

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UNA EXPLOSIÓN DE GAS: SANTA COLOMA DE GRAMANET 2006

Flor Bellver y Estel Salomó
Barcelona)

Servei d'Atenció Psicològica en Emergències (SAPE-

1. Introducció

El 12 de Enero de 2006, sobre les 06.30 horas de la mañana, hubo una explosión con deflagración en una finca del barrio del Fondo de Santa Coloma de Gramanet en Barcelona.

El accidente provocó la muerte de una vecina y de un operario de Gas Natural, 24 heridos con diferentes grados de gravedad, vecinos/as y bomberos, la afectación de seis edificios, y el desalojo de 64 personas de sus viviendas (24 familias).

Alrededor de 40 personas fueron acogidas en hoteles de Barcelona, Badalona y Santa Coloma y el resto se desplazaron a domicilios de familiares y amigos.

El Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (COPC) participó desde el primer momento y durante las primeras semanas en el dispositivo de asistencia sanitaria a los afectados con un colectivo de 9 psicólogos/as integrados en los equipos de emergencias medicas del 061.

Posteriormente y a demanda del Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramanet y de la Conselleria de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya, mediante el COPC, se puso en marcha un Servicio de asistencia psicológica a los afectados en el Centro Cívico de Fondo.

Presentaremos el proceso de la intervención psicológica llevada a cabo, así como las conclusiones sobre el efecto de la misma a corto plazo.

La intervención comenzó a primeros del mes de Abril con asistencias grupales, para pasar después a visitas individuales, finalizando en el mes de Julio.

Las intervenciones domiciliarias comenzaron en el mes de Junio hasta el mes de Septiembre.

2. Asistencia Psicológica Inmediata con el 061



El **jueves 12 de Enero**, el mismo día de la explosión y desalojo en la Rambla del Fondo y debido al acuerdo de colaboración entre los equipos médicos del SEM 061 y el Servicio de Atención Psicológica en Emergencias (SAPE), se activó la intervención para la inclusión de los equipos de psicólogos/os en los equipos de asistencia médica del SEM 061, para ofrecer atención psicológica a los afectados del siniestro desde el mismo día

del suceso. En la zona ya trabajaban Bomberos, Guardia Urbana, Policía Municipal, Mossos d'esquadra, Policía Nacional y SEM 061.

Desde el COPC se activó a un primer equipo de 4 psicólogos del SAPE de Barcelona, que se incluyó desde las 10,30 h del jueves 12, en los equipos multidisciplinares del 061. Un TTS (Técnico de Transporte Sanitario), un DUE (Diplomado enfermería Urgencias-Emergencias extrahospitalarias), un médico y un psicólogo, conformarían las unidades de actuación en la emergencia.

El **jueves 12 de Enero**, la base central de actuaciones del 061 (y entre ellas las psicológicas) se fijó en el Centro Cívico del Barrio de Fondo, en Santa Coloma de Gramanet, en la sala de actos. El Centro Cívico era el punto de acogida de los afectados, donde se concentraba la información y las gestiones administrativas. También se centralizaba la coordinación de todos los servicios y dispositivos para la crisis del barrio.

Desde el Centro Cívico, con el SEM 061 se realizaban desplazamientos a los centros sanitarios, donde estaban muchas de las víctimas afectadas por la explosión, en caso de demanda de asistencia médica o psicológica. Se intervenía tanto a las personas que lo requerían como de forma preventiva, se asistía a las reuniones donde la administración o los técnicos informaban a los vecinos/as sobre la situación de sus viviendas y las previsiones al respecto. Los niveles de ansiedad de los asistentes en estas situaciones eran significativos.

El **viernes 13 de Enero**, previendo que la situación de emergencia se alargara algunos días y, dado que los escenarios de intervención eran más de uno (Tanatorio, Centro Cívico, Zona 0, Hospitales,...) se elaboró un procedimiento de intervención regulado en dos turnos, de mañana (de 8 a 15 h.) y de tarde (de 15 a 22 h.) para los equipos multidisciplinares del SEM 061 de los que formaban parte 2 psicólogos/as por turno, con el retén necesario para adaptarse a las necesidades de cada momento.

El **sábado 14 de Enero**, se mantuvieron las mismas condiciones de trabajo y se intervino en el Tanatorio para los funerales de la víctima mortal y en el Centro Cívico.

El domingo 15 de Enero, la mayoría de las intervenciones se realizaron en la Zona 0, donde estaba previsto el derribo de las fincas contiguas a la finca afectada por la deflagración y explosión de gas.

El lunes 16 de Enero, se mantuvo el turno de mañana con un psicólogo como medida de prevención, y el dispositivo del SEM 061 quedó desactivado aquella misma tarde.

Fueron 5 días consecutivos de intervención psicológica, más de 120 horas, dentro de los equipos multidisciplinarios del SEM 061 en el dispositivo de emergencias activado por la deflagración y explosión de gas en un edificio del Barrio de Fondo de Santa Coloma. Participaron 9 psicólogas/os repartidos en turnos de mañana y tarde, realizando más de 45 asistencias a personas relacionadas con el siniestro. Se intervino en el Centro Cívico, Centros de Salud y Hospitales, Tanatorios, en la calle y también vía telefónica. La mayoría de actuaciones fueron motivadas por cuadros de ansiedad.

Por otro lado, **a mediados del mes de Marzo** se mantuvieron reuniones con el Ayuntamiento de Santa Coloma y con el Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya, para concretar la demanda al COPC de la disponibilidad de psicólogas/os para trabajar grupal e individualmente con afectados, más allá de la intervención de emergencias inicial.

