

Estudio de la eficacia de la Técnica Isis, de intervención psicológica en emergencias, planificada estratégicamente

Javier Rodríguez Escobar

Grupo Isis. Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica de Sevilla

<http://www.grupoisis.com>

javier@grupoisis.com

Resumen

Este artículo expone la Técnica Isis, de intervención psicológica, estratégicamente planificada, en emergencias y catástrofes desarrollada por la Unidad Isis, unidad de intervención psicológica en emergencias y catástrofes, del Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica de Sevilla.

Los resultados de los dos estudios que se realizaron, para valorar su eficacia, mostraron mejoría, estadísticamente significativa, en el 94.54 % de las personas sobre las que se aplicó esta técnica

Palabras clave

Técnica Isis, psicología emergencias, psicología catástrofes, psicoemergencias.

Introducción

La intervención psicológica en emergencias es una modalidad cuyas bases comenzaron a sentarse hace muchos años, ya en 1904 Freud acuñó el concepto de neurosis de guerra, a partir

del cual desarrolló la teoría del trauma. A partir de estos trabajos iniciales, autores como Lindermann, Caplan (1964). Lifton, fueron desarrollando el cuerpo teórico de la terapia breve, intensiva y de urgencia, aunque no es hasta 1970, cuando La Asociación de Psiquiatría Americana publica un manual de "Primeros Auxilios Psicológicos en casos de Catástrofes".

La psicología de emergencias no es más que una modalidad de la psicoterapia breve, basada en los trabajos de autores como: Malan (1963), Alexander y Frech (1965), Kesselman (1977) y Fiorini (1973), entre otros, que empiezan a realizar una serie de aportaciones que llevaron a la construcción de una teoría de la terapia breve, diferenciándose claramente como una modalidad psicoterapéutica específica y con un cuerpo teórico propio.

En España el punto de inflexión se produce a raíz de la riada del camping de Biescas ocurrió el 7 de agosto de 1996 como consecuencia de una riada sufrida en el camping Las Nieves, a partir de esta intervención y de los problemas que hubo, se puso de manifiesto la necesidad de configurar

equipos de psicólogos para intervención en catástrofes. El Colegio Oficial de Psicólogos, creó el Comité Nacional de Intervención Psicológica en desastres, en julio de 1997, aunque no es hasta el 2005, cuando se realizan las primeras intervenciones, por las dificultades en crear grupos de intervención psicológica en emergencias y desastres, en todas las delegaciones.

Biescas supuso el conocimiento de este tipo de intervenciones a un nivel más extendido y popular, porque fue la primera ocasión en que el Cop envía psicólogos a un evento de este tipo y por la alta repercusión que tuvo en la prensa. A partir del atentado de Madrid del 11M es cuando la psicología de emergencias se convierte en algo que ya es conocido por la población, y demandado.

Sin embargo, el origen en España se remonta a una época bastante anterior, aunque era un área tan minoritaria, que la mayoría de los psicólogos ni la conocían.

El Teléfono de la Esperanza comienza a atender a personas en crisis y a prestar ayuda en situaciones de emergencias, las 24 horas, en octubre de 1971, en Sevilla, posteriormente fue abriendo nuevas sedes hasta las 21 actuales, en España y 8 en Hispanoamérica y Europa, 37 años prestando asistencia.

El primer curso que se imparte en España lo organiza el Teléfono de la Esperanza, en Madrid, el "Curso Intensivo de Formación en Psicoterapia breve de Urgencia", en 1988, impartido por el Dr. Eduardo Cabau, al que se puede considerar como el introductor de la terapia breve intensiva en

España, el primero de traer a especialistas como Kesselman o Fiorini.

En Sevilla se organiza uno de los primeros cursos de formación completa en esta área, en 1989, de 176 horas de duración, impartido en tres años, lo organiza el Instituto de Psicoterapia Dinámica, actualmente Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica y lo imparte el Centro de Psiquiatría Dinámica del Dr. Cabau.

La primera Unidad de intervención psicológica en emergencias y desastres que se crea en España, se crea en el año 1997, la Unidad Isis, perteneciente al Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica de Sevilla.

Uno de los principales problemas que nos encontramos, al crear nuestra unidad de intervención psicológica en emergencias, es que no existía una técnica específica para abordar psicoterapéuticamente estas situaciones, con lo que los psicólogos que intervenían se limitaban a prestar apoyo a los afectados, para ayudarlos a "sobrellevar" la situación. Por otra parte tampoco se contaba con articulaciones teóricas que explicasen que ocurre en el psiquismo de una persona que es afectada por una emergencia o una catástrofe, solo había información basada en el concepto de estrés post-traumático, que no es suficiente para explicar la afectación de estas situaciones.

Nos encontramos con que se estaban utilizando dos modelos:

El modelo psicosocial.

Modelo en que no se realiza una intervención clínica, sino un acompañamiento del sujeto afectado, partiendo de que se entiende que no

hay que abordar ningún trastorno, puesto que se trata de reacciones normales ante ese tipo de situación, por tanto no se requiere ninguna formación clínica para aplicarlo.

Más que técnica, que no podemos llamar así, lo que hacen es: acompañar a los afectados en la identificación de cadáveres, ayudarlo a resolver las gestiones que tienen que realizar, charlar con ellos, etc.

