

La atención del Equipo del Centro Asistencial en este barrio se inició el día 15 de noviembre<sup>1</sup>. A diferencia de la forma en que comenzamos el trabajo en las otras áreas, en ésta, *hicimos simultáneamente la oferta del servicio y el rastreo sistemático por proximidad geográfica* para lograr en el menor tiempo posible, la mayor cobertura de los Programas de Control de Crecimiento y Desarrollo, de Embarazo y Puerperio y Ampliado de Inmunizaciones, base estratégica desde la cual garantizar el seguimiento de la evolución de la sintomatología postcatástrofe.

Como ya lo habíamos acordado en el centro de evacuados de Embalse, algunas familias del barrio nos ayudaron presentándonos a otras familias del área para ofrecer el servicio de APS. En esa primera jornada de trabajo con la enfermera del Centro Asistencial, a la vez vecina de mucho arraigo en el barrio, visitamos veintidós familias. Los encuentros con la gente eran oportunidades que aprovechábamos para comenzar a mapear, con su ayuda, dónde vivían y realizar fichas de seguimiento pediátrico.

Observamos que la mayor cantidad de familias que migraron después de las explosiones vivían en la zona más próxima a los polvorines (ver mapa p. 132). Con la ayuda de las familias del área *fumamos haciendo un seguimiento continuo del movimiento de la población*, las migraciones, los retornos y el ingreso de nuevos pobladores al barrio. Entre diciembre de 1995 y febrero de 1996 algunas familias fueron volviendo. Durante los meses siguientes, a medida que iban reconstruyendo las viviendas, recobrando la confianza con el medio y también ante el próximo inicio de las clases, la mayoría de la población fue retornando al área.

Cuando coordinamos con la Escuela de Barrio Cerino la modalidad de atención y derivación de problemas psicológicos generados por la catástrofe, les transmitimos a las maestras la demanda que observamos en las madres del barrio en relación al trato con sus niños: "Lo que les pedimos a las maestras -decían las madres- es que tengan paciencia"; actitud que fue adoptada por las docentes de la Escuela, permitiendo que los padres fueran al establecimiento cuando los niños lo requirieran, por ejemplo en casos de tormenta. Esta actitud se sostuvo hasta que los niños se fueron

---

<sup>1</sup> Para la oferta de los Programas de APS contamos durante esta primera jornada de trabajo con la ayuda de médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales del Hospital de Malagueño y de la Ciudad de Córdoba.

reapropiando progresivamente de espacios y tiempos escolares. Una docente de este establecimiento junto a un vecino de su confianza colaboraron también en el rastreo de seis manzanas del barrio.

A pesar de nuestra menor inserción en esta área, el entrenamiento previo de los profesionales en la Estrategia de APS permitió continuar con esta modalidad de atención de la demanda psicológica.

*Queremos destacar que las intervenciones que realizamos durante este tiempo - a pesar del contexto de creciente tensión para que hiciéramos nuestro trabajo como un servicio de salud mental -, fueron desde programas de Salud Integral, articulados a Equipos Primarios de Salud y a sistemas comunitarios de seguimiento, que se fueron construyendo en el proceso de la oferta del servicio de los programas, el abordaje de familias en riesgo y el sostén de la tendencia a la cobertura total y permanente de los programas de APS.*

La actitud de *espera activa*, desde un servicio con arraigo en la población, nos permitió observar la evolución de la sintomatología en el tiempo, ver aquella que remite en comunidad y la que necesita otro tipo de intervención. Esto gracias a que disponíamos de información actualizada y permanente generada por los dispositivos de vigilancia comunitaria. El “tamizado” que fuimos haciendo con las poblaciones a cargo, lo acompañamos atentos a la ofensiva que sobre ésta ejercían las intervenciones iatrogénicas, que podían acelerar o atrasar los tiempos de autorreparación y autorregeneración<sup>1</sup> de la gente y que nos generaban demandas anómalas<sup>2</sup>.

Si bien habíamos previsto, apenas sucedidas las explosiones, que además de la catástrofe, nos visitarían otras epidemias, quedamos igualmente sorprendidos por la coherencia sistémica con que profesionales de la Salud Mental de distintas escuelas y muchos periodistas y abogados,

---

<sup>1</sup> Morín, Edgar, op. cit, Ed. Paidós, 1994.

<sup>2</sup> En mayo de 1996, después de difundir los resultados de la encuesta hecha dos meses antes, por la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, un programa de televisión local informa que el 80% de los adolescentes de Río Tercero estaban traumatados, indicando a los padres que los hicieran atender por un profesional.

operaban sobre la población con un diagnóstico indiscutible: la gente de Río Tercero estaba enferma y debía ser tratada porque no disponía de recursos propios de afrontamiento.

*Aquí, unas preguntas que siempre les quisimos hacer: ¿se está definiendo un estado de enfermedad o se lo está intentando generar sobre poblaciones vulnerables, a modo de profecías que se autocumplen? Una vez hecho este pseudodiagnóstico, la mayoría de las veces sin investigación previa, ¿es posible ver una conducta normal sin teñirla de morbosa?<sup>1</sup> ¿Es operativo manejarse con categorías diagnósticas individuales, por ejemplo stress postraumático, independientemente de una lectura comunitaria<sup>2</sup>, de una "física poblacional"<sup>3</sup>?*

A los pocos días de la catástrofe el Ministerio del Interior de la Nación puso en marcha un sistema de pago de indemnizaciones por lesiones físicas y daños muebles e inmuebles. Cuando alguna familia, por alguna dificultad -en particular ancianos, discapacitados- nos solicitaron ayuda, también colaboramos en la gestión de estas indemnizaciones.