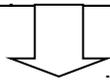
La propuesta del modelo de intervención en crisis del COPC que se aceptó fue la siguiente:

TABLA RESUMEN
LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA INTEGRADA EN LA GESTIÓN DE LA EMERGENCIA MASIVA EN SANTA COLOMA DE GRAMANET (BCN)

CENTRO DE COORDINACIÓN ESTRATÉGICA: GABINETE DE CRISIS

Coordinación operacional

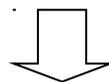
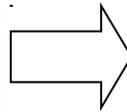
- Búsqueda-rescate : Bomberos
- Servicios médicos emergencias 061 - Atención psicológica
- Policía
- Servicio de Emergencias Sociales Ayuntamiento de Santa Coloma
- Servicios de asistencia técnicas, logística, compañías de suministros.....



INTERVENCIÓN ZONA DE IMPACTO

(Fase de emergencia: Primeras horas)

- Rescate víctimas
- Desalojo (150 personas)
- Reagrupamiento afectados
- Desplazamiento fuera de la Zona de impacto
- Localización extraviados
- Traslado heridos /víctimas mortales
- Adecuación Centro de acogida



CENTRO ACOGIDA: CENTRO CÍVICO

Necesidades básicas y prácticas : alojamiento, alimentación, higiene...

Necesidades médicas 061 : Crónicos, recetas, medicamentos...

Atención psicológica

Dispositivos de información

Alojamiento en Hoteles
 Desplazados casas de familiares

ASISTÈNCIA PSICOLÒGICA INTEGRADA EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÈDICS DEL 061

Fase emergencia y estabilización: 5 días
 Equipos 061 (TTS, DUE, Médico, Psicólogo*)

- Assistència:
- Centro de Acogida
 - Hospitales
 - Tanatorio
 - Zona de impacto

(*) En el dispositivo participan 9 psicólogas/os integrados en los equipos del 061, en turnos de mañana (8 a 15h) y tarde (15 a 22h).

3. Valoración de la Intervención Psicológica Inmediata

Toda emergencia masiva comporta atender necesidades inmediatas y a corto plazo de la población afectada. La capacidad de respuesta de manera eficaz, a estas necesidades requiere de un modelo de gestión operativa y de organización que permita activar sin dificultades a los profesionales necesarios.

Hay que valorar muy positivamente la disponibilidad, rapidez y eficacia de un colectivo significativo de 9 psicólogos/os que reorganizaron sus agendas para dar respuesta inmediata durante la fase de emergencia a Santa Coloma de Gramanet durante 5 días.

- EN LA FASE AGUDA (de emergencia) con un convenio de colaboración con el SEM 061
- Más allá del dispositivo del SEM 061 EN LA FASE DE TRANSICIÓN. Como ha demostrado también esta experiencia, toda emergencia masiva comportará cooperación y conexión con los diferentes estamentos de la Administración (Generalitat, Ayuntamientos, provincia, ciudad, comunidad...) para los momentos posteriores de la emergencia masiva.

En esta fase de transición, cuando los servicios de emergencia han finalizado la intervención, se debe asumir la continuidad en la atención de las necesidades psicológicas, tanto para la fase de transición como para la fase de largo plazo, enlazando las intervenciones con afectados y también con los recursos de la comunidad (Instituciones de Salud, Servicios Sociales,....)

Intervención profesional - Necesidades de la población afectada

Una vez superada la fase propiamente de la emergencia, la tarea de los psicólogos/as se transforma en una intervención más de tipo psicosocial. Las necesidades de los afectados no eran tanto de atención farmacológica, como una intervención de ámbito de salud más global.

Dado el hecho excepcional de este suceso, que se caracteriza por la existencia de víctimas mortales y heridos muy graves, la intervención más adecuada vendrá condicionada por este hecho y en los primeros momentos la prioridad será el acogimiento de los familiares de la víctimas, la facilitación de trámites legales, el acompañamiento, la contención y ventilación emocional y si es necesario, la habilitación de espacios y escenarios para la facilitación de las manifestaciones de duelo, así como aspectos más concretos relacionados con aspectos legales, de papeles, con funerarias, tanatorios, médicos forenses, etc... Considerando que la intervención con las personas involucradas iba a tener un carácter colectivo, era necesario repensar la intervención en función de una clasificación pragmática (basada en las necesidades de los afectados) que contemplara:

- Fase aguda o de emergencia propiamente dicha
- Fase de transición
- Fase a largo plazo o seguimiento

4. Asistencia Psicológica Grupal e Individual a los afectados. Fase de transición

EL objetivo de la intervención grupal era reducir, en los afectados de los grupos, las consecuencias conductuales, psicológicas y fisiológicas que estas situaciones de crisis, comportan. Mostrar cómo tener cuidado de la salud, gestionar los sentimientos intensos y dolorosos. Ayudar a normalizar la experiencia mientras persista la situación de anormalidad y facilitar el restablecimiento del equilibrio psicológico, focalizando sobre los recursos y las fortalezas.

Este tipo de intervención es clave para acelerar la recuperación y evitar el estrés y las reacciones anormales que inciden en la salud, la actividad laboral y la carrera profesional de los afectados, es decir, tienen un carácter marcadamente profiláctico.

El objetivo de la intervención psicológico en el Centro Cívico en una segunda fase, que llamaremos de transición, pretende llegar a identificar, comprender y gestionar las tareas psicológicas planteadas por el incidente en el Barrio del Fondo y necesarias en casos de pérdidas y de situaciones de amenaza, para conseguir una resolución adaptativa positiva y perdurable.

