



AsociaciónDIA
asociación estatal de víctimas de accidentes

“Secuelas Psicosociales en Familiares de Fallecidos por Accidente de Tráfico en España”

Prólogo

“Sonreír, abrir los ojos, amar, seguir... es de ti de quien depende, solo tienes que elegir,

Puedes llorar porque se ha ido o puedes sonreír porque ha vivido.

Puedes cerrar los ojos y rezar para que vuelva o puedes abrirlos y ver todo lo que ha dejado.

Tu corazón puede estar vacío porque no lo puedes ver o puede estar lleno del amor que compartisteis.

Puedes llorar, cerrar los ojos, sentir el vacío, dar la espalda o puedes hacer lo que a él o ella le gustaría: sonreír, abrir los ojos, amar y seguir”.

Poema popular escocés.

Cuando hablamos de las consecuencias de los accidentes de tráfico, no de las estadísticas frías de daños materiales o personales, nos movemos en afirmaciones que, en muchos casos, son meras suposiciones.

A DIA, La Asociación Estatal de Víctimas de Accidentes, se dirigen todos los años cientos de víctimas, directas o indirectas, a las que se presta atención en sus demandas de información, orientación y asesoramiento en cuestiones que les preocupan como es el bienestar y prestaciones sociales, aspectos psicológicos, legales, sanitarios, económicos, etc.

Ese contacto frecuente nos ha hecho ver que detrás de esas demandas urgentes hay otras cosas mucho más profundas y que requieren ser conocidas al detalle. A nadie escapa el hecho que tras la muerte de alguien cercano aparecen nuevas situaciones inesperadas y de incalculables consecuencias.

DIA, con la colaboración y apoyo de la DGT y la Fundación ONCE ha podido llevar adelante un estudio muy profundo sobre la situación emocional y las preocupaciones de quienes eran cercanos al fallecido.

Agradecimiento a la DGT y la Fundación ONCE pero, especialmente, a las personas que han cumplimentado las encuestas y al equipo de DIA que ha trabajado elaborándolas: Patricia Cabrera, Montse Ruiz, Ruth Palmer y Alejandro Ramos, haciendo posible su cumplimentación y analizando las repuestas para conseguir un informe que, seguro, será de gran utilidad para desarrollar políticas y programas que reduzcan el sufrimiento de los allegados a los fallecidos.

Francisco Canes Doménech

Presidente de la Asociación Estatal de Víctimas de Accidentes DIA

1. Presentación

05

2. Introducción

06

2.1 - Las nueve dimensiones de síntomas

07

A. Somatizaciones

07

B. Obsesiones y Compulsiones

09

C. Sensibilidad Interpersonal

11

D. Depresión

12

E. Ansiedad

15

F. Hostilidad

17

G. Ansiedad Fóbica

18

H. Ideación Paranoide

20

I. Psicoticismo

21

2.2 - La escala adicional

23

3. Conclusiones

25

4. Bibliografía

27



1 • presentación

La pérdida de un ser querido en un accidente significa una ruptura inesperada y brusca con lo que ha sido nuestra vida hasta el momento, todo a partir de ese instante se ve de forma muy diferente, necesitamos cierto tiempo para adaptarnos a esta nueva y muy difícil situación.

Experimentamos dolor físico, y también dolor emocional, sentimos emociones que con anterioridad desconocíamos por completo porque no nos preparan para saber qué hacer, qué decir, cómo afrontar la muerte de una persona tan cercana, sentimos que no estamos preparados...

En muchas ocasiones, nos puede parecer que este dolor es más que insoportable. Sin embargo, es conveniente recordar que la elaboración de un duelo puede convertirse en una experiencia enriquecedora, que supondrá la maduración y el crecimiento personal, transformando el dolor en amor.

El **Estudio de Secuelas Psicológicas y Sociales en Familiares de Fallecidos a Causa de un Accidente o Hecho Traumático en España** es el segundo de la serie de Estudios realizados por nuestra entidad la Asociación Estatal de Víctimas de Accidentes DIA, su predecesor fue el Estudio de Secuelas Psicológicas y Sociales de las Víctimas de Accidentes en España.

Estas dos investigaciones se han podido desarrollar gracias a la consolidada experiencia de los profesionales que trabajan en nuestra Entidad, con 10 años de andadura, así como de los diferentes colaboradores que han aportado su conocimiento.

El objeto del presente estudio es abordar las secuelas psicológicas y sociales existentes en los familiares que han perdido a un ser querido por accidente , uno de los acontecimientos más terribles a los que algunas personas han de enfrentarse a lo largo de su vida. Para nuestra Entidad ha sido muy importante analizar los problemas existentes en este tipo de casos, pues así hemos podido elaborar diferentes programas de intervención enfocados a la capacitación de los familiares para sobreponerse a este periodo de dolor emocional, e incluso resultar fortalecidos después de todo el proceso, lo que suele llamarse Resiliencia en la Psicología Positiva.

“La Resiliencia es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformados por ellas”.

Grotberg (1995)

Ruth Palmer García
Coordinadora de DIA, Asociación Estatal de Víctimas de Accidentes



2 • introducción

La Asociación Estatal de Víctimas de Accidentes DIA ha realizado un estudio psico-social, mediante el Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis, a familiares de fallecidos a causa de un accidente o hecho traumático.

El fin de dicha investigación es conocer las secuelas psicológicas y sociales que dicha población padece tras la muerte de un allegado para poder así actuar en consecuencia creando programas de intervención adaptados a las necesidades del colectivo.

La atención psicológica es primordial y necesaria en estos casos en los que los familiares han de superar la pérdida de un ser querido que ha fallecido inesperadamente. Para ello la Asociación Estatal de Víctimas de Accidentes DIA considera que la forma óptima de llevar a cabo dicha intervención es mediante un abordaje holístico del ser humano. Esta visión implica atender todas las aéreas del ser humano: físico-corporal, emocional, cognitiva-intelectual, social y espiritual.

Conocer la sintomatología de aquellos que transitan por un proceso de duelo recientemente es de vital importancia. De esta manera podremos saber cómo intervenir optimizando la labor terapéutica y obteniendo resultados positivos y adecuados a sus necesidades.



Por esta razón se ha elegido el Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Es un instrumento de medida de variables continuas que pretende obtener una valoración de la experiencia de enfermedad o sufrimiento psíquico que los encuestados están viviendo en el momento actual. Dicho cuestionario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos.

Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos: 4 nada en absoluto, 5 un poco, 6 moderadamente, 7 bastante y 8 mucho o extremadamente. Se evalúa y se interpreta en función de nueve dimensiones primarias:

1. Somatizaciones (SOM)
2. Obsesiones y compulsiones (OBS)
3. Sensitividad interpersonal (SI)
4. Depresión (DEP)
5. Ansiedad (ANS)
6. Hostilidad (HOS)
7. Ansiedad fóbica (FOB)
8. Ideación paranoide (PAR)
9. Psicoticismo (PSIC)

La escala adicional son ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones pero tienen relevancia clínica.

19. Poco apetito
44. Problemas para dormir
59. Pensamientos acerca de la muerte o el morir
60. Comer en exceso
64. Despertarse muy temprano
66. Sueño intranquilo
89. Sentimientos de culpa

A continuación describiremos cada una de las 9 dimensiones junto con los ítems adicionales. Para ello realizaremos una breve descripción de los ítems correspondientes a cada dimensión para finalizar con una conclusión general del estado de la misma en la muestra encuestada.

2.1 Las nueve dimensiones de síntomas:

A. Somatizaciones:

SOMATIZACIÓN (n=12)

Esta dimensión comprende 12 síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal.

