



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

**Terapia sistémica breve en personas expuestas a un
evento altamente estresante reciente: Un ensayo
controlado aleatorizado**

Estudiante: Concha Ponce, Pablo Andrés

Legajo: 25.480

Director/es: García Martínez, Felipe Eduardo

Tesis de Doctorado presentada para acceder al título de Doctor en Psicología

2024

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

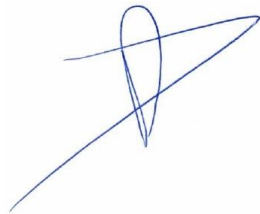
RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación de la Tesis

A partir de otra fecha, especificar: 12... / 07... / ...2024



Lugar y fecha: Talca, Chile. 12-07-2024

Firma y aclaración del autor: Pablo Concha Ponce

A Victoria, quien con su llegada aportó motivación, energía, ilusión y amor,
contribuyendo al éxito de este proyecto académico.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a Francisca, mi compañera de vida, quien ha desempeñado un papel crucial a lo largo de todos estos años. Su paciencia inquebrantable, amor incondicional y comprensión constante han sido el sustento que me ha permitido dar cada paso en este viaje hasta el día de hoy. Aprecio profundamente el tiempo que hemos compartido juntos, un tiempo familiar invaluable que ha sido esencial para seguir avanzando en esta travesía. Gracias por ser mi apoyo constante.

También quiero expresar mi profundo agradecimiento al Dr. Felipe García, director de mi tesis. Su dedicación incansable como investigador, su excelencia como terapeuta y académico, así como su destacado papel como referente en la terapia breve, han dejado una huella significativa en mi trayectoria académica y profesional. Más allá de su rol profesional, agradezco su amistad y apoyo, impulsándome a seguir adelante cuando el camino se volvía complicado. Su influencia ha sido invaluable en mi crecimiento académico y personal.

Asimismo, quiero expresar mi agradecimiento a mis alumnos y colegas, quienes, en diversos espacios de clases y congresos, compartieron conversaciones y reflexiones sobre los resultados preliminares de este estudio, analizando las implicaciones que estos tienen para el desarrollo de investigación en terapia sistémica breve en Chile y en países hermanos.

También, deseo agradecer a Mark Beyebach y Rodrigo Mardones, con quienes hemos trabajado en distintas instancias para dar forma a este protocolo, este estudio y otras áreas de formación y estudio. Su contribución ha sido invaluable para el enriquecimiento de este trabajo.

Finalmente, quiero expresar mi sincero agradecimiento a la Universidad de Talca, a través de la Facultad de Psicología, por brindarme el espacio necesario para finalizar esta tesis y por abrir la posibilidad de emprender nuevos estudios en esta temática. El apoyo recibido ha sido fundamental para el desarrollo y culminación de este proyecto académico.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	11
ABSTRACT	12
1. INTRODUCCIÓN	14
2. ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA	17
2.1. Intervención temprana	17
2.2. La terapia sistémica breve en la literatura científica	18
3. MARCO TEÓRICO	24
3.1. Trauma psicológico	24
3.1.1. Consecuencias negativas de los eventos altamente estresantes o potencialmente traumáticos	26
3.1.2. Consecuencias cognitivas	27
3.1.3. Consecuencias a nivel afectivo	28
3.1.4. Consecuencias a nivel interpersonal y social	30
3.1.5. Sintomatología postraumática	33
3.2. Trastorno de estrés agudo y estrés postraumático	33
3.2.1. Trastorno de estrés agudo	34
3.2.2. Estrés postraumático	37
3.2.3. Factores de riesgo de TEPT	41
3.2.4. Prevalencia de TEPT	41
3.3. Crecimiento postraumático	43
3.4. Bienestar subjetivo	45
3.5. Estrategias de afrontamiento	46

	5
3.5.1. Estrategias centradas en el problema y trauma	47
3.5.2. Estrategias centradas en la emoción y trauma	48
3.6. Rumiación	49
3.7. La terapia sistémica breve	51
3.7.1. El proceso terapéutico en la TSB	52
3.7.2. La fase inicial	53
3.7.3. Cultivando esperanzas para el futuro	54
3.7.4. Segunda fase	55
3.7.5. Tercera fase. Estrategias de cierre en terapia breve	56
3.8. Terapia breve centrada en soluciones	58
3.9. Terapia estratégica breve	60
3.10. Terapia narrativa	62
3.11. Terapia sistémica breve para personas traumatizadas	64
3.12. Impacto en los terapeutas que se dedican al tratamiento de situaciones traumáticas	68
3.12.1. Fatiga por compasión	68
3.12.2. Trauma vicario	69
3.12.3. Burnout	70
4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	73
4.1. Planteamiento del problema	73
4.2. Pregunta de investigación	75
4.3. Objetivo general	75
4.4. Objetivos específicos	76

	6
4.5. Hipótesis	76
5. MÉTODO	77
5.1. Diseño de investigación	77
5.2. Estudio 1	78
5.3. Participantes	78
5.3.1. Requisitos de ingreso	78
5.3.2. Criterios de exclusión	78
5.4. Instrumentos	80
5.4.1. Síntomas depresivos	80
5.4.2. Bienestar subjetivo	80
5.4.3. Sintomatología postraumática	80
5.4.4. Crecimiento postraumático	81
5.4.5. Alianza terapéutica	81
5.4.6. Entrevista semiestructurada	81
5.5. Procedimiento	82
5.6. Consideraciones éticas	83
5.7. Intervención	84
5.8. Análisis de datos	86
5.8.1. Análisis cualitativo	86
5.8.2. Análisis cuantitativo	87
6. RESULTADOS ESTUDIO 1	88
6.1. Análisis cualitativo	88
6.2. Análisis cuantitativo	92

6.3. Estudio 2	96
6.4. Participantes	96
6.4.1. Requisitos de ingreso	96
6.4.2. Criterios de exclusión	97
6.5. Instrumentos	98
6.6. Procedimiento	99
6.7. Análisis de datos	103
7. RESULTADOS ESTUDIO 2	104
8. DISCUSIÓN	106
8.1. Evaluación de la intervención piloto del protocolo en TSB	106
8.2. Ejecución del protocolo definitivo	110
8.2.1. Crecimiento postraumático	110
8.2.2. Sintomatología postraumática	111
8.2.3. Rumiación deliberada e intrusiva	113
8.2.4. Estrategias de afrontamiento	114
8.3. Limitaciones y perspectivas a futuro	116
8.4. Relevancia social e implicancias prácticas de los resultados obtenidos	119
9. CONCLUSIÓN	120
10. REFERENCIAS	123
11. ANEXOS	156
11.1. Protocolo de intervención	156
11.2. Formulario de consentimiento informado	187
11.3. Cuestionario sociodemográfico	190

11.4. Escala de rumiación relacionada al evento (ERRI)	192
11.5. Escala de estrategias de afrontamiento	193
11.6. Escala de sintomatología postraumática	194
11.7. Escala de depresión del Centro de estudios epidemiológicos (CES-D)	195
11.8. Escala de satisfacción vital	197
11.9. Escala de puntuación de la sesión (SRS)	198
11.10. Certificado tesista doctoral asociado a proyecto FONDECYT	199
11.11. Carta de comité de ética	200

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas de los participantes	79
Tabla 2: Puntajes totales obtenidos por cada usuario en las variables de estudio, en las evaluaciones pre, post y seguimiento	92
Tabla 3: Estadísticos descriptivos de las variables de estudio en las evaluaciones pre, post y seguimiento	94
Tabla 4: Estadísticos descriptivos de las medidas de alianza terapéutica	95
Tabla 5: Tipos de eventos estresantes vividos por los participantes (n=75)	97
Tabla 6: Variables sociodemográficas de los participantes	98
Tabla 7: Caracterización de los terapeutas	100
Tabla 8: Comparación de las variables pre y post intervención en ambos grupos	104
Tabla 9: Comparación entre pre, post-intervención y seguimiento en el grupo experimental	105

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Medias en pre, post y seguimiento de las variables dependientes	95
Figura 2: Diagrama Consort	102

RESUMEN

El estudio experimental realizado tuvo como objetivo evaluar la eficacia de un protocolo de intervención preventiva basado en la Terapia Sistémica Breve (TSB) destinado a personas que recientemente vivenciaron un evento altamente estresante. En una etapa inicial, se llevó a cabo un estudio piloto para evaluar el impacto del protocolo diseñado con este propósito, explorando la experiencia de los usuarios y terapeutas ajustando el protocolo según sea necesario antes de su implementación definitiva.

Después de evaluar el impacto y realizar los ajustes correspondientes, se procedió a la implementación del programa en tres ciudades de Chile: Concepción, Talca y Antofagasta, mediante un convenio de colaboración con las universidades Santo Tomás y Católica del Norte. Esto facilitó el contacto con los centros de atención psicológica en cada ciudad para llevar a cabo la intervención.

Posteriormente, se analizaron los beneficios de un protocolo de cuatro sesiones en relación con los síntomas postraumáticos (SPT), el crecimiento postraumático (CPT), la respuesta rumiativa y las estrategias de afrontamiento tras la exposición a un evento altamente estresante. En una muestra de 75 personas, 39 fueron asignadas aleatoriamente al grupo de intervención (experimental) y 36 al grupo de lista de espera (control). Se realizaron evaluaciones previas, posteriores y seguimientos. Los resultados revelaron un aumento del crecimiento postraumático, la rumiación deliberada, el afrontamiento centrado en el problema y la reinterpretación positiva en el grupo experimental. Sin embargo, solo se observó una tendencia no significativa en la reducción de la sintomatología postraumática y la búsqueda de apoyo social.

Estos hallazgos contribuyen al desarrollo de la Terapia Sistémica Breve y respaldan su utilidad en la intervención preventiva con personas expuestas a eventos altamente estresantes.

Es importante destacar que este estudio forma parte del Programa Hoy a Tiempo, un ensayo clínico registrado en ClinicalTrials.gov con el número NCT04314115, y es parte del proyecto respaldado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT) N° 1180134, financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) en Chile. Además, el estudio recibió la aprobación del Comité Ético Científico de la Universidad Santo Tomás mediante la resolución N° 30/2018.

PALABRAS CLAVES: Prevención, eventos altamente estresantes, sintomatología postraumática, rumiación deliberada, rumiación intrusiva, estrategias de afrontamiento, bienestar subjetivo y postraumático.

ABSTRACT

The experimental study aimed to assess the effectiveness of a preventive intervention protocol based on Brief Systemic Therapy (BST) for individuals who have recently experienced a highly stressful event. In an initial stage, a pilot study was conducted to evaluate the impact of the designed protocol for this purpose, exploring the experiences of users and therapists and adjusting the protocol as needed before its final implementation

After evaluating the impact and making corresponding adjustments, the program was implemented in three cities in Chile: Concepción, Talca, and Antofagasta, through a collaboration agreement

with Santo Tomás and Católica del Norte universities. This facilitated contact with psychological care centers in each city to carry out the intervention.

Subsequently, the benefits of a four-session protocol were analyzed in relation to post-traumatic symptoms (PTS), post-traumatic growth (PTG), ruminative response, and coping strategies after exposure to a highly stressful event. In a sample of 75 individuals, 39 were randomly assigned to the intervention group (experimental), and 36 to the waitlist group (control). Pre-assessments, post-assessments, and follow-ups were conducted. The results revealed an increase in post-traumatic growth, deliberate rumination, problem-focused coping, and positive reinterpretation in the experimental group. However, only a non-significant trend was observed in the reduction of post-traumatic symptoms and seeking social support.

These findings contribute to the development of Brief Systemic Therapy and support its utility in preventive intervention with individuals exposed to highly stressful events.

It is important to note that this study is part of the "Hoy a Tiempo" program, a clinical trial registered on ClinicalTrials.gov with the number NCT04314115, and is part of the project supported by the National Fund for Scientific and Technological Development (FONDECYT) No. 1180134, funded by the National Agency for Research and Development (ANID) in Chile. Additionally, the study received approval from the Scientific Ethics Committee of Santo Tomás University through resolution No. 30/2018.

KEYWORDS: Prevention, highly stressful events, posttraumatic symptomatology, deliberate rumination, intrusive rumination, coping strategies, subjective and posttraumatic well-being.

1. INTRODUCCIÓN

La reacción humana al estrés traumático representa uno de los desafíos más significativos en la salud pública actual, abarcando tanto la medicina como la psiquiatría modernas. Los eventos estresantes traumáticos y la manera en que los individuos y grupos enfrentan estas situaciones desempeñan un papel fundamental en el desarrollo no solo del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), sino también en la génesis de numerosos trastornos mentales y somáticos (Jakovljević et al., 2012).

Los factores estresantes o potencialmente traumáticos son más comunes de lo que se suele pensar, afectando a más del 50% de la población adulta. Además, dos de cada tres niños menores de 16 años han experimentado algún tipo de trauma psicológico en algún momento de sus vidas (Campos, 2016). Por ejemplo, los estudios poblacionales que investigan la frecuencia y factores asociados a la exposición a eventos potencialmente traumáticos son numerosos en los Estados Unidos, indicando que hasta un 89% de la población estadounidense ha experimentado al menos un evento a lo largo de su vida (Amstadter et al., 2013).

En el contexto de los desastres naturales en Chile, se ha observado que la atención a las consecuencias psicológicas de estos eventos se ha centrado principalmente en su impacto en la salud mental de las personas, evaluándola generalmente mediante la identificación de síntomas o trastornos psicológicos (Cova & Rincón, 2010). Esta evaluación es de suma importancia al considerar aspectos relacionados con la intervención preventiva. No obstante, es crucial destacar que esta evaluación no siempre revela elementos de crecimiento en individuos expuestos a situaciones adversas. En ocasiones, se pasa por alto la oportunidad que el trauma puede ofrecer en términos de desarrollo personal y crecimiento. Por lo tanto, resulta esencial explorar más allá de

los desafíos inmediatos del trauma, reconociendo el potencial para el fortalecimiento psicológico y el crecimiento personal en el proceso de recuperación.

Hasta el momento, aunque existe abundante literatura científica sobre el impacto del trauma psicológico y una creciente evaluación de programas preventivos para mitigar el malestar desde diversas perspectivas psicoterapéuticas, el ámbito de la TSB o uno de sus tres enfoques que la componen es un campo que se ha explorado de manera limitada. Por esta razón, este estudio busca presentar evidencia científica sobre el impacto de la intervención en los tres primeros meses después de la exposición. El objetivo es reducir los síntomas postraumáticos agudos y mejorar la adaptación posterior a la exposición al evento.

En relación a la capacidad de recuperación, el cambio y la habilidad para crecer después de la exposición a eventos estresantes o traumáticos, la evidencia muestra que, aunque algunas personas que enfrentan situaciones traumáticas desarrollan trastornos, en la mayoría de los casos esto no ocurre, y algunas personas incluso pueden aprender y beneficiarse de tales experiencias (Vera-Poseck et al., 2006). Tedeschi y Calhoun (1995) definen el CPT como la percepción de los cambios positivos que resultan del esfuerzo personal después de una crisis vital o un evento traumático. Varios estudios indican que la intervención psicológica preventiva no sólo podría reducir el impacto del trauma, sino también fomentar el crecimiento postraumático y generar cambios positivos en la autoconfianza, la autoestima y las relaciones interpersonales (Fernández-Ávalos et al., 2022).

En términos generales, la TSB puede describirse como un conjunto de procedimientos y técnicas de intervención diseñadas para asistir a los consultantes, ya sean individuos, parejas, familias o grupos, en la movilización de sus recursos para alcanzar sus objetivos en el menor

tiempo posible. Este enfoque adopta una perspectiva constructivista, focalizándose en el contexto interpersonal de los problemas y sus soluciones, y fomenta una colaboración activa con los usuarios (Herrero de Vega, 2016). En base a este enfoque, se ha estructurado el protocolo de intervención preventiva dirigido a personas que han experimentado recientemente un evento altamente estresante. Se evaluaron los beneficios de este protocolo, que consiste en cuatro sesiones, en relación con la SPT, el CPT, la respuesta rumiativa y las estrategias de afrontamiento después de la exposición a un evento altamente estresante.

El presente trabajo sigue la siguiente estructura: en la primera sección, denominada "Marco teórico", se exploran los antecedentes teóricos presentes en la literatura científica sobre la TSB, la SPT, el CPT, la Respuesta Ruminativa y las Estrategias de Afrontamiento.

Posteriormente, se describe la aplicación y evaluación del protocolo piloto de intervención, presentando los resultados y conclusiones más relevantes.

Finalmente, se aborda la evidencia empírica de la investigación, exponiendo el estudio, las variables, el método utilizado, los resultados y en la última parte se presenta la discusión.

2. ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA

2.1. Intervención Temprana

En la actualidad, existe evidencia limitada para intervenciones tempranas. Sin embargo, en base a la información disponible se ha recomendado proporcionar apoyo práctico, social y emocional poco después de un evento traumático (Bisson, 2008). No hacer nada conlleva el riesgo de crear una percepción de falta de apoyo social, lo cual se ha asociado con el desarrollo de TEPT después de eventos traumáticos (Lewis & Bisson, 2022). La evidencia actual indica que la intervención temprana tiene un impacto significativo en la reducción de la SPT (Metcalf et al., 2021).

Se han diseñado además intervenciones psicológicas breves, con el propósito de prevenir el TEPT. Un ejemplo es la intervención de reestructuración de la memoria desarrollada por Gidron et al. (2001), la cual tiene como objetivo ayudar a los sobrevivientes de trauma a organizar sus recuerdos del evento traumático. En un estudio controlado y aleatorizado de pequeña escala con víctimas de accidentes de tráfico, se observaron síntomas más bajos de TEPT entre los participantes que recibieron la intervención de reestructuración de la memoria. Un estudio de seguimiento, diseñado para replicar estos hallazgos, identificó un efecto específico de género: las participantes femeninas experimentaron una reducción de los síntomas de TEPT en el grupo de intervención, mientras que los participantes masculinos no mostraron el mismo efecto (Gidron et al., 2007).

Por otra parte, en un estudio llevado a cabo por Thew et al. (2023), se implementó una intervención temprana para el TEPT que prescindió de la exposición a los recuerdos traumáticos,

utilizando terapia cognitiva a través de internet. Los resultados preliminares indican que este enfoque abreviado de intervención temprana, que excluyó cualquier trabajo relacionado con la narrativa traumática o la actualización de la memoria, demostró ser eficaz en la reducción de los síntomas de TEPT, ansiedad y depresión, al mismo tiempo que mejoró el funcionamiento general en individuos que habían experimentado traumas recientes.

En un ensayo clínico de intervención temprana con terapia de Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares (EMDR), 26 personas que fueron víctimas de un ataque sexual (violación) recibieron un total de 3.5 horas de terapia EMDR divididas en dos sesiones. Los resultados mostraron disminuciones significativas en los síntomas de estrés postraumático entre las 2 y las 12 semanas posteriores al incidente (Covers et al., 2021).

2.2. La Terapia Sistémica Breve en la Literatura Científica

A continuación, se presentará una síntesis de varios estudios que han desarrollado modelos de intervención dirigidos a personas que han experimentado eventos altamente estresantes o potencialmente traumáticos, con el objetivo de mitigar el malestar psicológico derivado de estas experiencias. En particular, este apartado se enfocará en revisar el estado del arte con respecto a la intervención preventiva desde la perspectiva de la TSB o uno de sus tres enfoques integrados: Terapia Estratégica Breve (TEB), Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) y Terapia Narrativa (TN), en distintas ubicaciones geográficas, incluyendo Chile, donde se llevó a cabo el presente estudio.

La TSB es un modelo relativamente reciente, y a lo largo de su corta historia ha acumulado evidencia prometedora sobre sus resultados. A continuación, se presentará una síntesis de los estudios que fueron considerados relevantes para el desarrollo de este estudio.

En un estudio bibliométrico reciente realizado por Beyebach et al. (2021), se identificaron un total de 365 artículos originales de investigación de resultados publicados en revistas científicas sobre intervenciones centradas en soluciones. La mayor parte de estos estudios se llevaron a cabo principalmente en Estados Unidos, Irán y China.

En otra revisión sistemática de características similares, llevada a cabo por Neipp y Beyebach (2022), se identificaron un total de 251 documentos de investigación sobre intervenciones en TBCS. Sus hallazgos concluyeron que esta terapia demuestra efectividad transculturalmente, abarcando una variedad de prácticas (psicoterapia, coaching, asesoramiento escolar, etc.) y formatos de intervención (individual, grupal, familiar/parejas).

En Estados Unidos, Kim et al. (2016) llevaron a cabo un estudio para examinar la eficacia de un protocolo de intervención de TBCS en un grupo de adultos que enfrentaban problemas de abuso de sustancias y relacionados con el trauma. Los resultados revelaron que las personas que recibieron tratamiento basado en la TBCS experimentaron una disminución significativa en la sintomatología depresiva asociada a la experiencia traumática. Este resultado es sorprendentemente similar, dada la diferencia cultural, al encontrado por Habibi et al. (2016) en Irán. Estos investigadores llevaron a cabo un estudio cuasi-experimental con un grupo de 30 mujeres de entre 25 y 40 años de edad que participaron en una intervención centrada en soluciones de 8 sesiones. Los resultados mostraron una disminución significativa en la sintomatología depresiva después de finalizar la intervención.

En China, a través de un ensayo clínico, se investigó el impacto de un protocolo de TBCS para abordar el malestar psicológico en adolescentes y jóvenes diagnosticados con cáncer. Los 25 participantes del estudio recibieron intervención con un protocolo de 4 sesiones. Los resultados

indicaron una reducción significativa de la angustia psicológica (depresión y ansiedad), además de una mejora significativamente mayor en el nivel de esperanza en comparación con las personas del grupo control (Zhang et al., 2021).

En una revisión realizada por Eads y Lee (2019) se evaluaron cinco estudios que emplearon ensayos clínicos aleatorizados con personas sobrevivientes de trauma. Los resultados de la revisión indicaron que aquellos que recibieron tratamiento basado en la TBCS experimentaron un aumento en los niveles de CPT como parte de su proceso de superación del trauma.

Estos hallazgos respaldan la noción de que este enfoque centrado en fortalezas exhibe pruebas incipientes de su eficacia para el CPT, al transformar la relación de la persona con la experiencia traumática, favoreciendo así la adaptación, la integración y la recuperación (Coulter, 2014).

En otro estudio llevado a cabo en China por Zhang et al. (2014), utilizando un diseño cuasi-experimental, se buscó evaluar el impacto de una intervención grupal de TBCS en 43 madres con hijos diagnosticados con trastorno del espectro autista. Los resultados evidenciaron un mayor aumento en el CPT tanto en las mediciones post-tratamiento como en el seguimiento a 6 meses, en comparación con el grupo control que no recibió tratamiento.

En un ensayo controlado aleatorizado (ECA), Beauchemin (2015) diseñó una intervención grupal de siete sesiones basada en la TBCS con estudiantes universitarios en Estados Unidos, con un grupo control de apoyo grupal general; los resultados revelaron que los participantes del grupo centrado en la solución experimentaron un efecto significativo desde el inicio hasta siete semanas después, tanto en el aumento del bienestar como en la reducción del estrés, en comparación con el grupo de control. El programa de intervención incorporó estrategias característicamente asociadas

con la TBCS, como la pregunta del milagro, preguntas sobre excepciones y preguntas de escala, resaltando su enfoque colaborativo, orientado a metas, basado en fortalezas y proyectado hacia el futuro.

Los estudios sobre TN aplicada a personas que han experimentado eventos traumáticos son más limitados y han enfocado su atención principalmente en la reducción de la SPT en lugar del fomento en el crecimiento. En un ensayo controlado aleatorizado, Lopes et al. (2014) llevaron a cabo una evaluación de la eficacia de la TN individual para disminuir los síntomas de malestar emocional en una población de estudiantes, comparándola con un grupo que recibió terapia cognitivo-conductual y un grupo de control en lista de espera. Los resultados indicaron que la terapia cognitivo-conductual demostró ser más eficaz que la terapia narrativa en la reducción de la sintomatología depresiva. Sin embargo, la terapia narrativa mostró ser más eficaz que la terapia cognitivo-conductual cuando se evaluaron los resultados con una escala como el OQ-45, que mide síntomas, funcionamiento social y relaciones interpersonales como resultado de la intervención psicoterapéutica.

En un segundo ECA llevado a cabo por Chow (2018) con sobrevivientes de un accidente cerebrovascular, los participantes fueron asignados aleatoriamente a un grupo de intervención narrativa o a un grupo que recibió psicoeducación. Los resultados revelaron mejoras significativas en diversas medidas de resultado, como la autoestima, la esperanza, el sentido de la vida y la satisfacción con la vida, en el grupo narrativo. Estas mejoras se mantuvieron durante los cuatro meses posteriores a la intervención, a diferencia del grupo de control, que no experimentó mejoras similares.

En Chile, García y Rincón (2011) llevaron a cabo un ensayo clínico cuasi-experimental que proponía una intervención preventiva de cuatro sesiones basada en la terapia narrativa para mujeres recientemente diagnosticadas con cáncer de mama. Se comparó este grupo de intervención con un grupo de control en lista de espera. Los resultados evidenciaron una disminución en los síntomas depresivos y postraumáticos, así como una menor molestia física en el grupo de intervención. Estos cambios se mantuvieron hasta tres meses después de la intervención.

Dentro de las intervenciones clínicas más específicas relacionadas con TSB, destaca la propuesta del "árbol de la vida" (Denborough, 2011), la cual ha sido abordada en numerosos artículos que describen de manera didáctica el proceso de trabajo o presentan análisis cualitativos de sus resultados. Este método implica la creación de un dibujo que representa la propia vida del consultante. A medida que realiza el dibujo, el individuo integra las personas, actividades y espacios relevantes en su pasado, los elementos significativos de su vida actual, las fortalezas y virtudes que posee, sus expectativas hacia el futuro, las personas presentes en su vida actual, los "regalos" recibidos de esas personas y las amenazas que debe enfrentar (las "tormentas de la vida"). El proceso suele culminar con un ritual relacionado con el dibujo. Aunque esta estrategia deriva de la TN, el trabajo con el árbol de la vida resulta coherente con la TSB debido a su enfoque en las fortalezas y recursos, la exploración de expectativas futuras y la orientación hacia la resolución de problemas actuales.

En la literatura se encuentran dos propuestas de intervención desde la TSB destinadas a personas afectadas por eventos altamente estresantes (Confortín, 2007; Coulter, 2014). Aunque no constituyen evidencia empírica de sus resultados, las descripciones ofrecen utilidad al relacionarse con las propuestas ya descritas y respaldadas por evidencia.

En la primera propuesta (Confortín, 2007) se desarrolla un programa de terapia grupal que utiliza técnicas centradas en la solución para aliviar o disminuir eficazmente los síntomas traumáticos en personas expuestas a eventos altamente estresantes. Este programa, que consta de tres sesiones, incorpora técnicas como psicoeducación sobre el trauma, pregunta de escala, búsqueda de excepciones, exploración de fortalezas, pregunta del milagro y desarrollo de un plan de acción.

En la segunda propuesta (Coulter, 2014) se presenta un modelo de intervención sistémico basado en fortalezas para abordar a personas afectadas por un evento traumático. Este modelo se fundamenta principalmente en la TBCS y la TN, buscando ayudar a las personas a transitar de una posición de víctima a una identidad de sobreviviente. Las técnicas y principios incluidos son los señalados anteriormente para ambos modelos.

Erbes et al. (2014) llevaron a cabo un protocolo de TN que constaba de 12 sesiones con 11 veteranos diagnosticados con TEPT en Estados Unidos. Los resultados revelaron una elevada satisfacción por parte de los participantes y una reducción significativa de los síntomas de TEPT al concluir el tratamiento.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Trauma Psicológico

La respuesta humana al trauma psicológico es uno de los problemas de salud pública más significativos en el mundo. Eventos traumáticos como la violencia familiar y social, violaciones, asaltos, desastres, guerras, accidentes y violencia predatora exponen a las personas a un horror y una amenaza que pueden modificar su capacidad para afrontar la situación, su percepción biológica de amenazas y sus conceptos sobre sí mismos (van der Kolk, 2000).

Los eventos altamente estresantes o potencialmente traumáticos son sucesos que tienen el potencial de generar consecuencias negativas en las personas afectadas. Estos eventos representan alteraciones significativas en la historia de vida de un individuo, desafiando sus recursos adaptativos y provocando respuestas emocionales intensas (Sutin et al., 2010). En ciertas situaciones, tales eventos tienen el potencial de modificar la calidad de vida y el estado de bienestar de los individuos, aumentando la probabilidad de experimentar problemas como el TEPT y los trastornos depresivos (TD) (Forbes et al., 2020).

Según un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 21 países (2023), más del 10% de los participantes afirmaron haber sido testigos de actos de violencia (21,8%) o haber experimentado violencia interpersonal (18,8%), accidentes (17,7%), exposición a conflictos bélicos (16,2%) o eventos traumáticos relacionados con seres queridos (12,5%). El estudio estima que aproximadamente un 3,6% de la población mundial ha sufrido un TEPT en el último año.

Kessler et al. (2017) sostienen que aproximadamente el 70% de la población adulta mundial ha estado expuesta a un evento potencialmente traumático durante su vida. Estos sucesos pueden incluir agresiones físicas, abusos sexuales, accidentes de tránsito, desastres naturales, la pérdida repentina e inesperada de un ser querido, la ruptura de pareja y otros sucesos que ponen en peligro la salud o la vida. Kazlauskas et al. (2018) plantean que las experiencias traumáticas más prevalentes son: muerte inesperada y repentina de alguien cercano, sufrimiento humano grave, agresión física, accidentes de tránsito y maltrato físico en la infancia. Estas experiencias pueden dar lugar a diversos niveles de reacciones y alteraciones psicológicas. Estos eventos son comunes a nivel mundial, y cada persona experimenta un promedio de tres eventos a lo largo de su vida (Kessler et al., 2017).