Paralelamente a esto comenzó a gestarse la "industria del juicio" contra el Estado reclamando daños psicológicos y morales. Para iniciar los mismos en muchos casos se realizaban encuestas que relevaban síntomas psicopatológicos que acompañaron la presentación de aproximadamente 7.000 demandas judiciales por este motivo.

---

<sup>1</sup> "Una vez formulado semejante diagnóstico se inventa una realidad en la cual la llamada conducta normal se ve de una u otra manera, como morbosa. Una vez llegada las cosas a este punto no resultan manejables ni para el paciente ni para los que participan de esta construcción de la realidad: el diagnóstico crea el estado morboso, el estado morboso hace necesario el mantenimiento de las instituciones en la que se puede "tratar"; el medio de la institución (el establecimiento psiquiátrico) engendra precisamente ese desvalimiento y despersonalización del "paciente", que por retroacción confirma la "exactitud" del diagnóstico, todo el proceso viene a ser una profecía que se autocumple, que el paciente termina por creer y en conformidad por lo cual ajusta su vida." Watzlawick, Paul, op. cit. Gedisa, 1994, p. 60.

<sup>2</sup> "...En cada caso, este orden colectivo se oculta en el movimiento caótico y fortuito, de modo que formas de comportamiento radicalmente nuevas surgen en puntos críticos, no tanto por las interacciones de muchos individuos, sino a través de la acción cooperativa del conjunto" Peat, F. David, op. cit., Barcelona, 1995, p. 86.

<sup>3</sup> Prigogine, Ilya; entrevista concedida a revista "Radar", año 1, n.12, págs. 8 y 9 del diario Página 12; ver también del mismo autor "El fin de las certidumbres", Ed. Andrés Bello, 1996.

Como decíamos, después de estos diferentes tipos de intervenciones iatrogénicas, seguimos recibiendo demanda anómala. Fuimos viendo que algunos vecinos que venían de las reuniones para iniciar estos juicios, comenzaban a expresar con lenguaje psicopatológico lo que estaban viviendo; nos decían: “Yo antes no era así, a mí esto - las explosiones - me traumó”. Una madre de Barrio Cerino nos dijo: “Mi chico no manifiesta nada, yo quiero que me cuente y no me cuenta, vengo para que lo haga hablar, dicen que si no, va a ser peor”. En Barrio Monte Grande un adolescente fue a ver a la psicóloga y le dijo: “Yo vengo porque me manda mi mamá, dice que no puede ser que yo esté bien - el joven salía con sus amigos, se divertía, seguía yendo a un grupo juvenil cristiano -. Usted dígame a mi mamá que estoy bien, porque a mí no me va a creer”, le pidió a la psicóloga.

*Nuestra mirada buscando las formas exitosas de reponerse de la gente, daba lugar a que nos dieran cuenta de sus progresos.* Esta actitud nos permitió, por ejemplo, ver en las primeras semanas después de las explosiones, signos de alerta en la población, como el tener los bolsos preparados, los cordones de las zapatillas cortados, “para no perder tiempo atándolos”, el hacer guardias nocturnas o dejar los automóviles a mano, con el tanque lleno de combustible y en condiciones para salir rápidamente. Algunos vecinos nos dijeron que durante esos días, no hacían actividades que le llevaran mucho tiempo, como por ejemplo hacer una limpieza general de una casa o encerar los pisos. Con el transcurso de los días algunas personas iban diciendo: “Ahora el bolso no lo tengo más abajo de la cama, ahora lo tengo en el ropero”; después nos contaban que lo habían “desarmado”.

El 2 de febrero la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social anunció la puesta en marcha del “Plan de Salud Mental” contratando para la coordinación del mismo -con el apoyo del Ministerio del Interior y el Ministerio de Defensa de la Nación - a profesionales del Hospital Nacional de Clínicas de Capital Federal. Las autoridades de este plan asignaron otros psicólogos, sin considerar qué entrenamiento tenían en APS. a las Áreas de Responsabilidad en que estábamos trabajando, montando donde ya existía un servicio de Salud Integral, una oferta de Salud Mental paralela.

El 5 de noviembre, Defensa Civil autorizó el regreso de los pobladores de algunos Barrios del “Área Roja” (ver mapa p. 103) para el día siguiente<sup>1</sup>.

Durante la tarde de ese día la gente estaba inquieta; algunos se comunicaban con sus parientes que tenían vehículos, para que los fuesen a buscar, otros planificaban regresar por sus propios medios. Los que tenían que volver a su trabajo se procuraban los medios para regresar temprano a Río Tercero.

Esa noche en cada hotel hubo que confeccionar las listas de las familias para organizar el regreso por barrio. Como ya estábamos trabajando cada uno con la población de su Área de Responsabilidad, con la ayuda de una familia de estos barrios en un hotel y con “voluntarios” de Embalse en otro, en una hora y sin interrumpir la cena, registramos los datos de 1200 personas. Mientras recorríamos las mesas íbamos viendo a las familias conocidas del área: “los Sánchez”, “los García”, que estaban comiendo juntos.