1. Dolores de cabeza

En este ítem podemos observar cómo mayoritariamente (un 46,7%) la percepción actual de dicha sintomatología corporal no prevalece en la población encuestada.

Sin embargo hemos de reparar que en el resto de opciones de respuesta, precisamente aquellas en las que sí existe sensación de padecer dicho tipo de sintomatología, hay un porcentaje de respuesta de entre el 10 y el 16,7% lo cual nos indica que sí se sufre dicha sensación corporal. Principalmente nos interesa que un 13,3% de la población sufre dolor de cabeza extremado siendo el ítem de la dimensión de somatización con mayor valor en esta opción de respuesta.

Por tanto, aunque un 46,7% de encuestados no padezcan dolores de cabeza, observamos que hay una identificación del síntoma distribuida homogéneamente entre sentir un poco o extremado dolor de cabeza en parte de la muestra.

4. Sensaciones de desmayo o mareo

Prácticamente la mitad de los encuestados (51,7%) no sufre sensación de desmayo o mareo ulterior al fallecimiento del familiar. En cambio una muestra

significativa (27,6%) expresa que dicho síntoma aparece con una mínima frecuencia.

El porcentaje disminuye cuando hablamos de una constancia moderada (13,8%), bastante (6,9%) o extrema (0,0%) de las sensaciones de desmayo o mareo.

12. Dolores en el corazón o en el pecho

Un elevado número de personas (61,3%) no perciben que, posterior a la muerte del familiar, tengan dolores de pecho o en el corazón.

En cambio nos encontramos con que el 19,4% siente en pocas ocasiones dicho dolor comparativamente con su experiencia anterior al fallecimiento.

Para el resto de opciones de respuesta el valor disminuye a 9,7% en la percepción de moderada a bastante siendo nula por parte de la muestra una sintomatología extrema.

27. Dolores en la parte baja de la espalda

Es significativo que un 60% de la muestra no sufre de dicha dolencia y un 30% la padece un poco concentrándose en estas dos opciones de respuestas el grueso de la muestra (90%) mientras que las tres opciones posteriores el porcentaje de respuesta (3,3%) es tan bajo que no es significativo.

Aún así consideramos que el hecho de que el 30% de la muestra sufra dicha disfunción en alguna ocasión puntual es un dato a tener en cuenta.

40. Náuseas o malestar en el estómago

Observamos que dicha disfunción se encuentra más repartida en las opciones de respuesta siendo, como es habitual en dicha dimensión, la más predominante

te la primera opción (36,7%): ausencia de percepción de disfunción estomacal.

También encontramos aquí que un 30% padece un poco de molestias gastrointestinales.

El porcentaje disminuye conforme vamos avanzando en la frecuencia percibida por los encuestados de dicho ítem siendo 13,3, 16,7 y 3,3% respectivamente.

42. Dolores musculares

Un 54,8% de la muestra no sufre dolores musculares, los cuáles pueden deberse por mala postura corporal, enfermedades relacionadas o tensión y contracciones musculares.

El resto de respuestas tiene un porcentaje de respuesta alrededor de la decena, mientras que una percepción extremada de dolor la sufre el 3,2% de la población encuestada.

48. Ahogos o dificultad para respirar

En este ítem vemos como gran parte de los encuestados (un 43,3%) ha respondido que en absoluto han sufrido ahogos o dificultad para respirar.

De todas maneras no podemos eludir el hecho que un gran número de individuos han respondido afirmativamente en las tres opciones intermedias, sumando un total de 50%, es decir, llegando a ser la mayoría.

49. Escalofríos, sentir calor o frío de repente

El 80% de las respuestas están concentradas en las dos primeras opciones: no han sentido dicha sensación (50%) o han podido experimentarla un poco (30%). El 13,3% ha padecido el síntoma moderadamente y únicamente un 6,6% lo sufre bastante o extremadamente.

52. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo

Aunque el grueso de las respuestas (60%) expresa que no siente entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo, observamos que el 40% restante está repartido en las posiciones intermedias lo cual nos demuestra que dicho síntoma tiene presencia relativamente importante en la muestra.

53. Sentir un nudo en la garganta

Las respuestas en dicho ítem son significativas a nivel estadístico ya que los resultados están distribuidos en las 5 opciones.

Mientras que un 33,3% de los encuestados no sienten que tengan un nudo en la garganta el 56,7% lo encontramos repartido en las tres opciones intermedias y el 10% tiene una percepción extremada respecto a tener un nudo en la garganta. Nos encontramos además ante una sensación corporal que la mayoría la vive como una disfunción importante en su vida.

56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo

El sentimiento de encontrarse débil en alguna parte del cuerpo está bastante dividido en los resultados obtenidos.

Por un lado, un 48, 4%% dice no sentir ningún malestar respecto a este punto, pero el resto de la población entrevistada, ya sea un poco, moderadamente o bastante, han respondido afirmativamente.

58. Pesadez en los brazos o en las piernas

Al igual que en la pregunta anterior encontramos a un gran número de sujetos (51,7%) que no tiene percepción de la sensación corporal expuesta.

Aún así hay homogeneidad en el resto de respuestas lo cual nos muestra que tener sensación de pesadez en brazos y piernas lo tienen presente en sus vidas.

Valoración de la dimensión de SOMATIZACIONES.

Como hemos expresado con anterioridad, esta dimensión evalúa la presencia de malestares que la persona percibe en el momento actual y que se encuentran relacionados con diferentes disfunciones corporales: cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios.

Ha quedado reflejado que por lo general en cada ítem más o menos la mitad de los sujetos no perciben malestares corporales. Aun así, no por ello hemos de eludir la relevancia de que el resto, más del 50%, vivencian una u otra sintoma-

tología corpórea desde que su familiar perdió la vida.

Es bien sabido en psicología lo común que es que conflictos psicológicos internos sean expresados como signos físicos. Las consultas de personas que acuden a su médico presentando una sintomatología que les genera malestar sin que se encuentre una causa orgánica a su sufrimiento, según las estadísticas, están aumentando constituyendo el 25% de las nuevas consultas en Atención Primaria.

Es necesario incluir la somatización en el diagnóstico diferencial y descartar en primer lugar si se trata de una enfermedad orgánica, sin olvidar el papel de la



psicología en este tipo de síntomas.

Por ello la detección precoz de las reacciones psicosomáticas que puedan llegar a experimentar los familiares de accidentados de tráfico es de vital importancia para una adecuada intervención.

B. Obsesiones y Compulsiones:

OBSESIÓN-COMPULSIÓN (n=10)

La dimensión Obsesión-compulsión comprende una serie de ítems que describen conductas, pensamientos e impulsos que la persona considera indeseados, que crean una angustia intensa y son difíciles de evitar o eliminar.

3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente

El patrón de respuestas que caracteriza este ítem se centra sobre todo en las opciones intermedias (un poco, moderadamente y bastante), con unos porcentajes que van del 20 al 30%.

Por lo tanto, teniendo en cuenta estas tres opciones de respuesta, un total de 76,7% de la población encuestada muestra preocupación, en mayor o menor medida, por la aparición de pensamientos, palabras o ideas que no son deseadas, y aún así, no se van de su mente.

9. La dificultad para recordar las cosas

En este ítem vemos como gran parte de los encuestados (un 40%) ha respondido que en absoluto se han sentido molestos por la dificultad de recordar cosas.

De todas maneras, no se puede eludir el hecho que un gran número de personas ha respondido afirmativamente en las tres opciones intermedias, sumando un total de 53,3%, es decir, llegando a ser la mayoría.

10. Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización

Como pasaba en el ítem anterior, la preocupación por el desaseo, el descuido o la desorganización, está bastante dividida.

Un 46,7% dice no sentir ningún malestar respecto a este punto, pero el resto de la población entrevistada, ya sea un poco, moderadamente o bastante, han respondido afirmativamente.

28. Sentirse incapaz de hacer las cosas y terminar las tareas

Sobre la incapacidad de hacer las cosas y terminar las tareas, la respuesta mayoritaria se centra en la ausencia de preocupación al respecto, en concreto, un 38,7%.

Aún así, el resto de cuestionados responde afirmativamente, yendo del 29%, que se decantó por la opción de un poco, hasta el 3,2% que respondieron que se ven afectados de manera extrema.

38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien

Nuevamente, la población encuestada responde a un patrón desigual. Un 40% dice no sentirse abrumado por tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.

Un 26,7% se decantaría por afirmar que solo se siente un poco preocupado y un total de 33,3% habría respondido de manera mucho más preocupante.

45. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace

El perfil de respuestas en este caso sería un poco preocupado por el hecho de tener que comprobar una y otra vez todo lo que se hace (un 38,7%).

Además, si le sumamos también el 29% de los encuestados que no mostraron ningún malestar por ello, nos da una mayoría de 67,7%, generalizando así, que no es un ítem por el que se preocupen extremadamente.

46. Dificultad en tomar decisiones

En este ítem se observa que las respuestas están bastante repartidas; por un lado un 35,5% considera que no tiene dificultad en tomar decisiones y, por lo tanto, no cree que sea un problema actualmente para ellos.

Pero hay un elevado número de encuestados que sí lo ve como algo que les crea malestar. Suman entre las tres opciones intermedias un total de 61,3%.

51. Que se le quede la mente en blanco

Las respuestas de este ítem están polarizadas hacia las opciones en absoluto y un poco, concretamente su suma da un resultado mayoritario sobre las demás puntuaciones de 74,2%, por lo que podemos decir que en general no es un ítem sobre el que haya excesiva preocupación.

55. Tener dificultades para concentrarse

Este ítem destaca por la manera afirmativa de responder de la gran mayoría de los encuestados, sumando un total de 80%, llevándose un mayor porcentaje la opción un poco y bastante.

Por lo tanto, el tener dificultades para concentrarse es visto de manera problemática para la gran mayoría de la población entrevistada.

65. Impulsos a tener que hacer cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse...)

Viendo los porcentajes de respuesta de este ítem se deduce que los impulsos de tener que hacer cosas de manera obsesiva no es visto como una dificultad, ya que un 58,1% así lo afirma. Además, otro notable porcentaje (29%), apunta que únicamente les es molesto de forma leve.

Valoración de la dimensión de OBSESIONES Y COMPULSIONES:

Recordando lo que hemos expuesto más arriba, esta dimensión describe conductas, pensamientos e impulsos que la persona considera absurdas y que son vivenciadas como imposibles de evitar, lo que conlleva un aumento de la angustia.

La obsesión es una idea que aparece con carácter forzado, el contenido es claramente exagerado, se establece una lucha entre el pensamiento y la persona, y esta lucha contra la idea produce tensión emocional, desembocando en un nivel de ansiedad elevado. La compulsión, en cambio, es el sentimiento de obligación a realizar un acto absurdo. Debido al suceso traumático, puede ser que los familiares de las víctimas desarrollen esta patología.

Por lo que respecta a esta dimensión, ha quedado evidenciado que en muchos de los ítems, cerca de la mitad de los participantes en la encuesta, no ha sentido malestar por las conductas obsesivas-compulsivas.

Cabe decir, que en los ítems que predomina la opción en absoluto como respuesta es en aquellos en los que las características que definen esa conducta son más extrañas o fuera de lo común, como por ejemplo en el ítem número 65. En cambio, tal y como pasa en el ítem número 55, dónde el hecho de no poder concentrarse es algo más común, la gente tiende a responder de manera afirmativa diciendo que les causa malestar.

C. Sensibilidad Interpersonal:

SENSIBILIDAD INTERPERSONAL (n=9)

Los síntomas de esta dimensión recogen sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones ajenas y, en general, incomodidad en las relaciones interpersonales.

6. Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas

Prácticamente la mayoría de la población encuestada (un 44,8%) responde que no está en absoluto preocupada por la idea de ver a la gente de manera negativa. De todas maneras, como viene pasando en un gran número de ítems, el otro grueso de la muestra (un 55,1%), ha optado por una respuesta afirmativa.

21. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto

En este ítem, un 48,4% responde que no siente malestar por el posible hecho de experimentar timidez o incomodidad ante el sexo opuesto.

61. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted

En el siguiente ítem, las respuestas de los encuestados vuelven a repartirse muy igualitariamente, solo las opciones afirmativas más extremas se llevan un bajo porcentaje (un 10% en total).

Sumando las dos restantes opciones que afirman sentirse incómodos cuando la gente les mira o hablan acerca de ellos, obtenemos la mayoría del 53,3%. Finalmente, un 36,7% elige, en esta ocasión, que no siente malestar por ello.

69. Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas

Prácticamente una mayoría de la población entrevistada (un 48,3%) no ve como un problema el sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas. Mientras que un destacable 34,5% lo ve de forma leve. El resto de población (un 17,2%) lo viven de forma más preocupante.

73. Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público

En este ítem vemos claramente con un 75,9% que mayoritariamente la población que ha respondido a la encuesta no ven como un malestar el sentirse incómodos comiendo o bebiendo en público. El porcentaje restante (24,1%), solamente lo ve un poco o moderadamente.

Valoración de la dimensión SENSIBILIDAD INTERPERSONAL

Esta dimensión se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad, inadecuación, timidez y vergüenza, hipersensibilizada opiniones y actitudes ajenas en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.

Podemos relacionar estas características con el suceso traumático con el hecho de que el sentimiento de desamparo y soledad bloquee a la persona de manera que genere una desconfianza en sí mismo que repercuta también en un rechazo hacia los demás. Serán más propensas a padecer estos síntomas aquellas personas extremadamente sensibles, que en su vida anterior al fallecimiento en accidente de su familiar, ya tuvieran predisposición a la inseguridad personal, la vergüenza en situaciones concretas y la dificultad de relación con los demás.

Los resultados del cuestionario nos demuestran que un gran número de en-

cuestados afirma sentir malestar en ciertas situaciones y con ciertos síntomas como por ejemplo ser demasiado sensible, la sensación de que los demás no le comprenden o tener la impresión de que otras personas son poco amistosas.

D. Depresión:

DEPRESIÓN (n=13)

Los 13 ítems de esta dimensión se resumen en signos y síntomas clínicos propios de trastornos depresivos, como por ejemplo, el desánimo, la desesperanza y las ideas autodestructivas.

5. Pérdida de deseo o placer sexual

Este ítem tiene un patrón de respuestas un tanto especial, ya que las puntuaciones están completamente repartidas entre las cinco opciones de respuesta de manera prácticamente igualitaria.

Son precisamente las opciones más extremas que se llevan el mayor porcentaje (24,1%) y el resto un 17,2%.

14. Sentirse bajo de energías o decaído

También en esta ocasión, las puntuaciones están enteramente muy homogéneamente divididas, aún así, el sentirse bajo de energías o decaído para un 29% de los encuestados no es un problema a destacar.

Para el 69% restante sí que lo es en un menor o mayor grado.

15. Pensamientos suicidas o ideas de acabar con su vida

Este ítem cobra suma importancia por las consecuencias tan negativas que conlleva, y mucho más viendo el patrón de respuestas que ha surgido.