Una vez aceptada por el Ayuntamiento de Santa Coloma y el Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya, la propuesta de intervención, el COPC convocó a dos psicólogas del SAPE para desarrollar a partir del 4 de Abril el apoyo psicológico grupal y/o individual en el Centro Cívico del Barrio del Fondo de Santa Coloma, que desde el primer momento del accidente fue el Punto de Encuentro y referencia para los afectados/as.

Se pretendía realizar el servicio en instalaciones lo más próximas posibles a las personas afectadas. Facilitando su asistencia regular, para formar grupos estables y cohesionados. Para favorecer la estabilidad del servicio se estableció un período de tiempo del servicio de entre 1 y 3 meses.

En coordinación con Servicios Sociales del Ayuntamiento de Santa Coloma, así como Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya se acordó la realización de una primera sesión informativa, para presentar el servicio, así como conocer de primera mano y dado el tiempo transcurrido desde el accidente, cuáles eran las necesidades de los afectos/as, las expectativas y en qué situación se encontraban...

Se realizaron dos sesiones grupales con una frecuencia semanal, de hora y media de duración y tanto antes como después de la sesión, se ofrecía, por las mismas profesionales que llevaban el grupo, asistencia individual.

Dado que mayoritariamente los afectados manifestaron la necesidad de recibir asistencia individual y que la demanda desbordaba la capacidad real de tiempo disponible, se tomó la decisión de incorporar otra psicóloga para ofrecer exclusivamente asistencias individuales; el planteamiento inicial de acuerdo con las necesidades manifestadas por los afectados era, 3 psicólogas, desde las 18.00 h hasta las 21.00 h, en visitas de 45 minutos, lo que suponía un total de 12 posibles visitas semanales.

Paralelamente el equipo de psicólogas/os del SAPE se reunía de forma periódica para realizar el seguimiento, conocer la logística del servicio, de los recursos puestas en marcha por las administraciones, las relaciones con otros profesionales implicados en la asistencia a los afectados, establecer aspectos más técnicos como métodos y procedimientos y previsiones.

Se utilizó una ficha específica para ese servicio, tanto para grupos como para visitas individuales, creadas a partir de las experiencias de las intervenciones en el Barrio del Carmelo y usadas como modelos únicos de recogida de información de las intervenciones (ver anexo 4).

4.1. Evolución de las Intervenciones

En el momento de iniciar la intervención psicológica se disponía de un primer listado de personas interesadas en recibir soporte psicológico a nivel grupal y/o individual. Esta criba se realizó durante las primeras sesiones realizadas en el Centro Cívico.

Se habían inscrito alrededor de 30 personas en total. Esta cifra suponía aproximadamente el 50% de las personas afectadas.

La primera sesión, fue sin embargo, la criba real de los participantes que se mantendrían en los grupos. El 4 de Abril arrancó el Servicio en el Centro Cívico. A esa primera sesión asistieron un total de 12 personas, un porcentaje del 18% del total de afectados, cifra muy inferior a la previsión inicial de inscritos.

En esa sesión se trataron las expectativas de los usuarios y qué respuesta se les podía ofrecer desde el servicio de apoyo psicológico. Muchos desistieron de asistir a la segunda sesión, decepcionados por no recibir atención individual o familiar, tal y como esperaban. De hecho, parecía que la primera información que se les facilitó desde la Administración, no especificaba el hecho de recibir asistencia grupal. Las expectativas elaboradas por los interesados en recibir asistencia a demanda, creó confusión y se convirtió en uno de los factores que explicarían la gran demanda inicial. El tiempo transcurrido desde el accidente (Enero) y la primera sesión de apoyo (Abril), provocó la necesidad entre los afectados de exigir recibir atención individual, que muchos de ellos/as habían ya solicitado en las redes de atención de servicios sanitarios y sociales, con respuestas diferentes.

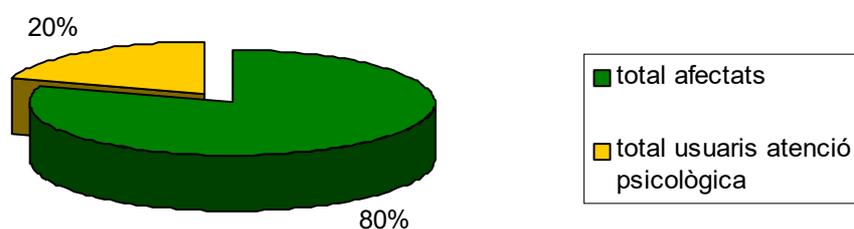
Hay que comentar como atención diferenciada, la asistencia a una de las familias que sufrió la muerte de una de sus hijas, así como la gravedad de afectación de la madre de la familia, incluidos desde el primer día en el proyecto, pero pendientes del regreso a casa de la madre, que continuaba ingresada en la Unidad de Grandes Quemados del Hospital de Vall d'Hebron.

Dado que el acuerdo con el Ayuntamiento de Santa Coloma contemplaba la actuación durante 3 meses, se finalizó la intervención a finales del mes de Julio, que era cuando la mayoría de usuarios/as iniciaban las vacaciones.