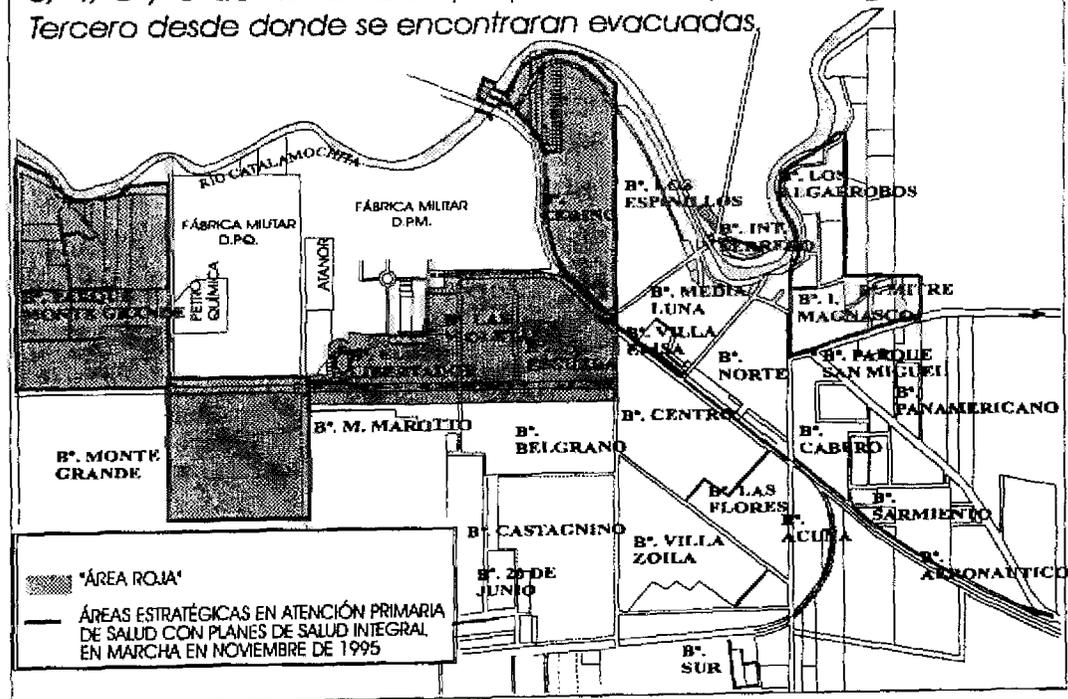
Durante la mañana del 6 de noviembre, desde muy temprano la mayoría de las familias tenían sus bolsos preparados y esperaban ansiosamente la llegada de los colectivos. En el mismo momento en que coordinábamos con las familias la salida de los ómnibus para regresar a sus casas, desde la Ciudad de Córdoba seguían llegando más contingentes de profesionales para trabajar con ellos en el centro de evacuación.

*Aunque hubo quienes querían seguir en el centro de evacuación, la intervención central en este período, siguiendo el deseo de la gente, fue garantizar el regreso a los barrios, facilitando la disponibilidad de ómnibus para su transporte, de modo que los vecinos no permanecieran más que el tiempo necesario en un espacio que debía ser transitorio.*

---

<sup>1</sup> Este es uno de los pilares básicos de las intervenciones en desastre: estar el menor tiempo posible en los lugares “virtuales” o centros de evacuados, volver para reconstruir espacios y tiempos cotidianos. En esto coinciden la mayoría de los autores, entre ellos Imbar. (Ver de este autor “Estrategia de intervención psicológica en situaciones de crisis masivas”, “Perspectivas sistémicas”, vol. 35, págs. 13 y 14, 1994). Para la confrontación de nuestra experiencia con la bibliografía existente sobre desastres, fue de fundamental importancia la colaboración de Daniela Miranda. Ver su trabajo final para la Licenciatura en Psicología (U.N.C.) “En situación de desastre que!?!...”

*Ciudad de Río Tercero. Mapa del "Área Roja" definido por la Dirección de Defensa Civil Municipal para orientar durante los días 3, 4, 5 y 6 de noviembre qué poblaciones podían regresar a Río Tercero desde donde se encontraran evacuadas.*



Para la llegada de la gente a cada barrio se había previsto que el Centro Asistencial estuviera abierto, con el equipo esperándola y disponiendo de información clara para orientarla en la obtención de los recursos que necesitara (medicamentos, alimentos, ropa). La provisión de los mismos, en Río Tercero, era coordinada por la Dirección de Acción Social municipal, Bomberos, Iglesias, Cáritas y Cruz Roja Filial Río Tercero.

En el caso de Barrio Cerino, la población permaneció más tiempo evacuada por la demora en el trabajo de remoción de escombros y rastillaje de esquirlas y proyectiles dispersos en esta área. Para la aproximación progresiva a este barrio organizamos con Defensa Civil de Río Tercero y los vecinos alojados en el centro de evacuación, un sistema de transporte gratuito con horarios adaptados a las necesidades de trabajo y de estudio de la gente, para ir al médico, a su casa, a la Municipalidad, a su Iglesia, a visitar a sus parientes, realizar trámites o compras.

Una mujer que fue a Barrio Cerino para ver su casa, de regreso a “los hoteles”, nos cuenta que “ya estaba mejor”, que se había sentido bien en el barrio cuando vio “a los chicos jugar en la canchita de fútbol”.

Coordinamos también la asistencia del médico clínico del Centro Asistencial de este barrio acompañándolo a visitar las familias en el centro de evacuados. Al no poder volver la gente a su lugar de residencia, fue importante que las instituciones arraigadas del barrio se acercaran y en todo momento estuvieran en contacto con la población.