Por un lado, casi la mitad de los entrevistados, un 45,2%, afirma no sentirse en absoluto abrumado por este tipo de pensamientos pero, por otro lado, el 55% sí dice sentir malestar por tener ideas de acabar con su vida. Cabe destacar, que un 16,2% de este 55% está preocupado bastante o extremadamente.

20. Llorar fácilmente

El siguiente ítem ejemplifica de nuevo un patrón de respuestas muy parecido, donde los porcentajes van del 17,2% (los que dicen no sentirse nada preocupados) al 20,7% (los que están en mayor o menor medida molestos con la facilidad de llorar).



22. La sensación de estar atrapado o como encerrado

En este ítem, una mayoría de los encuestados responde que no se siente abrumado por la sensación de estar atrapado o encerrado (un 53,6%).

Mientras que el porcentaje restante dice sentirse un poco (17,9%), moderadamente (14,3%), bastante (3,6%) y mucho o extremadamente (10,7%).

26. Culparse a sí mismo de todo lo que pasa

Del total de puntuaciones, un porcentaje destacable lo encontramos en no percibir como un problema el culparse a sí mismo con todo lo que pasa, concretamente un 36,7% ha respondido que no lo siente así. Mientras que a un 40% le afecta levemente.

El resto menor de porcentajes se reparten entre moderadamente, bastante y mucho.

29. Sentirse solo

El ítem sentirse solo es percibido de manera desigual por parte de la población encuestada, todas las puntuaciones tienen porcentajes parecidos por lo que queda muy repartida la descripción. Un 30% no se siente molesto por ello, mientras que el resto sí en mayor o menor medida.

30. Sentirse triste

En este caso, predominan claramente las opciones de respuesta que afirman que les crea malestar el sentimiento de tristeza. Concretamente, bastante tiene una puntuación del 33,3%, un poco y moderadamente tienen un 26,7% y un 23,3% respectivamente, y por último mucho o extremadamente un 13,3%.

Por lo que respecta a la ausencia de preocupación, únicamente un 3,3% de la población encuestada se decidió por esta opción.

31. Preocuparse demasiado por todo

Este ítem mantiene un patrón de respuestas prácticamente uniforme rodeando los porcentajes entre el 19,4% y el 22,6%, excepto para la opción extremadamente que obtiene un 6,5%.

32. No sentir interés por nada

En el siguiente ítem la mayor puntuación es para aquellas personas que han respondido que sienten una leve preocupación por el no sentir interés por nada, con un 32,3%.

Con las demás opciones de respuesta afirmativas suman un total de 74,2%. Por otro lado, la ausencia de malestar obtiene un 25,8%.

54. Sentirse desesperanzado respecto al futuro

La característica más destacada es la paridad de porcentajes, que van del 16,1% los que se sienten fuertemente preocupados por la desesperanza respecto al futuro al 25,8% a los que solamente un poco.

Los que responden afirmativamente son una gran mayoría sumando un total de 80,6%. El resto recae en la ausencia de malestar.



71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo

En el siguiente ítem, la puntuación mayoritaria recae en afirmar que se siente malestar al pensar que todo requiere un gran esfuerzo.

El 39,3% dice que un poco, el 21,4% moderadamente y el 17,8% entre bastante y extremadamente. Para el restante 21,4% no supone problema.

79. La sensación de ser inútil o no valer nada

Prácticamente la mitad de los entrevistados, un 46,4% dice no sentirse preocupado por la sensación de ser inútil o no valer nada. Por otro lado, un 53,6% afirma de menor o mayor modo que sí están afectados por ello.

Valoración de la dimensión DEPRESIÓN

Al inicio comentábamos que esta dimensión estaba compuesta por ítems que recogían síntomas clínicos característicos de la depresión (tristeza, sentimiento de soledad, pérdida de interés, desesperanza, etc.). El trastorno depresivo se enmarca dentro de un conjunto de trastornos llamados trastornos del estado de ánimo, que se relacionan con los desórdenes patológicos de la afectividad.

Para comprender un poco más qué es el estado de ánimo, hay que saber que el ser humano durante el día mantiene un tono vital que en situación normal se



denomina eutimia. Raramente la eutimia sigue una línea plana, sino que tiene altibajos. Las subidas se denominan euforia y las bajadas, tristeza. La tristeza, cuando se convierte en patológica, es cuando se convierte en depresión.

El estado de ánimo de una persona es fácilmente vulnerable. Una de las causas que más profundamente puede afectarlo es una situación traumática como puede ser el fallecimiento de un familiar en un accidente de tráfico. Que nos afecte en menor o mayor medida también depende de los rasgos de personalidad, otros factores externos y otras variaciones cíclicas, como por ejemplo las estaciones del año.

En esta dimensión, encontramos síntomas tan dispares como la pérdida de deseo sexual y los pensamientos suicidas, pero todos contribuyen a un posible estado depresivo. Lamentablemente, este es uno de los ítems que más respuestas afirmativas recoge y con preocupación más extrema. También es verdad que son síntomas muy fácilmente reconocibles y las personas saben que están relacionados con algo negativo, por eso les puede parecer más fácil de responder afirmativamente en las opciones de respuesta.

E. Ansiedad:

ANSIEDAD (n=10)

Esta dimensión recoge los síntomas clásicos referidos a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda. Incluye también signos de tensión emocional y manifestaciones psicósomáticas.

2. Nerviosismo o agitación interior

Este ítem está caracterizado por la tendencia a responder afirmativamente. Un 45,2% ha respondido que está un poco preocupado por el nerviosismo o agitación interior, le siguen un 22,6% con moderadamente, 16,1% extremadamente y 12,9% bastante. Mientras que para solo un 3,2% no supone ningún malestar.

17. Temblores

Las puntuaciones en este ítem están totalmente polarizadas en un extremo, un mayoritario 77.4% ha afirmado que no se siente abrumado por la presencia de temblores. El resto de los porcentajes se reparten entre el 3,2% y el 9,7%.

23. Tener miedo de repente y sin razón

Un destacable 41,9% de los encuestados ha respondido que no se siente molesto por tener miedo de repente y sin razón.

El 58,1% restante sí, distribuyéndose las puntuaciones en un 32,3% un poco, el 16,1% moderadamente, el 6,5% bastante y, por último, un 3,2% extremadamente.

33. Sentirse temeroso

Sobre este ítem, un 41,9% ha contestado diciendo que no se siente molesto por las posibles ideas de temor que puedan surgir.

Por otro lado, otro grueso de las respuestas se sitúa entre las respuestas afirmativas un poco y moderadamente, con un 29% y un 22,6% respectivamente.

39. Que su corazón palpita o vaya muy deprisa

En el siguiente ítem un tanto por ciento muy elevado (51,6%) no recibe como malestar que su corazón palpita o vaya muy deprisa. La otra mitad sí lo hace, estando las puntuaciones entre un 6,5% y 25,8%.

57. Sentirse tenso o con los nervios de punta

El patrón de respuestas es bastante análogo. Aún así, sobresale ligeramente el 36.7% que respondió que sienten un poco de malestar cuando se sienten tensos o con los nervios de punta.

El resto de respuestas afirmativas se reparte entre el 10% y el 13,3%, mientras que el tanto por ciento que no siente en absoluto preocupación está en el 26,7%.

72. Ataques de terror o pánico

En esta ocasión, exactamente la mitad de los encuestados responde que no siente la amenaza de ataques de terror o pánico y la otra mitad, en mayor o menor medida, sí.

Un 26.7% responde con un poco, un 16,7% moderadamente y un 3,3% las dos respuestas más extremas.