Modelo SEPT

Al no existir una técnica específica se recurre a aplicar los conceptos que se utilizaban en lo que se denominaba Síndrome de Estrés Postraumático. Se utilizan intervenciones tendentes a evitar que este aparezca, tales como: estrategia de resolución de problemas, ventilación afectiva, relajación, debriefing, etc.

En cuanto al primer modelo poco tenemos que decir, son acciones que resultan útiles para los sujetos pero que, a nuestro entender, no son propias ni específicas de los psicólogos, cualquier profesional puede hacerlo. Por tanto, como psicoterapeutas acostumbrados a trabajar en el área clínica este modelo no nos resultaba de utilidad.

El segundo modelo, algo más eficaz y más propiamente psicológico, presentaba para nosotros un grave inconveniente, el SEPT, según la DSM IV, necesita que los síntomas persistan durante al menos un mes para poder ser diagnosticado, por tanto, en el momento de impacto es imposible poderlo diagnosticar.

Al no satisfacer nuestras expectativas ambos modelos, empezamos a estudiar los trastornos psicológicos que se producían tanto en los

afectados, como en los técnicos, revisando los estudios publicados y contactando con profesionales con experiencia en este campo. . Una de las cosas que parecía evidente es que la intervención había que hacerse lo antes posible, ya que hay diversos estudios, como los de McEwen et al.(2000) , los de Pitman, 1997 ,los de Ruiz, M. et al., (2000) y los de Kim y Diamond, (2002) pusieron de manifiesto que en una situación de estrés sostenida se producía una atrofia de las células CA3 del eje HPA que hacía que el trastorno fuese irreversible, a partir de las tres semanas, de ahí la importancia de la intervención en fase de impacto

Recopilando información obtuvimos una serie de conductas y/o trastornos que se daban en los sujetos afectados por un desastres. Esta agrupación de síntomas nos resultaba de poca utilidad para nuestro modelo, así que la reformulamos desde el modelo psicoanalítico, haciendo agrupación de carácter más psicopatológico, obteniendo el tipo de trastorno que aparecía.

Una vez que ya sabíamos qué tipo de trastorno se producía en las personas involucradas en una emergencia, catástrofe o desastre, estuvimos en condiciones de poder empezar a desarrollar una técnica que resultase eficaz para abordarlo y evitar una psicopatología posterior. Partimos de nuestra experiencia en el Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica de Sevilla, tras varios años enseñando y aplicando técnicas de Terapia Breve de Urgencia y con la experiencia acumulada de intervención en crisis y emergencias, por lo que decidimos crear una técnica propia y específica, ya que teníamos experiencia en el desarrollo de técnicas nuevas.

De esta forma surge la Focalización Antagónica en Emergencias y Desastres, más conocida como **Técnica Isis**.

Según los datos e investigaciones estudiadas pudimos comprobar que en una situación de desastres se producen tres posibles reacciones: trastorno del narcisismo, duelo (normal o patológico) o trastornos de personalidad (trastornos neuróticos o psicóticos).

Tras saber que es lo que tenemos que evitar que se produzca en los sujetos, la cuestión radicaba en diseñar una técnica que, en un plazo muy breve de tiempo, permitiese poder evitar el daño psíquico en una situación que afectaba a una cierta cantidad de sujetos, al mismo tiempo. El principal problema radicaba en cómo poder conseguir que las personas afectadas pudiesen elaborar el impacto del evento, mediante la elaboración del mismo y evitando la negación, sin que al aplicar la técnica sobre ellos incrementásemos el nivel de angustia, agravando el cuadro.

Para ello recurrimos a una técnica específica que ya habíamos desarrollado con anterioridad, para el abordaje de los trastornos psicósomáticos, la Focalización Antagónica (Rodríguez, J. y Távora, P., 1999), y procedimos a adecuarla al abordaje de los trastornos provocados por emergencias y desastres. La principal característica de esta técnica es que se trabaja de forma focalizada sobre un foco ansiógeno o de conflicto y un foco ansiolítico o contenedor y el abordaje se realiza basándose en la planificación estratégica. Según este modelo el abordaje psicoterapéutico se realizaría en varias etapas: estratégica, táctica y técnica, que especifican que hacer, cómo hacerlo, con qué hacerlo y las fases en que ha

de aplicarse, definiendo acciones concretas y especificando la intervención técnica a llevar a cabo. Esto los convierte en sumamente operativos, ya que están formulados de manera que sean muy fáciles de aplicar, sin ofrecer lugar a dudas, por tanto a la hora de tener que dar instrucciones concisas a los agentes de ayuda. En cada protocolo se especificará: descripción, objetivo y ejecución

A partir de esta técnica se fueron desarrollando protocolos técnicos específicos y protocolos de planificación, para abordar la distinta casuística con la que nos podíamos encontrar, contando en la actualidad con los siguientes protocolos:

- P Protocolos de planificación
 - P.1 PPE Protocolo Isis de Planificación Estratégica de Intervención
 - P.2 POA Protocolo Isis de operativización global de agentes de ayuda
 - P.3 PCZ Protocolo Isis de organización zonal de agentes de ayuda
 - P.4 PZP Protocolo Isis de zonificación psicosocial
 - P.5 PCZ Protocolo Isis de cartelización e identificación
 - P.6 PFA Protocolo Isis de focalización antagónica en desastres
- C Protocolos de coordinación
 - C.1 PFI Protocolo Isis de filtro de entrada de intervinientes de salud mental
 - C.2 PRF Protocolo Isis de recepción de familiares
 - C.3 PTP Protocolo Isis de triage psicológico
 - C.4 PFR Protocolo Isis de formación relámpago
 - C.5 PSP Protocolo de supervisión de profesionales

- IG Protocolos de intervención grupal
 - IG.1 PIG Protocolo Isis de intervención grupal
 - IG.2 PAF Protocolo de acompañamiento externo de afectados
- II Protocolos de intervención individual
 - II.1 PII Protocolo Isis de intervención individual
 - II.2 PRC Protocolo Isis de reconocimiento de cadáveres
- AA Protocolos de amortiguación de impacto afectivo
 - AA.1 PAP Protocolo Isis de amortiguación de impacto afectivo en profesionales
 - AA.2 PAN Protocolo Isis de amortiguación de impacto afectivo en niños
- IE Protocolos de intervenciones específicas
 - IE.1 IECV Protocolo Isis de neutralización de conductas violentas
 - IE.2 IEIS Protocolo Isis de intervención en intento de suicidio
 - IE.3 IEAL Protocolo Isis de intervención en accidentes laborales mortales
 - IE.4 IEED Protocolo Isis de elaboración del duelo
 - IE.5 IECA Protocolo Isis de contención afectiva
 - IE.6 IEMN Protocolo Isis de comunicación de malas noticias
 - IE.7 IENÑ Protocolo Isis de comunicación de muerte de familiar a niños
 - IE 8 IEDÑ Protocolo Isis de elaboración del duelo en niños
 - IE.9 IEAM Protocolo Isis de intervención psicotanatológica. Ayudar a morir
 - IE.10 IEIE Protocolo Isis de intervención con inmigrantes
 - IE.11 IESC Protocolo Isis de intervención en situaciones críticas
 - IE.12 IEAL Protocolo Isis de intervención en accidentes laborales mortales
- CC Protocolos de control
 - CC.1 PCC Protocolo Isis de control de calidad
 - CC.2. PAI Protocolo Isis de control de afectación de intervinientes

Características de la Técnica Isis

Características generales

Es psicoanalítica

Su desarrollo, como ya comentamos, parte de un entendimiento desde la teoría y la psicopatología psicoanalítica de lo que ocurre al aparato psíquico del sujeto afectado por un desastre. La técnica es de carácter psicoanalítico, aplicando los conceptos de la terapia breve psicoanalítica y basándose en nuestros anteriores aportes técnicos.

El enfoque psicoanalítico presenta algunas ventajas con respecto a los restantes, entre otras: conocimiento a niveles más profundos (consciente, preconsciente e inconsciente) y, sobre todo, que permite saber si la respuesta del sujeto es la adecuada para resolver el conflicto o, por el contrario, conducirá al desarrollo de un trastorno.

Esta capacidad de anticipación, es una tremenda ventaja en el caso de los desastres. Utilizaremos el duelo, como ejemplo de la capacidad de anticipación. Un sujeto que sufre una pérdida puede hacer un duelo normal, elaborando dicha

perdida, o un duelo patológico. Según la DSM IV, se requiere una evolución de dos meses, para poder diagnosticar el duelo patológico, ya que hay que esperar que aparezcan los síntomas que constituyen esta agrupación nosológica.

Desde la psicopatología psicoanalítica, podemos saber, desde el primer momento, si el sujeto desarrolla un proceso normal o no, ya que las fases del duelo normal y del patológico son completamente distintas, basta observar que hay idealización, culpa paranoide, etc., para saber que se acabará dando un duelo patológico. Desde ahí podemos intervenir, con carácter preventivo, desde el primer día, ayudando al sujeto a que haga un proceso adecuado que le permita superar la pérdida

Está planificada estratégicamente por fases y objetivos

El concepto de planificación estratégica, proviene del ámbito militar, después se aplicó al empresarial y más recientemente fue desarrollado por Kesselman, en terapia breve, partiendo de las ideas de Pichon Riviere. La planificación en psicoterapia nos permite poder conseguir la máxima eficacia en el mínimo tiempo, ya que nos otorga un control exhaustivo sobre el desarrollo de cada momento de nuestra intervención.

La planificación estratégica se basa en dividir el abordaje terapéutico en una serie de etapas: logística, estratégica, táctica y técnica, y en cada etapa se señalan una serie de fases y objetivos.

El dividirse en fases presenta la ventaja de que, en caso de grandes catástrofes, permite crear grupos rotativos de psicólogos, aplicando cada grupo una fase. Lo que permite reducir el tiempo

de preparación de los voluntarios para intervenir, pues solo se les enseña la fase que tienen que aplicar, de esta forma los voluntarios están operativos en muy poco tiempo. De hecho tenemos un protocolo de operativización de grandes grupos de agentes de ayuda.