El impacto físico y psicológico de estos eventos, puede perturbar la autoestima e identidad de la persona mucho tiempo después del evento mismo (Sutin et al., 2010). Tras un evento traumático, una persona puede presentar una mayor sensación de adormecimiento emocional de lo habitual (Horowitz, 2011). Cuando se acumulan los acontecimientos traumáticos y cuanto más estresantes sean los acontecimientos experimentados, mayor es la posibilidad de desarrollar problemas de salud mental (Myers et al., 2015). Las personas con mayores índices de estrés presentan mayor riesgo de depresión y TEPT en el futuro (Chen et al., 2023).

Estos eventos potencialmente traumáticos suelen generar terror e indefensión en las personas, poniendo en peligro la integridad física y psicológica. Además, supone un quiebre en el sentimiento de seguridad personal y una pérdida de confianza básica en las demás personas (Echeburúa & Amor, 2019). Los eventos potencialmente traumáticos pueden generar traumas, es decir, un daño psicológico –cognitivo, emocional, conductual, social y psicosomático– que puede perdurar en el tiempo en forma de secuelas postraumáticas (García & Beyebach, 2022). La

exposición a un evento de este tipo se convierte en una herida emocional que altera el funcionamiento habitual en una persona. Además, estos eventos sobrecargan los recursos disponibles y ponen en peligro la capacidad de las personas para afrontarlos (Gaborit, 2006).

Muller (2020) sostiene que el trauma es doloroso, una carga pesada que no hay manera de embellecer. Sin embargo, es una carga que se puede entender y compartir, hacer que sea menos terrible e incluso llegar a integrar.

En consecuencia, experimentar un evento potencialmente traumático a lo largo de la vida parece inevitable, ya que está presente en distintas circunstancias de la vida humana, por lo que, comprender la experiencia traumática, resulta un imperativo para los profesionales que ejercen la labor de ayuda.

3.1.1. Consecuencias Negativas de los Eventos Altamente Estresantes o Potencialmente Traumáticos

Los eventos altamente estresantes o potencialmente traumáticos son situaciones o experiencias que tienen el potencial de causar un impacto psicológico significativo y desencadenar respuestas de estrés extremas en las personas que los experimentan. Estas situaciones, variadas en naturaleza, pueden abarcar desde desastres naturales y eventos violentos hasta experiencias personales dolorosas como la pérdida de seres queridos, abusos o diagnósticos médicos graves. Las experiencias altamente estresantes y traumáticas suelen generar diversos elementos cognitivos, emocionales, conductuales y sociales que influyen en el resultado final (Taku et al., 2009).

3.1.2. Consecuencias Cognitivas

La memoria y la afectividad están estrechamente vinculadas; por lo tanto, la capacidad de recordar experiencias de vida está significativamente influenciada por el estado de ánimo de las personas. Las imágenes de un suceso traumático pueden integrarse en la memoria emocional de manera caótica y desestructurada, dando lugar a la aparición de pensamientos repetitivos no deseados, pesadillas y alteraciones de la memoria. Esto se refleja en forma de relatos fragmentados y desorganizados (Echeburúa & Amor, 2019).

La atención sesgada es otro fenómeno cognitivo relevante. En este caso, los recuerdos relacionados con el trauma irrumpen en la conciencia y resultan difíciles de ignorar. Constituye un recordatorio constante que capturan la atención de manera involuntaria, evocando malestar y ansiedad en quienes lo experimentan (Hayes et al., 2012). Esto implica, que la exposición a un evento traumático puede afectar el procesamiento atencional de información emocional relacionada con este evento, con alteraciones neurocognitivas que ocurren en una etapa temprana del procesamiento (Grégoire et al., 2021).

La disociación es un término que comprende cuatro fenómenos interrelacionados pero distintos. En primer lugar, está la fragmentación sensorial y emocional de la experiencia, donde los elementos de la vivencia no se integran en un todo unificado. En segundo lugar, la despersonalización y desrealización experimentadas en el momento del trauma. Además, la disociación engloba la despersonalización continua y la sensación de "ausencia" en la vida diaria. Por último, implica la capacidad de contener los recuerdos traumáticos dentro de estados del yo distintos, siendo esta una forma de protección psicológica ante experiencias difíciles (van der Kolk & Fisler, 1995). La disociación puede ser una respuesta a situaciones de estrés extremo o traumas, y no todos los episodios de disociación indican necesariamente un trastorno mental.

En lo que respecta al sistema de creencias, los eventos se consideran traumáticos en la medida en que las creencias fundamentales se ven amenazadas. El trauma implica un ataque repentino a nuestras creencias fundamentales, lo que puede desencadenar una intensa crisis psicológica (Jiménez et al., 2007). Con el objetivo de construir un significado a partir de sus experiencias, las personas necesitan establecer un proceso de conexión y coherencia tanto dentro de cada episodio narrativo como a lo largo de las diversas narrativas de sus vidas (Gonçalves, 2002). La situación en el caso de personas que han estado expuestas a un trauma resulta compleja, ya que el evento traumático es incomprensible en el quiebre narrativo que representa su experiencia.

La vivencia de un evento traumático tiene un impacto profundo en el significado de la vida. Este trauma genera un quiebre en el sentido del mundo, provocando la percepción constante de peligro y amenaza. Como resultado, se producen cambios en las creencias fundamentales e impulsa a las personas a enfrentar el desafío de reconstruir significados, buscando una nueva comprensión y coherencia en sus vidas (Janoff-Bulman & Frantz, 1997).

3.1.3. Consecuencias a Nivel Afectivo

El término estilos afectivos alude a las diferencias interindividuales en el uso habitual de estrategias para gestionar la información emocional (Hofmann, 2018). Durante los primeros días o semanas después de una situación traumática la mayoría de las personas experimenta reacciones emocionales intensas y perturbadoras, como insomnio, labilidad emocional, irritabilidad, recuerdos intrusivos sobre el evento y/o aversión a claves que recuerden el trauma (Figuroa et al., 2016). Estas respuestas son previsibles después de enfrentar un evento potencialmente traumático.

No obstante, debido a la persistencia del malestar que podría experimentar la persona, este empieza gradualmente a volverse crónico.

Con frecuencia se han identificado otras consecuencias emocionales como la depresión, trastornos de ansiedad, sentimientos de culpa y vergüenza (Pereda & Sicilia, 2017). Es común observar la rumiación, es decir, atribuirse a sí mismo la responsabilidad de lo sucedido y autocriticarse, como respuesta a eventos traumáticos. Esta conducta se vincula con sentimientos de culpa, especialmente en el contexto de los sobrevivientes (Campos et al., 2004).

Adicionalmente, es posible que las personas experimenten confusión, desorientación, pesadillas y encuentren dificultades para conectar con sus emociones (Lindert et al., 2014). Esto resalta la importancia de fomentar la expresión y regulación emocional en las personas, siendo un proceso de psicoterapia de apoyo una vía efectiva para lograrlo.

La manifestación y regulación de las emociones forman parte integral de la vida cotidiana y constituyen uno de los campos de estudio fundamentales en psicología. Aquellas personas afectadas por eventos potencialmente traumáticos deben enfrentarse a las emociones, en ocasiones intensas y negativas, que la situación genera. Para abordar esto, se recurre a estrategias de regulación emocional (Thompson, 1994). Una regulación emocional más efectiva reduce la vulnerabilidad a desarrollar síntomas de malestar emocional o recaídas (Compare et al., 2014).

García et al. (2023) en un estudio llevado a cabo con 1543 participantes en Chile, observaron que la supresión expresiva directamente predijo los síntomas postraumáticos. Además, se encontraron diferencias de género significativas, destacando que los hombres exhibieron una mayor tendencia a la supresión expresiva en comparación con las mujeres.

Esto implica que la inhibición de la expresión emocional se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo de los síntomas postraumáticos. Por el contrario, expresar estas emociones en lugar de reprimirlas y atribuir un significado más aceptable a los cambios generados por el evento traumático podría desempeñar una función potencialmente protectora.

Compartir verbalmente experiencias traumáticas puede ser beneficioso siempre que se integren emociones y reevaluaciones. Esto es especialmente favorable en circunstancias donde sea posible mantener cierta distancia psicológica con respecto al suceso, evitando la repetición y, por supuesto, siempre que la persona desee expresarlo de esa manera (Páez et al., 2004). Las emociones se entrelazan de manera intrínseca con el sistema social de la persona, dado que numerosas experiencias y expresiones emocionales cumplen funciones esenciales en la comunicación social (Hofmann, 2018). En este contexto, resulta fundamental reconocer que la contención emocional y el apoyo social desempeñan un papel crucial en el proceso de recuperación de un individuo.

3.1.4. Consecuencias a Nivel Interpersonal y Social

Las personas que han experimentado un evento traumático pueden experimentar afectaciones en varias áreas de sus vidas, siendo una de ellas la capacidad para establecer relaciones de confianza con los demás. Además, se observa una disminución en los niveles de calidad de vida, la ruptura de las redes sociales y afectivas, la modificación de los roles familiares y el desarraigo cultural (Charry-Lozano, 2016).

El aislamiento social se ha identificado como un factor de riesgo significativo para la salud mental. Aquellas personas que han experimentado eventos traumáticos a menudo atraviesan períodos de aislamiento y desconexión social. En muchos casos, este distanciamiento se convierte

en un mecanismo para controlar el malestar emocional, pero lamentablemente, esta situación tiende a agravar sus síntomas. Se ha identificado una conexión entre el aislamiento social y los síntomas de estrés postraumático, destacando especialmente en la relación inversa entre participación social y depresión (Portela & Machado, 2022). Las creencias que las personas tienen sobre sí mismas juegan un papel crucial en su respuesta a eventos traumáticos, como la evaluación de si poseen las habilidades adecuadas para enfrentar la situación (Bjornsson et al., 2020). En algunas instancias, estas creencias restrictivas contribuyen al aislamiento social, llevando a las personas a perder el contacto con su red social de apoyo.

Además, diversos estudios científicos han confirmado que diversas situaciones sociales son factores de riesgo para el agravamiento del impacto psicológico asociado al evento. Por ejemplo: la pérdida de empleo, la pérdida de identidad y valores, y la ruptura de vínculos afectivos (Vásquez & Pérez-Sales, 2003). Por ejemplo, en Chile, después del terremoto de 2010, se identificaron 10 factores predictores probables de TEPT. Entre ellos, se destacan la percepción de empeoramiento de las relaciones familiares después del evento, seguida del miedo intenso y haber experimentado la propia vida en riesgo (Cova et al., 2013). Por lo tanto, en cada proceso de intervención, la dimensión social de la persona cobra vital relevancia, ya que permite restituir los vínculos significativos para cada uno de ellos, fortalecer la conexión y el apoyo, factores clave para contrarrestar la intensificación del malestar.

La impredecibilidad e incontrolabilidad sobre lo que sucede, así como la soledad o el hacinamiento son problemas habituales para las personas en condiciones sociales de exclusión y pobreza. Diversos estudios sugieren que la vulnerabilidad socioeconómica conduce a una

vulnerabilidad psicológica a través de diversas variables, incluyendo entornos desfavorables y la presencia de personas en riesgo de exclusión y pobreza (Angulo, 2020).

En relación con las diferencias de género, un estudio epidemiológico realizado en México evidenció disparidades según el tipo de trauma. Las mujeres reportaron con mayor frecuencia experiencias de agresiones sexuales, mientras que los hombres informaron más agresiones físicas. Además, se observaron divergencias en el momento en que se experimentó el trauma, siendo más común en la infancia para las mujeres y en la adolescencia y edad adulta para los hombres. También se destacaron diferencias en el contexto de la relación, donde las mujeres informaron más violencia de pareja y familiar, mientras que los hombres reportaron más violencia perpetrada por amigos, conocidos y desconocidos (Lowe et al., 2015).

En consecuencia, la intervención en los efectos sociales de la experiencia de trauma es esencial para facilitar el proceso de recuperación de las personas afectadas. Esta intervención posibilita la creación de conexiones y apoyo social, la reducción del aislamiento, la restauración de la confianza, el fortalecimiento de recursos comunitarios y la promoción de la resiliencia. Estas acciones contribuyen a la formación de comunidades y grupos más solidarios, comprensivos y resilientes.

3.1.5. Sintomatología Postraumática

En lo que respecta al impacto de un evento traumático, un considerable número de personas experimenta síntomas postraumáticos sin cumplir con todos los criterios para el diagnóstico completo de TEPT. Los síntomas de algunas personas disminuirán rápidamente con el tiempo, en algunos casos fluctuarán, y en otros no habrá síntomas significativos inicialmente, pero luego se desarrollarán más síntomas con el tiempo (Bonanno, 2008).

Estudios respaldan la asociación entre la sintomatología depresiva y la conducta suicida en individuos que exhiben síntomas postraumáticos (González & Crespo, 2022). Además, se observan síntomas recurrentes, como la evitación de pensar o hablar sobre el trauma, la experiencia de sentimientos negativos como enojo o vergüenza, y el desarrollo de adicciones al alcohol y otras drogas (Harik et al., 2016). Se ha observado que las personas con antecedentes de eventos traumáticos presentan niveles más altos de depresión, ansiedad, estrés y sintomatología postraumática (Bados et al., 2013).

3.2. Trastorno de Estrés Agudo y Estrés Postraumático

El estrés se define como una respuesta adaptativa a estímulos aversivos del entorno y constituye una experiencia común en la vida cotidiana (Ding & Dai, 2019). Es crucial distinguir entre el estrés como una situación medible o un conjunto de circunstancias que amenazan el bienestar de las personas y la experiencia subjetiva de angustia frente al estrés. La vivencia personal del estrés puede manifestarse sin estar expuesto directamente al estresor, al mismo tiempo que la exposición al estresor puede ocurrir sin una experiencia subjetiva de estrés (Shields et al., 2023).

La evitación emocional, entendida como los esfuerzos por modificar la manera, la frecuencia o el entorno de las experiencias emocionales, se erige como un factor crucial en el proceso de desarrollo y persistencia del TEPT tras la exposición a situaciones traumáticas (Schick et al., 2020).

El trastorno de estrés agudo (TEA) y TEPT son condiciones psicológicas que pueden surgir como respuestas a experiencias traumáticas.

3.2.1. Trastorno de Estrés Agudo

A continuación, se detallan los criterios diagnósticos para el TEA según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

Cuadro 1. Criterios diagnósticos del TEA en el DSM-5.

DSM-5
A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. Nota: En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: Esto no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de la cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso(s) traumático:

Síntomas de intrusión

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

Estado de ánimo negativo

5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Síntomas disociativos

6. Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p. ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo).

7. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

Síntomas de evitación

8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

Síntomas de alerta

10. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

11. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

12. Hipervigilancia.

13. Problemas con la concentración.

14. Respuesta de sobresalto exagerada.

C. La duración del trastorno (síntomas del Criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma.

Nota: Los síntomas comienzan en general inmediatamente después del trauma, pero es necesario que persistan al menos durante tres días y hasta un mes para cumplir los criterios del trastorno.

D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica (p. ej., traumatismo cerebral leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

3.2.2. Estrés Postraumático

El TEPT, según el DSM-5, se manifiesta después de experimentar o presenciar un evento que conllevó una amenaza de muerte, muerte, una lesión grave o una amenaza física (Schobinger et al., 2020). Los síntomas del TEPT se clasifican en cuatro categorías: reexperimentación, evitación, cogniciones y estado de ánimo negativos, e hiperactivación. Es necesario que todos estos síntomas estén presentes durante al menos 1 mes y que interfieran tanto en la vida social como en la profesional.

A continuación se presentan los criterios diagnósticos según el DSM-5.

Cuadro 2. Criterios diagnósticos del TEPT en el DSM-5.

DSM-5

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
-

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).

3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.

3. Hipervigilancia.

4. Respuesta de sobresalto exagerada.

5. Problemas de concentración.

6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

3.2.3. Factores de Riesgo de TEPT

Los factores de riesgo para el desarrollo del TEPT dependen tanto del evento traumático como de las características individuales del que lo experimenta. La probabilidad de desarrollar TEPT variará según las características específicas del acontecimiento traumático, y se ha observado que la gravedad del estresor está relacionada con una mayor intensidad de los síntomas (Carvajal, 2002). Por ejemplo, en Chile se encontró un mayor riesgo de desarrollar TEPT luego de un desastre natural en las personas que tuvieron una mayor proximidad física al desastre y los que perdieron seres cercanos (Leiva-Biachi & Araneda, 2013a).

La investigación se ha centrado en el estudio de posibles predictores de TEPT para identificar a aquellos más vulnerables después de la exposición a un evento traumático. Metaanálisis han identificado historias previas de trauma, antecedentes psiquiátricos familiares, percepción de amenaza vital, escaso apoyo social y respuestas emocionales peritraumáticas como factores de riesgo para el TEPT (Kearns et al., 2012).

Alrededor del 9% de las personas que experimentan un evento traumático desarrollan TEPT, es decir, casi un 90% no desarrolla el trastorno. La proporción varía significativamente según el tipo de evento y las características individuales. Por ejemplo, las mujeres tienen el doble de probabilidades de verse afectadas por el TEPT (Breslau et al., 1998).

3.2.4. Prevalencia de TEPT

Se estima que entre el 37% y el 92% de la población experimentará un evento traumático en algún momento de su vida, y las encuestas indican que actualmente el 6.8% de los adultos estadounidenses sufren de TEPT. Esta prevalencia es notablemente más alta entre el personal

militar, con un 13.8% de los veteranos de la guerra en Iraq y Afganistán cumpliendo con los criterios del DSM-IV para el TEPT (Kearns et al., 2012).

La investigación actual sugiere que el riesgo de TEPT a lo largo de la vida es el doble en las mujeres en comparación con los hombres. Una teoría propone que la mayor prevalencia en las mujeres se debe a una mayor exposición a eventos relacionados causalmente con el TEPT, tales como el abuso sexual y la violación (Yehuda et al., 2015).

En Chile, tras el terremoto de 2010, la prevalencia del TEPT en todo el país fue del 11,1% (Abeldaño et al., 2013). La incidencia del TEPT fue más pronunciada en aquellas personas que experimentaron daños en sus hogares, llegando al 33%. Esta tendencia se acentuó en las mujeres, donde un 26% de la población presentó síntomas, siendo la hiperactivación el síntoma más común. En los hombres, la incidencia fue del 8%, con una mayor sintomatología de reexperimentación (Leiva-Biachi & Araneda, 2013a). En relación con niños, niñas y adolescentes, Cova et al. (2013) encontraron que la prevalencia del TEPT fue mayor en niñas, con un 30,4%, en comparación con el 15,0% en niños. Ambos grupos, tanto niñas y niños, mostraron una mayor sintomatología relacionada con la reexperimentación, como recuerdos intrusivos, malestar psicológico y síntomas de aumento de activación, como respuestas de sobresalto, hipervigilancia, dificultad de concentración e irritabilidad.

En Chile, la prevalencia del TEPT es del 4,4% en la población general, con una incidencia del 2,5% en hombres y del 6,2% en mujeres (Perez et al., 2009). Además, se observó que aproximadamente un tercio (39,7%) de la población investigada informó haber experimentado traumas. De este grupo, el 28,2% reportó un solo trauma, el 8,4% reportó dos traumas y el 3,1% reportó tres (Perez et al., 2009).

3.3. Crecimiento Postraumático

No todas las personas expuestas a eventos potencialmente traumáticos desarrollan una respuesta psicopatológica (Vásquez & Pérez-Sales, 2003). Es crucial comprender la capacidad de recuperación y crecimiento que algunas personas experimentan tras dichos eventos. Aunque algunas personas puedan desarrollar trastornos después de situaciones traumáticas, la mayoría no lo hace y, en algunos casos, incluso aprenden y se benefician de estas experiencias (Vásquez et al., 2009). A este proceso de aprendizaje se le conoce como CPT, que se define como la percepción de cambios positivos tras una crisis vital, un acontecimiento estresante o una experiencia traumática (Lahav et al., 2017; Tedeschi & Calhoun, 1995).

Se ha observado que las personas pueden experimentar cambios positivos en diversas áreas después de una experiencia traumática, como una mayor valoración de la vida, nuevas experiencias, mejoría en las relaciones interpersonales y cambios espirituales (Magne et al., 2021). Incluso en situaciones en las que la vida humana está en peligro, algunas personas pueden superar los obstáculos y seguir adelante. En este sentido, Tedeschi et al. (2015) proponen que aquellos que enfrentan eventos traumáticos, especialmente aquellos que resaltan la mortalidad humana, pueden ser más propensos a sentir compasión por los demás.

En relación a lo anteriormente señalado, este cambio en las personas no parece ser inusual, lo que lleva a la investigación a explorar los factores que contribuyen al CPT.

El CPT se experimenta comúnmente como una mayor apreciación por la vida, un sentido más fuerte de conexión espiritual o fe, el reconocimiento de nuevas oportunidades, el

reconocimiento de la fortaleza personal y/o un sentido más profundo de conexión con los demás (Dominick, 2022)

Según Calhoun y Tedeschi (2006), la respuesta de una persona al trauma se comprende como parte de un sistema complejo de bucles de retroalimentación. El modelo tiene en cuenta la relación bidireccional entre varios factores diferentes, que incluyen:

- Características de la persona
- Características de las circunstancias
- Manejo de la angustia emocional
- Crecimiento postraumático
- Proceso automático y deliberado de rumiación/compromiso cognitivo
- Auto-revelación emocional
- Influencias sociales y culturales
- Desarrollo narrativo
- Sabiduría

El CPT tiene implicaciones significativas en la intervención temprana con personas que han experimentado un trauma. Los terapeutas pueden empezar a ser conscientes de las experiencias de crecimiento de sus consultantes, lo que les permite brindar apoyo y contención emocional inmediata. Esto es crucial, ya que los clientes buscan inicialmente que alguien más comparta esta carga para reducir el aislamiento que implica sostenerla por sí mismos (Werdel & Wicks, 2012).

En primer lugar, los clientes buscan la terapia para ayudar a manejar su angustia con la esperanza de alivio completo. No acuden en busca de definiciones de crecimiento postraumático. Hay varios elementos esenciales para tratar el trauma, que incluyen:

- Desensibilización
- Crear una narrativa que dé sentido a los incidentes o al menos los haga comprensibles de alguna manera
- Recrear un sentido de seguridad
- Recrear una cosmovisión que abarque lo sucedido, así como una vida funcional después del trauma (Calhoun & Tedeschi, 1999)

3.4. Bienestar Subjetivo

Según Diener y Diener (1995), el concepto de bienestar subjetivo (BS) se puede clasificar en tres grandes categorías. En primer lugar, se refiere a la valoración positiva que un individuo hace de su propia vida. En segundo lugar, implica la prevalencia de sentimientos o afectos positivos sobre los negativos. Por último, aborda la noción de felicidad como virtud o gracia.

Se proponen dos componentes para la comprensión del concepto de BS: uno cognitivo y otro afectivo. El componente afectivo se centra en la satisfacción con la vida, reflejando la discrepancia percibida entre las aspiraciones y los logros de la persona. Este rango evaluativo abarca desde la sensación de realización personal hasta la experiencia de fracaso o frustración. El elemento afectivo constituye el plano hedónico, que engloba el agrado experimentado por la persona con respecto a sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Estos componentes están interrelacionados, ya que una persona que experimenta emociones placenteras

es más propensa a percibir su vida como deseable y positiva (García-Martín, 2002). Para Rodríguez-Fernández y Goñi-Grandmotangne (2011), el BS es el resultado de la interacción entre tres factores independientes: la satisfacción con la vida, el afecto positivo y el afecto negativo. En aquellas personas con un alto bienestar subjetivo, predominan las valoraciones positivas acerca de las circunstancias de su vida, mientras que aquellos con menor felicidad tienden a percibir la mayoría de los aspectos de su vida como negativos o como obstáculos para alcanzar sus objetivos.

El BS abarca las percepciones y emociones que las personas tienen acerca de sus vidas, así como las conclusiones cognitivas y afectivas a las que llegan al evaluar su existencia. Comúnmente, se hace referencia a la "felicidad" asociada al BS cuando las personas experimentan más emociones agradables que desagradables, se involucran en actividades interesantes y se sienten satisfechas con sus vidas (Cuadra & Florenzano, 2003).

En este estudio, la evaluación de esta variable se midió mediante la Escala de Satisfacción Vital (SWLS).

3.5. Estrategias de Afrontamiento

Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para manejar demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como exigentes o que superan los recursos de la persona. Según la definición de Hofmann (2018), comprende el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales destinados a manejar los factores estresantes. Hofmann destaca la existencia de dos tipos fundamentales de estrategias de afrontamiento: aquellas que se centran en el problema (orientadas a modificar la situación estresante) y las que se centran en la emoción (orientadas a regular la respuesta emocional al estresor).

En la literatura, han emergido dos enfoques predominantes para conceptualizar las estrategias de afrontamiento, clasificándolas como adaptativas o desadaptativas. La primera perspectiva aborda las estrategias de afrontamiento desde la óptica de estar centradas en el problema o en la emoción, mientras que la segunda las divide en estrategias centradas en el enfoque o en la evitación (Littleton et al., 2007).

Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se caracterizan por abordar directamente el desafío que genera angustia. Este enfoque implica la búsqueda de información sobre el estresor, la formulación de un plan de acción y la concentración en los pasos siguientes para gestionar o resolver el problema. Por otro lado, las estrategias centradas en la emoción se centran en manejar la angustia emocional asociada con el estresor, haciendo hincapié en el distanciamiento emocional de las emociones vinculadas al problema.

En el contexto de este estudio, se procedió a evaluar las estrategias de afrontamiento mediante las estrategias centrada en el problema, búsqueda de apoyo social y reinterpretación positiva de la situación.

3.5.1. Estrategias Centradas en el Problema y Trauma

Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema guardan similitud con las tácticas empleadas para resolver problemas. En consecuencia, los esfuerzos centrados en el problema se orientan frecuentemente hacia la definición del problema, la generación de soluciones alternativas, la evaluación de estas alternativas en función de sus costos y beneficios, la elección entre ellas y la implementación de la acción correspondiente (Lazarus & Folkman, 1984). Las personas suelen optar por estrategias centradas en el problema cuando perciben que tienen cierto

grado de control sobre la situación o los desafíos que enfrentan. Este enfoque implica abordar activamente los problemas, planificar soluciones y tomar medidas concretas para cambiar la situación.

Coyne y Racciopo (2000) han observado que las personas recurren a estrategias de afrontamiento centradas en el problema incluso en situaciones que escapan a su control. Un ejemplo de ello es el proceso detallado de planificación y organización que implica la realización de rituales funerarios comunes después del fallecimiento de un ser querido, lo que sugiere la aplicación de estrategias de afrontamiento centradas en el problema. De hecho, se podría argumentar que la meticulosidad requerida en la planificación sirve como una forma de distracción para aquellas personas que, de lo contrario, podrían sentirse abrumadas por el dolor. Por otro lado, se han encontrado evidencias que respaldan la efectividad del uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema para reducir el estrés, fomentar el ajuste social y mental, así como mejorar la calidad de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama (Samami et al., 2021).

3.5.2. Estrategias Centradas en la Emoción y Trauma

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción conforman un conjunto amplio que comprende procesos cognitivos destinados a reducir la angustia emocional. Este conjunto abarca prácticas como la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y la identificación de valor positivo en eventos negativos.

Se ha constatado consistentemente en la literatura de afrontamiento que existe una relación positiva entre el afrontamiento centrado en la emoción y la angustia. En muchos casos, este tipo

de afrontamiento se presenta después de la experiencia de angustia en lugar de contribuir activamente a aliviarla. Se subraya la complejidad al intentar determinar si el exceso de afrontamiento centrado en la emoción llevó a la resolución específica de episodios estresantes o simplemente reflejó la resolución angustiante de estos episodios. Este desafío explicaría la aparente consistencia en los hallazgos que indican que diversas formas de afrontamiento centrado en la emoción están positivamente asociadas con la angustia (Coyne & Racciopo, 2020).

En la investigación llevada a cabo por Dlugosz (2023), que incluyó a 737 refugiados de guerra ucranianos, se llegó a la conclusión de que las estrategias centradas en la emoción, como rezar, distraer la atención participando en diversas actividades o tomar sedantes, resultaron ser ineficaces. Los niveles más elevados de trastornos se manifestaron especialmente entre aquellos refugiados que expresaron sentir resignación.

3.6. Rumiación

La rumiación se define como un proceso cognitivo, a menudo también verbal, repetitivo y desadaptativo, generalmente centrado en el pasado, asociado a procesos autorreferenciales negativos y afecto negativo (Hofmann, 2018). Esta preocupación constante, manifestada en pensamientos que enfocan la atención en el estado depresivo de la persona, resulta en un aumento del afecto negativo, lo que dificulta la adopción de estrategias de afrontamiento adaptativas. Según Papageorgiou y Wells (2004), la rumiación se caracteriza como una categoría de pensamientos conscientes que se enfocan en un tema instrumental común y se repiten sin la presencia de demandas ambientales inmediatas que requieran la atención de dichos pensamientos. En situaciones de trauma, la rumiación puede manifestarse como la persistente repetición de pensamientos intrusivos relacionados con la experiencia traumática.