*Como puede observarse, esta modalidad de abordaje permitió realizar un diagnóstico en acción, donde fuimos “tomados” por demandas en relación con el cuidado integral de la salud, sin recortar síntomas psicológicos.*

Nuestra inserción en estas áreas nos permitió brindar una atención diferenciada a la población al poder seguir tratando a cada uno como “vecino que momentáneamente estaba en un centro de evacuación”. Cuando llegamos al hotel donde se alojaban los vecinos de Monte Grande, no vimos “habitantes de Río Tercero con stress postraumático”. En esos primeros días, por ejemplo, si veíamos en el hotel gente sentada una al lado de la otra sin hablarse, para nosotros eran “Doña Marta y Doña María”, que eran vecinas y estaban sentadas una al lado de la otra, como lo hacían en su barrio, y se estaban conteniendo sin necesidad de hablar. Una pareja de este barrio, nos preguntó si cuando volviéramos a Río Tercero podíamos averiguarles “si el jueves el Registro Civil va a estar abierto” porque ellos tenían turno para casarse y ya tenían todo organizado.

En el hotel donde estaba la población de Cerino nos encontramos con Ana, a quien conocíamos desde antes por haber trabajado una problemática derivada por el Juzgado de Menores. Ana nos llevó para que viéramos a Sofía, la hija de una vecina suya que estaba muy asustada y tenía problemas para dormir. Cuando un miembro de una organización de socorristas vio que estábamos con la mamá de Sofía, nos dijo en voz alta mientras subía una escalera: “Esa mujer que está con vos está embarazada, es anoréxica y a ver si lográs que tome la medicación que es para los vómitos”.

Nosotros empezamos abordando la demanda por la cual nos habíamos aproximado para ayudar a Sofía. De regreso al área, la mamá de esta niña ingresó al Programa de Cuidado del Embarazo y Puerperio. Al cabo

de tres meses de trabajo, en el contexto de la relación de confianza que se estaba iniciando, esta mujer nos contó que padecía de una enfermedad en el páncreas y que su afección se agravaba durante los embarazos, contribuyendo a que bajara de peso. Después del nacimiento del niño observamos que ella comenzó a subir de peso.

*Íbamos viendo cómo se diferenciaban las intervenciones según la lectura que cada equipo podía hacer: las desarraigadas, de entrada y salida, o la arraigada, de seguimiento en el tiempo.*

Esta modalidad de abordaje, coordinada al trabajo que venía haciendo la Municipalidad de Embalse y la Dirección de la Unidad Turística, distinguió nuestra intervención de la “descoordinación institucional sistemática”<sup>1</sup> con que operaron otras instituciones sobre esta población.

El 6 de noviembre las autoridades municipales nos convocaron para que colaboráramos en la atención de la población afectada por la catástrofe en toda la ciudad. Les proponemos en ese momento continuar y profundizar la atención en las Áreas de Responsabilidad de APS -Monte Grande, Parque Monte Grande, I. Magnasco, Mitre, Los Algarrobos y Cerino-, extender el plan a las demás áreas de mayor pobreza económica y coordinar otro tipo de atención con los servicios privados ya existentes, principalmente para otros barrios más afectados como Libertador, Escuela, Las Violetas y Marín Marotto, con mayoría de población mutualizada. Con los médicos de Atención Primaria elaboramos una lista de recursos prioritarios que incluía medicamentos básicos y leche en polvo, promoviendo, a su vez, que las donaciones que se hicieran tuvieran también estas prioridades<sup>2</sup>.

Aunque en un principio las autoridades municipales estaban decididas a contratar los profesionales necesarios para poner en marcha esta estrategia, el día 14 de noviembre delegaron en la Dirección de Emergencias

---

<sup>1</sup> Bertuceffi, Lerda. Mercado. op. cit, Ed. Paidós.. 1996. págs. 270 y 271.

<sup>2</sup> “El fortalecimiento del estado nutricional de la población afectada, sobre todo de las mujeres y los niños, es clave para las operaciones de salvamento y la recuperación, para la prevención y la preparación y, en definitiva para reducir la vulnerabilidad de la comunidad entera...” Bhatt, Mihir, “Cálculo de las repercusiones a largo plazo de una catástrofe. Examen de la nutrición en zonas expuestas a los desastres”, Revista “DIRDN. Stop. Disasters”, 1995.

Sanitarias de la Nación la coordinación de la atención a la población. Ésta, desaconsejó la contratación de nuevos profesionales en ese momento y hace otra propuesta: un plan de salud mental en catástrofe para la ciudad, basada, en un comienzo, en la colaboración de profesionales voluntarios.

En febrero de 1996 los asesores nacionales propondrían una capacitación a través de un curso de postgrado de dos años de duración, a cambio del trabajo voluntario de los profesionales. Este curso terminaría por diluirse; no obstante con el aporte financiero de fábricas locales, posteriormente, fueron contratándose algunos profesionales para este Plan de Salud Mental. Otros profesionales continuaron trabajando como voluntarios.

Ante esta nueva situación, perdidos los recursos que en un momento se habían conseguido, tuvimos que desistir de extender el Plan de Atención Integral de Salud a toda la ciudad.

Para no entorpecer la ejecución de las nuevas decisiones nos replegamos continuando el trabajo en las Áreas de Responsabilidad.

El coordinador-asesor en terreno de la estrategia de Atención Primaria de Salud, para cumplir con otro compromiso laboral con la OPS en Perú y Ecuador, solicitó la no renovación de su contrato. De modo informal, continuaría la asesoría permanente solo con los psicólogos y trabajadores sociales del plan de Atención Primaria, hasta la fecha.