78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo

Experimentan esta inquietud un total de 58,6% de las personas entrevistadas, mientras que, por el contrario, un 41,4% dice no sentir ningún malestar por ello.

80. Pensamientos de que va a pasar algo malo

Este ítem muestra como un 30% de los encuestados responde que no tienen pensamientos de que va a pasar algo malo, por el contrario, en menor o mayor medida, un elevado 70% sí, centrándose las puntuaciones sobretudo en las respuestas menos extremas.



86. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo

En este ítem, la mitad de la muestra responde que no siente malestar con pensamientos o imágenes estremecedoras o que dan miedo.

La otra mitad, en cambio, sí. Los porcentajes oscilan entre el 6,7% que responden moderadamente o mucho, 10% bastante y un elevado 26,7% un poco.

Valoración de la dimensión ANSIEDAD

Tal y como ya hemos comentado, los ítems analizados en esta dimensión, son síntomas referidos a las manifestaciones clínicas de ansiedad, tanto generalizada como aguda, signos de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas.

La ansiedad se podría definir como un estado subjetivo de incomodidad, tensión, alarma, malestar, que hace que el sujeto se sienta molesto. La respuesta ante esa situación es evitar la ansiedad mediante diversos procedimientos. Los trastornos de ansiedad se presentan frecuentemente como secuela en las víctimas de accidentes de tráfico y constituyen el denominado “daño psíquico” en tanto determinan una incapacidad sobrevenida que puede ser, según el caso particular, permanente o transitoria.

En esta dimensión, los porcentajes tienden a la homogeneidad. Las respuestas suelen estar repartidas entre el 50% que no siente el malestar y el otro 50% repartido entre las demás opciones afirmativas.

Hay que tener en cuenta que la ansiedad es un tópico central de la psicopatología. Seguramente estará presente en muchos de los pacientes que van a consulta a causa de un trastorno mental. Y el caso de los accidentes no puede ser menos, dentro de otro tipo de sintomatología que pueda presentarse, los síntomas ansiógenos están prácticamente asegurados (nerviosismo, miedo, fobia, sudores, temblores, paralización, palpitaciones, etc.)

F. Hostilidad:

HOSTILIDAD (n=6)

Los ítems de la dimensión Hostilidad aluden a pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de ira, agresividad, irritabilidad, resentimiento y rabia.

11. Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado

En el siguiente ítem un 28,6% respondió que no está en absoluto preocupado por sentirse molesto, irritable o enfadado. Contrariamente, un elevado 71,4 % sí. Los porcentajes oscilan entre el 3,6% (extremadamente preocupado) y el 28,6% (moderadamente).

24. Arrebatos de cólera o ataque de furia que no logra controlar

En este ítem un 33,3% de la gente entrevistada responde que no se siente amenazado por arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar. Por el contrario, un 36,7% los padece de manera leve y el resto de manera más fuerte o agresiva.

63. Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien

Un total de 61,3% se define temeroso por sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien, mientras que el 38,7% restante no lo sienten. De los 61,3%, destaca el 41,9% que se siente levemente preocupado por ello, las demás puntuaciones son bastante más bajas.

67. Tener ganas de romper o estrellar algo

En este ítem también predomina la tendencia a la afirmación. Un 41,9% se sienten preocupado un poco por la idea de tener ganas de romper o estrellar algo. Le sigue un 12,9% que se siente moderadamente amenazado.

Por otro lado, nos encontramos con el 29% de encuestados que no se sienten en absoluto molestos por ello.

74. Tener discusiones frecuentes

Este ítem presenta un patrón de respuestas similar, todas las respuestas obtienen una puntuación parecida (menos la última, que no suma ningún porcentaje). Los tantos por ciento oscilan entre el 22,2% y el 29,6%.

81. Gritar o tirar cosas

En este ítem mayoritariamente las respuestas se agrupan por un lado en la no preocupación por gritar o tirar cosas (un 48,3%) y por otro lado el 51,7% que sí se siente amenazado por ello en mayor o menor medida.

Valoración de la dimensión HOSTILIDAD

Tal y como ya se ha comentado, esta dimensión está relacionada con los pensamientos, conductas y sentimientos propias de estados de agresividad. Son síntomas propios de una activación aumentada (hiperactivación) que están íntimamente relacionadas con el trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Con los resultados obtenidos podemos ver como, por lo general, las personas encuestadas responden que sí sufren este tipo de síntomas hostiles (entre otros, como los síntomas depresivos y ansiosos), característicos del Trastorno por estrés postraumático.

Este trastorno, se caracteriza por una serie de síntomas que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso extremadamente traumático a los que la persona respondió con miedo, impotencia u horror intensos. Los síntomas incluyen la reexperimentación persistente del evento traumático (mediante sueños, recuerdos intrusos), la evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y la disminución de la capacidad general de reacción (reducción del interés, incapacidad para sentir amor), y síntomas persistentes de activación aumentada (dificultades para conciliar el sueño, irritación, ataques de ira).

G. Ansiedad Fóbica:

ANSIEDAD FÓBICA (n=7)

Los siete ítems de esta dimensión pretenden valorar las distintas variantes de la experiencia fóbica , entendida como un miedo persistente, racional y desproporcionado a un animal o persona, lugar, objeto o situación, generalmente complicado por conductas evitativas o de huida.

Sin embargo están más representados o tienen mayor peso en esta dimensión los síntomas relacionados con agorafobia o fobia social que los típicos de la fobia simple.

13. Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle

Un elevado número de encuestados (65,5%) percibe que no siente miedo de los espacios abiertos o en la calle. Dicho miedo viene provocado por la ansiedad que provoca a quienes lo sufren encontrarse en un lugar que perciben como no seguro y donde creen que no van a recibir ayuda.

Esto nos indica que en este ítem no hay un elevado sentimiento agorafóbico. Aún así cabe destacar que en las tres respuestas intermedias (un poco, moderado, bastante) nos encontramos con sujetos que sí experimentan este miedo, siendo significativo el porcentaje moderado de 17,2%.

25. Miedo a salir de casa solo

Aunque observamos un porcentaje muy alto de personas que no tienen miedo a salir de casa solos (74,2%), es significativo aquellos que sí advierten este temor un poco (19,4%).

El resto de valores son tan bajos que son significativos. No obstante es importante tener en cuenta que si hay personas que esta angustia la notan de manera moderada o bastante.

47. Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes

Ante este ítem, bastante significativo por su concordancia con el fallecimiento

del familiar, encontramos que la mitad de la muestra no vivencia temor a viajar en transporte público o privado.

En las otras variedades de respuestas encontramos una distribución relativamente equitativa de las puntuaciones siendo la de mayor calado, con un 16,7%, aquella que expresa que tiene bastante temor a los tipos de viajes mencionados anteriormente.

Obtener una puntuación de 46,7% en las opciones que expresan que sí hay existe el temor es una cuestión importante a tener en cuenta a la hora de realizar una intervención con dicho colectivo. No obstante, es tranquilizador que el 53,3% de sujetos respondan que no tiene temor en absoluto a los viajes en coches, autobuses, trenes o metros.

50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo

Viendo los porcentajes de respuesta de éste ítem se deduce que los impulsos de tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo no es visto como una dificultad, ya que un 56,7% así lo afirma.

Además, otro notable porcentaje (20%), apunta que experimentan esta evitación de forma moderada.

70. Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.

Una parte significativa de la muestra se encuentra en el valor que nos indica que siente un poco de incomodidad al estar entre mucha gente, sea cual sea la situación (33,3%) y un 10% tiene esta experiencia de manera moderada. Es importante tener estos valores en cuenta ya que es indicadora de que es una vivencia relativamente común entre el colectivo encuestado.