Calhoun et al. (2000) han diferenciado entre rumiación intrusiva (RI) y deliberada (RD). La RI se puede conceptualizar como una serie de pensamientos no deseados e intrusivos, a menudo perturbadores, siendo un síntoma de angustia (Watkins, 2000). Para Cann et al. (2011), son invasiones no solicitadas en el mundo cognitivo de uno, pensamientos sobre una experiencia que uno no elige traer a la mente. La rumiación intrusiva se refiere a un proceso cognitivo en el que las personas centran su atención en la percepción negativa de eventos traumáticos, con eventos traumáticos invadiendo el mundo cognitivo de las personas de manera incontrolable (Nolen-Hoeksema & Davis, 2004).

En el estudio de Taku et al. (2009), se observó que las rumiaciones intrusivas poco después del evento estaban positivamente relacionadas con el CPT. Se presume que este vínculo se debe a que estas rumiaciones intrusivas contribuyen a preparar el terreno para un procesamiento cognitivo adicional, aunque no necesariamente porque tengan una influencia positiva directa en el crecimiento. Por otro lado, el estudio de Wisco et al. (2023) reveló que la rumiación centrada en el trauma condujo a un aumento en la angustia subjetiva, sin lograr atenuar las respuestas emocionales o fisiológicas.

Mientras que la RD significa que las personas reconsideran y reflexionan proactiva y repetidamente sobre el evento traumático y los hechos relacionadas con los eventos traumáticos (Cann et al., 2011; Nolen-Hoeksema & Davis, 2004). Los pensamientos pueden ser voluntarios y controlados y puede considerarse un proceso de resolución de problemas (Cann et al., 2011).

En el estudio de Xu et al. (2019), se observó que la RD estaba positivamente relacionada con el CPT. La RD ayuda a los sobrevivientes a buscar el significado del desastre y concentrarse en los aspectos positivos del evento, contribuyendo así al logro del CPT.

3.7. La Terapia Sistémica Breve

Beyebach (2016) define TSB como la integración de tres modelos terapéuticos: TBCS, que constituye el “modelo base”, la terapia del Mental Research Institute (MRI) y la TN. Estas tres escuelas de psicoterapia, tienen muchos elementos en común que les permite integrarse cómodamente en proceso psicoterapéuticos reales (García, 2013).

Es, por tanto, un enfoque de trabajo dinámico y flexible desde el punto de vista epistemológico y en sus estrategias de intervención. Se trata de un enfoque constructivista, que se centra en el contexto interpersonal de los problemas y las soluciones, y que promueve una colaboración activa con los usuarios (Herrero de Vega, 2016). Nuestro mundo se forma a través de una red de relatos o narrativas múltiples, y estos relatos establecen los marcos a través de los cuales tomamos conciencia de nosotros mismos y de los demás (Sluzki, 1995). Para Mahoney y Granvold (2005) desde el constructivismo, la experiencia humana implica una agencia activa continua, y la capacidad de autoorganización y la creación de significado se ven influidas por procesos sociales-simbólicos.

Así, la conversación terapéutica se configura como un espacio social de encuentro. Además, representa una oportunidad para un diálogo generativo, una invitación a la reflexión y al aprendizaje conversacional, donde pueden surgir procesos emergentes y eventos novedosos que fomenten la co-construcción de nuevas posibilidades (Schnitman, 2015).

Esta forma de trabajar en psicoterapia ofrece un número mayor de estrategias, técnicas o maniobras de intervención, siempre centrada en la persona (consultante) y su contexto, con énfasis en el cambio y crecimiento a través de sus recursos y habilidades en el menor tiempo posible. Desde esta perspectiva, hacer un esfuerzo constante y deliberado por que los consultantes

recuperen cuanto antes su propia competencia, no es sólo una estrategia, sino también una manera de hacer la intervención más exitosa (Beyebach, 2006). Es por ello que el/la terapeuta se posiciona desde una propuesta no normativa y respetuosa de intervención, centrada en la curiosidad genuina de conocer los saberes y habilidades que cada persona pone en marcha como forma de combatir su problema, fortaleciendo lo que funciona y hace bien, para luego conectar la terapia con sus metas y objetivos, favoreciendo el desarrollo de un mínimo de esperanza inicial para su proceso de cambio en curso. Los tres integrantes de la TSB comparten su interés por la alianza terapéutica y por ajustarse a la posición de los consultantes (Beyebach, 2016).

La TSB coloca el interés en los recursos y fortalezas de las personas que han vivenciado un evento potencialmente traumático. La flexibilidad que brinda la integración de tres modelos permite abordar –respetuosamente– la forma en particular que tiene una persona para comprender y significar su experiencia, favoreciendo el crecimiento y la esperanza.

En cuanto a las características del modelo, García y Beyebach (2022) proponen que para trabajar las secuelas de la traumatización, los tres modelos presentan estrategias diferentes pero complementarias: la idea de bloquear patrones problemáticos, central en la TBE, mantiene una relación dialéctica con la de potenciar patrones positivos, que caracteriza la TBCS, y ambos planteamientos se van enriqueciendo con la conexión de patrones sociales y biográficos más amplios que aporta la TN.

3.7.1. El Proceso Terapéutico en la TSB

Para proporcionar una comprensión más detallada de la TSB, se presentará una simplificación del proceso terapéutico, basada en el modelo y representada en tres momentos clave. Es relevante destacar que esta descripción aborda solo una fracción de las numerosas

técnicas disponibles en cada enfoque que constituye la TSB. Además, es importante señalar que esta exposición no guarda relación con el protocolo específico diseñado ad hoc para la intervención preventiva, que constituye el objetivo central de este estudio.

3.7.2. La Fase Inicial

La fase inicial y las técnicas empleadas en el proceso terapéutico siguen una estructura que no llega a ser rígida, pues ofrece la flexibilidad necesaria para facilitar la adaptación durante el encuentro. García y Schaefer (2015) proponen una estructura trifásica para la primera entrevista, proporcionando un marco que permite una mayor maniobrabilidad en el desarrollo del proceso terapéutico. En este primer contacto la relación terapéutica es crucial, aquí se reconoce con tranquilidad como un espacio de dos expertos que conversan (Celis & Ceberio, 2016). La comunicación es inevitable; no existe la no-conducta. En otras palabras, resulta imposible no comportarse (Watzlawick et al., 1981). Desde el primer encuentro, el terapeuta debe permanecer atento a cada palabra y acción del cliente. Esto no solo sirve como una vía para comprender su mundo, sino también como un medio para identificar la mejor manera de brindarle ayuda, adaptándose a sus necesidades de manera óptima.

La primera fase se caracteriza por el establecimiento del encuadre e indagación de la fase social. La segunda fase se enfoca en la indagación del motivo de consulta y la co-construcción de objetivos, y la tercera fase aborda aspectos como el mensaje final, la entrega de tareas y el encuadre final. El formato de sesión consiste en co-crear un clima terapéutico propicio para el cambio, entrevistar en busca de posibilidades y retroalimentación del cliente como guía para adaptar las relaciones terapéutica (Selekman & Beyebach, 2013). Otras técnicas básicas en la primera fase

son; buscar cambios pre-tratamiento, preguntas de proyección al futuro y trabajar con excepciones (Rodríguez-Morejón & Beyebach, 1994).

Asimismo, en esta primera etapa es muy importante la fase social. Hablar con los consultantes sobre sus gustos, de su trabajo y aficiones, crea un contexto más positivo para la conversación posterior y a menudo genera información que más adelante será de utilidad (Beyebach, 2006).

3.7.3. Cultivando Esperanzas Para el Futuro

El impacto de una experiencia traumática se ve agravado cuando las personas en el círculo social del afectado no logran comprenderla o no le brindan la atención necesaria. Es esencial para el terapeuta comprender la percepción del consultante respecto a su red social, sus relaciones y la valoración que hace del apoyo y cuidado recibido. Esta comprensión puede tanto fortalecer la esperanza de cambio en el proceso terapéutico como debilitarla.

Para fortalecer la esperanza hacia el futuro, se implementan diversas estrategias; entre ellas, la sugerencia de escribir una "Carta desde el futuro". Esta técnica implica que el consultante elabore una carta en la que se dirija de manera ficticia a su yo actual desde su yo futuro, quien ha logrado superar las dificultades actuales. Este ejercicio busca fomentar una perspectiva positiva y alentadora, generando una visión optimista y fortaleciendo la confianza en la posibilidad de un futuro mejor (García et al., 2023a).

3.7.4. Segunda Fase

El proceso se desarrolla aprovechando los recursos del consultante, sus conocimientos y su lenguaje. En este sentido, Watzlawick (1980) afirma que utilizar el lenguaje del cliente permite conocer su concepción del mundo, expectativas, sueños y esperanzas. Se emplea el lenguaje en su sentido más amplio para establecer una comunicación efectiva y expresar conjuntamente las ideas durante la interacción terapéutica.

En lo que respecta a las técnicas fundamentales de esta fase, se destaca la identificación de los intentos de solución que han resultado infructuosos, convirtiéndose en problemas al no lograr resolver la situación (Ceberio, 2017). Para abordar esta situación, Watzlawick et al. (1976) sugieren llevar a cabo una investigación de las soluciones intentadas hasta el momento, definir de manera clara el cambio específico a realizar, y formular e implementar un plan para lograr dicho cambio.

Otras maniobras en esta fase son las reestructuraciones, reencuadres, redefiniciones y prescripciones de comportamiento (Nardone, 1997).

También resulta beneficioso continuar el proceso explorando y ampliando las excepciones al problema, empleando preguntas en formato de escala o porcentaje para medir la percepción de cambio entre sesiones, y utilizando la "pregunta milagro", abordando su elaboración durante las sesiones terapéuticas (Selekman, 1996).

La utilización de metáforas en este proceso se convierte en una herramienta valiosa, ya que permite la comparación de entidades diversas con el propósito de desplegar y ampliar significados que puedan encontrarse cerrados debido a formas específicas y limitadas de lenguaje. Este enfoque, basado en categorías discursivas cercanas, cotidianas y cargadas de experiencias

significativas, encuentra respaldo en el trabajo de García et al. (2016b). Al recurrir a metáforas, se logra trascender las limitaciones de expresión lingüística convencional, posibilitando una comprensión más rica y multifacética de los temas abordados. Estas comparaciones entre entidades distintas sirven como puente para explorar nuevas perspectivas, desafiando las estructuras preexistentes y facilitando una comunicación más profunda y enriquecedora.

En esta etapa del proceso, el uso de metáforas es esencial, como se mencionó anteriormente. Además, las tareas desempeñan un papel complementario fundamental en el desarrollo de esta fase. La práctica de la observación y registro tiene el propósito de generar conciencia en los clientes sobre las excepciones ya presentes, alentándolos a enfocarse en los cambios que desean que continúen manifestándose (Nunnally & Lipchik, 2008). Ejemplo de tareas son: la carta desde el futuro, la tarea de la predicción, un milagro para mañana, la carta para los días malos y consejos del experto (Herrero de Vega & Beyebach, 2010). El cliente escoge pequeñas tareas por sí mismo de forma experimental, de modo que pueda poner a prueba su futuro preferido (Metcalf, 2020).

3.7.5. Tercera Fase. Estrategias de Cierre en Terapia Breve

En la terapia breve, el proceso terapéutico concluye una vez alcanzado el objetivo terapéutico inicial. Aunque pueda parecer obvio, lograr este cierre no siempre es sencillo, ya que suelen surgir desafíos con los clientes en esta etapa. También se presenta la necesidad de comprender cómo abordar la situación cuando ya no hay más aspectos específicos que trabajar en respuesta a la queja inicial presentada.

En la mayoría de los casos, será el terapeuta quien sugiera el momento adecuado para finalizar el tratamiento, esperando, por lo general, la conformidad del cliente (Fisch et al., 1984).

En esta fase, es crucial centrarse en atribuir la responsabilidad del cambio al paciente, reconociendo que el mérito recae en sus propios recursos; el terapeuta ha desempeñado un papel estimulante (Nardone, 1997).

El final del proceso terapéutico no deja de ser una despedida, y, por tanto, es una transición marcado por rituales de cierre (García-Martínez, 2012). La incorporación de rituales en la terapia puede usarse para validar y solidificar aún más el cambio del cliente, honrando los pequeños pasos, a menudo no celebrados, que el cliente está dando hacia encontrar una solución suficiente. La inclusión de rituales celebratorios en la consejería centrada en soluciones también brinda a los clientes la oportunidad de conmemorar su pasado, mientras mantienen una orientación centrada en soluciones (Crockett & Prosek, 2013).

La TN desempeña un papel crucial en los rituales de cierre, especialmente en la entrega de contradocumentos terapéuticos. Estos documentos tienen como objetivo favorecer la redescipción de las identidades de las personas, alejándolas de las convenciones sociales preestablecidas (White & Epston, 1993).

García y Schaefer (2015) ofrecen ejemplos concretos de rituales de cierre y contradocumentos terapéuticos:

- Carta a otro consultante
- Carta al problema
- Fiesta de la victoria
- Certificados y diplomas
- Símbolo del triunfo

3.8. Terapia Breve Centrada en Soluciones

La TBCS es una intervención a corto plazo basada en las fortalezas, que se centra en la creación de soluciones a los problemas generados por las personas (Kim et al., 2016). En palabras del creador del modelo, sería utilizar lo que el paciente trae consigo para satisfacer sus necesidades de modo tal que pueda lograr una vida satisfactoria por sí mismo (de Shazer, 1986). Uno de sus principios fundamentales sostiene que los clientes poseen fortalezas y recursos intrínsecos para ayudarse a sí mismos (Lipchik, 2004).

La tarea de la terapia breve consiste en ayudar a los clientes a hacer algo diferente, cambiando su comportamiento interactivo con el problema; para ello resulta necesario definir objetivos terapéuticos alcanzables y medibles junto a cada persona, que se conviertan en un desafío a alcanzar durante el proceso terapéutico. De Shazer et al. (1986a) propusieron que trabajar con un objetivo concreto proporciona una forma de medir la utilidad de la terapia para el cliente y, lo más importante, el objetivo ayuda a crear la expectativa de un futuro que no incluya la queja.

En relación a lo anterior, la labor del terapeuta comienza por negociar con su consultante un problema resoluble. Si durante el transcurso de la conversación inicial no conseguimos eliminar el problema, nuestra siguiente prioridad es hacer que el problema parezca más manejable y menos impermeable a una resolución de problemas creativa (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990). Desde este punto de vista, el trabajo se convierte en un espacio de co-creación de un problema, que luego se interviene a través de diversas estrategias dirigidas a modificar la manera de construir su experiencia problemática y la aplicación de soluciones efectivas. De esta forma, consultante y terapeuta construyen juntos una realidad terapéutica (de Shazer, 1988), ahora transformándose en conversaciones esencialmente centradas en el cambio.

Por lo tanto, los terapeutas invitan a sus clientes a co-construir activamente una descripción detallada de cómo sería su vida cuando las cosas vayan mejor, visualizando recursos y oportunidades de cambio. El foco central del trabajo está centrado en el futuro y dirigido a objetivos, utilizando preguntas diseñadas para identificar excepciones (momentos en los que el problema no ocurre o podría ocurrir menos en la vida del cliente), soluciones (descripción de cómo sería su vida sin el problema) y escalas que se utilizan para medir el nivel de progreso durante el proceso terapéutico (Trepper et al., 2006).

Descubrir excepciones al problema se convierte en una labor esencial para el terapeuta, toda vez que, a través de esta indagación, busca evocar recursos y habilidades que la persona pierde de vista producto del impacto que ejerce el problema sobre su vida. Por tanto, las personas suelen darse cuenta por primera vez de que gran parte de su vida transcurre sin el problema, y que, de alguna manera están haciendo lo correcto para que ocurra así (O'Hanlon, 2001).

Indagar excepciones en el comportamiento de quien está enfrentándose a un problema pareciera ser un acto de legítima rebeldía, considerando que va en dirección opuesta a lo que la cultura dominante establece como intervención en psicoterapia. Una vía de entrada rápida a las excepciones es indagar el cambio pretratamiento, con preguntas como: ¿Qué cosas han empezado ya a ir mejor en su caso? (Rodríguez-Morejón & Beyebach, 1994). Pero seguir explorando dichas excepciones, instaurando implícitamente en la persona la tendencia a monitorear sus conductas, acciones y momentos diferentes en que el problema no se presenta, midiendo y evaluando lo nuevo y positivo en su vida, es lo que hace que la psicoterapia sea merecedora de la categoría de arte (Concha-Ponce, 2016). Siempre es posible contar otra historia diferente. Las narrativas no representan los hechos, el significado que tienen se generan al momento de realizarlas, de manera que al contar el relato de otra manera, el significado cambiará (García-Martínez, 2012).

Finalmente, la TBCS es un método para facilitar el cambio a través del lenguaje que aumenta las emociones positivas, mediante la creación del contexto para el cambio en el que aumente la esperanza y la competencia personal (Froerer et al., 2018).

3.9. Terapia Estratégica Breve

Esta forma de pensar y hacer terapia se nutre del paradigma constructivista, que ofrece un modelo explicativo acerca de cómo los seres humanos estamos en contacto con la realidad. El Constructivismo brinda un sustento epistemológico, teórico y metodológico claro de cómo los seres humanos participan activamente en la construcción de su realidad (Celis & Ceberio, 2016). De este modo, de forma activa y dinámica, se pone énfasis en las co-construcciones relacionales de significado (Neimeyer, 2013). Por lo tanto, se puede considerar que la construcción de significado de cada persona, también está circunscrita a las relaciones de las cuales forma parte.

En este sentido, se considera que la construcción de realidades puede ser entendida como un juego de recursividades que involucran tres planos: el racional o de pensamiento, el cibernético o pragmático y el emocional. Tales recursividades se producen en el proceso narrativo: observamos lo que nosotros mismos construimos y construimos lo que estamos observando (Ceberio & Linares, 2010).

Profundizando en cada uno de los modelos descritos, desde la TEB no importa conocer cómo se inició el problema, pero mantiene el principio de que los problemas persisten debido a la insistencia con la que la persona intenta resolverlos; a esa actitud la llaman la solución intentada (Fisch & Schlanger, 2002). La intervención se enfoca en el momento presente del cliente, con el objetivo de definir el problema mediante términos descriptivos en lugar de explicaciones extensas (Schlanger et al., 2019).

Desde el modelo, el foco de intervención está centrado en el problema, en corregir soluciones que intensifican la dificultad original, estableciendo cambios en las pautas de conducta que sostienen la retroalimentación problemática. En otras palabras, el problema surge como consecuencia de los intentos fallidos por resolverlo, agravado por el hecho de que dichos esfuerzos se han convertido en el problema (Ceberio, 2017). Por lo tanto, el foco central de la intervención consiste en bloquear los patrones problemáticos como resultado de poner en marcha soluciones ineficaces ante el problema que aqueja a la persona. Esta idea de bloquear patrones problemáticos permite abordar diversos síntomas de estrés postraumático, como la rumiación intrusiva, la ansiedad o las conductas de evitación (García & Beyebach, 2022).

En la fase de interacción, después de comprender el problema, el terapeuta guía a los clientes hacia la definición de los cambios deseados. Este momento es crucial para establecer metas concretas en el proceso terapéutico (Haley, 1980). Al comprender a la persona y posteriormente establecer metas concretas de intervención, es beneficioso entender la postura del cliente para así mantener el cambio a lo largo del proceso.

La utilización de la postura del cliente es esencial en este modelo. Por ello, el terapeuta adoptará el lenguaje y estilo comunicativo del cliente con el fin de prevenir resistencias y fomentar su colaboración (Fisch et al., 1984).

Luego, el proceso terapéutico continúa con instrucciones conductuales a través de solicitudes directas e instrucciones paradójicas. Las solicitudes directas implican pedir cambios específicos en el comportamiento del paciente, mientras que las instrucciones paradójicas consisten en prescribir acciones que parecen contradecir los objetivos buscados, pero que en realidad tienen como propósito avanzar hacia ellos (Weakland et al., 1974).

3.10. Terapia Narrativa

Desde la TN se sostiene que los seres humanos interpretan activamente sus experiencias a medida que van viviendo sus vidas (White, 2002). Por tanto, conocer el significado que cada persona le está dando a su experiencia de trauma, resulta crucial para comprender el impacto de éste en su vida y, al mismo tiempo, encontrar nuevas alternativas. El terapeuta narrativo, mediante la re-autoría, busca que las personas exploren otras historias, alternativas al problema. En el desarrollo de estas historias alternativas, en la exploración de estos otros territorios, las historias del dolor y trauma no se invalidan, no se borran, lo que pasa es que como resultado de estas conversaciones, la persona encuentra otro lugar para pararse sin que sienta que esta experiencia la define (White, 2004).

Así también, otro principio de la TN consiste en observar y reconocer las formas en que las personas responden a las experiencias traumáticas por las que han pasado. Las personas siempre responden a los momentos difíciles. Hacen cosas para protegerse a sí mismos y a los demás (Denborough, 2012). Las personas responden al trauma de la mejor forma que saben y pueden (White, 2015). Estas respuestas ofrecen un mapa para conocer y explorar aquello que es importante para las personas, sus valores e intereses, fortaleciendo su agencia personal.

En la TN, el terapeuta invita a la persona a hablar de sus problemas y la escucha con interés. White define las “descripciones saturadas del problema” como un relato dominante de la vida de una persona. El terapeuta acepta y toma en serio esta descripción; pero, al mismo tiempo, asume que es solamente parte de la historia (Payne, 2002). Además, orienta la conversación hacia la identificación de logros aislados, buscando descubrir intenciones y acciones que contradigan la descripción saturada de los problemas en la vida de la persona (White, 1994).

La narración de la propia historia se presenta como una herramienta significativa para dar estructura y forma a la realidad (Sharim et al., 2011). En el ámbito terapéutico, este proceso se ve facilitado por el uso de un lenguaje externalizador por parte del terapeuta. Este enfoque implica la transmisión de la idea de que los problemas experimentados por el individuo no son intrínsecos a su identidad, sino que tienen efectos externos en su vida.

Al adoptar el lenguaje externalizador, el terapeuta logra desvincular al individuo de su problema, sugiriendo de manera indirecta que este último no forma parte integral de su ser. En lugar de considerar los desafíos como una parte inmutable de la persona, se resalta que estos tienen impactos observables en diferentes aspectos de la vida del individuo. Este enfoque no solo busca desmitificar el problema, sino también abrir espacio para la exploración de soluciones y estrategias que permitan a la persona superar las dificultades.

En resumen, la narración de la propia historia, guiada por un lenguaje externalizador, se erige como una herramienta terapéutica valiosa al proporcionar una perspectiva que separa al individuo de sus problemas, fomentando así un enfoque más objetivo y constructivo hacia la resolución de conflictos.

Finalmente, la TN busca enriquecer nuevos relatos, alternativos a la descripción saturada del problema que está en la narración de una persona inmersa en una dificultad. Para lo anterior, este protocolo de intervención incluye estrategias de intervención clave como el Árbol de la Vida, que consiste entre otras cosas, en una forma de conocer cómo las personas responden al trauma, para asegurar un territorio de identidad preferido desde donde hablar y hacer visibles sus respuestas de resistencia (Latorre, 2010). Esta metodología de trabajo, además busca promover

conversaciones centradas en las historias de las habilidades, sueños y esperanzas de las personas que responden a un trauma y favorece la re-autoría de su identidad (Denborough, 2018).

3.11. Terapia Sistémica Breve Para Personas Traumatizadas

Los enfoques informados por el trauma han surgido en parte debido a la evidencia de que las experiencias de trauma impactan fundamentalmente en las perspectivas, relaciones y formas de interactuar con los servicios y el personal por parte de los sobrevivientes (Sweeney et al., 2016). En consecuencia, en un servicio, tratamiento o terapia informada por el trauma, se brinda atención de manera que los sobrevivientes puedan participar sin experimentar o agravar daños. Este enfoque se ha resumido como las "cuatro R": un programa, organización o sistema informado por el trauma reconoce el impacto generalizado del trauma y comprende posibles caminos hacia la recuperación; reconoce los signos y síntomas de trauma en clientes, familias, personal y otros involucrados en el sistema; y responde integrando completamente el conocimiento sobre el trauma en políticas, procedimientos y prácticas, y busca resistir activamente la retraumatización (SAMHSA, 2014). La integración completa del conocimiento sobre el trauma en la prestación de servicios implica facilitar la "elección, confiabilidad, colaboración y empoderamiento", permitiendo así que los sobrevivientes de trauma, que pueden constituir una parte significativa de las personas que buscan terapia psicológica, accedan y permanezcan en los servicios, previniendo abandonos y servicios de puerta giratoria (Sweeney et al., 2022).

La TSB proporciona la capacidad de implementar prácticas integradoras que fusionan, con distintos niveles de énfasis, enfoques procedimentales centrados en soluciones, estratégicos y narrativos (Beyebach, 2016). Específicamente, en el tratamiento de personas traumatizadas, la TSB se fundamenta en principios específicos diseñados para abordar de manera eficiente y efectiva la complejidad del trauma.

Entre los principios clave se encuentran la orientación al presente, las incorporaciones de recursos externos y personales, así como el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento. Además, se presta especial atención a la relación terapéutica, procurando crear un contexto de máxima seguridad en el que se pueda dar el máximo de opciones a los consultantes (García & Beyebach, 2022).

Otro aspecto crucial es la consideración del tipo de preguntas formuladas a los sobrevivientes del trauma desde la TSB. Las preguntas de afrontamiento y búsqueda de excepciones, en particular, generan un sentido de esperanza y empoderamiento después del trauma al recordar a los clientes los éxitos anteriores (Joubert & Guse, 2021). Identificar fortalezas personales y recursos también fomenta sentimientos positivos y ayuda a los clientes a percibirse a sí mismos como sobrevivientes del trauma, en lugar de víctimas.

La terapia busca contribuir al desarrollo de la resiliencia mediante un proceso efectivo para explorar las fluctuaciones dentro de la experiencia del problema. Se realiza haciendo preguntas detalladas acerca de los momentos en que el cliente no experimentó el problema, o lo hizo en menor medida, cuando se esperaba que lo hiciera. Es esencial indagar sobre qué sucede a medida que el problema llega a su fin o comienza a desvanecerse, y preguntar por qué el problema no ha tenido un impacto más negativo (Bannink, 2008). Este análisis minucioso puede proporcionar una visión más completa de los recursos y las fortalezas del cliente, contribuyendo así a fortalecer su resiliencia. Los terapeutas breves reconocen el potencial del lenguaje para construir una narrativa positiva sobre el momento en que el cliente experimentará un funcionamiento adecuado, incluso después de experiencias traumáticas anteriores. Las preguntas se presentan como una herramienta

para construir nuevos significados y explorar posibilidades anticipadas por el cliente (Kim & Froerer, 2018).

La TSB está concebida como un enfoque pragmático, orientado hacia las preocupaciones planteadas por los clientes, enfocándose en las acciones previas del cliente para hacer frente a la situación y en sus objetivos futuros, en lugar de explorar la historia o teorías sobre las causas subyacentes. En una sesión óptima, el cliente parte con un plan y la certeza de contar con las habilidades y recursos necesarios para avanzar de manera satisfactoria o tolerable (Lutz, 2022).

Por último, en relación con las actitudes y premisas del terapeuta, según García et al. (2023a), se sostiene que:

El terapeuta reconoce que es probable que el consultante acuda a terapia sintiéndose abrumado y derrotado por su experiencia traumática, manifestando desesperanza y desmoralización; sin embargo, el terapeuta mantiene la convicción de que su consultante:

- Tiene recursos y habilidades, aunque inicialmente no los perciba o no los valore.
- En consecuencia, el terapeuta tratará de identificarlos, nombrarlos y destacarlos.
- Ya ha dado los primeros pasos en su proceso de recuperación. En consecuencia, el terapeuta tratará de identificar esos pasos, nombrarlos y destacarlos.
- Siempre presenta excepciones, es decir, momentos en que la situación está algo mejor o algo menos mal. En consecuencia, el terapeuta se mantendrá atento para detectarlas.
- Tiene en su red social una gran fuente de apoyo. En consecuencia, el terapeuta tratará de aprovecharla e incluso convocarla.
- Lo hace lo mejor que puede.

- Coopera siempre. Lo que puede parecer “falta de colaboración” es preferible entenderlo como resultado de que personas diferentes tienen preferencias y estilos de colaboración diferentes. En consecuencia, el terapeuta debe ajustarse lo más posible a las preferencias del consultante
- La resistencia no es un constructo útil. Lo que a veces puede parecer “resistencia” es muy probablemente una respuesta desde el temor o la incertidumbre, o incluso un síntoma de estrés post-traumático.

3.12. Impacto en los Terapeutas que se Dedicán al Tratamiento de Situaciones Traumáticas

Todas las emociones son contagiosas, ya sean agradables o desagradables. Como profesionales de la ayuda, se reconoce que las emociones propias también pueden ser afectadas por la transmisión de los sentimientos de los clientes (Rothschild, 2016). Este aspecto resulta crucial para prevenir, evaluar o intervenir en el agotamiento terapéutico experimentado por los profesionales.

En la literatura científica, se encuentran tres conceptos que describen el impacto en la experiencia del terapeuta al trabajar con personas que han sobrevivido al trauma. Estos son: Fatiga por compasión, traumatización vicaria y burnout. A continuación, se presenta una descripción de cada uno.