### 3. Intervenciones en el proceso de retorno y reapropiación de espacios y tiempos cotidianos.

“Nos han robado media primavera,  
medio sol, media alegría...  
En apenas noviembre se otoñaron las plantas,  
se acortaron las vidas,  
se cayeron las casas.  
Se perdieron objetos que hacían recuerdo.  
Se fue la luz que orlaba las ventanas,  
cuando apenas estaba germinando  
la tierra después de la sequía.  
No gimió su gemido  
cuando la hirió inclemente la metralla.  
Volvimos, con los días, a mover los escombros,  
las tardes sucedían violentas y pesadas.  
Sin paz las noches, tensas las siestas,  
ya no cantaba el viento en el velamen  
de la madrugada.  
Desperté una mañana,  
comencé con los ritos: mi mate, mi lugar  
y ese trozo inviolado de silencio  
que disfruto con terquedad de avara... ”

*Fragmento del poema  
“Nos han robado media primavera”,  
de la poeta riotercerense  
Vilma Vivas de Furlani (1995).*

“Barrer los vidrios, arreglar la casa...  
Saber que el sol debe seguir naciendo.  
Querer que todo sea igual, pero distinto:  
igual en la sonrisa, en la esperanza, igual  
en el empuje y la templanza.  
Pero distinto en la demanda: no más  
dolor sobre el dolor; para eso  
alertas y exigentes, despiertos, solidarios ...  
Barrer la casa, limpiarnos el espanto...  
Saber que otra vez podemos.  
Pensar que nos mueve el amor y no el espanto...  
Advertir que la caída obliga al nuevo paso: levantarse.  
Volver a ser nosotros, sin pesadillas pero sin olvido.  
Reconstruirnos, lenta, silenciosamente, cada uno a su tiempo.  
Salir del pozo que habitan, el pavor y la impotencia.  
Obligarnos a construir de nuevo la esperanza.  
Reconstruir la casa donde fuimos felices.  
Reconstruirnos.”

*Fragmento del poema “Reconstruyamos” de Sergio Colautti (1995), escritor local y docente del Instituto “Dr. Alexis Carrel” de Río Tercero.*

El 6 de noviembre cuando regresó la población de Barrio Parque Monte Grande del centro de evacuación de Embalse, el equipo estaba en el Centro Asistencial esperándolos. Ese día la psicóloga de esta área regresó de la ciudad de Marcos Juárez donde había estado evacuada. La enfermera del Área de Responsabilidad de I. Magnasco, Mitre y Los Algarrobos, que acompañó el retorno de la población, al llegar le brindó la información relevante sobre la situación de cada familia evacuada para el seguimiento posterior.

Los primeros días después del retorno de la gente a sus barrios fue un tiempo que las familias utilizaron para reencontrarse con los vecinos y comenzar a reapropiarse de sus espacios<sup>1</sup>.

Como expresara uno de nosotros, que también vivía en el “Área Roja”:

“Ver de nuevo a los vecinos, ir al almacén, a la panadería, parecía que era la primera vez; los ruidos eran distintos, había más silencio. a la noche había más luces apagadas. Saber de los amigos.... ¿dónde estaban los que no habían vuelto?”

La actitud de los Equipos de los Centros Asistenciales de las Áreas de Responsabilidad de APS, fue de *espera activa, de estar siempre a mano y alerta, tratando de no interferir el proceso de búsqueda de salud de las personas*<sup>2</sup> como lo veníamos haciendo desde la puesta en marcha de la Atención Primaria.

---

<sup>1</sup> Una experiencia conmovedora de la cual deberíamos aprender es la de reapropiación de los espacios del pueblo de Nueva Federación -Provincia de Entre Ríos-, que fue desarraigado masivamente para que se lleve a cabo la represa Salto Grande. Ver de Eduardo Galeano “La querencia/2”, en op. cit, Siglo Veintiuno de España, Bs. As., 1993, y el trabajo final para la Cátedra de “Estrategias de Intervención Comunitaria”. Escuela de Psicología, U.N.C., de Rubén Horacio Benítez: “La recuperación de la vida cotidiana en Nueva Federación” -Prov. de Entre Ríos-, 1992.

<sup>2</sup> El sinólogo Joseph Needham define al *wu wei* -literalmente “no acción” -como el “abstenerse de una acción contraria a la naturaleza” y justifica esta traducción con una cita de Chuang Tzu: “la no acción no significa no actuar y guardar silencio. Dejemos que cada cosa actúe como su naturaleza se lo indica para que ésta quede satisfecha”. Capra, Fritjof, “El punto crucial”, Editorial Estaciones, Bs. As., 1996, p. 42.

“Y ¿que hicieron esos hombres para obtener el progreso redentor ? Hasta donde puedo yo ver, no hicieron nada (*Wu Wei*) sino que dejaron suceder, como lo señala el Maestro Lü Dsu, pues la Luz

Esperábamos que la gente nos consultara -si es que alguna vez lo hacía- desde sus tiempos personales, familiares y poblacionales. Para acompañar la reapropiación progresiva de espacios y tiempos cotidianos muchos de los encuentros con las familias los programamos en sus propios domicilios<sup>1</sup>. Desde el “estar” en la casa, con la familia, en su cotidianeidad, vamos interviniendo para resolver junto con ella las dificultades que se le van presentando.

En Parque Monte Grande, una acción que realizamos para acompañar el reencuentro de la gente, fue atender a la preocupación de los niños por saber cómo y dónde estaban algunos compañeros de la escuela que vivían en otros barrios. Anotamos los nombres de esos niños, buscamos la información y se la devolvimos en su domicilio. Esta operación ayudó a resolver esa preocupación.