El grueso de las respuestas las volvemos a encontrar en el primer valor que nos indica que no hay dicha sensación (50%).

75. Sentirse nervioso cuando se queda solo

Aunque obtenemos como resultado un 42,9% en la no sensación de nerviosismo ante la soledad son reveladores los datos que nos aportan los tres valores intermedios (un poco, moderado, bastante) entre los que están repartidos el 57,1% restante.

Por tanto vemos que este ítem tiene un calado vivencial relevante en los sujetos encuestados.

82. Tener miedo de desmayarse en público

Las respuestas se decantan mayoritariamente por la primera opción que nos indica que no hay miedo de desmayarse en público alcanzando un porcentaje

representativo del 73,3%, por lo que observamos que no es una preocupación generalizada.

Los siguientes valores de 16,7% y 10% se reparten en las opciones inmediatamente contiguas.

Valoración de la dimensión de ANSIEDAD FÓBICA

Como es bien sabido, este malestar alude a una respuesta persistente de miedo a personas, animales, lugares, objetos, situaciones que en sí misma es irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca. Por tanto sabemos que la fobia no es innata sino aprendida.

La propia persona que sufre ansiedad fóbica reconoce su miedo como absurdo y en desproporción con cualquier peligro real o anticipación del mismo. Viene acompañada de comportamientos defensivos para escapar a la ansiedad que provoca el enfrentamiento con el estímulo fóbico. Consecuentemente se generan conductas de afianzamiento, consistentes en que la persona se protege de la ansiedad e intentar no perder contacto con los lugares conocidos.

Hay dos rasgos fundamentales en el carácter fóbico: el estado de alerta y la actitud de huida. Lo cierto es que es la respuesta más apropiada que la persona puede desarrollar en un momento y circunstancias concretas acorde con sus capacidades y momento vital.

Por tanto, las personas que sufren de fobia tiene una sintomatología específica:

Fisiológica: aumento de la tasa cardiaca y respiratoria, sudoración, boca seca, nudo en el estómago, náuseas, diarrea, elevación de la presión arterial, hormigueo en las extremidades, mareo, vértigo.

Psicológica: pensamientos o creencias sobre la situación o estímulo temido y sobre la capacidad para afrontarlo. Dichos pensamientos provocan que la persona haga interpretaciones subjetivas acompañadas de imágenes negativas sobre lo que le puede ocurrir.

Debido las implicaciones que en la vida diaria puede tener la ansiedad fóbica hemos de tener especial ojo clínico para detectarla en los familiares de accidentados. Una temprana detección del problema beneficia la posible intervención terapéutica: cuanto menos anquilosadas se encuentren las fobias y conductas evitativas en la persona afectada, la reducción de la sintomatología adyacente será más rápida.



H. Ideación Paranoide:

IDEACIÓN PARANOIDE (n=6)

Esta dimensión sintomática está constituida por seis ítems que recogen distintos aspectos de la conducta paranoide, considerada fundamentalmente como la respuesta a un trastorno de la ideación.

Incluye características propias del pensamiento proyectivo, como suspicacia, centralismo autorreferencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.

8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás

El 51,7% está centrado en la respuesta de que nos muestra que en absoluto hay impresión de que la mayoría de los problemas sean culpa de los demás por lo que hay cierta sensación de responsabilidad ante la propia vida.

El 48,3% restante está repartido entre los tres valores intermedios lo cual nos revela que un alto porcentaje de sujetos tienen hostilidad hacia los demás con la creencia de que su problemática existencial viene provocada por causas externas a ellos mismos.

18. La idea de que uno no se puede fiar de la gente

Los resultados de este ítem manifiestan la desconfianza y hostilidad frente al otro que perciben los encuestados.

Los datos obtenidos están distribuidos por todas las opciones de respuesta homogéneamente lo cual prueba que existe un patrón de desconfianza hacia los otros interpretando sus intenciones como maliciosas.

Este sentimiento provoca consecuentemente una excesiva necesidad de ser autosuficiente y autónomo ya que sienten que no pueden fiarse de la gente.

43. Sensación de que las otras personas le miran o hablan mal de usted

Un 41,9% de la muestra siente un poco que las otras les miran o hablan mal de

ellos. Es una puntuación elevada que nos muestra de nuevo la sensación de susceptibilidad ante las personas que les rodean, ya sean conocidos o desconocidos.

Todas las opciones tienen porcentajes de respuesta siendo el siguiente más significativo por su total porcentual el valor que expresa que en absoluto hay percepción de hostilidad frente a las miradas o palabras de los demás.

68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten

El 50% de respuestas están concentradas en la primera opción de respuesta no teniendo, por tanto, ideas o creencias que los demás no comparten.

El 23,3% sí siente que esta situación les ocurra ocasionalmente siendo un porcentaje revelador. El resto de la muestra se reparte entre las tres opciones siguientes.

76. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos

El 59,2% de la población ha respondido en alguna de las tres opciones intermedias, por tanto muestran perturbación por el hecho de que otros no les reconozcan adecuadamente sus méritos.

El resto de respuestas las encontramos únicamente en la opción que expresa que no hay inquietud por dicha situación.

83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de Ud. si se lo permitiera

Aunque un 53,3% de la muestra ha respondido que no tiene la impresión de que se aprovecharían de ellos, es interesante el resultado que aparece en la segunda opción (un poco) en la que un 30% ha respondido positivamente.

Nos muestra como hay una atribución de malas intenciones en los demás que provoca que no haya una relación de confianza con el mundo que les rodea.

Valoración de la dimensión de IDEACIÓN PARANOIDE

Los ítems desarrollados en la dimensión a valoración en estos momentos evalúan comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desordenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, hostilidad, temor a la pérdida de autonomía.

En respuesta al estrés psicosocial que provoca el fallecimiento de un familiar de manera repentina, como puede suceder en un accidente de tráfico, pueden haber un breve acceso psicótico con ideación paranoide, principalmente de pensamiento. El trastorno puede derivar en el tiempo hacia un trastorno delirante o tal vez en una esquizofrenia existiendo riesgo de caer en depresión o agorafobia.

En esta dimensión encontramos relativa homogeneidad en las respuestas. No podemos eludir que en el momento actual de las personas encuestadas existe cierta hostilidad hacia los demás lo cual puede derivar en dificultad a la hora de convivir con los demás, pudiendo tener problemas relacionales en la casa y en el trabajo en equipo.

En el proceso terapéutico hay que buscar la honestidad y transparencia, manteniendo una distancia formal sin enfrentamientos para no distanciarles del proceso.

Cualquier interpretación puede alimentar su suspicacia, por tanto hay que tratar con sumo cuidado y educación sus ideas delirantes.

Las personas que sufren de ideación paranoide pueden hablar sin interrupción, lo que le lleva a sospechas que el otro está de acuerdo en lo que manifiesta.

Debido a la problemática subjetiva de la vivencia de la realidad que viven dichas personas habrá que tener en cuenta la experiencia paranoide de este colectivo. Para realizar una intervención terapéutica hay que invitarles poco a poco a responsabilizarse de sus sensaciones y diferenciar lo que es suyo de lo que es del otro, a vivir en el presente y salir del delirio de pensamiento.

I. Psicoticismo:

PSICOTICISMO (n=10)

Los diez síntomas que componen esta dimensión configuran un espectro psicótico que se extiende desde la esquizoidia y la esquizotipia leves hasta la psicosis florida.

En la población en general esta dimensión está más relacionada con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta.

7. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos

Un 74,2% de la muestra ha respondido que no barajan la posibilidad de que otro pueda controlar sus pensamientos. Por tanto podemos afirmar que mayoritariamente no es un síntoma recurrente en sus vidas.

Aun así cabe destacar que exista un 25,8% distribuido en las tres respuestas intermedias, afirmando que la sensación de robo de pensamiento lo han podido apreciar ocasional, moderada o habitualmente.

16. Oír voces que otras personas no oyen

El grueso de la muestra (86,7%) no experimenta este tipo de alucinaciones.

Aunque únicamente haya un 13,3% que perciba voces, repartidos en las tres opciones intermedias, hemos de detenernos un poco en este hecho para ofrecerle la importancia que necesita. Éste es un síntoma típicamente esquizoide, siempre y cuando no haya un cuadro de consumo de alcohol o abuso de sustancias.

Debido a dicha vivencia puede provocar conductas disruptivas es importante prestar especial atención a dicha pequeña muestra.



35. La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pasando

Tenemos un 46,7% de respuestas repartidas entre las opciones de respuesta en las que sí existe percepción de que los demás se dan cuenta de lo que está pasando.

Observamos de nuevo que la sintomatología psicótica o sentimientos de alienación social existen en la muestra encuestada.

62. Tener pensamientos que no son suyos

Un 20,7% siente que tiene ocasionalmente pensamientos que no son suyos mientras que un 17,2% piensa que morada o habitualmente esto les sucede. El restante 62,1% no sufre por este síntoma.

77. Sentirse solo aunque esté con más gente

El 55,6% de los encuestados responde positivamente en la segunda opción que dice que les sucede un poco sentirse solos estando con más gente. Es típico del comportamiento esquizotípico percibir anhedonia introvertida.

Un 22,2% opina que les sucede a menudo o bastante y únicamente un 22,2% no sufre dicha experiencia.

84. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante

Un 21,4% de la muestra pensamiento sobre el sexo que les inquieta un poco o moderadamente.

El 71,4% no padece dicho síntoma y un 7,2% de manera habitual o extrema.

85. La idea de algo serio va a pasarle por sus pecados y sus errores

Es un pensamiento que no preocupa en absoluto a los encuestados (76,7%) aunque también podemos encontrar valores que están repartidos entre tener este pensamiento un poco o bastante a menudo y extremadamente.

86. La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo

En este ítem observamos un 50% de encuestados que no tiene percepción de despersonalización mientras que el 50% restante sí lo padece dicha alteración

de la experiencia de uno mismo de tal manera que uno se siente separado de los procesos corporales, como fuese un observador externo de los mismos.

87. Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie

Observamos que la muestra padece una vivencia de distancia ante el mundo, sin sensación de intimidad con nadie (70%), experimentando lo que podríamos clasificar como anhedonia social.

El 30% vive sintiendo que puede intimar con la gente.

90. La idea de que algo anda mal en su mente

Un 62% expresa mediante el cuestionario y, más precisamente, en este ítem que sienten que algo está mal en su mente. Otro síntoma de despersonalización como comentamos en el ítem 87.

El 38% no padece dicha disociación.

Valoración de la dimensión de PSICOTICISMO

La primera persona que acuñó dicho término y lo estudió en profundidad fue Hans Jürgen Eysenck, psicólogo alemán especializado en el estudio de la personalidad.

En el sentido en que está tratada esta dimensión en el cuestionario de Derogati entendemos el psicoticismo no como posteriormente derivó la explicación principal de Eysenck (una vez revisado se entendió que en su modelo PEN su dimensión Psicoticismo correlacionaba con la personalidad psicopática), sino como una tendencia a manifestar conductas esquizoides.

Como hemos observado en los resultados obtenidos en la dimensión de Derogatis, no se encuentran únicamente en la opción que expresa que no hay sensación en absoluto de vivencia de lo expresado en los ítems. Encontramos respuestas que oscilan entre las elecciones intermedias e incluso la extrema.

Por tanto, esto nos indica que el estrés post-traumático que provoca la muerte repentina de un allegado puede desencadenar y despertar comportamientos esquizoides que, en base a los resultados, puede iniciarse con anhedonia y despersonalización.

La observación de la evolución de estos rasgos será necesaria para poder realizar un diagnóstico diferencial a tiempo, y aplicar el consecuente tratamiento terapéutico.

2.2 La escala adicional:

ESCALA ADICIONAL (n=7)

Los siete ítems considerados como adicionales lo su porque su peso factorial en diferentes subescalas no permite asignarlo a ninguna de ellas en particular.

Desde un punto de vista estrictamente psicométricos podrían ser eliminados pero su relevancia clínica es tan grande que han sido conservados.

Derogatis considera que, aunque son indicadores de la gravedad del estado del sujeto, no constituyen una dimensión sintomática específica.

Sin embargo, aun aceptando que los criterios psicométricos no permitan asignarlos a ninguna dimensión en particular, para un clínico normal constituyen un claro referente de depresión melancólica.

19. Falta de apetito

En este ítem se demuestra que la falta de apetito es un síntoma muy común en las personas que han sufrido este hecho traumático. La gran mayoría de encuestados responde que para ellos es preocupante, concretamente un 74.2% en total. Por el contrario, un 25,8% no lo vive con malestar.

44. Dificultad para conciliar el sueño

Este ítem ejemplifica que también un número mayoritario de personas encuestadas vive la dificultad para conciliar el sueño como un gran malestar, concretamente un 83,3% distribuidos de la manera siguiente: un 26,7% de forma leve, un 23,3% moderadamente, un 20% bastante y un 13,3% de manera extrema. El 16,7% restante respondió que no le preocupa en absoluto.

59. Ideas sobre la muerte o el hecho de morir

Es de los pocos ítems que prácticamente la totalidad de los encuestados responde de manera afirmativa tan rotundamente, por eso, el tener ideas sobre la muerte o el hecho de morir es un síntoma a tener muy en cuenta.

Concretamente un 96,8% de las personas ha respondido afirmativamente. Hay que destacar el 29% que responde que les preocupa mucho o extremadamente.

60. El comer demasiado

En este caso, el hecho de comer demasiado es visto tanto como un problema como algo normal. Un 45,2% de los encuestados contestó que no era un malestar en absoluto, por el contrario, el restante 54,8% dijo, en menor o mayor medida, que sí lo era.



64. Despertarse de madrugada

Los despertares nocturnos también son una fuente considerable de malestar dentro de los encuestados, concretamente un 83,9% lo ven algo que les afecta de manera destacable, ya que los porcentajes van de un 16,1% que dice que les afecta bastante, pasando por un 22,6% que les afecta extremadamente y hasta el 25,8% un poco.

66. Sueño inquieto o perturbado

Íntimamente relacionado con el anterior ítem, el sueño inquieto o perturbado afecta negativamente a las personas encuestadas en un 87,1%. Las puntuaciones más elevadas son en las respuestas un poco, con un 25,8% y moderadamente, con un 29%. Al restante 12,9% no les crea malestar este síntoma.

89. Sentimientos de culpabilidad

Este ítem refleja como en un destacable porcentaje de entrevistados los sentimientos de culpabilidad son experimentados de forma problemática, concretamente un 65,5%, pero mayoritariamente de forma leve, sumando esta opción un 34,5%. Por último, otro 34,5% no lo vive de forma preocupante.

Valoración de la dimensión ESCALA ADICIONAL (ÍTEMS ADICIONALES)

Aún aceptando que los criterios psicométricos no permitan asignarlo a ninguna de las dimensiones, para cualquier profesional de la salud mental estos ítems constituyen un claro referente de depresión melancólica.