3.12.1. Fatiga por Compasión

La compasión es una respuesta empática hacia el sufrimiento de los demás que implica una intención o acción de aliviar este sufrimiento (Pintado, 2018). Es innegable que la compasión es un sentimiento de empatía que resulta altamente adaptativo en el ámbito social, ya que fomenta la conexión emocional con los demás y promueve actos de bondad y solidaridad. Sin embargo, es importante reconocer que, paradójicamente, esta virtud puede transformarse en un factor de riesgo, especialmente para aquellos profesionales dedicados a brindar ayuda y apoyo a los demás.

La fatiga por compasión se reconoce como un efecto negativo para los profesionales que trabajan con adultos y niños que han experimentado un trauma. Un estudio realizado por Hannah y Woolgar (2018) examinó a un total de 131 profesionales de cuidado en Inglaterra, encontrando una alta tasa de fatiga por compasión. Esta fatiga se asoció con una menor intención de continuar con el cuidado y una disminución en la satisfacción laboral. Es una respuesta que surge en

respuesta al sufrimiento de una persona más que a las condiciones laborales, y esta afectación se manifiesta en diversos aspectos, abarcando el ámbito físico, emocional, social y espiritual del profesional (Hernández-García, 2017).

La eficacia de la relación terapéutica radica en la construcción de una alianza de trabajo sólida y apropiada, la cual se fundamenta en la capacidad de expresar empatía hacia el sufrimiento del individuo que busca ayuda. A pesar de su importancia, tanto la alianza como la empatía pueden convertirse en fuentes de desgaste.

Para Campos et al. (2016), los indicadores de la fatiga por compasión abarcan la hiperactivación evidenciada en problemas de sueño, reactividad y ansiedad. Asimismo, se manifiesta a través de la evitación, reflejada en eludir sentimientos, pérdida de energía y evitar la exposición a material traumático del cliente. Por último, la reexperimentación se revela mediante pensamientos intrusivos, distrés psicológico y fisiológico, junto con sentimientos de insuficiencia profesional.

3.12.2. Trauma Vicario

Pearlman y Mac In (1995) describen el trauma vicario como la transformación que experimenta el terapeuta (u otro profesional del trauma) debido a su conexión empática con las experiencias traumáticas de los clientes y las consecuencias de estas. Se reconoce como un riesgo ocupacional que amenaza tanto los esquemas y creencias externas relacionados con la seguridad como los internos vinculados a la competencia profesional de los terapeutas. Este riesgo puede afectar la forma en que los terapeutas se perciben a sí mismos, interactúan con el mundo y mantienen su confianza en sus habilidades profesionales. El desafío a los esquemas se experimenta

debido a las revelaciones impactantes en relación con las experiencias traumáticas de los clientes (Cohen & Collens, 2013)

La agotadora experiencia de escuchar acerca del trauma puede ser abrumadora, llevando a los terapeutas a un viaje emocional, físico y sin fin, ya que, sin importar sus esfuerzos, la imposibilidad de eliminar la historia de trauma puede internalizarse como un fracaso personal (McNeillie & Rose, 2020). Esto refuerza la creencia en su propia incompetencia, agravando aún más su fatiga emocional.

Errázuriz et al. (2019) sugieren estrategias de autocuidado para prevenir el trauma vicario en los profesionales. Estas incluyen la recomendación de no exponerse a situaciones de sufrimiento, dolor o trauma que puedan superar sus límites personales de tolerancia, así como evitar el aislamiento. Subrayan la importancia de compartir la responsabilidad del autocuidado entre el profesional y la organización para garantizar un entorno de trabajo saludable y sostenible.

Baker (2012), en un estudio cualitativo con terapeutas, encontró que la espiritualidad potenció otras estrategias de afrontamiento, como el ejercicio, la conexión con supervisores, colegas, familiares y amigos solidarios, además de participar en actividades de crecimiento profesional.

3.12.3. *Burnout*

El burnout es el tercer concepto que figura en la literatura científica. Maslach et al. (2001) lo definen como una respuesta prolongada a los estresores emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo, y se caracteriza por las tres dimensiones de agotamiento, cinismo e ineficacia.

El burnout se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y una reducción del sentido de logro personal. Además, se asocian sentimientos como depresión, ansiedad, hipocondría, irritabilidad, combatividad, falta de control e incapacidad para concentrarse con este síndrome (Siegel & Nagengast, 2029).

Thapa et al. (2021) identificaron estrategias para reducir el agotamiento en los profesionales, destacando el respaldo organizacional que fomente una cultura de compasión y resiliencia, horarios de trabajo flexibles, oportunidades de crecimiento profesional para los empleados y facilitar factores sociales como el apoyo de amigos y familiares.

Saborío e Hidalgo (2015) han presentado diversas estrategias para hacer frente al burnout:

- 1.-Proceso personal de adaptación de las expectativas a la realidad cotidiana.
2. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo
3. Fomento de una buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
4. Limitar la agenda laboral
5. Formación continua dentro de la jornada laboral

La supervisión clínica emerge como un elemento proyectivo fundamental y una estrategia esencial de autocuidado para los terapeutas que se encuentran inmersos en las narrativas de trauma. Falender y Shafranske (2020) definen la supervisión clínica como una actividad experiencial e involucra la observación, evaluación, retroalimentación y facilitación de la autorreflexión y autoevaluación.

La supervisión reflexiva puede ofrecer a los trabajadores sociales un método para analizar experiencias desafiantes en su práctica, establecer límites saludables con los clientes e identificar áreas de desarrollo profesional. Este proceso contribuye a fortalecer la autoconciencia y competencia de los profesionales (Glassburn et al., 2019),

Las estrategias del supervisor en esta instancia pasan por: fomentar un entorno de apoyo, utilizar la divulgación personal apropiada, modelar, ofrecer psicoeducación sobre el trauma, tener un enfoque individualizado, fomentar el autocuidado y propiciar recursos y utilizar controles semanales (Fucillo, 2017). En su investigación, Musick (2023) descubrió que la supervisión desempeñaba un papel beneficioso en la reducción del impacto del trauma vicario en los profesionales clínicos. Observó una relación positiva entre el empoderamiento y locus de control. Esta asociación sugiere que experimentar un sentido de empoderamiento podría motivar a los terapeutas a abordar de manera activa los factores estresantes.

4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

4.1. Planteamiento del Problema

Los eventos altamente estresantes constituyen alteraciones significativas en la vida de un individuo, demandando un esfuerzo considerable de adaptación (Sutin et al., 2010). Estudios disponibles indican que aproximadamente entre el 82% y el 90% de la población general experimentará algún tipo de evento estresante en algún momento de su vida (Breslau et al., 1998). En el caso de Chile, el país se encuentra constantemente expuesto a eventos altamente estresantes de naturaleza masiva, como terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones y aluviones. Esta frecuencia elevada de desastres naturales aumenta significativamente la probabilidad de que una persona se vea expuesta a tales eventos, con consecuencias diversas y significativas para su bienestar y salud mental.

El riesgo de exposición a estos eventos varía significativamente entre individuos y poblaciones, y está influenciado por el contexto cultural y social. La comprensión de estos factores puede ser crucial para el diseño de intervenciones preventivas y de apoyo adecuadas.

Los estudios de población general han demostrado que una gran proporción de personas en países desarrollados ha estado expuesta al menos a un evento traumático en su vida, siendo los más comunes la muerte inesperada de un ser querido, accidentes de tráfico, asaltos (Benjet et al., 2016). La evidencia disponible para países menos desarrollados indica de forma limitada que las fatalidades causadas por lesiones y accidentes son más prevalentes en países de ingresos bajos y medianos que en países de ingresos altos (Herbert et al., 2011).

En un estudio epidemiológico llevado a cabo en Chile, se identificó que las personas que experimentaron su primer evento traumático durante la infancia presentaban una mayor probabilidad de desarrollar trastornos de pánico a lo largo de su vida en comparación con aquellas que experimentaron su primer trauma en la edad adulta. Este hallazgo se mantuvo consistente, independientemente de la cantidad total de traumas experimentados y de las diferencias demográficas entre los participantes (Pérez-Benítez et al., 2009). Diversas investigaciones revelan que la presentación de condiciones de salud mental o física durante la adolescencia o la adultez tendrían una asociación directa con experiencias previas traumáticas vivenciadas durante la infancia (Beal et al., 2018; LeTendre & Reed, 2017; Logan-Greene et al., 2014).

Asimismo, se ha observado una disparidad de género en relación con el impacto psicológico de los eventos traumáticos. Investigaciones realizadas en Chile han revelado que las mujeres tienen un mayor riesgo de manifestar una mayor cantidad de síntomas y con una intensidad superior después de la exposición a un evento traumático (García et al., 2014; Zlotnick et al., 2006).

Aunque existe una vasta literatura científica sobre el impacto psicológico del trauma, sus consecuencias negativas y los factores de riesgo asociados, la evidencia científica relacionada con el crecimiento tras una experiencia traumática, e incluso la posibilidad de alcanzar el bienestar a través de intervenciones y apoyo terapéutico, está en constante desarrollo.

Se han dedicado esfuerzos a comprender los mecanismos asociados al CPT tras experimentar un evento potencialmente traumático. La literatura científica está ahora explorando estrategias preventivas y la intervención temprana después estas experiencias. Sin embargo, la evidencia para cualquier forma de intervención psicológica dirigida específicamente a los síntomas de estrés traumático una semana después de un evento traumático es limitada (Bisson, 2008).

Actualmente está disponible una considerable cantidad de evidencia de investigación que puede orientar la gestión clínica de individuos poco después de eventos traumáticos. La aplicación de esta evidencia en el contexto de la intervención debería llevar al desarrollo e implementación de un plan de gestión óptimo.

En relación con la intervención temprana a través de la TSB, según la investigación bibliométrica llevada a cabo por Beyebach et al. (2021), queda patente la falta de Ensayos Controlados Aleatorios (ECA) realizados en Sudamérica. Hasta el año 2021, no se han identificado publicaciones científicas que ofrezcan resultados significativos sobre el impacto de esta intervención en la región. Surge entonces la necesidad de diseñar y evaluar el impacto en el contexto local de un protocolo de TSB, enmarcado en una intervención preventiva.

4.2. Pregunta de Investigación

¿Qué efecto tiene la aplicación del protocolo en Terapia Sistémica Breve en la sintomatología postraumática, rumiación cognitiva, estrategias de afrontamiento, bienestar subjetivo y crecimiento postraumático en personas que han vivido eventos altamente estresantes recientes?

4.3. Objetivo General

Evaluar el efecto de un programa de intervención breve en TSB, de formato individual, en la sintomatología postraumática, la rumiación cognitiva, estrategias de afrontamiento, bienestar subjetivo y crecimiento postraumático, en personas que han estado expuestas a un evento altamente estresante reciente.

4.4. Objetivos Específicos

1.- Evaluar los niveles de sintomatología postraumática, rumiación cognitiva, estrategias de afrontamiento, bienestar subjetivo y crecimiento postraumático en personas que han estado expuestas a un evento altamente estresante reciente, antes de iniciar la intervención preventiva en TSB.

2.- Evaluar el efecto de un programa de intervención preventiva sobre la sintomatología postraumática, rumiación cognitiva, estrategias de afrontamiento y crecimiento postraumático, al finalizar el tratamiento y a los seis meses.

4.5. Hipótesis

1. Un programa de intervención breve de TSB reduce los niveles de sintomatología postraumática en personas expuestas recientemente a un evento altamente estresante.

2. Un programa de intervención breve de TSB aumenta la rumiación deliberada en personas expuestas recientemente a un evento altamente estresante.

3. Un programa de intervención breve de TSB reduce la rumiación intrusiva en personas expuestas recientemente a un evento altamente estresante.

4. Un programa de intervención breve de TSB aumenta los niveles de crecimiento postraumático y estrategias de afrontamiento centradas en el problema, búsqueda de apoyo social y reinterpretación positiva.

5. MÉTODO

5.1. Diseño de Investigación

Este estudio adopta un enfoque mixto, combinando elementos cualitativos y cuantitativos en su diseño. En la vertiente cualitativa, se llevará a cabo una evaluación del protocolo preventivo piloto utilizando el método fenomenológico. Este enfoque se seleccionó con el propósito de lograr una comprensión más profunda de las percepciones y experiencias individuales de los terapeutas y usuarios involucrados. La metodología fenomenológica permitió explorar de manera significativa las vivencias subjetivas que surgen en el contexto de la implementación del protocolo, brindando perspectivas valiosas para el análisis cualitativo del estudio.

Este enfoque busca considerar los fenómenos tal como son percibidos, experimentados y vividos, centrándose en las experiencias e interpretaciones por parte de las personas que lo viven, enfatizando la experiencia subjetiva (Martínez, 2000).

Desde lo cuantitativo, se utilizó un diseño experimental aleatorizado, con la modalidad de intervención asignados al azar y un grupo control, con medidas repetidas a través de evaluación pre y post-intervención y seguimiento a los seis meses. Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican recolección y el análisis de datos tanto cuantitativos como cualitativos, así como su integración y discusión conjunta (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Para proporcionar una estructura clara, se presentarán las dos etapas del estudio. En primer lugar, se abordará el enfoque mixto denominado "Estudio 1", seguido por la segunda etapa con un enfoque exclusivamente cuantitativo identificado como "Estudio 2". Esta distinción facilitará una comprensión ordenada y diferenciada de cada fase del estudio.

5.2. Estudio 1

El estudio adopta un enfoque de diseño mixto, cualitativo-cuantitativo. En la fase cualitativa, se emplea el método fenomenológico para explorar las percepciones y vivencias individuales de terapeutas y usuarias. Este método se centra en comprender fenómenos tal como son experimentados, destacando la experiencia subjetiva. En la fase cuantitativa, se lleva a cabo un estudio de caso intrasujeto de tipo A-B, con mediciones preintervención, postintervención y seguimiento, siguiendo un diseño propuesto por Barlow y Hersen (1988) y Kazdin (2001).

5.3. Participantes

Cuatro usuarias y cuatro terapeutas participaron en el estudio. Las usuarias eran personas mayores de 18 años que habían experimentado un evento altamente estresante en los últimos tres meses. En cuanto a los terapeutas, eran psicólogas/os con experiencia en intervención clínica, contaban con una formación previa de al menos 100 horas en terapia sistémica y habían completado una capacitación específica de ocho horas para la aplicación del protocolo. Se proporciona información sociodemográfica detallada de cada participante en la Tabla 1.

5.3.1. Requisitos de Ingreso

- 1.- Personas mayores de 18 años
- 2.- Residentes en las ciudades de Concepción, Talca y Antofagasta, en Chile
- 3.- Haber experimentado un evento altamente estresante en los últimos 3 meses

5.3.2. Criterios de Exclusión

- 1.- haber sido víctima de delitos de violencia doméstica y delitos sexuales

2.- A quienes reporten que se les brindó o están recibiendo atención psicológica por las consecuencias generadas por el mismo evento por el cual están solicitando atención en el programa

3.- Quienes por su condición de salud estén impedidos/as de recibir atención individual en el programa en los primeros tres meses

Tabla 1

Características sociodemográficas de los participantes

ID	Rol	Sexo	Edad	Evento
T1	Terapeuta	Hombre	31	-
T2	Terapeuta	Hombre	26	-
T3	Terapeuta	Mujer	25	-
T4	Terapeuta	Mujer	30	-
Y1	Usuaría	Mujer	34	Enfermedad grave de familiar cercano
Y2	Usuaría	Mujer	31	Ruptura matrimonial tras seis años de relación
Y3	Usuaría	Mujer	56	Pérdida de hogar por incendio
Y4	Usuaría	Mujer	52	Pérdida de hogar por incendio

Como se puede apreciar, el grupo de usuarios estuvo compuesto por cuatro mujeres que han atravesado eventos recientes, tales como una enfermedad grave de un familiar, una ruptura matrimonial y la pérdida del hogar debido a un incendio. En cuanto al grupo de terapeutas, estuvo integrado por dos hombres y dos mujeres.

5.4. Instrumentos

5.4.1. Síntomas Depresivos

Se utilizó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), desarrollada por Radloff (1977), la cual ha demostrado indicadores positivos de validez en la población chilena (Gempp et al., 2004). Esta escala consta de 20 ítems que evalúan el estado emocional durante la última semana del encuestado. Utiliza un formato de respuesta tipo Likert que abarca desde 0 (rara vez) hasta 3 (la mayor parte del tiempo). En investigaciones previas con población chilena expuesta a eventos estresantes, la escala ha mostrado elevados niveles de consistencia interna, con un coeficiente alfa de 0.91 (García et al., 2018).

5.4.2. Bienestar Subjetivo

Se evaluó a través de la Escala de Satisfacción Vital (SWLS), diseñada por Diener et al. (1985). Esta escala, aplicada en población de habla hispana, ha exhibido indicadores favorables de validez, respaldados por una consistencia de $\alpha = 0.81$ (Arias & García, 2018). La SWLS consta de cinco ítems con formato de respuesta tipo Likert, donde las respuestas varían en un rango de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo).

5.4.3. Sintomatología Postraumática

Se utilizó la escala SPRINT-E, desarrollada por Connor y Davidson (2001). Posee 12 preguntas que se responden en una escala Likert desde 0 (nada) a 3 (mucho). Leiva-Bianchi y Gallardo (2013) observaron un adecuado comportamiento psicométrico de esta escala en población chilena expuesta a un terremoto, con una consistencia interna de $\alpha = 0,92$.

5.4.4. Crecimiento Postraumático

Se aplicó el Inventario de Crecimiento Postraumático, versión breve (PTGI-SF), desarrollado por Cann et al. (2010) y validado para su utilización en población chilena por García y Wlodarczyk (2016). Este inventario consta de 10 ítems que se responden en una escala Likert de seis alternativas, que va desde 0 (ningún cambio) hasta 5 (un cambio muy importante). En el estudio de García y Wlodarczyk se logró una consistencia interna con un $\alpha = 0,94$.

5.4.5. Alianza Terapéutica

Se utilizó la Session Rating Scale (SRS) desarrollada por Duncan et al. (2003), la cual ha demostrado positivos indicadores de validez en población chilena, según estudios de Elgueta y Fantuzzi (2008). Esta escala consta de cuatro ítems, uno relacionado con el vínculo terapéutico, otro con los objetivos y temas de la terapia, un tercero con el enfoque del terapeuta y, el último, con la impresión global sobre la sesión. Cada ítem presenta afirmaciones polarizadas (por ejemplo: "No me sentí escuchado, entendido, respetado" y "Me sentí escuchado, entendido, respetado"), ubicadas en los extremos de una línea horizontal. El paciente marca el grado en que evalúa cada aspecto. La escala se aplicó después de cada sesión y se recogió en un sobre sellado para evitar sesgos en las respuestas relacionados con la presencia del terapeuta.

5.4.6. Entrevista Semiestructurada

Se empleó esta entrevista para indagar las percepciones de las usuarias y terapeutas en relación con el protocolo tras concluir la intervención. En la elaboración de esta entrevista se tuvieron en cuenta los siguientes supuestos: se brindó un amplio margen de libertad y flexibilidad en la entrevista, y se formularon preguntas que fueran familiares al entrevistado (Flores, 2014).

A las usuarias se les realizó una entrevista individual que comprendía preguntas como: “¿me puede contar cómo fue la primera sesión?”, “¿qué tan útil fue esta intervención para usted?”, “¿qué sugerencias nos puede dar para mejorar la intervención?”. A los terapeutas se les realizó una entrevista grupal que incluía preguntas como: “¿podrían describir en sus palabras cómo realizaron la aplicación del protocolo?”, “¿qué sentimientos surgieron durante la aplicación del protocolo?”, “¿cuál es su opinión sobre el protocolo?”

Es fundamental destacar que las respuestas obtenidas en estas entrevistas proporcionaron valiosa información sobre la percepción de las usuarias respecto a la intervención y permitieron a los terapeutas expresar sus experiencias y opiniones sobre la implementación del protocolo.

5.5. Procedimiento

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo por conveniencia (Martín-Crespo & Salamanca, 2007), reclutando usuarias derivadas del centro de atención psicológica de una universidad en convenio. Este tipo de muestreo implica la selección, mediante métodos no aleatorios, de una muestra cuyas características sean similares (Casal & Mateu, 2003).

Se estableció el primer contacto a través de llamadas telefónicas o visitas directas a sus residencias, donde se explicaron los objetivos del proyecto y los detalles de su participación. Las usuarias, tras recibir esta información, proporcionaron su consentimiento informado antes de comenzar la intervención.

Los terapeutas eran psicólogos y psicólogas titulados en proceso de especialización en terapia familiar, quienes recibieron una capacitación formal de ocho horas para la aplicación del protocolo. Esta capacitación incluyó la revisión detallada del protocolo TSB de cuatro sesiones,

abordando tanto los aspectos teóricos como prácticos de cada sesión. De esta manera, los terapeutas llegaron preparados a la intervención con las pautas claras del protocolo.

Los instrumentos de medición se administraron una semana antes, una semana después y tres meses después de la intervención. Las entrevistas, que se llevaron a cabo en la primera semana después del término de las intervenciones, se realizaron de manera individual para las usuarias y de forma grupal para los terapeutas. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio, y se llevaron a cabo cuatro entrevistas individuales con una duración promedio de 23 minutos, así como una entrevista grupal que duró 45 minutos.

Se utilizó un guion de entrevista semiestructurada, organizado en temáticas que permitían la introducción de preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información sobre temas específicos (Hernández-Sampieri et al., 2003). Se siguió un enfoque de entrevista focalizada, destinado a centrar la atención de la persona entrevistada en la experiencia concreta que se quería abordar. Posteriormente, se procedió a la transcripción de las respectivas entrevistas para llevar a cabo el análisis temático.

5.6. Consideraciones Éticas

La participación en esta investigación fue completamente voluntaria, y se gestionó con total discreción el manejo de las identidades de los participantes, garantizando la confidencialidad de la información compartida en cada sesión. Los cuestionarios están resguardados por el investigador, quien se compromete a preservar la integridad de la información recopilada. Antes de incorporarse al programa, se proporcionó a los participantes una explicación detallada sobre las

características de la intervención-investigación, y se obtuvo su consentimiento informado mediante la aplicación de un formulario específico.

Este estudio se llevó a cabo como parte de las fases de investigación del Protocolo de Terapia Sistémica Breve del Programa de Intervención Preventiva "Hoy a Tiempo", vinculado al proyecto FONDECYT N° 1180134. Este programa constituye un estudio más amplio que incluye grupos de intervenciones comparativas y seguimiento, con su registro correspondiente en ClinicalTrials.gov bajo el número NCT04314115. La investigación recibió la aprobación del Comité Ético Científico de la Universidad Santo Tomás, conforme a la resolución N° 30/2018.

5.7. Intervención

El protocolo de intervención preventiva desde la TSB se diseñó utilizando la literatura previamente descrita en el marco teórico y los artículos citados que detallan el proceso terapéutico y las técnicas de la TSB (Beyebach, 2006; Beyebach & Herrero de Vega, 2010; García et al., 2016a; García & Schaefer, 2015). El protocolo consta de cuatro sesiones, con una frecuencia semanal y una duración de 60 minutos cada una.

1) En la primera sesión, se fomenta la construcción de un vínculo terapéutico sólido al tiempo que se explora el motivo de consulta y se co-construyen los objetivos terapéuticos. Se emplea una pregunta de escala desarrollada por de Shazer (1994), que invita al usuario a valorar, en una escala del 1 al 10, en qué medida ha avanzado hacia sus objetivos deseados. El 10 representa el logro completo de los objetivos, mientras que el 1 indica la mayor distancia posible de ellos.

Al concluir la sesión, se proporciona un mensaje final y se asigna la tarea-fórmula de la primera sesión de Shazer (1994), solicitando al usuario a identificar aspectos personales o

elementos en su entorno que están a salvo de las influencias del problema. Esta tarea busca promover la reflexión sobre áreas de su vida que pueden permanecer inalteradas por los desafíos que enfrenta, ayuda a los usuarios a identificar recursos y fortalezas (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

2) La segunda sesión comienza con la revisión de los cambios observados entre intersecciones y la tarea-fórmula. Se utiliza la pregunta de escala para evaluar el nivel percibido de afectación, se exploran las excepciones y se amplían las percepciones de disminución de la sintomatología vinculada al evento estresante.

En esta etapa, se introduce la narrativa de sobreviviente, resaltando los recursos y las excepciones identificadas hasta el momento. Además, se asigna la tarea de los elogios, solicitando al usuario que registre los elogios que ha recibido a lo largo de su vida, independientemente de si cree en ellos o no. Esta tarea busca fortalecer la autoestima y promover la reflexión sobre las experiencias positivas y las cualidades apreciadas por los demás.

3) En la tercera sesión, se realiza una revisión de los cambios observados y se aborda la tarea de los elogios. Se introduce la actividad del dibujo del árbol de la vida (Denborough, 2011), una intervención que implica representar la historia de vida y las experiencias personales. Esta actividad facilita el reconocimiento de habilidades, recursos, sueños y esperanzas, así como la valoración de personas significativas y los legados positivos recibidos de ellas.

Al finalizar la sesión, se asigna la tarea de redactar una carta desde el futuro. En esta tarea, se anima a la persona a visualizar y expresar sus aspiraciones y metas futuras, contribuyendo así a la construcción de una perspectiva positiva y orientada hacia el crecimiento personal. La tarea de

la carta desde el futuro implica invitar al usuario a escribirse a sí mismo una carta desde una perspectiva futura en la que ha superado los problemas que lo llevaron a buscar terapia (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

4) La cuarta y última sesión se inicia con la revisión de los cambios inter-sesiones y la exploración de la carta desde el futuro. Se prosigue con la actividad del dibujo del árbol de la vida, enfocándose en las "tormentas de la vida". Durante esta fase, se evalúan los avances mediante la pregunta de escala, y se invita al usuario a redactar una carta destinada a otro consultante. En esta actividad, se invita al usuario a redactar una carta dirigida a otra persona que pueda estar atravesando una situación similar. En dicha carta, se describe cómo se sentía durante los momentos difíciles y se comparten las estrategias o acciones que han contribuido a superar el problema (Beyebach & Herrero de Vega 2010).

La sesión concluye con un ritual de cierre significativo y la entrega del dibujo del árbol de la vida como un símbolo tangible del trabajo realizado durante la intervención. Este enfoque busca consolidar los logros alcanzados y proporcionar al consultante una representación visual de su proceso de crecimiento y fortalecimiento.

5.8. Análisis de Datos

5.8.1. Análisis Cualitativo

Los datos cualitativos fueron sometidos a un análisis temático, que implicó descomponer los textos en unidades de significado (González & Cano, 2010) y posteriormente agruparlas según el principio de analogía. Este proceso se dividió en los siguientes pasos: 1) identificación de unidades de análisis en los discursos; 2) creación de categorías emergentes; 3) desarrollo de un

esquema de codificación; 4) identificación de dimensiones y patrones en el discurso de las usuarias y terapeutas entrevistados; y 5) continuación del análisis de texto tanto en la entrevista grupal como en las entrevistas individuales. El software utilizado para este análisis fue el QSR International Nvivo 12 Qualitative Data Analysis Software (QSR International, 2018).

5.8.2. Análisis Cuantitativo

Para el análisis de los datos cuantitativos, se llevó a cabo un análisis descriptivo que incluyó la identificación de las medias y desviaciones estándar de las variables. En cuanto a la escala de alianza terapéutica, se realizó la suma simple de los puntajes obtenidos en cada ítem y en total para todas las sesiones. No se llevaron a cabo análisis inferenciales debido al tamaño de la muestra. El programa estadístico utilizado para estos fines fue el SPSS 21.0 (IBM Corp, 2011).

6. RESULTADOS ESTUDIO 1

En primer lugar, se expone el análisis cualitativo derivado de las entrevistas realizadas a los usuarios y terapeutas. Posteriormente, se presenta el análisis cuantitativo que abarca la evaluación pre-post intervención y seguimiento de las cuatro variables dependientes del estudio.

6.1. Análisis Cualitativo

Las temáticas recurrentes identificadas se agruparon en cinco categorías principales.

a) Opiniones de las usuarias y terapeutas en relación con su experiencia en terapia.

Al finalizar el proceso, las usuarias manifestaron sentirse desahogadas, con un mayor sentido de bienestar, reconociendo recursos personales y viendo su situación desde otro punto de vista: “me sirvió para desahogarme (...), me sentí bien y relajada” (Y1); “me permitió darme cuenta de cosas que no veía y son mías, sobre todo recursos míos que quizás yo no los veía para nada o los veía de forma negativa (...), me ayudaron a sentirme mejor, a empoderarme de mi misma” (Y2).

Por otro lado, los terapeutas percibieron un cambio positivo en las usuarias desde el inicio del proceso hasta la sesión final: “las personas se fueron bien tranquilas, diferente a como llegaron” (T4).

b) Opinión de las usuarias y de terapeutas en relación con la utilidad del protocolo.

Las usuarias perciben que las sesiones les brindaron la oportunidad de reconocer sus propios recursos, sentirse más empoderadas y positivas, conversar sus cosas con otras personas y valorar las cosas que la rodean: “tal vez uno no se da cuenta como es uno, (...) el conversar mis

cosas, sentir que tengo harta fuerza, ganas de salir adelante” (Y3); “se podría decir que ando más positiva que antes”

(Y1); “Me di cuenta de cuanto me estiman (...), también me di cuenta de lo mucho que yo valoro también todo lo que tengo, todo lo que he tenido, todo lo que tuve y lo que me rodea actualmente hoy en día. También me sirvió para darme cuenta de que puedo llegar a incentivar, tal vez a otras personas que se encuentren en situaciones difíciles...” (Y2).