*La estrategia de trabajo, en esta nueva situación, fue actualizar la cobertura de los programas de Atención Primaria de Salud, e ir articulando con la población un dispositivo de vigilancia epidemiológica para el seguimiento de la sintomatología adaptativa<sup>2</sup> al shock esperado, priorizando los grupos más vulnerables, de esta manera podíamos ir atendiendo preferencialmente y a tiempo a aquellas personas cuya sintomatología no remitía.*

Era común encontrar en las tres Áreas de Responsabilidad que los padres preguntaran acerca de cómo tenían que actuar con los niños; contaban, por ejemplo, que lloraban mucho de noche y querían saber si estaba bien que los niños preguntaran todo el tiempo sobre lo que había sucedido y que los mayores hablaran de esto delante de ellos. Orientábamos a los padres respecto de que el hablar, dibujar o jugar a las ex-

---

circula según su propia ley si uno no abandona su habitual vocación. El dejar ocurrir, el hacer en el no hacer, el “dejarse” de Meister Eckhart, me sirvieron de llave con la que logré abrir la puerta del Camino: *Debe poderse dejar suceder psíquicamente*. Esto es para nosotros un verdadero arte, del que nada comprende la multitud de la gente por cuanto su conciencia interfiere permanentemente, ayudando, corrigiendo y negando, y, de cualquier manera, no dejando en paz al mero existir del proceso psíquico. La tarea sería pues bastante simple”. Jung, C.G., Wilhelm, R., “El secreto de la flor de oro. Un libro de la vida chino”, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1976, p. 34 .

<sup>1</sup> Al trabajo en el propio domicilio lo vemos fundamentalmente como una forma de ir construyendo la accesibilidad cultural del servicio de salud y de “hacer visible recursos terapéuticos” (Bertucelli, Lerda, Mercado, op. cit., Ed. Paidós, 1996, págs. 272 y 273).

<sup>2</sup> Morin, Edgar; “La noción de sujeto”, en “Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad”, Ed. Paidós, 1994.

plosiones era una forma de elaborar lo vivido. Los relatos de la gente en relación con sus síntomas y su evolución eran registrados por el equipo en las carpetas familiares.

Con el médico pediatra convinimos que en cada control del crecimiento y desarrollo que realizáramos después de la catástrofe estaríamos particularmente atentos a la evolución del sueño, la alimentación y el juego en el niño <sup>1</sup>. El seguimiento del niño, nos acercaría a ver la evolución de la familia.

*Acordamos también estar atentos a las soluciones que estaban ensayando las familias en las que no aparecían síntomas postcatástrofe y aprender de ellas para asistir a otras familias.*

La explosión generó en los pobladores de Río Tercero un ritmo rápido, de alerta, de gran movilidad interna. Durante la primera semana de trabajo, después de la primera explosión, solicitamos a las autoridades de la Secretaría que la leche que se estaba recibiendo en donación se distribuyera nuevamente desde los Programas de APS. En Monte Grande, mientras entregábamos la leche y veíamos la periodicidad de los controles y el esquema de vacunación, las familias nos iban relatando cómo se habían autoevacuado y hablábamos acerca de cómo estaban. Estos encuentros con las familias fueron oportunidades aprovechadas por la psicóloga para orientar y apoyar las acciones que ellas ya venían realizando. Todas estas operaciones permitieron volver a ver rápidamente el estado de salud de la población adecuando nuestra intervención al ritmo del servicio en ese momento, a pocos días de la catástrofe.

Todo el equipo colaboró en identificar qué vecinos necesitaban la atención específica del psicólogo. La enfermera del Área de Responsabi-

---

<sup>1</sup> "Freud sostuvo que un niño juega no sólo para repetir situaciones placenteras, sino también para elaborar las que resultaron dolorosas o traumáticas (p. 9)..... Al jugar, el niño desplaza al exterior sus miedos, angustias y problemas internos, dominándolos mediante la acción (p. 11) . .... Se ha producido una situación traumática. Él la puede imaginar, la puede pensar, puede quitarle el sueño, provocarle pavores,... pero no puede condicionar esa nueva situación en el mundo externo. Puede, si, repetir muchas veces esa experiencia, puesto que el psiquismo dispone de una capacidad denominada "compulsión a la repetición" que impulsa al sujeto a reiterar las situaciones no elaboradas y tiende a que pueda llevarlas cada vez más a la conciencia (p. 12)..... A través de la actividad lúdica el niño manifiesta sus conflictos y de este modo podemos reconstruir su pasado así como en el adulto lo hacemos a través de las palabras (p. 13)." Aberastury, Arminda, "El niño y sus juegos", Ed. Paidós, 1984.

lidad de los Barrios Magnasco, Mitre y Los Algarrobos, con inserción en la población de su área, nos contó:

“La demanda al Centro Asistencial -después de las explosiones- se incrementó. Muchos que venían a controlar la tensión arterial, en realidad lo que querían era contar lo que les estaba pasando; cuando me contaban yo les decía: -¿Usted necesita hablar con un psicólogo? -No, yo ya lo conté y lo descargué; me siento bien”.

Poder hablar era tan necesario como poder escuchar. Como lo expresan los relatos de algunos de nosotros:

“El 3 de noviembre mientras nos evacuábamos, viajando con mis familiares en un remisero, contábamos mil y una vez lo que nos había pasado. Durante aproximadamente 100 kilómetros de viaje el remisero nunca interrumpió, nos acompañó en silencio. Esto me ayudó a sentirme tranquila y contenida. Ya en Marcos Juárez, mientras nos íbamos encontrando con los familiares y conocidos, volvíamos a contar lo mismo. Mi abuela también me escuchó sin hacer preguntas. Estando en este “clima” los niños jugaban con agua porque hacía mucho calor, la tiraban a las plantas o al suelo, decían que eran bombas y se tiraban al piso”.