Especifica qué hacer, cómo hacerlo y con qué instrumento técnico

Esta es una de sus mayores ventajas, está estructurada a tal nivel que es muy fácil de enseñar en muy poco tiempo. En una situación de emergencia o desastres, en las que las intervenciones son muy cortas en el tiempo, permite formar (indicar como deben de intervenir) a los profesionales de la zona y a los voluntarios, en sesiones de tres o cuatro horas. Esto permite aprovechar los recursos al máximo, ya que una vez que nuestro equipo abandona la zona, los propios terapeutas de allí puedan seguir haciendo el trabajo

Otra de sus ventajas es la homogeneidad en la intervención, creemos contraproducente que cada psicólogo utilice su propia técnica o intuición para intervenir, porque es poco eficaz y produce más confusión que otra cosa.

Es focalizada, con focos antagónicos alternantes

El concepto de foco permite concentrar la intervención en aspectos concretos, eso hace que las intervenciones resulten más eficaces, al aplicar toda la potencialidad técnica sobre puntos concretos, tal y como actúa una lupa, de ahí surge el concepto de foco, de la óptica.

Los focos antagónicos es un aporte de nuestra técnica, consiste en trabajar con un foco de contención o ansiolítico y otro foco conflicto o ansiogeno. Su principal ventaja es que en

situaciones en que el sujeto está sometido a una fuerte ansiedad, permite intervenir terapéuticamente, ya que cuando la ansiedad sube demasiado, lo que puede suponer un riesgo para el paciente, cambiamos al foco de contención y podemos disminuirla. Esto permite hacer intervenciones potentes y muy eficaces, que en otro caso sería imposible, ya que el incremento de la angustia, que ello conlleva, tendría efectos negativos en los sujetos.

Es activa y muy directiva

En estas situaciones hay que tener un control exhaustivo sobre la técnica, por las características ya mencionadas, nuestra técnica es muy activa, el terapeuta interviene muy frecuentemente y muy directiva, en el sentido de que el control está en manos del psicólogo, llevamos al sujeto por donde queremos y a donde queremos, todo en su propio beneficio, claro está.

Es muy fácil de aplicar y de enseñar

Su nivel de operativización y planificación indica que es lo que el psicólogo tiene que hacer y cómo hacerlo, indicando hasta la frase guía a seguir. Esto permite que, aun sin saber por qué o como actúa, el psicólogo solo tiene que seguir la técnica, haciendo lo que se indica en cada momento para que resulte eficaz, sin tener que tener conocimiento de los mecanismos psicodinámicos subyacentes. Esto evita que los agentes de ayuda tengan que tener alguna formación psicoanalítica para aplicarla, ya que se puede hacer desde cualquier orientación.

Al estar tan estructurada es fácil de aprender y de aplicar, algo importante cuando hay que enseñarla a muchos profesionales en poco tiempo.

La técnica, en sí, no es excesivamente compleja de aplicar, cualquier psicoterapeuta posee los conocimientos básicos necesarios para poder realizar las maniobras técnicas que requiere, quizá su principal característica es el hecho de estar planificada estratégicamente y basada en la focalización antagónica. El hecho de que el terapeuta que interviene en emergencias y desastres utilice una técnica que está planificada le da una mayor seguridad, al saber que tiene que hacer y cómo hacerlo, que suele ser una de las dificultades que aparecen en este tipo tan especial de intervención.

El problema no surge tanto por las cuestiones teórico-técnicas sino por las condiciones en las que ha de ser aplicada la técnica, en la práctica habitual de la psicoterapia uno no se ve sometido a una situación similar. Las características de la intervención en desastres que la hace distinta al resto de las intervenciones son:

- Gran impacto emocional
- Intervenciones en muy poco tiempo
- Gran cantidad de sujetos a los que atender
- Condiciones ambientales adversas, habitualmente
- Cansancio y fatiga del terapeuta, al tener que trabajar muchas horas y tener poco tiempo de descanso

Por ello, para que se pudiese aplicar nuestra técnica adecuadamente, en estas condiciones, en la Unidad Isis diseñamos un tipo específico entrenamiento, de carácter intensivo, que tiene por objeto preparar a los psicoterapeutas para estas condiciones y aumentar la seguridad en sí mismo a la hora de la intervención real.

Aspectos diferenciales

Es la única técnica psicoterapéutica que existe para intervenir en fase de impacto

Al basarse en el modelo psicoanalítico permite poder diferenciar claramente lo que es un proceso o reacción normal y aquella que reviste unas características patológicas.

En fase de impacto podemos saber, en muy breve tiempo, si el sujeto está reaccionando de forma normal ante una situación anormal o si su reacción conllevará la aparición de un trastorno psicológico.

Utiliza la planificación estratégica en todas las intervenciones

Todos los protocolos están desarrollados a partir de la planificación estratégica, especificando qué hacer, cómo hacerlo y con qué hacerlo.

La intervención está protocolarizada

La intervención se basa en la aplicación de protocolos específicos, desarrollados por el Grupo Isis. Es la única técnica psicológica que existe que se base en la aplicación sistemática de protocolos de intervención

Se basa en la Focalización Antagónica

La focalización antagónica es una técnica específica de psicoterapia breve desarrollada en el Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica de Sevilla, por Javier Rodríguez Escobar y Pilar Távora Ferrer, y ya publicada. En la intervención en emergencias y desastres se utilizó este diseño técnico para desarrollar los protocolos de abordaje.