En cuanto a las actividades, las usuarias valoraron como significativo la construcción del árbol de la vida: “La del árbol me hizo recordar la vida completa (...), no solamente lo que me está pasando ahora, y con eso las cosas buenas y malas que puedo sacar de ahí” (Y1); “(la última actividad) era la de dibujar un árbol y fijar tus raíces, tu presente, tus características, tus recursos y (...) tus metas, tus sueños, ese me encantó, esas dos últimas sesiones fueron súper significativas para mí” (Y2); “ con el árbol de la vida (...) uno se va dando cuenta que hay muchas cosas, que uno no es alguien más en la vida, sino que de verdad uno cumple muchas funciones en cuanto a la familia, en la vida” (Y3); “la terapia del arbolito (...) englobó todo, me hizo dar cuenta de mucho (...), de verdad que me fui, como se puede decir, llenita (...) y muy contenta, muy satisfecha, y convencida de que sí había valido la pena el haber estado viniendo a la sesiones” (Y4).

Las usuarias también destacaron la pregunta de escala, que les permitió observar la calidad de su ánimo, expresada en número: “...como empezamos nosotras del uno al diez, yo le decía que consideraba que estaba en el uno porque no quería nada con nada (...), pero ella me hizo ver las cosas buenas y no solo las malas” (Y1).

Las usuarias reconocen la utilidad de las tareas para la casa (tarea fórmula, tarea de los elogios y tarea de la carta desde el futuro) en forma general, sin distinguir claramente unas de otras

en sus descripciones: “me sirvió para darme cuenta de lo mucho que tengo” (Y4); “me ayudaron a sentirme mejor, a empoderarme de mi misma” (Y2). Por otro lado, los terapeutas valoraron el cumplimiento de las tareas como favorables para la organización y el desarrollo de las sesiones: “estaba más concentrada en eso y era como súper beneficioso (...), se ordenaba en ese sentido para mí” (T2).

c) Opinión de los terapeutas y usuarias en relación con los obstaculizadores de la intervención y protocolo.

Algunas usuarias indican que antes de haber iniciado las intervenciones presentaban desconfianza por experiencias previas negativas con psicoterapeutas o por dificultades previas para contar aspectos íntimos a terceros: “había tenido anteriormente psicóloga, pero no me había dado la confianza” (Y1); “me cuesta contar mis cosas, decir mis cosas” (Y3).

Esto llevó a que tras la primera sesión las usuarias manifestaran algunas interferencias en su encuentro con el psicoterapeuta, aunque también valoraron la sesión como una oportunidad de expresar emociones: “fui a ver (al psicoterapeuta) por un tema en específico y tener que hablarlo con alguien que no conozco quizás me frenó un poco, me costó un poco que fuera más fluida la conversación...” (Y2); “(hubo) mucho llanto, pero después tranquilidad” (Y1).

Algunas usuarias presentaron dificultades para reflexionar sobre los aspectos positivos de su vida o de su experiencia reciente: “...pero esto de ver las cosas positivas de lo que me había pasado, que como esa fue como difícil, eh, porque claro, hay cosas positivas, pero no sé si las quería ver en ese momento” (Y2).

También se visualizaron algunas dificultades en relación con las tareas, como la falta de tiempo, comprensión de las mismas o retroalimentación sobre su correcta ejecución: “...no entendí

como hacerla (...) me la había explicado, pero como el tiempo y a donde no ando como pendiente” (Y1); “le costaba hacer las actividades para ella era como el deber de poder cumplir con lo que se había comprometido” (T3).

Dentro de las percepciones de las/los terapeutas en relación con la estructura o claridad del protocolo, se identificaron sesiones con muchas actividades o instrucciones poco claras: “yo decía ¿y ahora que viene? Hacer las preguntas escala, ¡qué no se me vaya a olvidar que hay

que hacer la tarea!, entonces, eso me hacía desconcentrarme de escuchar las palabras de ella” (T2).

d) Elementos facilitadores identificados en el discurso por terapeutas y usuarias durante el desarrollo de las sesiones de intervención.

Las usuarias percibieron facilidad para vincularse con sus terapeutas: “(...) me generó confianza ella [risas] me pude abrir, entonces eso fue bueno para mí, obviamente” (Y2); “me sentí no con una persona ajena, (sino) como alguien conocido” (Y1). Por otro lado, este buen vínculo también es observado por los terapeutas: “se generó bonita alianza y todo, y resulto ser súper positivo” (T2).

Respecto a la flexibilidad del protocolo, algunos terapeutas se animaron a utilizar otras técnicas del enfoque como el uso de metáforas, cuando coincidía con el discurso del usuario: “yo sí hice una metáfora, porque en verdad era como súper ad hoc al tema” (T3). A su vez, si una tarea no era hecha en casa, el terapeuta la incluía como actividad en la siguiente sesión: “la última fue la única que no hice, que escribiera una carta, pero ella me hizo hacer el ejercicio en sesión para que pudiéramos trabajar con el árbol de la vida” (Y2).

e) Sugerencias de las usuarias y terapeutas para mejorar la intervención.

Las usuarias sugieren un mayor número de sesiones: “yo diría sí, que fueran más sesiones, pero dependiendo de la persona” (Y1); “los pacientes no entendemos el tema de la brevedad y necesitamos una o dos sesiones más” (Y2). También surge una sugerencia de dar más tiempo para la ejecución de alguna de las actividades:

“Necesitaba más tiempo para el árbol” (Y2).

6.2. Análisis Cuantitativo

Se llevó a cabo una evaluación de las cuatro variables dependientes del estudio, tanto antes de la intervención como después de esta, y se realizó un seguimiento tres meses más tarde. Los resultados individuales de cada usuario se detallan en la Tabla 2, mientras que las medias se presentan en la Tabla 3.

Tabla 2

Puntajes totales obtenidos por cada usuario en las variables de estudio, en las evaluaciones pre, post y seguimiento

	SPT			SD			CPT			SV		
	Pre	Post	Seg	Pre	Post	Seg	Pre	Post	Seg	Pre	Post	Seg
Y1	22	16	20	30	39	36	27	37	29	11	13	7
Y2	22	9	3	25	12	3	26	34	36	23	26	28
Y3	22	19	18	31	23	24	14	44	37	25	29	33
Y3	31	25	17	38	29	24	37	46	40	29	27	27

Nota: SPT: Sintomatología postraumática; SD: Sintomatología depresiva; CPT: Crecimiento postraumático; SV: Satisfacción con la vida.

Se observa en la Tabla 2 una tendencia general a la disminución de los niveles de SPT y SD a lo largo del tiempo para los usuarios, con la excepción de Y1, quien se vio afectado por la enfermedad grave de un familiar cercano. Este usuario experimentó una disminución en la SPT en el periodo postintervención, pero luego mostró un aumento en el seguimiento. Además, presentó un aumento en la SD en el periodo postintervención, seguido de una ligera disminución en el seguimiento.

En cuanto a las variables positivas, todos los usuarios experimentaron un aumento en los niveles de CPT en el periodo postintervención. Sin embargo, durante el seguimiento, tres de ellos mostraron un descenso en estos niveles, mientras que uno mantuvo e incluso experimentó un aumento en el CPT.

En relación a las variables positivas, todos los usuarios experimentaron un aumento en los niveles de crecimiento postraumático en el periodo postintervención, seguido de un descenso en el seguimiento de tres de ellos, uno mantuvo incluso experimentó un aumento en el seguimiento

En cuanto a la SV, los usuarios en su mayoría experimentaron un aumento progresivo o mantuvieron sus niveles en el periodo postintervención y seguimiento. Sin embargo, se observa una ligera variación en el usuario Y1, quien experimentó un leve aumento en el periodo postintervención y luego una disminución en el seguimiento, alcanzando un nivel inferior al de la evaluación previa.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos de las variables de estudio en las evaluaciones pre, post y seguimiento

Variables	Pre-intervención		Post-intervención		Seguimiento	
	M	SD	M	SD	M	SD
Síntomas Postraumáticos	24.25	4.50	17.25	6.65	14.50	7.68
Síntomas Depresivos	31.00	5.35	25.75	11.30	21.75	13.72
Crecimiento Postraumático	26.00	9.42	40.25	5.68	35.50	4.66
Satisfacción con la Vida	22.00	7.75	23.75	7.27	23.75	11.47

En la Tabla 3 y la Figura 1, que presenta gráficamente las medias obtenidas, se evidencia una disminución de los síntomas depresivos y postraumáticos, así como un aumento en el crecimiento postraumático y la satisfacción con la vida entre las evaluaciones previas y posteriores a la intervención. Posteriormente, se observa una nueva disminución en los puntajes de sintomatología depresiva y postraumática en el periodo de seguimiento. El crecimiento postraumático experimenta un aumento entre las mediciones previas y posteriores, seguido de una disminución en el seguimiento, aunque los valores se mantienen más elevados que en la evaluación inicial. En cuanto a la satisfacción con la vida, se mantiene prácticamente sin variación a lo largo de las mediciones.

Dado el reducido tamaño de la muestra, se llevaron a cabo únicamente análisis descriptivos.

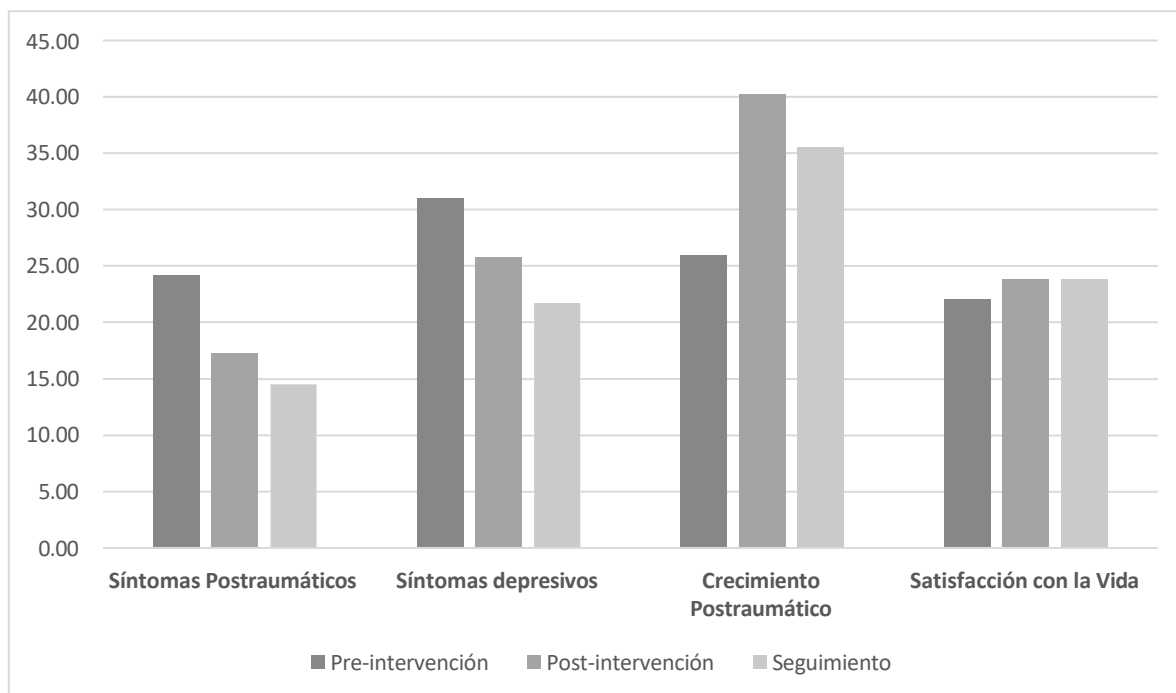


Figura 1. Medias en pre, post y seguimiento de las variables dependientes

En la evaluación de la alianza terapéutica, los puntajes de la Session Rating Scale (SRS) alcanzaron una media de 9.78 por sesión (DE = 0.28; rango = 1 a 10). Al examinar las respuestas por ítem, se detallan los resultados en la Tabla 4.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de las medidas de alianza terapéutica

Ítem	Media	DE
Me sentí escuchado(a), comprendido(a) y respetado(a)	9.81	0.38
Trabajamos y hablamos acerca de lo que yo quería trabajar o hablar	9.75	0.35
El método del terapeuta se adapta a mí	9.75	0.20
En general, la sesión de hoy estuvo bien para mí	9.81	0.24
Total	9.78	0.28

6.3. Estudio 2

Se implementó un diseño experimental aleatorizado de dos brazos con grupos paralelos, conformado por un grupo experimental (GE) que recibió la intervención y un grupo de control (GC) en lista de espera. Se llevaron a cabo evaluaciones previas a la intervención, posteriores a la intervención y de seguimiento a los seis meses. Este diseño siguió las directrices del protocolo internacional Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT; Begg et al., 1996; Moher et al., 2001).

6.4. Participantes

La muestra de este estudio estuvo compuesta por 75 participantes, mayores de 18 años, quienes habían experimentado un evento altamente estresante en los últimos tres meses. Del total, el 72% % eran mujeres y el 28% hombres, con edades que abarcaban desde los 18 hasta los 79 años ($M = 34,46$; $DE = 13,08$). En relación con los eventos estresantes a los que estuvieron expuestos, se observó que $n= 21$ estuvieron relacionados con violencia social, policial, delictual o doméstica, $n= 21$ con crisis familiar o de pareja, $n= 11$ con enfermedad grave propia o de alguien cercano, $n= 10$ con la muerte de alguien cercano, $n= 8$ con un accidente laboral, de tránsito o doméstico, y $n= 4$ con problemas laborales. Se excluyeron dos personas que habían recibido previamente atención psicológica por las consecuencias del mismo evento. La asignación aleatoria distribuyó a 39 participantes en el GE y a 36 en el GC.

6.4.1. Requisitos de Ingreso

- 1.- Personas mayores de 18 años
- 2.- Residentes en las ciudades de Concepción, Talca y Antofagasta, en Chile
- 3.- Haber experimentado un evento altamente estresante en los últimos 3 meses

6.4.2. Criterios de Exclusión

- 1.- haber sido víctima de delitos de violencia doméstica y delitos sexuales
- 2.- A quienes reporten que se les brindó o están recibiendo atención psicológica por las consecuencias generadas por el mismo evento por el cual están solicitando atención en el programa
- 3.- Quienes por su condición de salud estén impedidos/as de recibir atención individual en el programa en los primeros tres meses

Tabla 5

Tipos de eventos estresantes vividos por los participantes (n=75)

Variable	n (%)
Evento estresante vivido	
Violencia social, de estado, delictual o doméstica	21 (28%)
Crisis familiar o de pareja	21 (28%)
Enfermedad grave propia o de un cercano	11 (14,7%)
Muerte de un cercano	10 (13,3%)
Accidente laboral, de tránsito o doméstico	8 (10,7%)
Problemas laboral (conflictos, despidos)	4 (5,3%)

Tabla 6*Variables sociodemográficas de los participantes*

Variable		n (%)
Edad	18 a 30	40 (53,3%)
	31 a 45	18 (24%)
	46 a 60	16 (21,3%)
	Más de 60	1 (1,3%)
Sexo	Femenino	54 (72%)
	Masculino	21 (28%)
Estado civil	Soltero	41 (54,7%)
	Casado	16 (21,3%)
	Viudo	1 (1,3%)
	Separado	3 (4%)
	Conviviente	12 (16%)
	Divorciado	2 (2,7%)

6.5. Instrumentos

Sintomatología postraumática: Se utilizó la escala SPRINT-E.

Crecimiento postraumático: Se utilizó el Inventario de Crecimiento Postraumático, versión breve (PTGI-SF).

Rumiación deliberada e intrusiva: se utilizó la Escala de Rumiación Relacionada al Evento (ERRI), desarrollada por Cann et al. (2010). La versión breve en español, adaptada por Alzugaray et al. (2015), consta de 12 ítems divididos: siete para rumiación intrusiva y cinco para rumiación deliberada. Las respuestas se registran en una escala tipo Likert que va desde 0 (nada en absoluto)

hasta 3 (a menudo). En la versión adaptada por Alzugaray et al. se obtuvo un $\alpha = 0,91$ para la rumiación intrusiva y de $\alpha = 0,85$ para la rumiación deliberada.

Estrategias de afrontamiento: Se empleó el Brief-COPE (Carver, 1997) para evaluar las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, búsqueda de apoyo social y reinterpretación positiva. La versión validada en población chilena por García, Barraza et al. (2018c) fue utilizada en este estudio. El afrontamiento centrado en el problema se calculó mediante la suma de las subescalas de afrontamiento activo y planificación, compuesta por cuatro ítems. La búsqueda de apoyo social se determinó mediante la suma de las subescalas de apoyo emocional e instrumental, con cuatro ítems en total. La reinterpretación positiva se evaluó con su subescala correspondiente, compuesta por dos ítems. Las respuestas se registraron en una escala tipo Likert con cuatro alternativas desde 0 (nunca hago esto) hasta 3 (hago siempre esto). En el estudio de García, Barraza et al., las consistencias internas de estas subescalas fluctuaron entre 0,62 y 0,75.

Se utilizó un check-list de eventos altamente estresantes, que constaba de preguntas dicotómicas con respuestas "sí" o "no". Las preguntas indagaban sobre la experiencia de la persona en eventos altamente estresantes durante los últimos tres meses. El listado incluía eventos tales como enfermedad grave propia o de alguien cercano, muerte de alguien cercano, accidentes, desastres naturales, violencia, crisis familiar o de pareja, problemas laborales y otros.

6.6. Procedimiento

En primer lugar, se desarrolló un protocolo de intervención fundamentado en la TSB, cuya descripción se encuentra detallada en la presentación del estudio 1. Luego fueron seleccionados los terapeutas, quienes debían contar con experiencia previa en el enfoque sistémico y recibieron

capacitación en el protocolo durante un taller de ocho horas. En la Tabla 7 se exponen las características de los terapeutas en las ciudades de Concepción, Talca y Antofagasta.

Tabla 7

Caracterización de los terapeutas

ID	Ciudad	Sexo	Edad	Años de experiencia clínica	Nivel de especialización
T1	Concepción	Hombre	26	3	Diplomado
T2	Concepción	Hombre	36	7	Diplomado
T3	Concepción	Hombre	31	7	Diplomado
T4	Concepción	Hombre	29	2	Título profesional
T5	Concepción	Hombre	33	6	Diplomado
T6	Talca	Mujer	46	19	Postítulo
T7	Talca	Mujer	34	6	Diplomado
T8	Talca	Hombre	37	12	Postítulo
T9	Talca	Mujer	32	13	Magíster
T10	Antofagasta	Hombre	33	2	Magíster
T11	Antofagasta	Hombre	26	1	Título profesional
T12	Antofagasta	Hombre	28	3	Magíster
T13	Antofagasta	Mujer	32	5	Magíster

Posteriormente, a través de convenios con universidades y otras instituciones, se recibieron derivaciones que inicialmente participaron en el programa piloto. Este piloto involucró a cuatro usuarios, quienes fueron posteriormente evaluados y entrevistados con el objetivo de ajustar el protocolo para su implementación definitiva.

En la fase de intervención, los usuarios fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: el GE recibió intervención mediante el protocolo, mientras que el GC estuvo en lista de espera durante cuatro semanas (ver diagrama Consort en la figura 2). Cada participante firmó un consentimiento para participar en el estudio y se les aplicó una batería de instrumentos. Los participantes del GE fueron entonces asignados a un terapeuta. Después de cuatro semanas de espera, el GC fue evaluado nuevamente para realizar comparaciones pre y post, y luego se les asignó un terapeuta para recibir el apoyo necesario. Por lo tanto, en el seguimiento, solo se contó con datos del GE. El ingreso de participantes comenzó en el mes de marzo del 2019 hasta enero del 2020; luego, el seguimiento se extendió hasta julio del 2020.

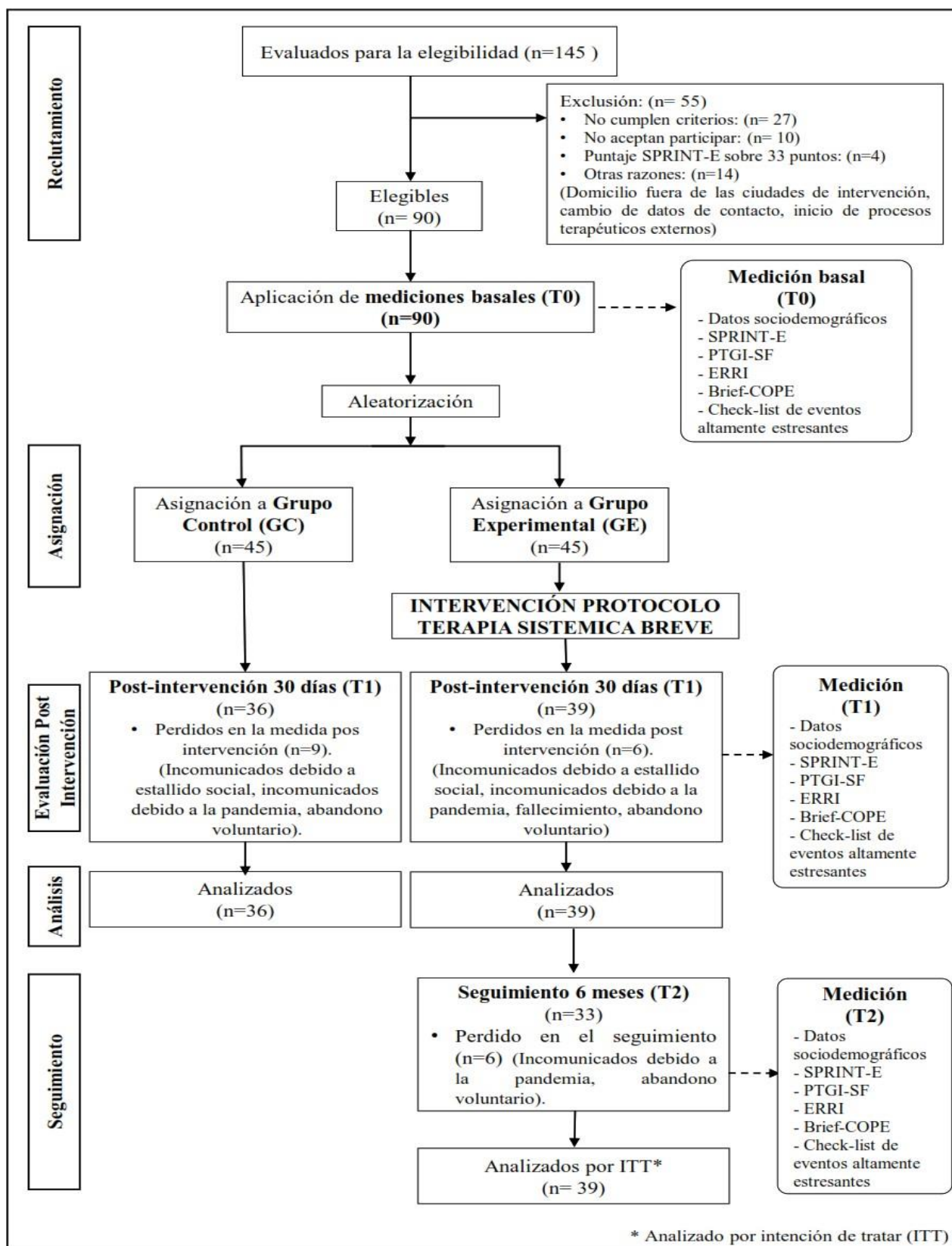


Figura 2: Diagrama Consort

6.7. Análisis de Datos

En una primera etapa, se llevó a cabo una evaluación descriptiva de las variables de estudio, incluyendo la prueba de normalidad mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnov.

Posteriormente, se realizó una comparación entre grupos (GE y GC) al inicio y al finalizar la intervención mediante la prueba *t* de Student para muestras independientes. Se empleó el estadístico *d* de Cohen para calcular el tamaño del efecto en la comparación post-intervención.

En cuanto a la comparación intragrupal del GE entre las fases de pre-intervención, post-intervención y seguimiento, se utilizó la prueba de ANOVA de medidas repetidas. El estadístico η^2 fue utilizado como medida de tamaño del efecto.

Para abordar los datos perdidos, se implementó el procedimiento de intención de tratar. En este caso, los valores ausentes se fueron reemplazados por el último puntaje obtenido. Es decir, los datos no disponibles en el seguimiento se reemplazaron por los datos de la post-intervención, y los datos no disponibles en la post-intervención se reemplazaron por los datos de la pre-intervención.

Todos los análisis se realizaron utilizando el software estadístico SPSS-21.

7. RESULTADOS ESTUDIO 2

Se llevó a cabo un análisis de comparación intergrupar en las variables de estudio en las evaluaciones pre y post intervención. Se observa que en la pre-intervención no hay diferencias significativas entre los dos grupos en ninguna variable, indicando una aleatorización exitosa. En la post-intervención, se evidencian diferencias significativas en el crecimiento postraumático, la rumiación deliberada, el afrontamiento centrado en el problema y la reinterpretación positiva, con niveles más altos en el grupo experimental que en el grupo de control. En cuanto a la sintomatología postraumática, la rumiación intrusiva y la búsqueda de apoyo social, no se observaron diferencias significativas (ver Tabla 8).

Tabla 8

Comparación de las variables pre y post intervención en ambos grupos

Variable	Período	GE (n = 39)	GC (n = 36)	d Cohen	Valor t	Valor p
		M (DE)	M (DE)			
Sintomatología postraumática	Pre	22,95 (7,20)	21,39 (5,34)		-1,059	0,293
	Post	14,62 (9,61)	18,00 (6,30)	0,41	1,817	0,074
Crecimiento postraumático	Pre	22,28 (11,69)	22,67 (8,94)		0,159	0,874
	Post	33,51 (12,04)	24,28 (12,18)	0,76	-3,300	<0,001
Rumiación intrusiva	Pre	14,90 (5,52)	13,39 (5,91)		-1,143	0,257
	Post	9,51 (6,54)	11,00 (5,79)	0,24	1,039	0,302
Rumiación deliberada	Pre	9,41 (3,67)	9,56 (3,06)		0,186	0,853
	Post	9,82 (3,71)	8,06 (3,58)	0,48	-2,095	0,040
EA - centrado en el problema	Pre	7,74 (3,18)	7,22 (3,24)		0,704	0,484
	Post	8,97 (2,85)	6,81 (2,83)	0,76	3,305	<0,001
EA - Búsqueda de apoyo social	Pre	6,82 (4,05)	7,06 (3,14)		-0,279	0,781
	Post	8,56 (3,04)	7,25 (3,17)	0,42	-1,833	0,071
EA - Reinterpretación positiva	Pre	2,74 (2,10)	2,17 (1,81)		1,269	0,208
	Post	4,10 (1,70)	2,44 (1,58)	1,01	3,305	< 0,001

EA: Estrategia de afrontamiento. Fuente: Elaboración propia.

La tabla 9 presenta los resultados del análisis de los datos de seguimiento mediante ANOVA con medidas repetidas en el grupo experimental. No se identificaron diferencias significativas en el crecimiento postraumático y la rumiación deliberada entre la post-intervención y el seguimiento, lo que indica que los cambios observados se mantuvieron. Además, los niveles de rumiación intrusiva, afrontamiento centrado en el problema, búsqueda de apoyo social y reinterpretación positiva se mantuvieron estables. Se evidenció una reducción significativa en los niveles de sintomatología postraumática entre la post-intervención y el seguimiento.

Tabla 9

Comparación entre pre, post-intervención y seguimiento en el grupo experimental

Variable	Tiempo	<i>M</i>	<i>DE</i>	η^2	Valor <i>F</i>	Valor <i>p</i>	Comparación
Sintomatología postraumática	Pre	22,95	7,20	0,49	17,440	0,000	Pre > Post
	Post	14,62	9,61				Pre > Seg.
	Seguimiento	12,49	10,19				Post > Seg.
Crecimiento postraumático	Pre	22,28	11,70	0,51	19,188	0,000	Pre > Post
	Post	33,51	12,04				Pre > Seg.
	Seguimiento	32,33	12,00				Post = Seg.
Rumiación intrusiva	Pre	14,90	5,52	0,45	14,880	0,000	Pre > Post
	Post	9,51	6,54				Pre > Seg.
	Seguimiento	8,95	6,03				Post = Seg.
Rumiación deliberada	Pre	9,41	3,67	0,05	1,063	0,356	Pre = Post
	Post	9,82	3,70				Pre = Seg.
	Seguimiento	8,62	3,79				Post = Seg.
EA – Centrado en el problema	Pre	7,74	3,18	0,17	2,701	0,033	Pre = Post
	Post	8,97	2,85				Pre = Seg.
	Seguimiento	7,69	3,22				Post = Seg.
EA – Búsqueda de apoyo social	Pre	6,82	4,05	0,15	3,208	0,05	Pre < Post
	Post	8,56	3,04				Pre = Seg.
	Seguimiento	8,51	3,46				Post = Seg.
EA – Reinterpretación positiva	Pre	2,74	2,10	0,17	8,560	< 0,001	Pre < Post
	Post	4,10	1,70				Pre = Seg.
	Seguimiento	3,44	1,98				Post = Seg.

EA: Estrategia de afrontamiento. Fuente: Elaboración propia.

8. DISCUSIÓN

El objetivo fundamental de este estudio consistió en evaluar la efectividad de un protocolo de intervención preventiva basado en la Terapia Sistémica Breve (TSB) dirigido a personas que han experimentado recientemente eventos altamente estresantes. En una fase inicial, se llevó a cabo un estudio piloto para analizar el impacto del protocolo diseñado con este propósito, explorando la vivencia de las usuarias y ajustando el protocolo según fuera necesario antes de su implementación definitiva.