5. Valoración de la Intervención Psicológica durante la fase de Transición

5.1. Participantes en el servicio de asistencia psicológica

Participantes en el Servicio de Asistencia Psicológica



5.2. Evolución de la asistencia. Datos

Cuantitativos

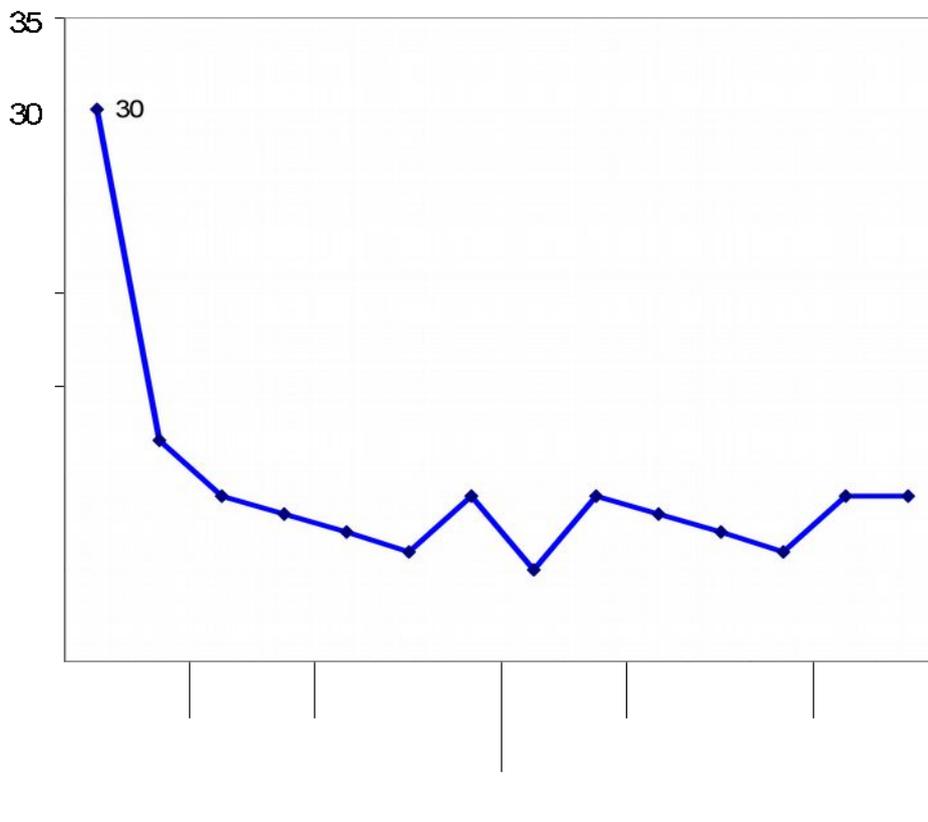
ABRIL	
Asistencia Centro Cívico	
Visitas:	42
Sesiones:	2
MAYO	
Asistencia Centro Cívico	
Visitas	38
Sesiones:	5
JUNIO	
Asistencia Centro Cívico	
Visitas	22
Sesiones:	3
Asistencia domiciliaria	
Sesiones:	2
JULIO	
Asistencia Centro Cívico	

Visitas	31
Sesiones:	4
Asistencia domiciliaria	
Sesiones:	4
AGOSTO	
Asistencia domiciliaria	
Sesiones:	4
SEPTIEMBRE	
Asistencia domiciliaria	
Sesiones:	2
TOTAL	
Asistencias Centro Cívico	
Visitas	133
Sesiones:	14
Asistencias domiciliarias	
Sesiones:	12

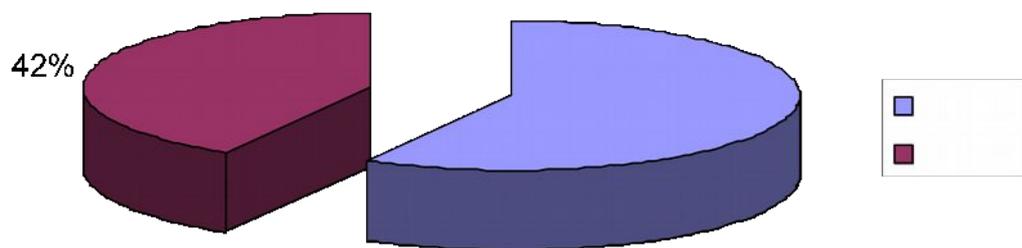
5.3. Datos por tipos de asistencia psicológica de los afectados

SESIONES GRUPALES	
CENTRO CIVICO FONDO:	
Nº de sesiones:	3
Inicio grupo:	4 de Abril
Final grupo:	2 de Mayo
ASISTENCIAS INDIVIDUALES	
CENTRO CIVICO FONDO	
Nº de sesiones:	11
Inicio:	8 de Mayo
Final :	24 de Julio
ASISTENCIA DOMICILIARIA	
Nº de sesiones:	12
Inicio:	19 de Junio
Final:	29 de Septiembre
Dado el carácter excepcional de gravedad de la afectación de una de las familias, se decide dar asistencia domiciliaria desde que la afectada sale del Hospital donde ha estado ingresada 4 meses.	