Es clínica

El tipo de intervención que se hace está basado en un modelo clínico de intervención, se centra

en la descompensación del sujeto, desde el concepto psicoanalítico del trauma y su repercusión en el psiquismo y pretende, no solo ayudar al sujeto a elaborar el impacto, sino también evitar la psicopatología posterior que se da en un alto porcentaje de los afectados.

Método de investigación

Planteamiento del problema

Existen muchos estudios y meta análisis de intervenciones en TEPT, el Grupo de Trabajo sobre Directrices de tratamiento del TEPT, de la Sociedad Internacional para el estudio del Estrés Traumático (SIEET) publicó uno de los mejores análisis de la eficacia de estas intervenciones. Sin embargo no hay estudios sobre la eficacia de las intervenciones en fase de impacto, en los primeros días. Como ya mencionamos el TEPT requiere que los trastornos persistan más de un mes, para poder ser diagnosticado.

Realizar un estudio de una intervención en fase de impacto, es bastante dificultoso, por las propias características de la intervención, pero no imposible. También nos encontramos con que no se hace ningún tipo de seguimiento de estas intervenciones, por lo que se desconoce su grado de eficacia.

La única intervención donde se han realizado una cantidad de estudios considerables, es la del atentado de Madrid del 11M, y los datos son poco alentadores, el estudio llevado a cabo por Iruarrizaga y otros (2004), realizado entre uno y tres meses después de la intervención, sitúa los afectados por trastornos psicológicos, en torno al 80%, de ellos el 31.3% desarrolló una depresión mayor y el 35.9% TEPT.

El 8 de mayo de 2012, la Asociación 11-M Afectados de Terrorismo y el Servicio de Psicología Aplicada (SPA) de la UNED presentaron los resultados definitivos del proyecto ASATY (*Apoyo Psicológico a Afectados de Terrorismo Yihadista*), subvencionado por el Ministerio del Interior. Dicho proyecto, ha consistido en la evaluación del estado psicológico de las víctimas de los atentados que tuvieron lugar en marzo de 2004 en Madrid. Los resultados de su estudio no son ya preocupantes, sino alarmantes "ocho años después de los atentados, el 82,5% de las víctimas evaluadas presenta algún trastorno psicopatológico de importancia".

Estos datos cuestionan seriamente la eficacia de la intervención psicológica en emergencias.

Por esto motivo decidimos someter a validación empírica nuestra técnica, aunque veíamos que resultaba eficaz, quisimos comprobarlo con datos objetivos, porque es fácil engañarse uno mismo en estas intervenciones, ya que las personas sobre las que intervienes, siempre quedan agradecidas.

Metodología

Hemos tardado en publicar estos datos por la dificultad que conlleva la investigación en el área de la psicoemergencia, resulta bastante difícil aplicar cualquier tipo de cuestionario, que permita valorar objetivamente los cambios, cuando los sujetos han experimentado un impacto traumático, están bloqueados cognitivamente y desbordados por la angustia.. Y más difícil aún poder contar otra vez con todos los sujetos para administrar un cuestionario postratamiento, cuando en la mayoría de las ocasiones no volvemos a verlos.

Por ello estos datos que presentamos han sido tomados en intervenciones en accidentes laborales mortales, llevadas a cabo con la plantilla de la empresa. El cuestionario o escala pre-tratamiento fue administrada en la misma semana en que ocurre el suceso y algunos en el mismo día, y el post-tratamiento en la última sesión, cuatro semanas después del impacto traumático, una vez realizada la intervención.

La Técnica utilizada ha sido la Técnica Isis, en concreto el Protocolo Isis de intervención en accidentes laborales. Se realizó una sesión, con dinámica de grupo, semanal, durante un mes, un total de 4 sesiones de dos horas de duración.

Se administraron cuestionarios específicos para detectar el impacto traumático, antes y después de la intervención y aplicamos la prueba T de comparación de medias en muestras relacionadas

Instrumentos

Se utilizaron dos instrumentos para evaluar los cambios:

a) La Escala Revisada del Impacto del Acontecimiento (IES-R).

El Impact of Event Scale (IES) es probablemente la escala autoadministrada más antigua y más utilizada para valorar los síntomas relacionados con el TEPT (Shalev, 2000). Mide la respuesta a eventos vitales estresantes mediante una escala autoinformada que evalúa la gravedad de los síntomas de TEPT.

La IES-R fue desarrollada por Weiss y Marmar (1996) siguiendo los criterios diagnósticos de estrés postraumático que presenta el DSM-IV.

La versión revisada IES-R consta de un total de 22 ítems, 15 de los cuales formaban parte del IES original (Weiss y Marmar, 1996).

El marco de referencia temporal para realizar la evaluación es el de una semana después de padecer el evento potencialmente estresante. Se trata de una escala autoaplicada con un tiempo medio de respuesta estimado entre 5 y 10 minutos. Es una escala Likert de 5 puntos que califica el malestar o estrés generado en cada uno de los ítems. Los valores de la escala son: 0 (nunca); 1 (algunas veces); 2 (bastantes veces); 3 (casi siempre); 4 (siempre).