Para la evaluación de la intervención piloto del protocolo en TSB, la muestra se conformó por personas expuestas a eventos altamente estresantes en los últimos tres meses. Estas personas se vieron afectadas por la enfermedad de un familiar cercano, la ruptura de pareja y la pérdida de sus hogares debido a un incendio, lo que generó un enfrentamiento al estrés y sus consecuencias inmediatas en su estilo de vida habitual. La diversidad de situaciones estresantes abordadas en el protocolo permitió una comprensión integral de sus efectos y la adaptación de la intervención a las necesidades específicas de cada individuo.

8.1. Evaluación de la Intervención Piloto del Protocolo en TSB

La muestra seleccionada para el piloto estuvo compuesta por cuatro personas que habían experimentado un evento altamente estresante en los últimos tres meses. Las participantes se vieron afectadas por diversos factores, como la enfermedad de un familiar cercano, la ruptura de pareja y la pérdida de sus viviendas debido a un incendio, lo que generó consecuencias inmediatas en su vida cotidiana.

En esta fase inicial del estudio, el objetivo primordial fue comprender la experiencia tanto de las usuarias como de los terapeutas durante la intervención, así como evaluar el impacto de esta mediante las variables dependientes definidas para el estudio: sintomatología postraumática, sintomatología depresiva, crecimiento postraumático, bienestar subjetivo y alianza terapéutica.

Durante el análisis de los resultados, se observó que algunas usuarias, al principio, manifestaron escepticismo basado en experiencias previas con intervenciones psicológicas. Sin embargo, esta reticencia se superó después de la primera sesión, ya que expresaron sentirse escuchadas y en un ambiente de confianza. Este fortalecimiento del vínculo emocional con sus terapeutas se reveló como un factor de importancia crucial para alcanzar los objetivos de la intervención (García & Schaefer, 2015).

La aplicación de una escala cuantitativa diseñada para evaluar la relación terapéutica desde la perspectiva de los usuarios refuerza la conclusión anterior. Los puntajes obtenidos se acercaron al máximo posible, con una media de 9.78 en un rango de 1 a 10. Esto indica que cada usuaria evaluó positivamente diversos aspectos de su experiencia en cada sesión, tales como la relación con el terapeuta, las metas y objetivos, el enfoque o método utilizado, y la experiencia en general.

La Session Rating Scale (SRS) fue específicamente diseñada para que los profesionales clínicos la utilicen con el propósito de evaluar la alianza terapéutica a lo largo del proceso terapéutico. De esta manera, se posibilita la implementación de ajustes en el enfoque o estilo del terapeuta en caso de que el cliente reporte una experiencia negativa (Duncan et al., 2003). El puntaje promedio de 9.78 obtenido en este estudio es ligeramente superior al registrado en Argentina por Santangelo et al. (2021) en la octava sesión de intervención. Este hallazgo es crucial

para evaluar el ajuste del protocolo, ya que en caso de obtener calificaciones muy bajas, el terapeuta podría optar por modificar el tipo y la intensidad del tratamiento.

Debido a ello, el protocolo incorpora muchos espacios en donde es posible conocer la experiencia de la usuaria en relación al evento estresante y se estimula explícitamente la escucha activa de parte del terapeuta (Beyebach, 2006).

La TSB entiende la alianza terapéutica como una relación de colaboración en la que compete al profesional hacer el esfuerzo de escuchar atentamente a los consultantes para poder ajustarse a sus objetivos, preferencias y lenguaje

Por otro lado, las participantes expresaron la sugerencia de incrementar el número de sesiones, ya que consideraban que las cuatro sesiones programadas resultaban insuficientes, especialmente para abordar técnicas más complejas como el árbol de la vida. A pesar de esta percepción, tanto las usuarias como los terapeutas reconocieron un cambio positivo al concluir el proceso, respaldado por indicadores cuantitativos que revelan una reducción del malestar y un aumento en el crecimiento postraumático.

Al término de la terapia, las usuarias informaron que lograron identificar sus recursos, experimentaron un mayor empoderamiento, se abrieron a nuevas relaciones y aprendieron a valorar más su entorno. La disminución de la sintomatología postraumática y depresiva adquiere relevancia, ya que estos constituyen los problemas de salud mental más comunes tras experimentar situaciones altamente estresantes (Forbes et al., 2020; Van der Kolk, 2003).

Por otro lado, el aumento en los niveles de crecimiento postraumático es explicable por la naturaleza misma del protocolo de intervención, centrado en el desarrollo de recursos y de aprendizajes a partir del evento vivido.

Entre las actividades desarrolladas en las sesiones, las usuarias resaltaron la utilidad de la técnica del árbol de la vida (Denborough, 2011). Esta técnica les permitió recordar momentos trascendentes de sus vidas, identificar fortalezas personales y recursos interpersonales, así como establecer metas futuras. Resulta relevante mencionar que estudios anteriores que incorporaron esta técnica también han registrado una alta satisfacción por parte de los usuarios (Hirschson et al., 2017; Jorquera, 2010), respaldando su eficacia y aceptación en contextos terapéuticos.

Otra técnica que recibió reconocimiento por su utilidad fue la "pregunta de escala" (de Shazer, 1994), la cual permitió a las usuarias visualizar y cuantificar los cambios en su estado de ánimo expresados en números. Este enfoque cuantitativo brindó a las participantes una herramienta concreta para reflexionar sobre su progreso emocional de manera objetiva.

Asimismo, los terapeutas subrayaron la eficacia de las tareas asignadas al finalizar cada sesión, ya que facilitaban el proceso de intervención y optimizaban la gestión del tiempo. Se ha demostrado que estas tareas, en conjunto con la pregunta milagro, tienen un impacto significativo en el aumento del bienestar en las personas (Nichols et al., 2011), respaldando así su inclusión en el protocolo terapéutico.

Aunque no estaba explícitamente detallado en el protocolo, algunos terapeutas incorporaron metáforas para ilustrar aspectos de las narrativas de las usuarias. La introducción de metáforas no contradice los lineamientos de la TSB, siendo coherente con los principios y objetivos delineados en el protocolo. El uso de metáforas tiene diversas ventajas, ya que capturan

la atención de las usuarias, son fáciles de recordar, facilitan la comprensión, introducen ideas de manera indirecta, permiten sembrar conceptos entre sesiones y favorecen la externalización del problema (García & Schaefer, 2015). Además, la metáfora confiere dinamismo y expresión artística al lenguaje en la estructura del discurso, permitiendo describir una cosa mediante otra (Ceberio, 2019). Esta capacidad de las metáforas para añadir movimiento y creatividad al lenguaje las posiciona como elementos relevantes para enriquecer la experiencia terapéutica.

8.2. Ejecución del Protocolo Definitivo

El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto del protocolo de intervención basado en la TSB sobre crecimiento postraumático, sintomatología postraumática, rumiación y estrategias de afrontamiento en personas expuestas a un evento reciente altamente estresante.

8.2.1. Crecimiento Postraumático

En cuanto a los niveles de CPT, el grupo experimental exhibió valores significativamente superiores en la post-intervención en comparación con el grupo control, con un tamaño de efecto cercano a un efecto grande ($d= 0,76$). Este hallazgo respalda la hipótesis principal del estudio, indicando que la intervención con el protocolo de TSB contribuyó positivamente al CPT, un efecto que se mantuvo durante el seguimiento a los 6 meses después de finalizada la intervención. En Inglaterra, Northcott et al. (2021) llevaron a cabo un estudio con un protocolo de intervención TBCS. Los resultados sugieren que las personas con niveles iniciales de bienestar bajo o moderado podrían experimentar mayores beneficios en comparación con aquellos con un bienestar inicialmente alto.

Este hallazgo es congruente con los resultados obtenidos por Shakiba et al. (2020), quienes implementaron un protocolo de intervención cognitivo-emocional de 8 sesiones. En su estudio, se observó que la variable con mayor impacto fue el CPT tanto en la postintervención como en el seguimiento.

Wagner et al. (2016) encontraron un impacto significativo en el CPT mediante un protocolo de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), con énfasis en la reducción de síntomas.

Es importante resaltar las características distintivas del protocolo, centrado en potenciar los recursos y fortalezas de los participantes a través de diálogos orientados hacia el futuro. En una comparación del diálogo terapéutico entre los enfoques TCC y TBCS, Jordan et al. (2013) identificaron una diferencia significativa en la respuesta de los clientes. Observaron que el contenido negativo por parte del terapeuta TCC se correlacionaba con el contenido negativo del usuario, mientras que el contenido positivo del terapeuta TBCS se asociaba con el contenido positivo del usuario.

Por tanto, el foco de la intervención está en fortalecer los recursos de las personas mediante la creación de una sólida alianza terapéutica. Investigaciones previas sugieren que los síntomas y el crecimiento parecen ser constructos independientes (Calhoun & Tedeschi, 2006). Más bien, parece ser que el valor predominante reside en la calidad de las relaciones (Barsakova & Oesterreich)

8.2.2. Sintomatología Postraumática

En relación a SPT, en el GE se observa una disminución en la post intervención que se mantiene en el seguimiento a los 6 meses. Sin embargo, esta medida en el post no llega a ser significativamente menor que en el GC, ya que la SPT también disminuye en este. Esto permite

suponer que la disminución en la sintomatología postraumática se debió más al alejamiento temporal del momento en el que la persona sufrió el evento estresante que al impacto de la intervención.

De acuerdo con Bonanno (2005), la resiliencia emerge como un resultado frecuente después de enfrentarse a eventos altamente estresantes. Este autor sostiene que las personas pueden experimentar una breve lucha para preservar su equilibrio psicológico, pero eventualmente logran recuperarse y continuar funcionando de manera efectiva, ya sea a niveles normales o cercanos a ellos en un período relativamente corto.

Otra explicación de la falta de diferencias entre el GE y GC sería el papel positivo de las emociones, ya que el compartir socialmente las mismas tiene un valor adaptativo (Vásquez et al., 2009) lo que pudo favorecer a los participantes de ambos grupos, sin distinción. Una tercera explicación para entender la falta de disparidad significativa en la SPT entre los dos grupos se podría atribuir a las particularidades del protocolo de intervención TSB. Este enfoque se centra en fortalecer los recursos y aprendizajes derivados del evento vivido, en lugar de enfocarse exclusivamente en reducir el malestar, como podría hacerse mediante técnicas de relajación o exposición, por ejemplo. Al respecto, Bisson (2008) sostiene que en la TCC se observa una disminución significativa de la SPT desde las etapas iniciales de tratamiento. Este efecto se atribuye a menudo a la inclusión común de técnicas de manejo del estrés, tales como el entrenamiento en relajación y el reentrenamiento de la respiración, dentro del marco terapéutico.

Estudios adicionales, como el llevado a cabo por Basoglu et al. (2003), que examinaron un tratamiento conductual breve con sobrevivientes de terremotos, arrojaron resultados significativos en la reducción de la SPT. Estos resultados fueron alcanzados mediante estrategias de intervención que incluyeron psicoeducación y exposición conductual al foco de estrés. En la revisión realizada

por Roberts et al. (2019), se observó que la TCC, la terapia sin exposición, EMDR, la terapia de escritura estructurada y la autoayuda guiada por internet mostraron una reducción significativa en la SPT al comienzo del proceso. Vale destacar que este enfoque difiere notablemente de la intervención propuesta en el presente protocolo de TSB. Este último se centra en estrategias derivadas de la TBCS, que permiten a las personas explorar nuevas posibilidades, fomentando así el CPT (Zhang et al., 2014).

8.2.3. Rumiación Deliberada e Intrusiva

La RD en la post-intervención fue, como se esperaba, significativamente mayor en el GE que en el GC. Este resultado es consistente con el modelo de Calhoun y Tedeschi (2006) sobre procesos que contribuyen al CPT. Estudios como el realizado en China por Zhang et al. (2018), en donde 443 personas fueron evaluadas después de un año de la exposición a un tornado, han demostrado que la RD está relacionada directamente con el CPT. Entonces, un estilo de rumiación más deliberado llevaría al desarrollo de un cambio psicológico positivo tras la exposición al evento adverso (García et al., 2017; Shakiba et al., 2020).

En la evaluación intragrupal, no se detectan disparidades entre las evaluaciones pre y post en el GE. Esto sugiere que la intervención posiblemente facilita la prolongación de un procesamiento cognitivo productivo en el GE, permitiendo así el desarrollo de un CPT, en contraste con la disminución natural que ocurre en el grupo sin intervención.

En cuanto a la RI, en contra de lo esperado no se observaron diferencias significativas entre el GE y GC tras la intervención. Lafarge et al. (2020) demostraron que la RI no promueve el aprendizaje de la experiencia. De acuerdo a Calhoun et al. (2010), la RI inicial asociada a la experiencia de estrés podría dar paso posteriormente a una rumiación más deliberada, favoreciendo

el CPT, pero si este paso no ocurre, lo más probable es el desarrollo de SPT, como se ha observado también en algunos modelos empíricos (García et al., 2018). En el presente caso, la intervención logra aumentar la RD, pero no llega a incidir en la intrusiva, lo que aporta otra posible explicación a la falta de un efecto significativo de la TSB sobre la SPT. Por otro lado, si bien no hay cambios intergrupales, a nivel intragrupal en el GE se observa una disminución significativa de la RI en la post respecto a la pre-intervención, lo que al igual que en el caso de la SPT, también podría deberse al paso del tiempo y al alejamiento de la fuente de estrés, que afectó por igual a ambos grupos.

8.2.4. Estrategias de Afrontamiento

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, en la post-intervención se evidencia un incremento significativo en el nivel de afrontamiento centrado en el problema en el GE en comparación con el GC, presentando un tamaño del efecto notable ($d= 0,76$). Luego, en el seguimiento, el GE mantiene sus cambios. Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se han asociado sistemáticamente con CPT (García, Cova et al., 2016; Wolchik et al., 2008). Estas estrategias aluden a acciones cuyo objetivo es afrontar activamente el factor estresante para reducir o eliminar su impacto (Carver, 1997); de ese modo, la intervención en TSB aumentaría el sentido de control que las personas perciben en relación a su capacidad para influir sobre el evento estresante, actuando entonces en forma más activa para enfrentarla.

La reinterpretación positiva es otra estrategia de afrontamiento cuyos niveles resultan ser más altos en el GE en la post-intervención. El tamaño del efecto es grande ($d= 1,01$) y las mejoras se mantienen en el seguimiento. Ya en un meta-análisis se había señalado que la reinterpretación positiva tenía una importante relación con el crecimiento postraumático (Prati & Pietrantonio, 2009). Lafarge et al. (2017) sugieren que la reinterpretación positiva es una estrategia adaptativa que contribuye al CPT. La intervención en TSB incluye estrategias que buscan cambiar el foco

desde lo negativo hacia lo que funciona, como la tarea fórmula y las preguntas de excepciones, además de permitir que las personas imaginen un futuro libre del problema, como la carta desde el futuro, colaborando con esta visión más positiva sobre sí mismo, su futuro o sus relaciones.

En búsqueda de apoyo social no se observan diferencias entre el GE y el GC. Al analizar las medias, es posible establecer que si bien sus niveles suben en el GE entre el pre y el post, también lo hacen en el GC aunque en menor medida, sin que estas diferencias sean significativas. Al parecer la movilización de recursos de apoyo social tras una experiencia estresante es un común denominador de la mayoría de las personas enfrentadas a este tipo de situaciones. En la evaluación intragrupal se establece que el GE aumenta significativamente sus niveles en la post-intervención y que estos cambios se mantienen en el seguimiento.

La persistencia de los cambios observados en el seguimiento, en todas las variables excepto en SPT (que experimentó una disminución con respecto a la post-intervención), adquiere particular relevancia, considerando que este seguimiento se llevó a cabo durante un periodo que abarcó desde el estallido social en Chile hasta el inicio de la pandemia por COVID-19. Durante este tiempo, las personas enfrentaron niveles elevados de estrés y ansiedad, según lo indicado por Andrades-Tobar et al. (2021). Dada esta coyuntura, se anticipaba un retroceso significativo en los progresos logrados mediante la intervención, sin embargo, esto no se materializó. Este fenómeno sugiere la posibilidad de que, a través de la breve intervención proporcionada en este estudio, se hayan desarrollado estrategias efectivas que permitieron a los participantes afrontar exitosamente el estrés en contextos distintos a aquellos que originaron la necesidad de intervención inicialmente. Este hallazgo destaca la robustez y la transferibilidad de las habilidades adquiridas durante la intervención, lo cual es un aspecto prometedor para futuras investigaciones y prácticas clínicas.

8.3. Limitaciones y Perspectivas a Futuro

En cuanto a las limitaciones de la primera parte de este estudio, es importante señalar la reducida dimensión de la muestra, lo que conllevó a recoger percepciones de un número limitado de usuarias y terapeutas. La ausencia de un grupo de control también impidió la comparación de resultados. En consecuencia, los datos cuantitativos recabados no posibilitan llegar a conclusiones definitivas sobre la efectividad del protocolo. Es fundamental reconocer que la función de este estudio piloto se centró en evaluar la aceptabilidad y la valoración del protocolo, allanando el camino para su implementación en un estudio experimental futuro con una muestra más amplia. A pesar de sus limitaciones, este estudio piloto logra cumplir con el objetivo planteado.

Un aspecto crucial del segundo estudio fue la significativa pérdida de datos durante la fase de seguimiento. Uno de los factores que contribuyó a este abandono fue el estallido social en Chile, que comenzó el 18 de octubre de 2019 y se caracterizó por una protesta social masiva que dejó una profunda huella en el país. Durante este período, la agitación y las tensiones sociales dificultaron el libre desplazamiento y traslado de las personas, especialmente en las principales ciudades de Chile.

Esta circunstancia subraya la importancia de considerar eventos externos no controlables que puedan afectar la continuidad y participación en investigaciones a largo plazo. A pesar de la pérdida de datos, reconocer y abordar estas limitaciones proporciona una visión más completa y realista del impacto del estudio en el contexto de eventos socio-político inesperado.

Esta coyuntura de agitación social persistió sin interrupciones hasta marzo de 2020, cuando el mundo se vio abruptamente afectado por la pandemia de COVID-19. En Chile, en particular,

las personas abandonaron las calles debido al temor al contagio y las medidas de confinamiento implementadas. Estas restricciones no solo alteraron significativamente la vida cotidiana, sino que también generaron dificultades adicionales para llevar a cabo las evaluaciones de seguimiento programadas inicialmente.

Frente a esta situación, se implementó el procedimiento de intención de tratar, que consistió en sustituir los valores perdidos por el último puntaje obtenido. Este enfoque se erigió como un principio fundamental para mitigar el sesgo en los resultados obtenidos, permitiendo así abordar de manera adecuada los desafíos surgidos debido a las condiciones excepcionales provocadas por la combinación del estallido social y la pandemia.

Una limitación adicional del estudio radica en la ausencia de un grupo de control durante la fase de seguimiento. Esta decisión se tomó por razones éticas, ya que se consideró inapropiado privar a las personas que estaban experimentando dificultades de recibir ayuda durante un periodo superior a cuatro semanas. Aunque esta elección ética es comprensible y respetuosa, la ausencia de un grupo control en el seguimiento limita la capacidad de comparar y evaluar de manera más completa la efectividad relativa del protocolo de intervención. Estas consideraciones deben ser tomadas en cuenta al interpretar los resultados del estudio.

Para concluir, al considerar las particularidades del protocolo desarrollado y su impacto, y al contrastar estos resultados con la evidencia internacional, surge como una limitación relevante la cantidad de sesiones establecidas en el estudio. La inclusión de sólo cuatro sesiones puede limitar la profundidad de la intervención. En este sentido, agregar dos sesiones adicionales podría fortalecer el efecto terapéutico, permitiendo una mayor exploración y consolidación de las estrategias propuestas.

Además, al comparar con la evidencia internacional, se destaca la falta en el protocolo de estrategias centradas en la reducción del malestar psicológico, tales como técnicas de relajación y respiración, entre otras. Esta ausencia podría ser considerada como una limitación, ya que la inclusión de estas estrategias podría enriquecer y diversificar la intervención, ofreciendo a los participantes herramientas adicionales para afrontar y mitigar el malestar emocional. Existe evidencia internacional con protocolos de intervención de otros modelos que podrían ser útiles para considerar implementar algunas de sus técnicas al inicio del proceso. Por ejemplo, Cillessen et al. (2019) mediante la implementación de un protocolo basado en ejercicios de Mindfulness tendía un impacto importante en la reducción de la ansiedad. Otro ECA interesante, basado en un protocolo de TCC, que implementa ejercicios de relajación al inicio del proceso, mostró una reducción significativa del malestar-depresión y ansiedad- a los tres y seis meses de seguimiento post-intervención (Holdgaard et al., 2023).

Estas limitaciones abren espacio para futuras investigaciones que continúen explorando el efecto de un protocolo de intervención basado en TSB, considerando ampliar el número de sesiones.

Asimismo, se recomienda la expansión e integración de estrategias enfocadas en la reducción del malestar inicial. Esta inclusión podría tener un impacto significativo en la variable SPT, enriqueciendo la intervención al abordar de manera más directa el malestar experimentado.

8.4. Relevancia Social e Implicancias Prácticas de los Resultados Obtenidos

Numerosas investigaciones han evidenciado que diversas experiencias traumáticas pueden generar dificultades psicológicas en las personas. En respuesta a esta comprensión, se ha observado un incremento en los esfuerzos dirigidos al desarrollo de intervenciones psicológicas destinadas a prevenir el inicio de trastornos o aliviar los síntomas en sus etapas iniciales (Roberts et al., 2019). No obstante, esta medida parece insuficiente en el contexto actual de complejidad global.

La relevancia social de este estudio radica en su contribución de información respaldada por evidencia sobre la intervención temprana en personas que han experimentado eventos altamente estresantes recientemente, con el objetivo de comprender su impacto y así mitigar el malestar emocional asociado a dichos eventos. Con ello, se busca ampliar el conocimiento tanto en relación con la intervención temprana como con la utilidad de un protocolo TSB con este propósito.

Según Roberts et al. (2010), se requieren más estudios comparativos entre diferentes tipos de tratamientos psicológicos y es necesario explorar el papel, en caso de existir, de los tratamientos farmacológicos en combinación con el tratamiento psicológico.

Por ende, este estudio se erige como pionero en Chile, siendo el primero en su género, al procurar aplicar los resultados obtenidos en el impacto de la intervención TSB en CPT. Su objetivo es fortalecer el protocolo con la meta de reducir el SPT, incorporando nuevas estrategias de intervención.

9. CONCLUSIÓN

En esta investigación, se evaluó el impacto de un protocolo de TSB de intervención temprana en personas que experimentaron un evento altamente estresante reciente. El primer aporte significativo de este estudio fue la elaboración del protocolo de intervención. Este protocolo se desarrolló a partir de la revisión de la evidencia científica actual y un análisis teórico de cada modelo que conforma la TSB. Fue confeccionado y revisado en colaboración con un grupo de expertos en este enfoque, quienes contribuyeron a dar forma a cada sesión del protocolo.

Posteriormente, se llevó a cabo el primer estudio, lo cual implicó la selección de terapeutas y su capacitación en el protocolo para la implementación de la intervención. Todo esto se abordó desde un enfoque mixto, que posibilita la realización de inferencias a partir de la información recopilada y permite obtener un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). En este contexto, dicho enfoque facilitó la implementación del protocolo, la evaluación del impacto en las variables del estudio y la valoración de la experiencia tanto para los usuarios como para los terapeutas.

Como resultado de ello, se puede afirmar que el protocolo evaluado generó valoraciones positivas tanto de los terapeutas como de las usuarias, facilitando el desarrollo de una relación terapéutica adecuada y manifestando indicadores cuantitativos de cambio. Específicamente, se observó una reducción en la sintomatología depresiva y postraumática, junto con un aumento en el crecimiento postraumático. Además, se realizaron ajustes en el protocolo, orientados a flexibilizar algunas técnicas, como las tareas, y permitir la inclusión de otras, como las metáforas. De esta manera, se tomó la decisión de que el protocolo se encontraba listo para ser implementado en el estudio.

Como consecuencia de este proceso, se puede afirmar que el protocolo evaluado recibió valoraciones positivas tanto por parte de los terapeutas como de las usuarias, facilitando el establecimiento de una relación terapéutica efectiva y evidenciando indicadores cuantitativos de cambio. Específicamente, se observó una disminución en la SD y SPT, acompañada de un aumento en el CPT. Además, se realizaron ajustes en el protocolo, focalizados en flexibilizar algunas técnicas, como las tareas, y permitir la inclusión de otras, como las metáforas. De este modo, se tomó la decisión de que el protocolo estaba listo para ser implementado en el estudio.

Después de realizar pequeñas modificaciones en el protocolo y presentarlas a los terapeutas, se avanzó a la siguiente etapa del estudio. En esta fase, se llevó a cabo la implementación del programa con participantes de tres ciudades diferentes en Chile: Concepción, Talca y Antofagasta. Esta selección representó una muestra abarcadora, incluyendo una ciudad del norte, otra del centro y una del sur de Chile.

Los resultados de este estudio son concluyentes y ofrecen respuestas claras a la pregunta de investigación. En términos de los niveles de CPT, el GE mostró valores significativamente mayores en la post-intervención en comparación GC, con un tamaño de efecto cercano a grande ($d=0,76$). Este hallazgo respalda la hipótesis principal del estudio: la intervención con el protocolo de TSB fue efectiva para favorecer el CPT, y este efecto se mantuvo en el seguimiento realizado 6 meses después.

En cuanto a la SPT, se evidencia una disminución en el GE post intervención, la cual se mantiene y vuelve a descender en el seguimiento. En cuanto a la rumiación intrusiva, en contra de lo esperado no se observaron diferencias significativas entre el GE y GC tras la intervención.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, se nota un aumento significativo en el nivel de afrontamiento centrado en el problema en el GE en la post-intervención en comparación con el GC, destacándose un tamaño del efecto considerable ($d= 0,76$). Posteriormente, durante el seguimiento, el GE logra mantener estos cambios. Asimismo, la estrategia de reinterpretación positiva muestra niveles más elevados en el GE después de la intervención.

En resumen, los resultados respaldan la eficacia de la intervención para promover el crecimiento postraumático, permitiendo la obtención de aprendizajes positivos tras experiencias altamente estresantes.

10. REFERENCIAS

- Abeldaño, R., Fernández, R., Estario, J., & Enders, J. (2013). Distribución espacial de los trastornos de estrés postraumático en Chile a partir del terremoto del 27-F. *Revista de Salud Pública*, 17(3), 40-46. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v17.n3.6850>
- Alzugaray, C., García, F., Reyes, A., & Álvarez, R. (2015). Propiedades psicométricas de una versión breve de la escala de rumiación relacionada a un evento en población chilena afectada por eventos altamente estresantes. *Ajayu*, 13(2), 183-198.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). APA.
- Amstadter, A., Aggen, S., Knudsen, G., Reichborn-Kjennerud, T., & Kendler, K. (2013). Potentially traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and Axis I and II comorbidity in a population-based Study of Norwegian young adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(2), 215–223. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0537-2>
- Andrades-Tobar, M., García, F., Concha-Ponce, P., Valiente, C., & Lucero, C. (2021). Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(1), 13-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.28090>
- Angulo, R. (2020). Vulnerabilidad social y vulnerabilidad psicológica: El gran desafío de la salud mental en latinoamérica ante el COVID-19. *Cuadernos de Neuropsicología*, 14(2), 10-15. <https://doi.org/10.7714/CNPS/14.2.201>

- Arias, P., & García, F. (2018). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en población ecuatoriana adulta. *Pensamiento Psicológico*, *16*(2), 21-29. <https://doi.org/10.11144/Javeria-nacali.PPSI16-2.ppes>
- Bados, A., Greco, A., & Toribio, L. (2013). Eventos traumáticos en universitarios de psicología y sintomatología postraumática, de depresión, ansiedad y estrés en la actualidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *21*(2), 303-319.
- Baker, A. (2012). Training the Resilient Psychotherapist: What Graduate Students Need to Know About Vicarious Traumatization. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, *6*(1), 1-12. <https://doi.org/10.5590/JSBHS.2012.06.1.01>
- Bannink, F. (2008). Posttraumatic Success: Solution-Focused Brief Therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, *8*(3), 215-225. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhn013>
- Barlow, D., & Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Martínez Roca.
- Barskova, T., & Oesterreich, R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, *31*(21), 1709-1733. <https://doi.org/10.1080/09638280902738441>
- Basoglu, M., Livanou, M., Salcioglu, E., & Kalender, D. (2003). A brief behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder in earthquake survivors: results from an open clinical trial. *Psychological Medicine*, *33*(4), 647-654. <https://doi.org/fnr77m>

- Beal, S., Wingrove, T., Mara, C., Lutz, N., Noll, J., & Greiner, M. (2018). Childhood Adversity and Associated Psychosocial Function in Adolescents with Complex Trauma. *Child & Youth Care Forum, 48*(3), 305-322. <https://doi.org/10.1007/s10566-018-9479-5>
- Beauchemin, J. (2015). *Examining the effectiveness of a short-term solution-focused wellness group intervention on perceived stress and wellness among college students*. The Ohio State University.
- Begg, C., Cho, M., Eastwood, S., Horton, R., Moher, D., Olkin, I., Pitkin, R., Rennie, D., Schulz, K. F., Simel, D., & Stroup, D. (1996). Improving the Quality of Reporting of Randomized Controlled Trials: The CONSORT Statement. *Jama, 276*(8), 637–639. <https://doi:10.1001/jama.1996.03540080059030>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y.,...Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine, 46*(2), 327–343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Herder.
- Beyebach, M., & Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Herder.
- Beyebach, M. (2016). La terapia sistémica breve como práctica integradora. En F. García & M. Ceberio (Eds.), *Manual de terapia sistémica breve* (pp. 57-95). Mediterráneo.