La depresión melancólica, es un subtipo de depresión mayor. Los pacientes tienden a mostrar poca reactividad de estado de ánimo a los eventos placenteros y tienen rasgos asociados distintivos tales como una calidad diferente de estado de ánimo deprimido, depresión regularmente peor durante la mañana, marcado retardo psicomotor/agitación, pérdida de peso, despertar por la mañana precoz y excesiva culpabilidad.

Todos los ítems analizados son síntomas de este subtipo de depresión, y prácticamente todos ellos ofrecen respuestas afirmativas, por lo que podemos pensar, que en menor o mayor medida, las personas que respondieron a este cuestionario, padecen síntomas depresivos que hay que tratar de manera rápida, ya que algunos como las ideas sobre la muerte o el hecho de morir, cobran especial urgencia al correr riesgo vital.

3 • conclusiones

Una vez finalizada la valoración de cada uno de los ítems, de las nueve dimensiones y de la escala adicional podemos realizar una valoración global de la muestra encuestada respecto a la sintomatología que trata el Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis.

El objetivo de la realización de este estudio por parte de la Asociación Estatal de Víctimas de Accidentes DIA es conocer las secuelas psicológicas y sociales en los familiares de fallecidos a causa de un accidente o hecho traumático.

La atención psicológica en estos casos es necesaria y de vital importancia. Para ello entendemos que el abordaje del ser humano ha de ser de forma integral, atendiendo a todas las aéreas, sobre todo cuando trabajamos con personas que han sufrido la pérdida de un ser querido de forma inesperada.

En el Departamento de Psicología Clínica de la Asociación Estatal de Víctimas de Accidentes DIA consideramos importante conocer la situación y los sentimientos por los que transitan aquellos que han vivido esta pérdida recientemente.

De esta forma, nosotros y aquellos que al igual que nosotros se disponen a ayudar a las víctimas de accidentes y sus familias sabremos como intervenir obteniendo resultados más positivos. Por ello hemos creído conveniente realizar dicho estudio a través del Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Dicho inventario desgrana minuciosamente la posible sintomatología que podrían desarrollar las personas que han de transitar por un proceso de duelo de un familiar con muerte repentina.

Conociendo la idiosincrasia de casa caso en concreto junto con los datos estadísticos que nos provee la valoración de las respuestas de la totalidad de los encuestados, podemos elaborar un análisis de necesidades adecuado y acorde con su vivencia real. Para poder comenzar a desarrollar una línea de

trabajo terapéutico con los familiares de las víctimas es imprescindible comenzar por la primera fase de la intervención: la determinación de las necesidades de los destinatarios del programa a través de un procedimiento sistemático (inventario) para establecer las prioridades del colectivo y poder tomar decisiones sobre programas y asignaciones de recursos.

En cualquier formulación que observemos sobre el concepto de necesidad hay dos ideas claves:

1. La primera es la idea de discrepancia, desnivel, desigualdad, o palabras afines.
2. La segunda es la idea de impulso, ganas, deseo, voluntad consciente de querer cambiar, o palabras afines.

Con frecuencia se ha definido necesidad mezclando estas ideas. Veámoslo con un recorrido por las definiciones:

- Necesidad es la discrepancia entre el nivel que se quiere conseguir y el que se tiene.
- Necesidad es el desacuerdo entre los recursos (humanos, materiales...) percibidos como necesarios y los reales.
- Necesidad es la desigualdad entre el nivel que hace falta alcanzar para un funcionamiento óptimo y el nivel real de funcionamiento.
- Necesidad es el impulso encaminado a conseguir aquello que puede satisfacer una realización personal.
- Necesidad es un déficit respecto a la mayoría de población semejante.
- Necesidad es discrepancia entre una condición deseada o aceptable y una condición real, observada y percibida.
- Necesidad es la discrepancia entre el que es (estatus) y el que debería ser (estándares) cuando se analizan los resultados. Kaufman (1982:73).



Podríamos concluir que si no hay discrepancia e impulso, los dos componentes, no hay necesidad.

Una vez analizados los datos de la muestra de la población acordamos que existe una necesidad real de intervención terapéutica en la población que hemos determinado como familiares de fallecidos por accidente o muerte repentina. La actitud frente a la cumplimentación del cuestionario junto con la motivación hacia la mejora de su estado actual son signos claves para la consecución de un óptimo proceso terapéutico.

Al mismo tiempo consideramos que para llevar a cabo dicha intervención es ineludible realizarla en base a un modelo holístico que integre las cinco aéreas del ser humano: físico-corporal, emocional, cognitiva-intelectual, social y espiritual. Cualquier acción que no tenga en cuenta la totalidad del ser humano puede provocar que la intervención finalmente no tenga validez. Esto es debido a que los avances en un área pueden verse truncados si otra parte vital e indivisible de la persona no está siendo integrada dentro del proceso terapéutico.

Para explicarlo gráficamente pondremos un ejemplo: imaginemos un paciente que tiene fuertes contracturas cervicales desde la muerte del familiar y se le realiza un tratamiento físico-corporal para la mejora de dichas dolencias. El tratamiento conllevaría sesiones de fisioterapia junto con técnicas de relajación para enseñarle a destensar los músculos y alcanzar el estado de relajación deseado. Si la intervención la detuviésemos en este punto porque el paciente únicamente se ha aquejado de dolores físicos, estaríamos escindiendo la totalidad de su existencia y limitando la posibilidad de que integrarse cada una de las áreas que conforman su self. El resultado sería la apreciación de una intervención inconcluso y la persona percibiría medio plazo un sentimiento de vacío o insatisfacción. Este sentimiento vendría provocado por no alcanzar un awarness auténtico en relación a su ser-en-el-mundo (como decía Husserl).

Por tanto, para concluir diremos que, adaptado a la idiosincrasia de cada persona y con una línea común de trabajo, la creación de programas integrales de intervención psico-social para familiares de fallecidos por accidente o muerte repentina es una necesidad real en la sociedad actual. Si se alcanza a adquirir la coherencia y los recursos necesarios para llevarlo a cabo se cubrirá un plano que actualmente necesita mayor inversión y ampliación ya que la sociedad así lo requiere.



4 • bibliografía

TEST

- SCL-90-R : cuestionario de 90 síntomas: manual. Leonard R. Derogatis; adaptación española: J.L. González de Rivera y cols. Madrid: Tea, 2002.

LIBROS

- Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos Vol. 1 Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos. Vicente E. Caballo, Gualberto Buela-Casal y José Antonio Carrobes (dirs.). Madrid: Siglo XXI de España, 1995-1996.
- Manual de Psicopatología clínica. Jarne, A. y Talarn, A. (comps) (2000). Barcelona, Fundació Vidal i Barraquer y Paidós
- Manual de Psicopatología. Lemos, S. (1994). Madrid, McGrawhill.
- La resiliencia. Crecer desde la adversidad. Forés, Ana y Grané (2008), Barcelona: Plataforma Editorial.

ARTÍCULOS

- Los análisis de necesidades en la intervención psicopedagógica. Joan Riart Vendrell. Facultad de Psicología y Ciencias de Educación y de la Actividad Física. Blanquerna. Universidad Ramón Llull. Barcelona





AsociaciónDIA
asociación estatal de víctimas de accidentes

www.asociaciondia.org

C/ Lagasca, 95
28006 Madrid

Tel. 902 36 71 76
info@asociaciondia.org

 **fundtraffic**
Fundación de apoyo a víctimas de accidentes



*"Ayudando a personas,
ayudando a empresas"*

fundtraffic.org



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DEL INTERIOR



Fundación ONCE
para la inserción social e integración laboral
de personas con discapacidad