Otra compañera de trabajo cuenta:

“Al compartir con amigos y vecinos relatos de lo vivido sentía una necesidad de saber cómo se las habían arreglado durante la explosión. Hablar de eso reemplazó en ese momento otros diálogos habituales, pero a la vez era un diálogo de paso necesario para volver a lo cotidiano. Cuando podía recordar qué hizo uno u otro sentía una suerte de comunión: “yo también fui para allá...”, “yo también pensé que trabajás tan cerca, me acordaba de tu hijo que va al ENET” -un colegio próximo a la fábrica-.

Era común también que un vecino contara infinidad de veces lo vivido a otra persona de confianza. Como nos relató tiempo después una peluquera, de más de 30 años de trabajo en Río Tercero:

“Después de las explosiones mis clientas venían a atenderse y contaban lo que les había pasado. Aunque vinieran varias veces lo volvían a

relatar. Cada una relataba lo que le había pasado y esto era escuchado por todas las que estaban allí, además conocidas entre sí. Esto duró como un mes y medio”.

Partimos de reconocer que *el otro despliega sus recursos saludables para afrontar los síntomas adaptativos presentes y que la demanda ya viene “trabajada” en comunidad antes de la intervención del psicólogo. El shock se elaboró no sólo personalmente, familiarmente, sino también colectivamente.* La cultura de la vida cotidiana trabajó y trabaja hasta recuperar sus tiempos y espacios en una nueva situación. La crisis como oportunidad debe permitir dar un paso adelante “desde lo vivido”.

Cuando las familias consultaban siempre preguntábamos “*qué era lo que ya estaban haciendo para solucionar el problema*”. Según su respuesta orientábamos, apoyábamos las acciones que ya venían realizando, como hicimos durante los primeros días después de las explosiones, o construíamos una intervención generando nuevas alternativas. Les decíamos que durante la semana íbamos a pasar por sus casas o que, si necesitaban consultar, volvieran a vernos al Centro Asistencial.

Sofía, la niña que vimos en el centro de evacuación, que ya había regresado al barrio, no se animaba a salir sola a la calle y tampoco iba sola al baño, que estaba afuera, al costado de la casa. La madre estaba muy preocupada por el cambio observado en la niña, decía: “Sofía antes hacía todo sin que yo le diga nada”.

Trabajamos para la progresiva vuelta de la niña a su ritmo de vida habitual partiendo de “lo que hoy podía hacer”. Fue necesario ir viendo los progresos que cotidianamente se iban dando en ella, fortaleciendo el apoyo que le brindaban la mamá, el abuelo y el hermano. Cada progreso observado y afianzado daba lugar a la posibilidad de seguir avanzando. Por ejemplo en un momento del proceso la mamá vio que Sofía se animaba a ir sola al baño y la dejó ir; después comenzaron a ensayar que la niña se animara a salir sola a hacer compras, la mamá le decía: “Andá, yo te miro desde acá..”. Más adelante, cuando Sofía logró ir sola al supermercado sin que la mamá la mirara, pasó por el Centro Asistencial y le dijo a la psicóloga: “Fui sola al super...”. Después trabajamos para que fuera a la Escuela, que está en el barrio, sin la compañía de la madre. Luego del primer mes de clase, la niña se animó a ir con el hermano, como lo hacía antes. En estos cuatro meses de trabajo orientamos a la madre para que fuera acompañando estos progresos.

En muchas oportunidades también expresábamos a la familia, luego de escuchar sus relatos: “Vaya viendo, venga a verme cuando lo necesite”. Esta operación del trabajo en red fue orientando permanentemente el momento de intervención del psicólogo, facilitando la optimización del trabajo de estos profesionales después de la catástrofe.

Consideramos que rescatar lo que ya venían haciendo los vecinos fortalecía una acción cotidianamente realizada por la persona, fácilmente visualizada por ella y por lo tanto transmisible a su red. A través de los relatos de los vecinos íbamos viendo que la información era comunicada por redes de confianza, “filtrando” la demanda que llegaba al Centro Asistencial. De ese modo se iba “dibujando”, identificando sola, la población con la cual tendríamos que construir otro tipo de intervención.

En estas semanas posteriores a la explosión la gente iba retomando el ritmo cotidiano, de noche veíamos más luces encendidas, estaban volviendo los vecinos que habían migrado, abrían las ventanas, empezaban a limpiar su casa y si tenían que reconstruirla iniciaban la búsqueda de albañiles o la compra de materiales de construcción. Se veía a los niños ayudando a sus padres para volver a acomodar su casa.

Cuando el Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba decidió que se reanudarían las clases en esta ciudad (22-11-95) muchas maestras preguntaban qué harían el primer día de clase. Lo que les decíamos era que volvieran a su cotidianeidad institucional y que “se prepararan para dar la mejor clase de su vida”, que no generalizaran el drama; partir, como dijimos, de que los niños ya traían trabajada su vivencia; si los tiempos genuinos son los personales, familiares y poblacionales, evitar encuadrarlos en tiempos grupales<sup>1</sup>.

En el caso de que comenzáramos a recibir demandas de las escuelas, originadas por los sucesos vividos, ya empezábamos a disponer de una significativa ventaja en relación con la calidad de la atención a los niños de las Áreas de Responsabilidad: desde la puesta en marcha de la APS había pasado un año y medio y muchos de los niños que estaban en primer grado y todos los que estaban en jardín, habían

---

<sup>1</sup> Esto fue trabajado en una reunión con más de cien maestros, profesores y profesionales de Río Tercero, el 8 de noviembre de 1995, en el Instituto “Dr. Alexis Carrel” y difundido en una entrevista que le realizara el Semanario Tribuna al Lic. S. Bertucelli (18-11-95).

participado del Programa de Control del Crecimiento y Desarrollo: nos conocíamos con ellos y con sus padres.