5.4. Asistencias por sesión



5.5. Asistentes por género



5.6. Asistentes por edades

		Mujeres		Hombres	
Se	<i>M</i>	48 años	<i>M</i>	56,4 años	
	<i>Rango</i>	7-74 años	<i>Rango</i>	39-78 años	
	<i><30 años</i>	14,3%	<i><30 años</i>	0%	
	<i>30-45 años</i>	28,6%	<i>30-45 años</i>	20%	
	<i>45-65 años</i>	42,8%	<i>45-65 años</i>	40%	
	<i>>65 años</i>	14,3%	<i>>65 años</i>	20%	

observaron a lo largo del proceso asistencial una gran variabilidad en las respuestas individuales y colectivas al estrés y que dependían muchos de los cambios e informaciones que se iban produciendo a lo largo del proceso. Los diferentes momentos vividos por parte de los afectados como el desalojo, la estancia en los hoteles, la organización de entrada en los pisos para rescatar documentos, objetos y ropa acompañados por los bomberos, la gestión de los escombros, diferentes momentos y procesos de información y negociación, toma de decisiones, hasta las tareas de adaptación a la nueva realidad, realojamiento en pisos provisionales, negociaciones con las empresas implicadas, con los estamentos, con las compañías de suministros y seguros, etc. -marcadas siempre por la incertidumbre- se convirtieron en procesos con una fuerte carga de estrés.

El grado de afectación fue desigual, ya que es multicausal: factores que dependen de la tipología del incidente (de larga duración), antecedentes personales y experiencias previas, variables de personalidad, etc.

Por regla general el colectivo estaba configurado por personas sin antecedentes en salud mental. Este grupo de afectados desde la aparición de los primeros síntomas psíquicos, había recibido la instauración de tratamientos psicofarmacológicos por parte de su médico de cabecera, principalmente para afrontar sintomatología ansiosa persistente (insomnio, cefaleas tensionales, intrusiones mentales en forma de flashbacks, cambios de humor repentinos, irritabilidad, miedo,...)

Diversos factores explicarían la presencia y mantenimiento de esta sintomatología asociada al estrés. Por un lado, la duración del proceso desadaptativo; las primeras estimaciones hablan de un tiempo aproximado de dos a tres años antes de volver a sus nuevos domicilios. En segundo lugar, el hecho de tener que negociar y reclamar ante los diferentes estamentos, instituciones, empresas y la búsqueda de responsabilidades, las negociaciones y reuniones con los abogados, empresas de seguros, arquitectos, aparejadores, etc. Hacía que aparecieran de nuevo sensaciones, incertidumbres, generando un efecto de sobreexposición que revictimizaba constantemente. Tres: los diferentes grados de afectación entre los vecinos provocó en muchas ocasiones menor cohesión de la deseada.

Hemos pretendido realizar una evaluación de nuestra intervención a nivel psicosocial y hemos implementado herramientas para monitorizar la efectividad de la intervención psicológica. Lo hemos realizado a nivel intraindividual.

6. Resultados Cuestionario de Experiencias Traumáticas - TQ-

Se ha pretendido estandarizar la presencia de estrés mediante la pasación del **Cuestionario de Experiencias Traumáticas (TQ)** de J.R.T. Davidson, D. Hughes y D.G. Blazer (1991) que mide la presencia de estrés agudo y de estrés postraumático (ver anexo 7). En concreto, permite un screening de los supuestos A - D del Trastorno por Estrés Postraumático (*TEPT*) del DSM-IV-TR (309.81).

El cuestionario se pasó en dos ocasiones, una pre-intervención y la otra post-intervención, para poder contrastar resultados.

El número de personas finalmente evaluadas con el TQ fue de 9, ya que se tuvieron que eliminar aquellas con las que a pesar de tener los datos iniciales, no se pudo realizar intervención psicológica. Siguiendo la siguiente distribución:

Evaluados	n= 9
Hombres	n= 4 (44.4%)
Mujeres	n= 5 (55.5%)
Edades	M: 48 años Rango: 19-83 años

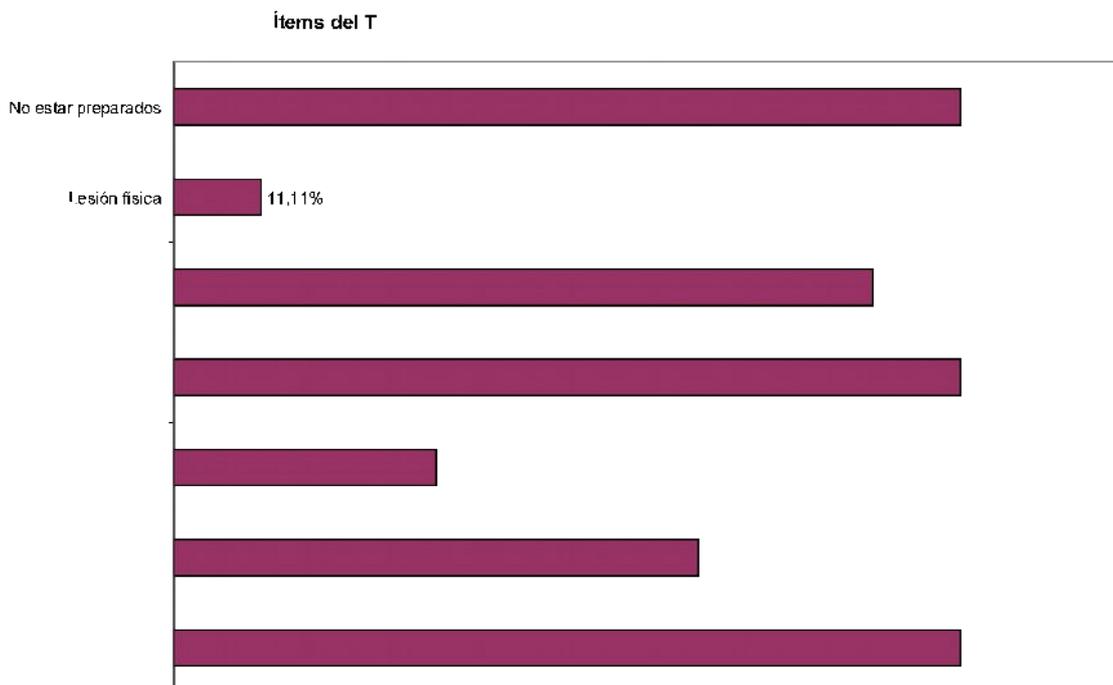
Agrupando los ítems del TQ en función de los criterios DSM para el TEPT, podríamos dar los siguientes resultados:

6.1. Criterio A

En el 100% de los casos, los sujetos afirmaron haber sentido que no estaban preparados para afrontar un suceso como el que vivieron i para el 100% el suceso supuso “miedo, espanto o vergüenza”.