- Beyebach, M., Neipp, M. C., Solanes-Puchol, Á., & Martín-del-Río, B. (2021). Bibliometric Differences Between WEIRD and Non-WEIRD Countries in the Outcome Research on Solution-Focused Brief Therapy. *Frontiers in Psychology, 12*, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.754885>
- Bisson, J. (2008). Using evidence to inform clinical practice shortly after traumatic events. *Journal of Traumatic Stress, 21*(6), 507-512. <https://doi.org/10.1002/jts.20375>
- Bjornsson, A. S., Hardarson, J. P., Valdimarsdottir, A. G., Gudmundsdottir, K., Tryggvadottir, A., Thorarinsdottir, K., Wessman, I., Sigurjonsdottir, Ó., Davidsdottir, S., & Thorisdottir, A. S. (2020). Social trauma and its association with posttraumatic stress disorder and social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 72*, 102228. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102228>
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the Face of Potential Trauma. *Current Directions in Psychological Science, 14*(3), 135-138. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00347.x>
- Bonanno, G. A. (2008). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(1), 101–113. <https://doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.101>
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998a). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry, 55*(7), 626-632.
- Breslau, N., Davis, G., Andreski, P., Federman, B., & Anthony, J. C. (1998). Epidemiological findings on posttraumatic stress disorder and co-morbid disorders in the general population. In B. P. Dohrenwend (Ed.), *Adversity, Stress, and Psychopathology* (pp. 319–330). Oxford University Press.

- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Routledge.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress, 13*(3), 521-527. <https://doi.org/10.1023/A:1007745627077>
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (Eds.). (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. Routledge.
- Campos, M., Páez, D., & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos traumáticos: un estudio longitudinal sobre el 11-M. *Ansiedad y Estrés, 10*(2), 277-286.
- Campos, M. (2016). Trastorno de estrés postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 73*(619), 233-240.
- Campos, J. F., Cuartero, M., Riera, J., Carona, J. (2016). Cuidado profesional y mecanismos paliativos del desgaste por empatía. *Respuestas Transdisciplinarias en una Sociedad Global: Aportaciones desde el Trabajo Social, 132*, 1-21.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K., & Danhauer, S. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, Stress, & Coping, 23*(2), 127-137. <https://doi.org/10.1080/10615800903094273>

- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., & Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory. *Anxiety, Stress, & Coping, 24*(2), 137-156. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.529901>
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 40*(2), 20-34. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- Carver, C. (1997). You Want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Casal, J., & Mateu, E. (2003). Tipos de muestreo. *Rev. Epidem. Med. Prev, 1*(1), 3-7.
- Ceberio, M. & Linares, J. (2010). *Ser y hacer en terapia sistémica: La construcción del estilo terapéutico*. Paidós.
- Ceberio, M. (2017). Querer y no lograr: Soluciones intentadas fallidas. *Revista Redes, (35)*, 99-116.
- Ceberio, M. (2019). *Qué digo cuando digo*. Ediciones B.
- Celis, R., & Ceberio, M. (2016). *Constructivismo y construccionismo social en psicoterapia: Una perspectiva crítica*. Manual Moderno.
- Charry-Lozano, L. (2016). Impactos psicológicos y psicosociales en víctimas sobrevivientes de massacre selectiva en el marco del conflicto en el suroccidente colombiano en el 2011. *Antistio: Revista del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia, 3*(2), 53-62. <http://dx.doi.org/10.16925/cf.v3i2.1756>

- Chen, X. Y., Wang, D., Liu, X., Shi, X., Scherffius, A. & Fan, F. (2023). Cumulative stressful events and mental health in young adults after 10 years of Wenchuan earthquake: the role of social support. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2189399>
- Chow, E. O. (2018). Narrative Group Intervention to reconstruct Meaning of Life among Stroke Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Neuropsychiatry*, 8(4), 1216–1226. <https://doi.org/10.4172/neuropsychiatry.1000450>
- Cillessen, L., Johannsen, M., Speckens, A. E. M., & Zachariae, R. (2019). Mindfulness-based interventions for psychological and physical health outcomes in cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-Oncology*, 28(12), 2257–2269. <https://doi.org/10.1002/pon.5214>
- Cohen, K., & Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 570-580. <http://dx.doi.org/10.1037/a0030388>
- Compare, A., Zarbo, C., Shonin, E., Van Gordon, W., & Marconi, C. (2014). Emotional Regulation and Depression: A Potential Mediator between Heart and Mind. *Cardiovascular Psychiatry Neurology*, 2014, 1-10. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/324374>
- Concha-Ponce, P. (2016). Recuperar la relación con mi hijo: Una propuesta de intervención tras la develación de la homosexualidad. En F. García & M. Ceberio (Eds.), *Manual de terapia sistémica breve* (pp. 201-215). Mediterráneo.

Confortin, S. (2007). Solution focused therapy and trauma: a brief group program. [Thesis of master]. Athabasca University, Alberta, Australia.

Connor, K., & Davidson, J. (2001). SPRINT: A brief global assessment of post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, *16*(5), 279-284. <https://doi.org/10.1097/00004850-200109000-00005>

Coulter, S. (2014). The Applicability of Two Strengths-based Systemic Psychotherapy Models for Young People Following Type 1 Trauma. *Child Care in Practice*, *20*(1), 48–63. <https://doi.org/10.1080/13575279.2013.847057>.

Cova, F., & Rincón, P. (2010). El terremoto y tsunami del 27-F y sus efectos en la salud mental. *Terapia Psicológica*, *28*(2), 179-185.

Cova, F., Valdivia, M., Rincón, P., Haquin, C., Sanhueza, F., Melipillán, R., Medel, M., Martínez, J., & Alarcón, G. (2013) Estrés postraumático en población infantojuvenil post 27F. *Revista Chilena de Pediatría*, *84*(1), 32-41.

Covers, M. L. V., de Jongh, A., Huntjens, R. J. C., de Roos, C., van den Hout, M., & Bicanic, I. A. E. (2021). Early intervention with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy to reduce the severity of post-traumatic stress symptoms in recent rape victims: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943188>

- Coyne, J. C., & Racioppo, M. W. (2000). Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55(6), 655-664. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.6.655>
- Crockett, S. A., & Prosek, E. A. (2013). Promoting cognitive, emotional, and spiritual client change: The infusion of solution-focused counseling and ritual therapy. *Counseling and Values*, 58(2), 237-253. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2013.00036.x>
- Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 83-96.
- de Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986a). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25, 2007-221.
- de Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Paidós.
- de Shazer, S. (1988). *Claves en psicoterapia breve: Una teoría de la solución*. Gedisa.
- de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. Norton.
- Denborough, D. (2011). Atendendo crianças que vivenciaram traumas: A árvore da vida. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 20(39), 92-101.
- Denborough, D. (2012). Responding to survivors of torture and suffering: Survival skills of Kurdish families. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, (3), 1-33.
- Denborough, D. (2018). *Do you want to hear a story?: Adventures in collective narrative practice*. Dulwich Centre Publications.

- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa490113>
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.4.653>
- Ding, Y., & Dai, J. (2019). Advance in Stress for Depressive Disorder. En Y. Fang (Ed.), *Depressive Disorders: Mechanisms, Measurement and Management*, (pp. 147–178). Springer.
- Długosz, P. (2023). War trauma and strategies for coping with stress among Ukrainian refugees staying in Poland. *Journal of Migration and Health*, 8(2), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100196>
- Dominick, W. (2022). Changes in posttraumatic growth, core belief disruption, and social support over the first year of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 13, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1019273>
- Duncan, B., Miller, S., Sparks, J., Claud, D. Reynolds, L., Brown, J., & Johnson, L. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a “Working” Alliance Measure, *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3-12.
- Eads, R., & Lee, M. Y. (2019). Solution focused Therapy for Trauma Survivors: A Review of the Outcome Literature. *Journal of Solution Focused Practices*, 3(1), 1-10.
- Echeburúa, E., & Amor, P. (2019). Memoria traumática: estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptativas. *Terapia Psicológica*, 37(1), 71-80. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082019000100071>

- Elgueta, P., & Fantuzzi, F. (2008). *Traducción y validación chilena de la encuesta de sesión (SRS)*. [Tesis de Magíster, Universidad Gabriela Mistral, Santiago, Chile].
- Erbes, C. R., Stillman, J. R., Wieling, E., Bera, W., & Leskela, J. (2014). A Pilot Examination of the Use of Narrative Therapy With Individuals Diagnosed With PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 27*(6), 730–733. <https://doi.org/10.1002/jts.21966>
- Errázuriz, P., Fischer, C., Behn, A., Letelier, C., & Monari, M. (2019). Orientaciones prácticas para psicoterapeutas que atienden a pacientes con TEPT después de un desastre natural. *Psykhé, 28*(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.28.1.1218>
- Falender, C., & Shafranske, E. (2020). *Fundamentos básicos para la práctica clínica de la supervisión basada en competencias*. Editorial GiuntiEOS.
- Fernández-Ávalos, M.I., Pérez-Marfil, M.N., Fernández-Alcántara, M., Ferrer-Cascales, R., Cruz-Quintana, F., & Turnbull, O. (2022). Post-Traumatic Growth in Professionals Caring for People with Intellectual Disabilities during COVID-19: A Psychological Intervention. *Healthcare, 10*(1), 2-13. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010048>
- Figueroa, R., Cortés, P., Accatino, L., & Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista Médica de Chile, 144*(5), 643-655. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500013>

- Fisch, R., Weakland, J.H., & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio: Cómo abreviar la terapia*. Herder.
- Fisch, R. Schlanger, K. (2002). *Cambiando lo incambiable: La terapia breve en casos intimidantes*. Herder.
- Flores, R. (2014). *Observando observadores: una introducción a las técnicas cualitativas de investigación social*. Ediciones UC.
- Forbes, D., Bisson, J., Monson, C.M., & Berliner, L. (Eds.). (2020). *Effective treatments for PTSD. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (3rd ed.)*. Guilford.
- Froerer, A., Walker, C., Kim, J., Connie, E., & Cziffra-Bergs, J. (2018). Language Creates a New Reality. En A. Froerer, J. Cziffra-Bergs, J. Kim, & E. Connie (Eds.). *Solution-Focused Brief Therapy with Clients Managing Trauma* (pp. 24-47). Oxford University Press.
- Fucillo, S. J. (2017). *Caring for the Caregivers: A Phenomenological Study of Supervisors and Vicarious Trauma* [Doctoral Thesis, Auburn University]. ProQuest.
- Gaborit, M. (2006). Desastres y trauma psicológico. *Pensamiento Psicológico*, 2(7), 15-39.
- García-Martín, M. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de psicología*, (6), 18-39.
- García, F., y Rincón, P. (2011). Prevención de Sintomatología Postraumática en Mujeres con Cáncer de Mama: Un modelo de intervención narrativo. *Terapia Psicológica*, 29(2), 175-183. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000200004>
- García, F. (Ed.). (2013). *Terapia sistémica breve: fundamentos y aplicaciones*. RIL editores.
- García, F., Jaramillo, C., Martínez, A. M., Valenzuela, I., & Cova, F. (2014). Respuestas psicológicas ante un desastre natural: Estrés y crecimiento postraumático. *Liberabit*, 20(1), 121-130.

- García, F., & Schaefer, H. (2015). *Manual de técnicas en psicoterapia breve: aportes desde la terapia sistémica*. Mediterráneo.
- García, F., Cova, F., Rincón, P., Vázquez, C. & Páez, D. (2016). Coping, rumination and posttraumatic growth in people affected by an earthquake. *Psicothema*, 28(1), 59-65.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2015.100>
- García, F., & Wlodarczyk, A. (2016a). Psychometric properties of the posttraumatic growth inventory - Short form among Chilean adults. *Journal of Loss and Trauma*, 21(4), 303-314.
<https://doi.org/10.1080/15325024.2015.1108788>
- García, F., Mardones, R., & Ceberio, M. (2016b). El proceso terapéutico en terapia sistémica breve. En F. García & M. Ceberio (Eds.), *Manual de terapia sistémica breve* (pp. 113-139). Mediterráneo.
- García, F., Barraza, C., Wlodarczyk, A., Alvear, M., & Reyes, A. (2018c). Psychometric properties of the Brief-COPE for the evaluation of coping strategies in the Chilean population. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(1). <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0102-3>
- García, F., Cova, F., Páez, D., & Miranda, F. (2018). Brooding as moderator of depressive symptoms after a work accident: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(2), 236-242.
<https://doi.org/10.1111/sjop.12433>

- García, F., & Beyebach, M. (2022). *Superar experiencias traumáticas: Una propuesta de intervención desde la terapia sistémica breve*. Herder.
- García, F., Vergara-Barra, P., Concha-Ponce, P., Andrades, M., Rincón, P., & Valdivia-Devia, M. (2023). The Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric Properties and Prediction of Posttraumatic Consequences during the COVID-19 Pandemic in Chilean Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3452. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043452>
- García, F., Concha-Ponce, P., & Beyebach, M. (2023a). *Terapia Sistémica Breve para el Trauma: Un Protocolo de Intervención*. Nueva Mirada Ediciones.
- García-Martínez, J. (2012). *Técnicas narrativas en psicoterapia*. Editorial Síntesis.
- Gempp, R., Avendaño, C., & Muñoz, K. (2004). Normas y punto de corte para la escala de depresión del centro para estudios epidemiológicos (CES-D) en población juvenil chilena. *Terapia Psicológica*, 22(2), 145- 156.
- Gidron, Y., Gal, R., Freedman, S., Twiser, I., Lauden, A., Snir, Y., & Benjamin, J. (2001). Translating research findings to PTSD prevention: Results of a randomized–controlled pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 773-780. <https://doi.org/10.1023/A:1013046322993>
- Gidron, Y., Gal, R., Givati, G., Lauden, A., Snir, Y., & Benjamin, J. (2007). Interactive Effects of Memory Structuring and Gender in Preventing Posttraumatic Stress Symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(2), 179-182. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000254676.11987.5d>
- Glassburn, S., McGuire, L. E., & Lay, K. (2019). Reflection as self-care: models for facilitative supervision. *Reflective Practice*, 20(6), 692-704. <https://doi.org/10.1080/14623943.2019.1674271>
- Gonçalves, Ó. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa: Manual de terapia breve*. Desclée De Brouwer.

- González, T., & Cano, A. (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación (II). *Nure Investigación*, 45, 1-10.
- González, E., & Crespo, M. (2022). Revisión sistemática de la relación entre sintomatología postraumática y conducta suicida. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(1), 73-90. <https://doi.org/10.5944/rppc.27757>
- Grégoire, L., Landry, L., Gustafsson, E., & Blanchette, I. (2021). Alteration of early attentional processing after analogue trauma exposure: evidence from event-related potentials. *Experimental Brain Research*, 239, 3671-3686. <https://doi.org/10.1007/s00221-021-06234-1>
- Habibi, M., Ghaderi, K., Abedini, S., & Jamshidnejad, N. (2016). The effectiveness of solution-focused brief therapy on reducing depression in women. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 2(4), 244-249.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Amorrortu.
- Hannah, B., & Woolgar, M. (2018). Secondary trauma and compassion fatigue in foster carers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(4), 629-643. <https://doi.org/10.1177/1359104518778327>
- Harik, J. M., Matteo, R. A., Hermann, B. A., & Hamblen, J. L. (2017). What people with PTSD symptoms do (and do not) know about PTSD: A national survey. *Depression and Anxiety*, 34(4), 374-382. <https://doi.org/10.1002/da.22558>
- Hayes, J., VanElzakker, M., & Shin, L., (2012). Emotion and cognition interactions in PTSD: a review of neurocognitive and neuroimaging studies. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 6(89), 1-14. <https://doi.org/10.3389/fnint.2012.00089>

- Herbert, H. K., Hyder, A. A., Butchart, A., & Norton, R. (2011). Global health: Injuries and Violence. *Infectious Disease Clinics*, 25(3), 653-668. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2011.06.004>
- Hernández-García, M. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, 14(1), 53. <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.55811>
- Herrero de Vega, M. (2016). Trabajando la autoestima en grupo: un programa centrado en soluciones. En F. García y M. Ceberio (Eds.), *Manual de terapia sistémica breve* (pp. 381-394). Mediterráneo.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- Hirschson, S., Fritz, E., & Kilian, D. (2017). The Tree of Life as a Metaphor for Grief in AIDS-Orphaned Adolescents. *American Journal of Dance Therapy*, 40(1), 87–109. <https://doi.org/10.1007/s10465-017-9243-7>
- Hofmann, S. (2018). *La emoción en psicoterapia: de la ciencia a la práctica*. Paidós.
- Holdgaard, A., Eckhardt-Hansen, C., Lassen, C. F., Kjesbu, I. E., Dall, C. H., Michaelsen, K. L., Sibilitz, K. L., Prescott, E., & Rasmusen, H. K. (2023). Cognitive-behavioural therapy reduces psychological distress in younger patients with cardiac disease: a randomized trial. *European Heart Journal*, 44(11), 986–996. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac792>
- Horowitz, M. (2011). *Stress Response Syndromes: PTSD, Grief, Adjustment, and Dissociative Disorders*. Jason Aronson.

IBM Corp (2011). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0*. IBM corp.

Jakovljević, M., Brajković, L., Jakšić, N., Lončar, M., Aukst-Margetić, B., & Lasić, D. (2012). Posttraumatic Stress Disorders (PTSD) from different perspectives: a transdisciplinary integrative approach. *Psychiatria Danubina*, 24(3), 246-255.

Janoff-Bulman, R., & Frantz, C. (1997). The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. In M. J. Power & C. R. Brewin (Eds.), *The transformation of meaning in psychological therapies: Integrating theory and practice* (pp. 91–106). John Wiley & Sons Inc.

Jiménez, B. M., Benadero, M.E., Stamm, B.H., & Vergel, A.I. (2007). Estrés traumático secundario: personalidad y sacudida de creencias. *Psicología Conductual*, 15(3), 427-439.

Jordan, S., Froerer, A., & Bavelas, J. (2013) Microanalysis of Positive and Negative Content in Solution-Focused Brief Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Expert Sessions. *Journal of systemic Therapies* 32(3), 46-59. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2013.32.3.46>

Jorquera, P. (2010). Vejez y envejecimiento: Imaginarios sociales presentes en los textos escolares oficiales del Ministerio de educación chileno. *Revista Mad*, (22), 132-165. <https://doi.org/10.5354/0718-0527.2010.13642>

Joubert, J., & Guse, T. (2021). A Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) Intervention Model to Facilitate Hope and Subjective Well-being Among Trauma Survivors. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51(303), 303-310. <https://doi.org/10.1007/s10879-021-09511-w>

Kazdin, A. E. (2001). Conduct Disorder. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2511-2516.

- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Hyland, P., Zelviene, P., & Cloitre, M. (2018). The structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian mental health services. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1414559. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1414559>
- Kearns, M. C., Ressler, K. J., Zatzick, D., & Rothbaum, B. O. (2012). Early interventions for PTSD: a review. *Depression and Anxiety*, 29(10), 833-842. <https://doi.org/10.1002/da.21997>
- Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E.J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R., Ferry, N., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J., Huang, Y., Karam, E., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.P., Levinson, D., ...Koenen, K. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(5), 1-16. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Kim, J., Brook, J., y Akin, B. (2016). Solution-Focused Brief Therapy With Substance-Using Individual: A Randomized Controlled Trial Study. *Research on Social Work Practice*, 28(4), 452-462. <https://doi:10.1177/1049731516650517>
- Kim, J., & Froerer, A. (2018). Intersection of SFBT and Trauma. En A. Froerer, J. Cziffra-Bergs, J. Kim, & E. Connie (Eds.). *Solution-Focused Brief Therapy with Clients Managing Trauma* (pp. 24-47). Oxford University Press.
- Lafarge, C., Mitchell, K., & Fox, P. (2017). Posttraumatic growth following pregnancy termination for fetal abnormality: the predictive role of coping strategies and perinatal grief. *Anxiety, Stress, & Coping*, 30(5), 536-550. <https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1278433>
- Lahav, Y., Kanat-Maymon, Y., & Solomon, Z. (2017). Posttraumatic Growth and Dyadic Adjustment among War Veterans and their Wives. *Frontiers in Psychology*, 8(1102), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01102>

Latorre, I. (2010). El Árbol de la Vida con trabajadores adultos. Una respuesta narrativa a las consecuencias del trauma provocadas por accidentes en el contexto laboral. *Procesos Psicológicos y Sociales*, 6(1), 1-34.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.

Leiva-Bianchi, M., & Gallardo, I. (2013). Validation of the short posttraumatic stress disorder rating interview (SPRINT-E) in a sample of people affected by F-27 Chilean earthquake and tsunami. *Anales de Psicología*, 29(2), 328-334. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.2.130681>

Leiva-Bianchi, M., & Araneda, A. (2013a). Prevalencia y sintomatología del estrés post traumático en personas que experimentan un terremoto y un tsunami. *Salud & Sociedad*, 4(2), 146-155. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2013.0002.00003>

LeTendre, M., & Reed, M. (2017): The Effect of Adverse Childhood Experience on Clinical Diagnosis of a Substance Use Disorder: Results of a Nationally Representative Study. *Substance Use & Misuse*, 52(6), 689-697. <https://dx.doi.org/10.1080/10826084.2016.1253746>

Lewis, C., & Bisson, J. (2022). Managing the risk of post-traumatic stress disorder (PTSD): Best practice for prevention, detection and treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(2), 111-115. <https://doi.org/10.1111/acps.13392>

- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health, 59*, 359–372. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0519-5>
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución, más allá de la técnica: El trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Amorrortu.
- Littleton, H., Horsley, S., John, S., & Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: a meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies, 20*(6), 977-988. <https://doi.org/10.1002/jts.20276>
- Logan-Greene, P., Green, S., Nurius, P., & Longhi, D. (2014). Distinct Contributions of Adverse Childhood Experiences and Resilience Resources: A Cohort Analysis of Adult Physical and Mental Health. *Social Work in Health Care, 53*(8), 776-797. <http://dx.doi.org/10.1080/00981389.2014.944251>
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Machado, P. P., Sinai, D., Bento, T., y Salgado, J. (2014). Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research, 24*(6), 662-674. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.874052>

- Lowe, S., Blachman-Forshay, J., & Koenen, K. (2015). Trauma as a Public Health Issue: Epidemiology of Trauma and Trauma-Related Disorders. En U. Schnyder & M. Cloitre (Eds.). *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders*. Springer.
- Lutz, A. (2022, February 25). Solution-Focused Therapy Is Trauma-Informed Care. <https://solutionfocused.net/solution-focused-therapy-trauma-informed-care/>
- Magne, H., Jaafari, N., & Voyer, M. (2021). La croissance post-traumatique: un concept méconnu de la psychiatrie française. *L'Encéphale*, 47(2), 143-150. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.021>
- Mahoney, M. J., & Granvold, D. K. (2005). Constructivism and psychotherapy. *World psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 4(2), 74–77.
- Martín-Crespo, M., & Salamanca, A. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 27(4), 1-4.
- Martínez, M. (2000). *La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico-práctico*. Trillas.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- McNeillie, N., & Rose, J. (2020). Vicarious trauma in therapists: a meta-ethnographic review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(4), 426-440. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000776>
- Metcalf, L. (2020). *Terapia narrativa centrada en soluciones*. Desclée De Brouwer.
- Metcalf, O., O'Donnell, M. L., Forbes, D., Bar-Haim, Y., Hodson, S., Bryant, R. A., McFarlane, A., Morton, D., Poerio, L., Naim, R., & Varker, T. (2021). Attention-control training as an early

intervention for veterans leaving the military: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 35(4), 1291-1299. <https://doi.org/10.1002/jts.22828>

Miller, R.T. (2020). *El trauma y la lucha por abrirse*. Desclée De Brouwer.

Moher, D., Schulz, K. F., & Altman, D. G., & Consort Group. (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *The Lancet*, 357(9263), 1191–1194. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04337-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04337-3)

Musick, J. (2023). *Influence of Relationship Styles of Clinical Supervision on Vicarious Trauma and Locus of Control in Mental Health Workers* [Doctoral Thesis, Fielding Graduate University]. ProQuest.

Myers, Hector F.; Wyatt, Gail E.; Ullman, Jodie B.; Loeb, Tamra B.; Chin, Dorothy; Prause, Nicole; Zhang, Muyu; Williams, John K.; Slavich, George M.; Liu, Honghu (2015). Cumulative Burden of Lifetime Adversities: Trauma and Mental Health in Low-SES African Americans and Latino/as. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(3), 243–251. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039077>

Nardone, G. (1997). *Miedo, pánico y fobias: la terapia breve*. Herder.

Neimeyer, R. (2013). *Psicoterapia constructivista. Rasgos distintivos*. Desclée De Brouwer.

Neipp, M. C., & Beyebach, M. (2022). The global outcomes of solution-focused brief therapy: A revision. *The American Journal of Family Therapy*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/01926187.2022.2069175>

- Nichols, V. P., Griffiths, F. E., McCarthy, C. J., & Lamb, S. E. (2011). Exploring the use of the 'Adapted Miracle Question' in the assessment of low back pain. *Physiotherapy*, *97*(3), 203–208. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2010.11.003>
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (2004). Theoretical and methodological issues in the assessment and interpretation of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 60-64.
- Northcott, S., Thomas, S., James, K., Simpson, A., Hirani, S., Barnard, R., & Hilari, K. (2021). Solution Focused Brief Therapy in Post-Stroke Aphasia (SOFIA): feasibility and acceptability results of a feasibility randomised wait-list controlled trial. *BMJ Open*, *11*(8), 1-12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050308>
- Nunnally, E., & Lipchik, E. (1990). Some uses of writing in solution focused brief therapy. *Journal of Independent Social Work*, *4*(2), 3-19.
- O'Hanlon, W.H. & Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Paidós.
- O'Hanlon, W.H. (2001). *Desarrollar posibilidades. Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. Paidós.
- Organización Panamericana de la Salud (2023, Agosto 6). La OMS publica directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos. <https://www.paho.org/es/noticias/6-8-2013-oms-publica-directrices-sobre-atencion-salud-mental-tras-eventos-traumaticos>
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., & Rimé, B. (2004). Los efectos del comportamiento social de las emociones sobre el trauma del 11 de marzo en personas no afectadas directamente. *Ansiedad y Estrés*, *10*(2), 219-232.

Papageorgiou, C., & Wells, A. (Eds.). (2004). *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons.

Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: Una introducción para profesionales*. Paidós.

Pereda, N., & Sicilia, L. (2017). Reacciones sociales ante la revelación de abuso sexual infantil y malestar psicológico en mujeres víctimas. *Psychosocial Intervention*, 26(3), 131-138.
<https://doi.org/10.1016/j.psi.2017.02.002>

Pérez, C. I., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S., & Rioseco, P. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud mental*, 32(2), 145-153.

Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional psychology: Research and practice*, 26(6), 558.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>

Pintado, S. (2018). Programas basados en mindfulness para el tratamiento de la fatiga por compasión en personal sanitario: una revisión. *Terapia Psicológica*, 36(2), 71-80.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082018000200071>

Portela, M., & Machado, A. (2022). Consecuencias psicológicas del aislamiento social y su vinculación con el funcionamiento psicológico positivo. *Actualidades en Psicología*, 36(132), 72-87.
<http://dx.doi.org/10.15517/ap.v36i132.49584>

Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, Social Support, and Coping Strategies As Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Journal of Loss and Trauma, 14*(5), 364-388. <https://doi.org/10.1080/15325020902724271>

QSR International (2018). *Nvivo 12 Qualitative Data Analysis Software*. QSR International.

Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2010). Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (3)*. 1-84. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007944.pub2>

Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Lewis, C. E., & Bisson, J. (2019). Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1), 1695486. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1695486>

Rodríguez-Morejón, A., & Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido & J. García (Comp.). *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 241-290). Promolibro.

- Rodríguez- Fernández, A., & Goñi-Grandmontagne, A. (2011). La estructura tridimensional del bienestar subjetivo. *Anales de Psicología*, 27(2), 327–332.
- Rothschild, B. (2016). *Ayuda para profesionales de la ayuda: Psicofisiológica de la fatiga por compasión y del trauma vicario*. Desclée De Brouwer.
- Saborío, L., & Hidalgo, L. (2015). Síndrome de burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.
- Samami, E., Elyasi, F., Mousavinasab, S. N., Shojaee, L., Zaboli, E., & Shahhosseini, Z. (2021). The effect of a supportive program on coping strategies and stress in women diagnosed with breast cancer: A randomized controlled clinical trial. *Nursing Open*, 8(3), 1157-1167. <https://doi.org/10.1002/nop2.728>
- Santangelo, P. R., Conde, K., Schupp, H., & Paoloni, N. (2021). Evaluación en Psicoterapia: Propiedades Psicométricas de la versión Argentina de la Escala de Calificación de Resultados y la Escala de Calificación de Sesiones. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 165–180. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.503>
- Schick, M., Weiss, N., Contractor, A., Suazo, N., & Spillane, N. (2020). Posttraumatic Stress Disorder's Relation with Positive and Negative Emotional Avoidance: The Moderating Role of Gender. *Stress and Health*, 36(2), 1-29. <https://doi.org/10.1002/smi.2920>
- Schlanger, K., Pascual, A., Díaz, G., & Torralba, R. (2019). MRI/Problem-Solving Brief Therapy: The evolution of the Model as Illustrated in the Case of an Adolescent Girl That Proves Difficult for

the Therapist. *Journal of Systemic Therapies*, 38(2), 47-63.
<https://doi.org/10.1521/jsyt.2019.38.2.47>

Schnitman, D. (Ed.). (2015). Schnitman, D. F. (2015). Proceso generativo y prácticas dialógicas1. *En Diálogos para la transformación: Experiencias en terapia y otras intervenciones psicosociales en Iberoamérica*. (pp. 53-81). Autoedición.