Weiss y Marmar (1996) realizaron un estudio para determinar la fiabilidad test-retest con dos muestras de sujetos distintos, obtuvieron una aceptable correlación test-retest en todas las subescalas, oscilando, según las escalas entre 0.51 y 0.59.

- b) La Escala de Trauma de Davidson (DTS). La Escala de Trauma de Davidson (The Davidson Trauma Scale – DTS) mide la frecuencia y la gravedad de los síntomas del TEPT en sujetos que han experimentado un trauma. También puede utilizarse para evaluar el tratamiento.

Está constituida por 17 ítems que se corresponden y evalúan cada uno de los 17 síntomas recogidos en el DSM-IV. Los ítems referentes a la intrusión y evitación se relacionan directamente con el acontecimiento, mientras que en los ítems sobre el embotamiento, aislamiento, e hiperarousal se requiere únicamente precisar

su ausencia o presencia sin relacionarlos directamente con el acontecimiento.

El sujeto debe puntuar dos aspectos de cada ítem: la frecuencia de presentación y la gravedad utilizando una escala Likert de 5 puntos (de 0= nunca o gravedad nula a 4= a diario o gravedad extrema). El marco de referencia temporal es la semana.

Es una escala autoadministrada que proporciona una puntuación total y puntuaciones en dos subescalas: frecuencia y gravedad.

La DTS posee propiedades psicométricas aceptables, una consistencia interna de 0.99 para la escala total, de 0.97 para la subescala de frecuencia y de 0.98 para la subescala de gravedad. La fiabilidad test-retest presente un coeficiente de Pearson de 0.86.

Procedimiento

La muestra estaba compuestas por dos grupos de 22 y 17 sujetos, pertenecientes a un gran cadena de alimentación, pertenecían a dos empresas distintas, de la misma cadena, dónde se habían producido accidentes laborales mortales.

En un grupo se utiliza la IES-R y en el otro la DTS, para realizar la investigación con dos cuestionarios distintos y en dos intervenciones distintas.

La intervención fue llevo a cabo en la misma semana en que se produjo el accidente.

Las escalas se aplicaron, antes de la intervención y al finalizar la misma.

La intervención realizada fue la misma en los dos grupos, se utilizó la Técnica Isis, siguiendo el protocolo de aplicación en accidentes laborales mortales, aplicada por dos psicoterapeutas del

grupo Isis, en 4 sesiones, una semanal, de dos horas de duración.

Análisis de datos

Escala Revisada del Impacto del Acontecimiento (IES-R).

Escala Revisada del Impacto del Acontecimiento (IES-R)

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	Item 22	MEDIA
PORCENTAJES ANTES DE LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA ISIS																							
0 Para nada	0,00	3,70	0,00	7,40	25,90	3,70	3,70	18,52	0,00	0,00	0,00	18,52	14,81	14,81	3,70	11,11	0,00	0,00	18,52	29,63	0,00	3,70	8,08
1 Un poco	14,81	22,22	11,11	7,41	22,22	3,70	25,93	18,52	0,00	22,22	3,70	7,41	18,52	25,93	29,63	11,11	3,70	14,81	25,93	29,63	11,11	11,11	15,49
2 Moderadamente	18,52	25,93	18,52	59,26	33,33	22,22	33,33	37,04	18,52	18,52	7,41	29,63	29,63	37,04	40,74	14,81	22,22	29,63	25,93	18,52	33,33	25,93	27,27
3 Bastante	33,33	44,44	44,44	18,52	14,81	33,33	33,33	22,22	29,63	25,93	55,56	33,33	37,04	18,52	14,81	33,33	29,63	51,85	25,93	18,52	37,04	33,33	31,31
4 Extremadamente	33,33	3,70	25,93	7,41	3,70	40,74	3,70	3,70	51,85	33,33	33,33	11,11	0,00	3,70	11,11	29,63	44,44	3,70	3,70	18,52	25,93	18,01	
Pre_Suma 3 y 4	66,67	48,15	70,37	25,93	18,52	74,07	37,04	25,93	81,48	59,26	88,89	44,44	37,04	22,22	25,93	82,98	74,07	55,56	29,63	22,22	55,56	59,26	49,33
PORCENTAJES DESPUES DE LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA ISIS																							
0 Para nada	31,58	68,42	73,88	63,16	73,88	31,58	78,95	94,74	28,32	63,16	68,42	57,89	89,47	84,21	57,89	57,89	52,63	47,37	84,21	57,89	57,89	63,16	62,82
1 Un poco	42,11	21,05	15,79	31,58	21,05	36,84	21,05	5,28	42,11	21,05	15,79	21,05	10,53	10,53	21,05	21,05	15,79	26,32	10,53	15,79	15,79	26,32	21,29
2 Moderadamente	26,32	10,53	10,53	5,28	5,28	31,58	0,00	0,00	10,53	5,28	10,53	15,79	0,00	5,28	15,79	21,05	21,05	21,05	5,28	21,05	21,05	10,53	12,44
3 Bastante	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	21,05	10,53	5,28	5,28	0,00	0,00	5,28	0,00	10,53	5,28	0,00	5,28	5,28	0,00	3,35
4 Extremadamente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Post_Suma 3 y 4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	21,05	10,53	5,28	5,28	0,00	0,00	5,28	0,00	10,53	5,28	0,00	5,28	5,28	0,00	5,28	3,35
Diferencia % Post - Pre	-66,67	-48,15	-70,37	-25,93	-18,52	-74,07	-37,04	-25,93	-80,43	-48,73	-83,93	-39,18	-37,04	-22,22	-20,66	-82,98	-83,55	-50,29	-29,83	-16,96	-50,29	-59,26	-45,93

Análisis de datos IES-R:

Al aplicar en el momento del impacto la IES-R observamos cómo el 49.33% de los sujetos puntuaban en los rasgos del impacto traumático, bastante y extremadamente, por lo que la incidencia del impacto, en nuestra muestra, fue del 49.33 % de los sujetos.