Sólo 1 participante (11%) declaró haber sufrido algún tipo de lesión física como consecuencia del incidente y los otros 8 (88,88%) llegaron a pensar que su vida corría peligro.

Todos/as, el 100%, sintieron que no podían hacer nada para detener la situación.

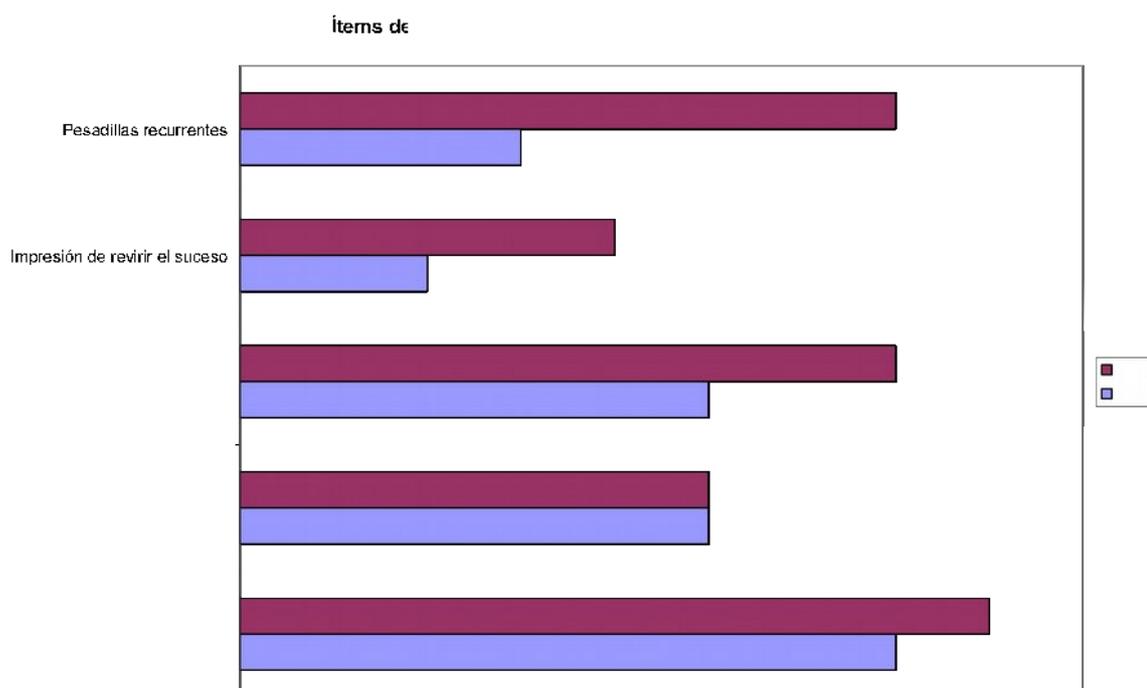


6.2. Criterio B

Por otro lado, antes de la intervención 7 de los 9 sujetos evaluados (77,77%) manifestaban sufrir pesadillas repetitivas en relación al suceso, mientras que después 3 de los 9 eran los que manifestaban seguir teniéndolas. En el pre-test, 4 (44,44%) aseguraron que en alguna ocasión habían actuado como si se encontraran de nuevo en la misma situación, mientras que en el post, la cifra bajaba a 2 sujetos (22,22%)

El 77,77% de los participantes decían tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes sobre el incidente en el pretest, mientras que después la cifra desciende a 5 personas. El 55,55 % declaraban experimentar respuestas fisiológicas si se exponían al recuerdo asociado al suceso (sudoración, temblores, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada o mareo), en el pre-test y la respuesta se mantiene en el post-test.

Los recuerdos sobre el hundimiento producían ansiedad, tristeza, irritabilidad, enfado o temor en el 88,88% de los casos al inicio, mientras que esta cifra pasa a ser del 77,77% después de la intervención