El 23 de noviembre de 1995 la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social municipal, a 20 días de la catástrofe, por indicación de los asesores enviados por el Estado Nacional, había planificado implementar un modelo de “cuestionario autoadministrado”, ya usado en otra catástrofe de este país, a más de 4000 personas y a la población escolar, indagando principalmente síntomas psicológicos en el contexto de la catástrofe. Intervención que, obviamente, no compartimos.

En esos días cada 15 minutos escuchábamos, alertas, “detonaciones controladas” que las fuerzas de seguridad realizaban en una cantera ubicada 6 kilómetros al oeste de la ciudad -“Canteras Bagra”, ver mapa p. 13-, situación de la cual se advertía cotidianamente a la población.

El 18 de noviembre el Semanario Tribuna publicaba las siguientes afirmaciones del Director de Fábrica Militar:

“...la planta de carga no existirá más y además lo poco que queda luego de este lamentable accidente ha sido retirado de la fábrica y depositado en San José de la Quintana y en la Fábrica Militar de Villa María. Absolutamente nada queda ni quedará, solo resta lo que se está removiendo y limpiando en estos días en el predio. Pero no volverá a haber explosivos depositados en Río Tercero...”

### *Viernes 24 de noviembre de 1995...*

“Ese día estábamos en el Centro Asistencial y llegó un vecino corriendo. Le pidió a la enfermera que le midiera la tensión y nos cuenta que unos jóvenes que venían en bicicleta de Barrio Las Violetas gritaban que había un incendio en la fábrica. En ese momento todos creíamos que le habían hecho una broma de mal gusto. Al instante -16:57 hs.- sentimos el estampido. Después supimos que estaban explotando los proyectiles que el mismo personal de Gendarmería Nacional estaba recolectando y apilando.”

*Relato de los profesionales del Área de Responsabilidad de los Barrios I. Magnasco, Mitre y Los Algarrobos.*

*...otra vez las explosiones en Fábrica Militar.*

Si bien la magnitud de esta explosión fue menor que la anterior, provocó una nueva autoevacuación masiva de la población y aumentó la sensación de desconfianza hacia las autoridades públicas. Esa noche el Intendente informó que no tenía una idea exacta de lo que había explotado en Fábrica Militar ni lo que faltaba por explotar y exhortó a la población evacuada a “que permanezca en los lugares de evacuación porque este jefe comunal no puede garantizar los márgenes de seguridad” (La Voz del Interior, 25-11-95 p.12A).

El 25 de noviembre 5000 vecinos de Río Tercero marcharon por las calles de la ciudad exigiendo seguridad. La aplicación del cuestionario previsto por la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social y los asesores contratados por el Estado Nacional fue momentáneamente suspendida hasta el mes de marzo de 1996.

En muchas familias observamos que se acentuó la necesidad de retornar periódicamente a su sociedad de origen; este recurso de salud fue apoyado por el equipo como un método de autorreparación propio de la gente<sup>1</sup>.

Algunos volvían por varias semanas a su comunidad de origen, en muchos casos de otras provincias (Santiago del Estero, La Rioja, San Juan, Tucumán). En el caso de las familias sanjuaninas, por ejemplo, éstas colaboraron para solventar el viaje de la abuela cuya situación de salud había desmejorado. Regresó después de un mes, “cuando se sintió mejor”.

Otras familias, originarias de poblaciones vecinas, iban a pasar allí los fines de semana. Esto permitía que el estado de alerta fuese menos intenso, contribuyendo a la remisión de algunos síntomas, como por ejemplo, los trastornos en el sueño. De regreso al barrio manifestaban sentirse “más tranquilos”.

En Barrio Cerino, como dijimos, ya habíamos iniciado la extensión en octubre, con lo cual nos encontrábamos al momento de la catástrofe posicionados en todas las áreas de mayor pobreza económica del “Área Roja”.

---

Bertucelli y Otros, op cit., pub.del Gob.de la Prov.de Córdoba, 1988.

En marzo de 1996 se nos ordena desde nivel central que vayamos al domicilio de una familia en la que “sus chicos se están golpeando la cabeza contra la pared”. Esta familia vive a una cuadra del Centro Asistencial, la madre estaba en el Programa de Control de Embarazo y Puerperio y asistía periódicamente a controlarse la tensión arterial; nunca nos habían comentado ella, ni otra persona del barrio, algo referido a este problema. Elegimos esperar; si había algo que no sabíamos, la familia había decidido no pedirnos ayuda. En ese mismo tiempo habíamos comenzado a hacer una nueva Evaluación de Cobertura (ver p. 126) de los programas y a estos niños llegábamos desde tres familias; ellas nos dijeron que “los niños están todo el día en la calle jugando y están bien”, y agregan que “sería mejor no ir a la casa”. En mayo la madre de estos niños concurre al Centro Asistencial; al preguntarle la enfermera cómo estaban le dijo: “Ahora bien: hace un tiempo atrás, estuvieron un poco nerviosos y fuimos a otro Centro Asistencial a buscar un certificado por daño psicológico para presentar a los abogados”.

*Desde redes de confianza íbamos viendo cómo evolucionaba favorablemente la sintomatología en las poblaciones a cargo, diferenciando lo que era sintomatología esperable postcatástrofe de las secuelas de intervenciones iatrogénicas.*