estadísticas que es para técnicos de estadísticas no para profesionales.

Los diagnósticos de un trabajo que luego se va a presentar en la justicia, cuando el mismo manual aconseja su no uso en la justicia me parece que deberíamos repensarlo.

Licenciada Vázquez.

Durante nuestra investigación y su relato, expresé que esta gente estaba sufriendo, hablando de los maquinistas. Aún no cumpliendo estrictamente con aquello que tuvimos que utilizar institucionalmente, que fue el manual *DSM4*.

Creo que fui bastante clara cuando presenté el trabajo, pero que considerábamos que todos estos trabajadores en este colectivo de trabajo necesitaban una atención diferencial.

No sé si quizás contesta su manifestación reciente. Quiero aclarar además que lo normado en el *BAREMO* está basado en el *DSM3*, y el suceso desencadenante está descrito de la misma manera. Es importante señalar que la apoyatura del *BAREMO* fue realizada con el mismo Manual Estadístico que utilizamos en nuestra investigación pero con la versión anterior.

Licenciada Contreras.

De todos modos, el objetivo de la investigación no fue generar diagnósticos acabados en cada uno de los trabajadores maquinistas, porque obviamente que el trastorno por estrés postraumático exige, aparte de la aplicación de una técnica, guiémonos por los criterios que nos guiamos, tanto por el *CIE 10* o por cualquier grupo de criterios que utilizemos, es difícil generar un diagnóstico con un encuentro de las características que tuvimos con los trabajadores, en términos de que no hubo un proceso de diagnóstico con cada uno de ellos como para poder llegar a una conclusión acabada.

Especificamos que realizamos un *Screening* de signos asociados a este tipo de trastornos y por eso los llamamos “*signos asociados al trastorno de estrés postraumático*” presentes en trabajadores que en su vida cotidiana, como pudimos ver en todas las exposiciones vinculadas con la temática, tienen esta posibilidad, este potencial de padecer eventos de arrollamiento cuyas consecuencias coinciden con lo que expuso el licenciado Cazabat al principio.

Quiero resaltar que, un manual estadístico como es el *DSM4* fue de utilidad en este sentido. No pretendimos hacer diagnósticos de cada uno de los sujetos, sino principalmente encontrar signos que se vinculen con este tipo de trastorno en sujetos que tienen esta particularidad en su vida cotidiana laboral. Desde esta lógica de investigación me parece que sí es válido haber utilizado los criterios diagnósticos del *DSM4*.

Me parece que la doctora lo traía desde la lógica de no utilizarlo en ámbitos judiciales, y coincidimos con esa lógica, pero no por eso nos parece inválido este trabajo, sino todo lo contrario, sienta ciertas bases y da datos, sobre todo por la lógica con que fueron recabados, además, tiene puntos importantes en uno de los resultados que comentaba la licenciada Vázquez, aparecían varios cruces con cuestiones que tienen que ver con la ansiedad de origen laboral.

Se pueden encontrar cruces dentro de la evaluación que se realizó a los trabajadores, que potencian la opción de pensar que en las cuestiones que se encontraron como sinónimo de angustia o como signos de ansiedad no se vinculaban con cuestiones más subjetivas sino que tenían que ver con cuestiones puntuales desarrolladas en el contexto de trabajo. Y en ese contexto, vinculadas también, justamente en el medio laboral donde una de las particularidades son los eventos de arrollamiento.

Coincido con esa lógica pero me parece que no desmerece, no va en contra del trabajo en ese sentido.

Licenciada Vázquez.

Como corolario de lo que se trató en este ateneo surgen algunas cuestiones importantes a revisar:

La investigación realizada por nuestra Institución (SRT) no tuvo como objetivo ser la base lineal para presentarla judicialmente. Tal como lo expresó la Lic. Contreras muestra resultados sobre signos del estrés postraumático en un colectivo de trabajo que, hasta el momento no se conocían salvo estudios muy individuales y aislados. La Ley de Riesgos establece claramente la metodología a utilizar para los casos judiciales.

Por otro lado y tomando el suceso (y sus derivaciones) presentado por Luis Polloni sobre lo que sucedió en la Universidad de Río Cuarto, nos encontramos con la necesidad de rever cómo se maneja el circuito de denuncias de accidentes de trabajo a la ART con las características de participar en catástrofes sin lesiones físicas sino psicológicas y por ende recibir las prestaciones determinadas en la Ley de Riesgos. En este caso ejemplar serían los trabajadores de la Universidad que también estuvieron en peligro de muerte y fueron "lesionados" psicológicos en su lugar de trabajo.

En esta oportunidad (tanto por desconocimiento de una patología como por carencia de reglamentación específica) los trabajadores que realizaban su tarea en el lugar de la explosión recurrieron a la Obra Social para obtener un tratamiento terapéutico a raíz del accidente.

Esto también es similar a lo que expusimos hoy con respecto a la situación en espejo del maquinista de trenes. No solamente tendrá secuelas el que arrolló sino también el que venía justo en frente y vio todo en primer plano. Creo que falta mucho por resolver en estos casos dentro del ámbito laboral.

Como hemos escuchado hoy, tanto la exposición de la doctora Martín, como la de la licenciada Rizzo y la de la SRT, coinciden en sus resultados con lo expuesto técnicamente por el Lic. Cazabat en relación a los signos de la patología del *TEPT*. Aún queda un espacio abierto a nuevos estudios en el ámbito laboral y en distintos colectivos de trabajo para resolver esta problemática.

Damos las gracias a los disertantes y a los participantes por su presencia a nuestra convocatoria.