Se aplica la Técnica Isis, en cuatro sesiones, para la elaboración del impacto traumático a todos los sujetos de la muestra. Como podemos observar después de la aplicación de nuestra técnica tan solo el 3.35% de los sujetos puntuaban en los rasgos de estrés, como bastante y extremadamente, en los 22 ítems del que se compone la escala.

Teniendo en cuenta que cualquier técnica solo podría influir en aquellos sujetos que presenten trastorno, los que no lo tienen obviamente no

presentaran cambio alguno, aplicando una regla de tres, sabemos que ese 3.35 %, sería un 6.79 % de la población de sujetos que presentan puntuaciones altas en síntomas específicos de impacto traumático (49.33%), por tanto el grado de eficacia de nuestra técnica se ha situado, en este estudio, en el **93.21%**, que es el porcentaje total de sujetos que no presentan el trastorno después de nuestra intervención.

Prueba T. Comparación de medias para muestras relacionadas.

Hipótesis nula: La variable independiente, la Técnica Isis, no ha supuesto diferencia significativa alguna.

Hipótesis alternativa: La variable independiente, la Técnica Isis, ha supuesto una diferencia significativa.

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	var001	49,3273	22	21,60693	4,60661
	var002	3,3486	22	5,27427	1,12448

Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	var001 y var002	22	,428	,047

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	var001 - var002	45,97864	19,92810	4,24868	37,14301	54,81426	10,822	21	,000

Análisis T

Observamos como la diferencia de los porcentajes, comparados, antes y después del tratamiento es significativa, con un intervalo de confianza del 99% ya que la media obtenida en la comparación, 45.97% supera ampliamente la T

obtenida, el 10,82, por lo que se rechaza la hipótesis nula con un riesgo de equivocarnos del 1 por ciento, el tratamiento ha supuesto diferencias significativas en los sujetos.

Escala de Trauma de Davidson DTS

Escala de Trauma de Davidson DTS

Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	MEDIA
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	-------

PORCENTAJES FRECUENCIA DE SINTOMAS ANTES DE LA APLICACIÓN DE LA TECNICA ISIS

0 Nunca	0	14,80	3,70	0,00	18,50	3,70	0,00	51,90	0,00	18,50	81,50	3,70	7,40	14,80	0,00	0,00	0,00	13,66
1 A veces	7,4	33,30	29,60	0,00	18,50	22,20	25,90	33,30	33,30	40,70	7,40	63,00	25,90	14,80	7,40	14,80	3,70	23,36
2 2 - 3 veces	25,9	25,90	40,70	22,20	14,80	11,10	18,50	11,10	22,20	29,60	7,40	18,50	11,10	29,60	33,30	29,60	33,30	22,43
3 4 - 6 veces	11,1	18,50	25,90	7,40	44,40	22,20	40,70	3,70	25,90	11,10	0,00	11,10	37,00	33,30	29,60	22,20	11,10	21,51
4 A diario	55,6	7,40	0,00	70,40	3,70	40,70	14,80	0,00	18,50	0,00	3,70	3,70	18,50	7,40	29,60	33,30	51,90	18,98
Pre_Suma 3 y 4	66,7	25,90	25,90	77,80	48,10	62,90	55,50	3,70	44,40	11,10	3,70	14,80	55,50	40,70	59,20	55,50	63,00	42,02

PORCENTAJES FRECUENCIA DE SINTOMAS DESPUES DE LA APLICACIÓN DE LA TECNICA ISIS

0 Nunca	11,80	58,80	70,60	41,20	76,50	70,60	64,60	94,10	64,70	64,70	94,10	76,50	58,80	58,80	41,20	52,90	52,90	61,93
1 A veces	41,20	35,30	23,50	23,50	11,80	5,90	23,50	5,90	11,80	29,40	5,90	23,50	11,80	17,60	41,20	23,50	23,50	21,11
2 2 - 3 veces	35,30	5,90	5,90	35,50	11,80	5,90	11,80	0,00	23,60	5,90	0,00	0,00	29,40	23,50	17,60	23,50	23,50	15,24
3 4 - 6 veces	11,80	0,00	0,00	0,00	0,00	17,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,73
4 A diario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Post_Suma 3 y 4	11,80	0,00	0,00	0,00	0,00	17,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,73

Diferencia % Post - Pre	-14,10	-25,90	-25,90	-77,80	-48,10	-46,30	-65,80	-3,70	-44,40	-11,10	-3,70	-14,80	-65,80	-40,70	-69,20	-65,50	-63,00	-37,89
-------------------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	-------	--------	--------	-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Análisis de datos DTS

Al administrarle la escala DTS, antes de la intervención, la media de sujetos que experimentaban síntomas de impacto traumático, entre cuatro veces por semana y a diario era del 42.02 por ciento. Tras intervenir con Técnica Isis, en abordaje grupal, una vez a la semana en sesiones de hora y media, con un total de 4 sesiones, la media bajó al 1.73 %, como puede observarse a simple vista, una reducción considerable.