6.3. Criterio C

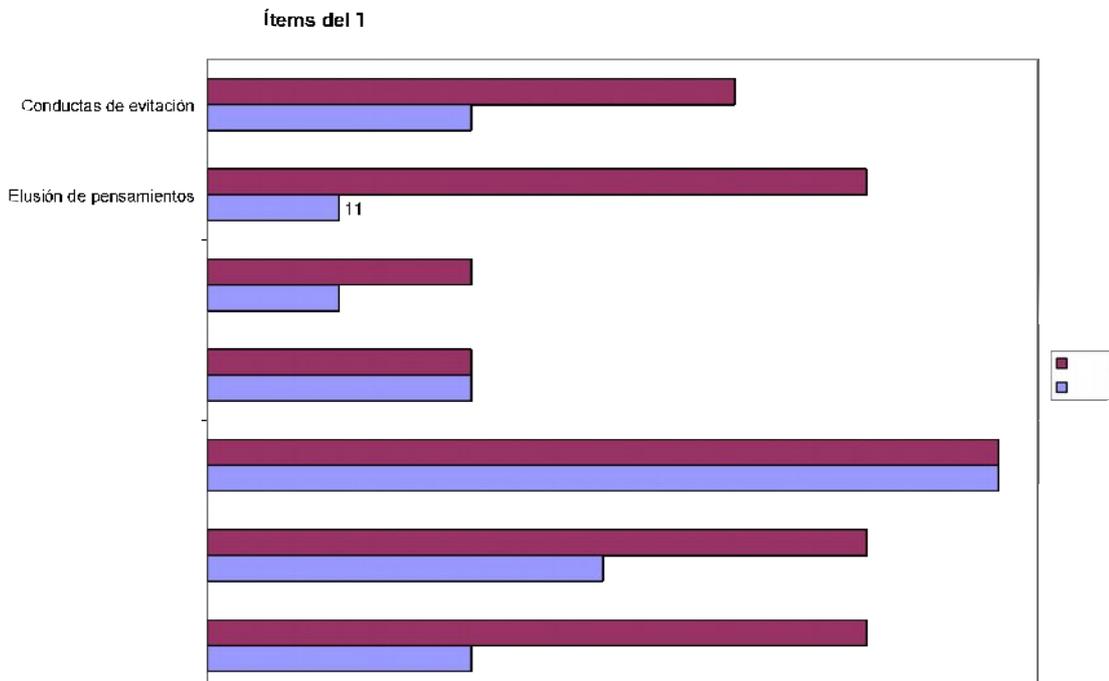
Todos los afectados/as, el 100% de los que disponemos datos, hablaron del suceso con familiares, vecinos, conocidos o profesionales sanitarios.

El 44,44% declaró evitar hacer algo que les recordara el suceso al inicio, mientras que después decían hacerlo el 22,22% de las personas atendidas. El 55,55% al inicio eludieron pensamientos o sentimientos asociados al mismo, mientras que después responden que lo hacen el 11,11%. Además, 2 personas (22,22%) al inicio manifiestan no poder recordar algún aspecto importante del incidente, mientras que después pasa al 11,11%.

Por otro lado, el 22,22% de los participantes, revelaron que experimentaban menos sentimientos hacia las personas por las que normalmente sentían afecto en la pasación previa y esa cifra se mantuvo después. Al igual que en el pre-test, el 66,66% aseguraba que habían sufrido pérdida de interés o placer en actividades que antes del suceso eran importantes para ellos y el porcentaje se mantiene en el post-test.

Al inicio 1 afectado manifiesta (11,11%) sentirse avergonzado de seguir aún vivo, mientras que después la cifra aumenta a 2 (22,22%).

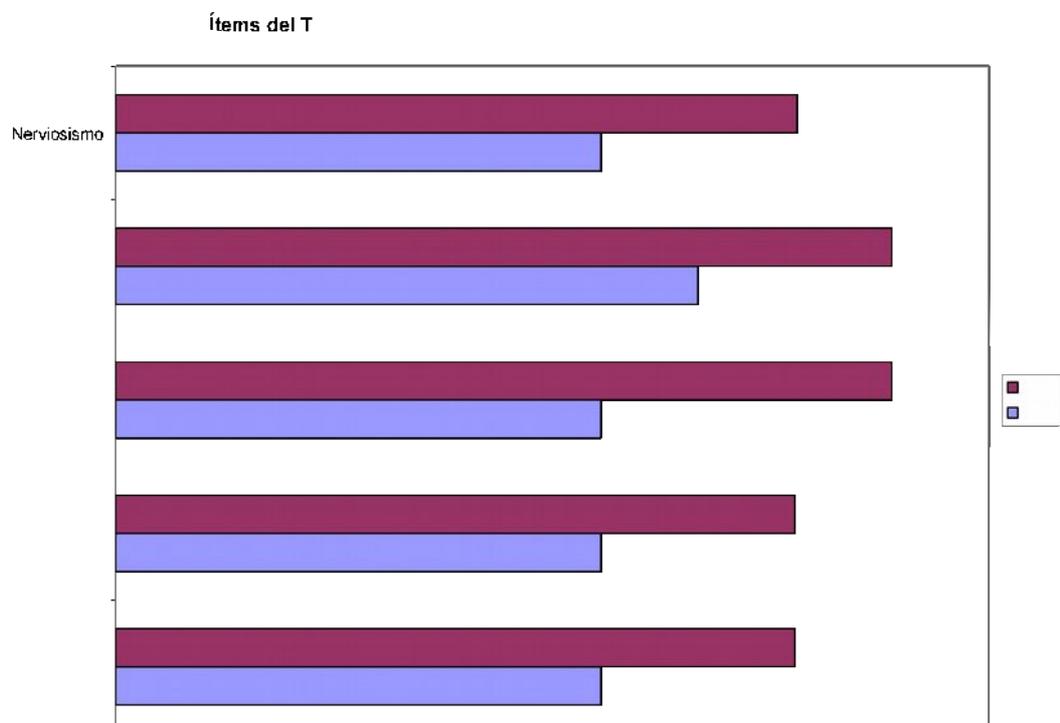
Después del suceso, en el inicio un 55,55% se sentían distanciados de la gente, mientras que después lo declaran el 33,33% y el 55,55% se mostraba pesimista sobre el futuro mientras que la cifra pasa a ser del 22,22%, cuando esta no era su impresión antes de la explosión.



6.4. Criterio D

La mayoría de los participantes afirmaron tener síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*).