Teniendo en cuenta que cualquier técnica solo podría influir en aquellos sujetos que presenten trastornos, los que no lo tienen obviamente no presentarían cambio alguno, aplicando una regla de tres, vemos que el 1.73 % correspondería al 4.11% de la población total de sujetos con

síntomas de impacto traumático (42.02), por tanto el 95.88 % de sujetos que experimentaban síntomas de impacto traumático, más de cuatro veces por semana, han mejorado tras la aplicación de nuestra técnica. Se puede concluir, por tanto, que la eficacia de la Técnica Isis se ha situado en este estudio en el **95.88 %**.

Prueba T. Comparación de medias para muestras relacionadas.

Hipótesis nula: La variable independiente, la Técnica Isis, no ha supuesto diferencia significativa alguna.

Hipótesis alternativa: La variable independiente, la Técnica Isis, ha supuesto una diferencia significativa.

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	var001	37,2165	17	22,65402	5,49441
	var002	1,7294	17	4,98846	1,20988

Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	var001 y var002	17	,104	,691

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	99% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	var001 - var002	35,48706	22,68386	5,50164	19,41796	51,55616	6,450	16	,000

Análisis T

Observamos como la diferencia de los porcentajes, comparados, antes y después del tratamiento es significativa, con un intervalo de confianza del 99% ya que la media obtenida en la comparación, 35.48 supera ampliamente la T obtenida, el 6.45, por lo que se rechaza la hipótesis nula con un riesgo de equivocarnos del 1 por ciento, el tratamiento ha supuesto diferencias significativas en los sujetos.

Comparación grupo control y grupo experimental
Para determinar si el cambio podría haber sido producido por la variable tiempo, utilizamos un grupo control, formado por el personal de las empresas que no asistieron a las dinámicas de grupo aplicadas, un grupo de 9 personas y otro de 6. Los resultados obtenidos confirman nuestros datos, el grupo control puntuaba algo más bajo en las escalas, sin llegar a mostrar

diferencias significativas con el grupo experimental.

Ambos grupos de control mostraron diferencias, estadísticamente significativa, con los grupos experimentales, la reducción de sus puntuaciones fue mucho menor, bajaron ligeramente, pero sin diferencia significativa con respecto a las puntuaciones en el pre-test.

Los datos de estas investigaciones serán publicados en un próximo artículo

Conclusión

La aplicación de la Técnica Isis, en sujetos afectados por un impacto traumático, se ha mostrado eficaz, para reducir los síntomas del impacto traumático en un **94.54 %** de las personas sobre las que se ha aplicado.

Referencias bibliográficas

Alexander, F y French. (1965). *Terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

Caplan, G. (1964). *Principios de psiquiatría preventiva*. Barcelona: Paidós.

Edna, B.; Terence, M y Matthew, J. (2003) Tratamiento del estrés postraumático. Barcelona: Ariel.

Fiorini, H. (1973). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Iruarrizaga, J; Miguel-Tobal, A.; Cano, H.; Gonzalez, H. 2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11M en Madrid, en víctimas, familiares y allegados. *Ansiedad y estrés*, 10 (2) 195-206
Keselman, H. (1977) *Psicoterapia breve*. Madrid: Fundamentos.

Kin J, Diamond D. (2002) The stressed hippocampus, synaptic plasticity and lost memories. *Nature*

Reviews: *Neuroscience*, vol. 3: 453-62

McEwen BS. (2000) Effects of adverse experiences for brain structure and function. *Biol Psychiatry* 48. p. 721-31

Malan, D. (1963) *La psicoterapia breve*. Buenos Aires: Centro editor de America.

Martorell, J. L. (2012). Las víctimas de los atentados del 11M, ocho años después. Madrid. Recuperado el 24 de Abril de 2015. <https://canal.uned.es/mmobj/index/id/8293>

Pitman RK. (1997) Overview of biological themes in PTSD. En: Yehuda, R. y McFarlane, A. Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 821. p. 1-9.

Rodríguez, J (2001) *La intervención psicológica en emergencias y desastres: la focalización antagónica como técnica específica* [versión electrónica] . Madrid. Recuperado el 24 de Abril de 2015
<http://www.psiquiatria.com/psicologia/la-intervencion-psicologica-en-emergencias-y-desastres-la-focalizacion-antagonica-como-tecnica-especifica/>.

Rodríguez, J. (2004). **A**nálisis de la intervención psicológica realizada con los familiares de los afectados por el atentado de Madrid 11-M: errores que se repiten. *Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes*, 5 (3): 127-131

Ruiz Solís S, Mingote C, Gozalo A, y colab. (2000). Aproximación neurobiológica al trastorno de estrés postraumático. *Archivos de Psiquiatría*, vol. 63, No. 3, p. 221-240.