En el inicio 7 (78%) afirmaron estar nerviosos o fácilmente asustadizos; mientras que esta cifra desciende hasta 5 (55,55%). También en el pre-test, el 88,88%, decía sentir como si tuvieran que estar en alerta constante; mientras que esta cifra desciende al 66,66%. El 88,88% en el inicio declaraban tener dificultades para dormir, mientras que después lo declaraban 5 (55,55%). En lo que se refiere a problemas de concentración, en el inicio manifiestan un 77,77% que así sucede, mientras que después de la intervención lo manifiestan un 55,55%. Finalmente un 77,77% al inicio declaran sentirse más irritables, después lo hacen el 55,55% de los evaluados.



6.5. Conclusiones

En general podemos decir que en menor o mayor medida los síntomas que configuran los diferentes criterios de evaluación del DSM para el TEPT han bajado, en la totalidad de los evaluados, destacando en algunos, unas bajadas más significativas que otras.

Los porcentajes en los ítems correspondientes al Criterio A, no obstante, se mantiene en la franja inferior al 71,41%, lo que significa una gran identificación como víctima del suceso, habiendo únicamente el 11% sufrido alguna lesión física.

Los pensamientos intrusivos, invasores y recurrentes, la reexperimentación persistente del hecho traumático, recogidos en los Criterios B que son síntomas diferenciales del TEPT respecto a los otros trastornos de ansiedad, están muy presentes en los sujetos evaluados en el inicio, mientras que hay un claro descenso (por otra parte, esperado) en el post-test.

La mayor fluctuación de presencia de síntomas por criterio se da en los ítems correspondientes al Criterio C del DSM, en conductas de evitación, evitar hacer algo que les recordara el suceso, sentirse distanciados de la gente y pesimismo. Igual que hay síntomas que persisten como la pérdida de interés y la disminución del afecto.

Los ítems del Criterio D del DSM para el TEPT, es decir, aquellos síntomas de ansiedad o el aumento del nivel de activación (arousal); síntomas comunes, generales a todos los estados de ansiedad, descienden después de la intervención, situándose alrededor del 50%.

Analizadas las respuestas al cuestionario TQ a nivel individual, el 100% de los afectados ha mostrado síntomas de estrés agudo en un momento u otro del proceso, con diferentes intensidad también, pero en menor grado sintomatología de estrés postraumático, que se ha ido reduciendo a lo largo de la terapia.

Las personas que se ven involucradas en emergencias masivas tienen diferentes necesidades a corto, medio y largo plazo. Estas necesidades tienden a estabilizarse con el tiempo y a medida que vuelven a la normalidad, disminuye el nivel de respuesta y de ayuda necesaria. No obstante, hay un porcentaje de afectados que podrían desarrollar trastornos o problemas menores pero de carácter más o menos crónico.

Durante la intervención ha habido una reintegración a la vida cotidiana para la mayoría de las personas atendidas, como volver al trabajo, continuar con actividades que hacían antes del suceso, así como que con la llegada de los meses de verano, tener que planificar el tiempo libre disponible, lo que ha favorecido una proyección a corto plazo de lo que quieren realizar con planificación previa.

El Servicio de apoyo psicológico llevado a cabo por el SAPE de Barcelona concluyó la intervención con la mayoría de afectados a finales del mes de Julio, mientras que se siguió realizando intervención domiciliaria con la familia que lo requería.

7. Anexos

7.1. Ficha de recogida de datos en las sesiones individuales

FICHA DE INTERVENCIÓN 060710.1A-17

Fecha:	
--------	--

Escenario:	
Lugar:	
Descripción suceso	
Hora de activación:	
Inicio jornada:	
Desplazamiento:	
Final Jornada:	
Nº profesionales intervinientes:	
Nº profesionales por escenario:	
Nº asistencias /turno:	

7.2. Cuestionario de experiencias Traumáticas (TQ)

7.18. Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ)

2

Después del tipo de acontecimiento que ha experimentado, algunas personas a veces presenta síntomas desagradables. Cada síntoma se describe a continuación. Por favor, indique si ha notado o no alguno de ellos *en cualquier momento después del suceso*.

1. Pesadillas acerca del acontecimiento o en relación con el tema	NO SÍ
2. Actuar como si estuviera otra vez en la misma situación	NO SÍ
3. Estar nervioso o fácilmente asustado	NO SÍ
4. Sentir como si tuviera que permanecer en guardia	NO SÍ
5. Dificultad para dormir	NO SÍ
6. Problemas de concentración	NO SÍ
7. Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño	NO SÍ
8. Pérdida de interés/placer en cosas que antes del suceso tenían importancia para usted	NO SÍ
9. Sentirse avergonzado de estar todavía vivo tras el acontecimiento	NO SÍ
10. Evitar hacer algo que le recuerde el suceso	NO SÍ
11. Evitar pensamientos o sentimientos asociados con el suceso	NO SÍ
12. Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso	NO SÍ
13. Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor	NO SÍ
14. No poder recordar una parte importante del suceso	NO SÍ
15. Sentir pesimismo sobre el futuro, pero no lo sentía antes del suceso	NO SÍ
16. Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso	NO SÍ
17. Experimentar síntomas físicos cuando se expone a un recuerdo: sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada, mareos	NO SÍ
18. Sentirse distanciado o alejado de la gente	NO SÍ
¿Ha visitado al médico alguna vez para el tratamiento de síntomas causados por el acontecimiento?	NO SÍ
¿Ha sido hospitalizado alguna vez como consecuencia directa del acontecimiento?	NO SÍ