Schobinger, E., Stuijtzand, S., & Horsch, A. (2020). Acute and Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Mothers and Fathers Following Childbirth: A Prospective Cohort Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.562054>

Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio: soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Gedisa.

Selekman, M., & Beyebach, M. (2013). *Changing self-destructive habits: Pathways to Solutions with Couples and Families*. Routledge.

Shakiba, M., Latifi, A., & Navidian, A. (2020). The Effect of Cognitive-Emotional Intervention on Growth and Posttraumatic Stress in Mothers of Children With Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 42(2), 118–125.
<https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000001558>

- Sharim, D., Kovalskys, J., Morales, G., & Cornejo, M. (2011). Trauma psicosocial y memoria: diseño de un dispositivo biográfico para investigar el impacto de la Comisión de Prisión Política y Tortura en Chile. *Revista de Estudios Sociales*, (40), 81-88.
- Shields, G. S., Fassett-Carman, A., Gray, Z. J., Gonzales, J. E., Snyder, H. R., & Slavich, G. M. (2023). Why is subjective stress severity a stronger predictor of health than stressor exposure? A preregistered two-study test of two hypotheses. *Stress and Health*, 39(1), 87-102. <https://doi.org/10.1002/smi.3165>
- Siegel, T. R., & Nagengast, A. K. (2019). Mitigating Burnout. *Surgical Clinics*, 99(5), 1029-1035. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2019.06.015>
- Sluzki, C. (1995). Transformaciones: Una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 6(22-23), 53–70. <https://doi.org/10.33898/rdp.v6i22-23.1083>
- Sutin, A., Costa Jr, P., Wethington, E., & Eaton, W. (2010) Perceptions of stressful life events as turning points are associated with self-rated health and psychological distress. *Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal*, 23(5), 479-492. <https://doi.org/10.1080/10615800903552015>
- Sweeney, A., Clement, S., Filson, B., & Kennedy, A. (2016). Trauma-informed mental healthcare in the UK: what is it and how can we further its development? *Mental Health Review Journal*, 21(3), 174-192. <https://doi.org/10.1111/hex.13585>

- Sweeney, A., White, S., Kelly, K., Faulkner, A., Papoulias, S., & Gillard, S. (2022). Survivor-led guidelines for conducting trauma-informed psychological therapy assessments: Development and modified Delphi study. *Health Expectations*, 25(6), 2818-2827. <https://doi.org/10.1111/hex.13585>
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, Stress, & Coping*, 22(2), 129-136. <https://doi.org/10.1080/10615800802317841>
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. SAGE Publications.
- Tedeschi, R., Calhoun, L., & Groleau, J. (2015). Clinical Applications of Posttraumatic Growth. En Joseph, S (Ed.), *Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life* (pp. 503-518). Wiley.
- Thapa, D. K., Levett-Jones, T., West, S., & Cleary, M. (2021). Burnout, compassion fatigue, and resilience among healthcare professionals. *Nursing & Health Sciences*, (), 1-5. <https://dx.doi.org/10.1111/nhs.12843>
- Thew, G. R., Wild, J., & Ehlers, A. (2023). Early intervention in post-traumatic stress disorder without exposure to trauma memories using internet-delivered cognitive therapy: A pilot case series. *British Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 459-470. <https://doi.org/10.1111/bjc.12419>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2), 25-52.

- Trepper, J., Dolan, Y., McCollum, E., & Nelson, T. (2006). Steve de Shazer and the future of solution-focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(2), 133-139. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2006.tb01595.x>
- US Department of Health and Human Services (DHHS). (2014). SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach.
- van der Kolk, B.A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and Exploratory Study. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 505-525. <https://doi.org/10.1007/BF02102887>
- van der Kolk, B. A. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in clinical Neuroscience*, 2(1), 7-22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- van der Kolk, B. A. (2003). *The body takes the score. Mind, brain and body in the transformation of trauma*. Penguin Random House.
- Vásquez, C., & Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y estrés*, 9(2-3), 231-254.
- Vázquez, C., Castilla, C., & Hervás, G. (2009). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (Ed.), *Las Emociones Positivas* (pp. 375-392). Pirámide.
- Vera-Poseck, B., Carbelo-Baquero, B., & Vecina-Jiménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.

- Wagner, A. C., Torbit, L., Jenzer, T., Landy, M. S., Pukay-Martin, N. D., Macdonald, A., Fredman, S. J., & Monson, C. M. (2016). The Role of Posttraumatic Growth in a Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 29*(4), 379–383. <https://doi.org/10.1002/jts.22122>
- Watkins, E.R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin 134*(2), 163–206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.16>.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1976). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Herder.
- Watzlawick, P. (1980). *El lenguaje del cambio: técnica de comunicación terapéutica*. Herder.
- Watzlawick, P., Bavelas, J.B., & Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patología y paradojas*. Herder.
- Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. M. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process, 13*(2), 141-168. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1974.00141.x>
- Werdel, M. B., & Wicks, R. J. (2012). *Primer on posttraumatic growth: An introduction and guide*. John Wiley & Sons.
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Gedisa.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida: Entrevistas y ensayos*. Gedisa.

- White, M. (2004). Working whit people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrativa perspective. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work* (1), 45-76.
- White, M. (2015). Revaluación y resonancia. Respuestas narrativas ante experiencias traumáticas. En D. Denborough (Ed). *Práctica narrativa; La conversación continua*. (pp. 179-192). Pranas Ediciones.
- Wisco, B. E., Vrshek-Schallhorn, S., May, C. L., Campbell, A. A., Nomamiukor, F. O., & Pugach, C. P. (2023). Effects of trauma-focused rumination among trauma-exposed individuals with and without posttraumatic stress disorder: An experiment. *Journal of Traumatic Stress*, 36(2), 285-298. <https://doi.org/10.1002/jts.22905>
- Wolchik, S. A., Coxe, S., Tein, J. Y., Sandler, I. N., & Ayers, T. S. (2008). Six-year Longitudinal Predictors of Posttraumatic Growth in Parentally Bereaved Adolescents and Young Adults. *Omega-Journal of Death and Dying*, 58, 107-128. <https://doi.org/10.2190/OM.58.2.b>
- Xu, W., Jiang, H., Zhou, Y., Zhou, L., & Fu, H. (2019). Intrusive Rumination, Deliberate Rumination, and Posttraumatic Growth Among Adolescents After a Tornado: The Role of Social Support. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(3), 152-156.
- Yehuda, R., Hoge, C., McFarlane, A., Vermetten, E., Lanius, R., Nievergelt, C., Hobfoll, S., Koenen, K., Neylan, T., & Hyman, S. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 15057(1), 1-22. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>
- Zhang, W., Yan, T., Du, Y., & Liu, X. (2014). Brief report: Effects of Solution-Focused Brief Therapy Group-Work on Promoting Post-Traumatic Growth of Mothers Who Have a Child with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 2052–2056. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2051-8>.

Zhang, A., Ji, Q., Zhang, K., Cao, Q., Chen, Y., Chen, J., & DuVall, A. (2022). Solution-focused brief therapy for adolescent and young adult cancer patients in China: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Psychosocial Oncology*, 40(6), 816–833. <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1931627>

Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P., & Saldivia, S. (2006). Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychological Medicine*, 36(11), 1523-1533. <https://doi.org/10.1017/S0033291706008282>

11. ANEXOS

11.1. Protocolo de Intervención

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA SISTÉMICA BREVE

Proyecto FONDECYT N° 1180134

2019

Felipe E. García, PhD

Rodrigo Mardones Ibacache, MA

Pablo Concha-Ponce, MA

Mark Beyebach, PhD

Otoño de 2019

En este documento, se usa el masculino gramatical para no entorpecer la fluidez del discurso, pero se entiende que está dirigido a todas las personas con respeto a su género.

I.	INTRODUCCIÓN	Error! Bookmark not defined.
II.	AGENDA DE SESIONES	Error! Bookmark not defined.
III.	DETALLE DE SESIONES	Error! Bookmark not defined.
	SESIÓN 1: Construyendo la experiencia de terapia	Error! Bookmark not defined.
	Resumen de la sesión	163
	Actividad	163
	Materiales	163
	Duración	163
	Descripción de la sesión	163
	Actividades que debe realizar el/la terapeuta al finalizar la sesión	171
	SESIÓN 2: La llegada del sobreviviente	171
	Resumen de la sesión	171
	Descripción de la sesión	171
	Actividades que debe realizar el/la terapeuta al finalizar la sesión	174
	SESIÓN 3: El nacimiento de un héroe	174
	Resumen de la sesión	175
	Descripción de la sesión	175
	Actividades que debe realizar el/la terapeuta al finalizar la sesión	178
	SESIÓN 4: El Héroe para siempre	178
	Resumen de la sesión	178
	Descripción de la sesión	179
	Actividades que debe realizar el/la terapeuta al finalizar la sesión	Error! Bookmark not defined.
IV.	REFERENCIAS	Error! Bookmark not defined.
V.	ANEXOS	Error! Bookmark not defined.

I. PRESENTACIÓN

Este manual está dirigido a facilitadores del programa de intervención para prevenir problemas de salud mental en personas que han estado expuestas a un evento altamente estresante reciente, que se enmarca dentro del proyecto fondecyt de investigación N° 1180134.

La primera sección es introductoria y su objetivo es presentar tanto la terapia sistémica breve como los fundamentos teóricos y empíricos de la propuesta de intervención. La segunda sección describe de manera general la agenda de sesiones con el nombre de cada uno de ellas y el orden correspondiente. La tercera sección presenta detalladamente cada una de las cuatro sesiones, con sus respectivos resúmenes de sesión, descripción de actividades y las asignaciones de tarea entregadas de forma semanal. La cuarta sección presenta las referencias que sirvieron de base a esta intervención. La quinta sección corresponde a los anexos donde se encuentran las instrucciones de cada una de las actividades a desarrollar durante las sesiones

II. INTRODUCCIÓN

¿Qué es la terapia sistémica breve?

La Terapia Sistémica Breve (TSB) se la puede definir como un conjunto de procedimientos y técnicas de intervención que pretenden ayudar a los consultantes (individuos, parejas, familias o grupos) a movilizar sus recursos para alcanzar sus objetivos en el menor tiempo posible. Se trata de un enfoque constructivista, que se centra en el contexto interpersonal de los problemas y sus soluciones, y que promueve una colaboración activa con los usuarios (Herrero de Vega, 2016).

La TSB abarca tres modelos de intervención, que convergen y se complementan en un gran número de funciones terapéuticas. Al combinarlas dependiendo del caso, el rango de posibilidades teóricas y prácticas se enriquece enormemente. Los tres abordajes son: i) la terapia estratégica

breve (TEB), creada originalmente por el Mental Research Institute (MRI) en Palo Alto, California; ii) la terapia breve centrada en soluciones (TBCS), creada por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, en Milwaukee, Wisconsin, y iii) el enfoque narrativo (TN), encabezado por Michael White en Australia y David Epston en Nueva Zelanda (Falicov, 2016). Cada uno de estos tres modelos suplementa las posibles debilidades o insuficiencias técnicas de los otros dos.

De ese modo, el énfasis de TBCS y TEB en establecer objetivos claros y cuantificables, se ve complementado por la apertura a lo emocional de la TN. Por otro lado, la tendencia en la TEB de centrar la conversación terapéutica sobre el presente se equilibra con la orientación hacia el futuro de la TBCS y por la incorporación desde la TN de la narración de su pasado biográfico. Además, la relativa parquedad de las maniobras de validación y empatía en TBCS y TEB puede complementarse con la validación expresa de historias de sufrimiento que muestran los terapeutas narrativos (Beyebach, 2015).

En este modelo de trabajo psicoterapéutico, “breve” significa optimizar el trabajo terapéutico, de modo que lo que ahí se trabaja efectivamente contribuya a resolver los problemas de los consultantes. Por tal motivo, probablemente no se promuevan conversaciones que profundicen en las heridas causadas por los problemas, ni en los antepasados remotos de los problemas actuales, ni en la estructura profunda que explica el comportamiento de las personas; tampoco se ocuparán largas e interminables sesiones en procesos psicodiagnósticos aplicando una prueba tras otra sin un sentido aparente o tratando de encajar al cliente en una categoría nosológica, tipo DSM (García, Mardones & Ceberio, 2016).

La TSB constituye un modelo integrador efectivo para la intervención psicoterapéutica en diversos problemas, es de aplicación rápida y dinámica, los consultantes se acoplan al proceso

acompañado del terapeuta y constituye un método que se basa en evidencia, para la construcción de técnicas y modelos de intervención.

La terapia sistémica breve en la literatura científica.

En dos ensayos clínicos aleatorizados (ECA) (Beauchemin, 2015; Lopes et al., 2014) y un estudio cuasi-experimental (García & Rincón, 2011) se propusieron intervenciones desde la TSB o alguno de sus componentes que constituyen evidencia parcial de la eficacia del modelo para problemas relacionados al estrés.

Se encuentran en la literatura dos propuestas de intervención desde la TSB para personas afectadas por un evento altamente estresante (Confortín, 2007; Coulter, 2014), que si bien no constituyen evidencia empírica de sus resultados, las descripciones realizadas resultan útiles en la medida que guardan relación con las propuestas ya descritas y que sí cuentan con evidencia.

En la primera de ellas (Confortín, 2007), el autor desarrolla un programa de terapia grupal que utiliza técnicas centradas en la solución para aliviar o disminuir de manera efectiva los síntomas traumáticos que pueden presentar personas expuestas a eventos altamente estresantes. El programa propuesto contempla solo tres sesiones y el uso de técnicas como la psicoeducación sobre el trauma, pregunta de escala, búsqueda de excepciones, exploración de fortalezas, pregunta del milagro y desarrollo de un plan de acción.

El segundo de ellos (Coulter, 2014) propone un modelo de intervención sistémico, basado en fortalezas, para la intervención de personas que presentan efectos de un evento traumático. Este modelo se basa principalmente en la TBCS y la TN, y su objetivo es ayudar a las personas a transitar desde una posición de víctima a una identidad de sobreviviente. Las técnicas y principios incluidos son los señalados anteriormente para ambos modelos.

Elaboración de un protocolo de intervención

A partir de estos hallazgos se elaboró el protocolo de intervención que se describe a continuación, el que se basó tanto en la literatura ya descrita como en los textos publicados que dan cuenta detalladamente de cómo se desarrolla el proceso terapéutico y cómo se emplean las diversas técnicas de la TSB (Beyebach, 2006; Beyebach & Herrero de Vega, 2010; García, Mardones & Ceberio, 2016; Garcia & Schaefer, 2015).

El siguiente protocolo, presenta la estructura de una intervención breve de modalidad individual, la cual será llevada a cabo en cuatro sesiones de 60 minutos cada una, con una frecuencia de una vez por semana.

III. AGENDA DE SESIONES

Sesiones del programa:

Sesión 1: Construyendo la Experiencia de Terapia

Sesión 2: La Llegada del Sobreviviente.

Sesión 3: El Nacimiento de un Héroe.

Sesión 4: El Héroe para Siempre

IV. DETALLE DE SESIONES

SESIÓN 1: Construyendo la experiencia de terapia*Resumen de la sesión*

Actividad	Materiales	Duración
Encuadre inicial	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Vaso con agua ☞ Pañuelos desechables 	5 min
Fase social.		10 min
Indagación y exploración del motivo de consulta.		20 min
Pregunta escala y co-construcción y jerarquización de objetivos terapéuticos.		15 min
Mensaje final. Tarea Terapéutica. Encuadre final.	☞ Bitácora (Libreta de bolsillo)	10 min

Descripción de la sesión

Bajo el enfoque de la TSB, la relación entre el terapeuta y el consultante debe ser, por sí sola, una experiencia terapéutica. Por tal motivo, el terapeuta ha de sostener una base ética, intelectual y actitudinal positiva, capaz de practicar la aceptación incondicional hacia el consultante, así como sostener él mismo, un estilo personal auténtico.

En el desarrollo de toda la terapia, el foco de atención del terapeuta debe dirigirse hacia los recursos que la persona menciona, incluso a veces sin darse cuenta de ello, de manera tal que, al manifestarse una narrativa en el consultante que evidencia un autoconcepto propio de víctima, requerirá la habilidad del profesional para identificar aquellos aspectos de la misma narrativa que

permiten construir un concepto de sí mismo más fortalecido, propio del sobreviviente o incluso “héroe”.

1. “Encuadre Inicial”. Con estos aspectos a la vista, la primera sesión inicia con el encuadre inicial, donde se han de realizar las **presentaciones** de rigor tanto del terapeuta como del consultante. Además, se debe informar acerca del **proceso terapéutico**, su duración y la frecuencia de sesiones. Es también el momento de **responder dudas** acerca del proceso de terapia que pueda tener el consultante. A pesar de que previo a esta primera sesión se ha firmado un consentimiento informado, hay que **recordar que algunas de estas sesiones podrían ser filmadas** pues forman parte de un estudio.

En este momento se ha de informar que la forma de trabajo es hablar acerca de aquellas situaciones que aquejan al consultante y que constituye el motivo de consulta. Se debe aclarar que en este proceso el terapeuta hará preguntas para comprender bien el problema y ayudar con la conversación a encontrar vías para el cambio.

Si el consultante pregunta acerca de cuánta información debe proporcionar acerca de sí mismo o del problema, el terapeuta puede responder: **“Cuénteme lo que usted estime necesario para que yo comprenda lo que está compartiendo conmigo”**.

2. “Fase Social”. En general, el objetivo de esta etapa es la construcción de un vínculo terapéutico basado en el encuentro simétrico entre dos expertos: el **terapeuta** como experto en psicología y terapia psicológica, y el **consultante** como experto en su vida y su persona; además, esta fase permite generar un clima más distendido de conversación y conocer a la persona del consultante, su lenguaje y su “idea de mundo”.

Se inicia con una consulta general, por ejemplo “hábleme de usted, me gustaría primero conocerlo/a antes de hablar de la razón que lo/la motivó a venir”.

Luego de ello, se sugiere explorar con quién vive, qué hace (estudio/trabajo/pasatiempos), su vida familiar y de pareja, sus redes de apoyo, en el marco de una conversación fluida, no estructurada y en base a preguntas abiertas. Su duración es variable, pero se sugiere que en cuanto el/la consultante enuncie su motivo de consulta, entrar en él para explorar y profundizar. Si transcurridos 10 minutos aún no se entra al motivo de consulta en forma espontánea, se hará un resumen breve de lo conversado y luego se le pregunta la razón que lo trae a consultar.

Una forma de hacer esta transición es la siguiente:

“Muy bien, hasta ahora me ha contado varios aspectos de su vida que me parece que son importantes de conocer, ahora sé su nombre, con quién vive, en qué trabaja, las cosas que lo apasionan, entonces me pregunto ¿qué es lo que lo trae hoy a consultar?”.

3. “Indagación del motivo de consulta”. El terapeuta abre la conversación hacia aquellos aspectos que le traen a sesión, con preguntas como “¿qué espera de la terapia?” o “¿en qué lo puedo ayudar?”. Esto puede significar para el consultante una invitación indirecta para hablar del hecho estresante o traumático, pero puede soslayar esa conversación hacia otros temas, tales como sus expectativas hacia la terapia. El terapeuta no ha de forzar la conversación, sino que más bien debe validar lo que el consultante le plantee como algo importante. Al no darse el diálogo acerca del hecho estresante, el terapeuta puede invitar a hablar del mismo con una pregunta general, por ejemplo “¿cuéntame qué ha pasado?” de modo que el propio consultante elija qué contar y con qué profundidad. Otra forma de

preguntar es “No hace falta que me cuente todos los detalles, es suficiente con que me cuente aquello que piense que me ayudará a entender lo que pasó”.

En términos generales, desde la TSB no es requisito relatar en forma pormenorizada los hechos traumáticos o estresantes que la persona ha vivido para avanzar en la terapia. Esto solo ocurrirá si la persona tiene el deseo de hacerlo. De otro modo, la conversación puede dirigirse hacia los efectos que el evento ha estado teniendo en su vida, por ejemplo, cómo le ha impedido trabajar con la misma eficiencia en las últimas semanas; o puede dirigirse a cómo ha enfrentado las consecuencias del hecho para mitigar su impacto, por ejemplo, cómo lo hace cada mañana para darse ánimo y salir a trabajar.

Esta situación puede abrir el diálogo a indagar cambios pre-tratamiento. Es decir, explorar si desde que se estableció la hora de la sesión hasta el momento presente, el consultante ha notado cambios en relación a su motivo de consulta, aunque sea en un pequeño grado, ya sea en su intensidad sintomatológica, emociones y/o ideas respecto del mismo, de modo de poner el foco en aquellos aspectos de la narrativa que evidencian excepciones del problema o alivio del mismo. Luego hay que integrar estos aspectos en la narrativa del problema desde una perspectiva que fortalezca al consultante.

La narración de los hechos altamente estresantes puede conllevar una activación emocional que requiera un manejo emocional más complejo, que exija al terapeuta exhibir señales de contención emocional como el uso de paráfrasis, los comentarios empáticos y la escucha paciente y compasiva, además de otras acciones como el ofrecer pañuelos o un vaso de agua, los que deben estar al alcance de la mano del consultante de modo que éste elija si recurrir o no a ellos y no ver al terapeuta más bien como alguien desesperado a brindárselos, puesto que una condición básica del terapeuta desde este modelo es la

aceptación de las emociones que la persona exprese. Por cierto, se debe evitar cometer el error de pedir al consultante que no llore o cambiar el foco del diálogo (“mejor hablemos de otra cosa”) o invalidar la emoción (“es que usted no tiene porqué sentirse culpable”).

Si el terapeuta percibiera que la narración del hecho traumático está siendo un momento de sufrimiento y malestar para el consultante, o definitivamente se presentan manifestaciones de flashback, el terapeuta puede interrumpir al consultante con maniobras que le centren en el presente. Es decir, pedir que mire a su alrededor, que mire su entorno directo, que detenga unos segundos el diálogo para beber agua, pedir que describa qué ve en ese momento a su alrededor, es decir, objetos, partes de la habitación, etc. Una vez que el consultante se ha repuesto emocionalmente, el diálogo puede continuar, si el consultante lo desea.

4. Pregunta escala. Terminado el relato, se ha de indagar el grado de afección del problema en el presente, usando para ello la “Pregunta de Escala”:

“A partir de lo que me has contado, en una escala de 1 a 10, donde 1 equivale a un nivel extremo de malestar y el 10 significa que el problema ya no te afecta en absoluto, ¿en qué número o grado te encuentras hoy por lo ocurrido?”.

La pregunta ha de notar tres aspectos fundamentales en su planteamiento: a) subrayar que los hechos ya ocurrieron y permanecen en el pasado, b) se sugiere la graduación de 1 a 10 para evaluar intensidad, c) subrayar que se evalúa el estado actual de las manifestaciones del problema.

La “Pregunta Escala” va a permitir obtener **información basal** del nivel de afección del problema al inicio del proceso terapéutico. A su vez, va a ofrecer la alternativa de visibilizar las **excepciones del problema**, aquellos aspectos de la vida que permanecen fuertes, así como las señales que pudieran informar que la intensidad del problema pudiera elevarse. Esto se puede dirigir, por ejemplo (si el consultante responde en un número superior a uno), con preguntas como: “¿por qué ese número y no menos?”, “¿quién más nota que ha subido en ese número?”, “¿qué le ha ayudado a subir a ese número?” o (si el consultante señala que actualmente está en el peor momento posible, es decir, en un uno) “¿y qué te ha ayudado o qué te ha dado fuerzas para soportar estar en este momento en un uno?”

5. Co-construcción y jerarquización de objetivos terapéuticos: Es importante que la aplicación de la “Pregunta Escala” permita co-construir **objetivos de terapia** identificables e incluso cuantificables, en tanto, es posible visibilizar recursos del consultante, excepciones del problema, así como emociones, pensamientos, actitudes y conductas que pueden colaborar a sostener un nivel bajo de afección del problema. A su vez, esta pregunta permite iniciar una narrativa alternativa del problema en que el consultante abandona el papel de víctima para comenzar la construcción del papel de sobreviviente, lo que va a direccionar una parte fundamental de la terapia.

Por este motivo, el terapeuta debe estar atento a utilizar la pregunta escala no solo como una forma de cuantificar el proceso de terapia, sino que fundamentalmente como una estrategia que moviliza el proceso hacia cambios significativos y realistas para el consultante y que favorecerán su adherencia al proceso terapéutico.

Se sugieren preguntas como: “¿a qué nivel te gustaría llegar?”, “¿cómo te darías cuenta que has llegado a ese nivel?”, “¿y si vamos paso a paso, qué señal te indicaría que has avanzado un solo número en esta escala?”

6. Mensaje Final: corresponde a una apreciación que el terapeuta se ha formado de lo compartido en sesión, a partir del conocimiento de la persona del consultante y la descripción de los hechos estresantes y de sus consecuencias. Este mensaje debe implicar un **resumen** de lo conversado y debe incluir los **recursos y excepciones** del problema que han sido visibilizados así como ofrecer una explicación alternativa que le permita comprender un punto de vista distinto sobre su situación (**reencuadre**). Ejemplos de reencuadre son: normalizar sus reacciones de estrés como respuestas necesarias para sobrevivir, connotar positivamente la situación como una oportunidad de crecer o aprender, etc.

Se sugiere que en este mensaje se utilicen (a menos que resulte inapropiado) las mismas palabras y conceptos entregados por la persona, es decir, utilizar el lenguaje del cliente.

Es fundamental que el terapeuta logre atribuir al consultante aquellos recursos personales y manejo de las excepciones, acentuándolos, elogiando y destacando las fortalezas del mismo. Esto permitirá, a su vez, activar aquellos componentes de la terapia relativos a la esperanza.

7. Tarea terapéutica: se plantea la posibilidad de sugerir tres tareas diferentes dependiendo de lo obtenido en sesión: a) **tarea-fórmula: en el caso de que el consultante se haya focalizado principalmente en los aspectos negativos de su experiencia**, se le invita de manera indirecta a identificar aquellos aspectos en la persona o su entorno que están a salvo

de las influencias del problema. Se plantea señalando que las terapias poseen un poder de influencia importante generando cambios significativos en la vida de las personas y en ellos mismos, por lo que es bueno previamente identificar aquellos aspectos personales y de la vida que se desean mantener a salvo del cambio. Es decir, aquellos aspectos que, por estar bien, deseamos cuidar y conservar. De esta forma, se entrega una **bitácora o libreta** al consultante y se le pide que en la semana identifique aquellos aspectos de su persona y su vida en general que están bien y que no desea que cambien. b) **Hágalo más: en aquellos casos en los que la conversación haya permitido identificar cambios pretratamiento relevantes o excepciones interesantes**, se le sugiere que siga haciendo lo mismo que ya le ha dado resultado; una forma de hacerlo es enlistarle todas las acciones que ha realizado en los momentos excepcionales (por ejemplo, invitar a un amigo a conversar, salir a caminar, darse un baño de tina, etc.) y pedirle que elija de ellos cual estaría dispuesto a repetir en esta semana. c) **Avanzar un punto: en el caso de que la persona, al trabajar con la escala, identifique acciones concretas a realizar como un primer paso** (un punto en la escala), se le prescribe una tarea sobre el “punto más”; en concreto, se le diría que de las acciones identificadas que podrían llevarlo a avanzar un punto más en la escala, ¿cuál de ellas estaría dispuesta a hacer en primer lugar desde mañana? En las dos últimas tareas, se le entrega la bitácora para que registre la realización de la o las acciones y sus consecuencias, explorando qué diferencias notó o cómo lo logró.

8. Encuadre final: Al finalizar, el terapeuta puede plantear algunos aspectos prácticos de la terapia que le parezcan necesarios destacar, como fijar la hora de la siguiente sesión, plantear reglas referentes a la asistencia y puntualidad, entre otras.

Actividades que debe realizar el/la terapeuta al finalizar la sesión

- Detener la grabación del video, si la sesión está siendo filmada.
- Dejar registro de la sesión en notas terapéuticas escritas.
- Identificar y consignar por escrito aspectos de la narrativa del consultante que son necesarias de indagar en la sesión siguiente.

SESIÓN 2: La llegada del sobreviviente.

Resumen de la sesión

Actividad	Materiales	Duración
Indagación de cambios inter-sesión.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Vaso con Agua ☞ Pañuelos desechables 	10 min
Revisión de la Tarea.		10 min
Evaluar a partir de la pregunta escala el nivel de afección en la que se encuentra el problema en la sesión.		15 min
Elicitar una narrativa de sobreviviente. Mensaje de cierre de sesión		20 min
Tarea terapéutica: tarea de los elogios		5 min

Descripción de la sesión

1. Indagación de cambios inter-sesión. La sesión se inicia con el saludo inicial y un resumen de la sesión anterior. Luego el terapeuta solicitará al consultante identificar cambios positivos que pudieron haberse darse entre la sesión anterior y ésta, por pequeños que parezcan. En cualquiera de los casos, se ha de tener la atención para aceptar y validar los

pequeños cambios, ya sea a nivel relacional, cognitivo, emocional o conductual y ser capaz de consignarlos para integrar esos aspectos a la narrativa emergente en el consultante que le sitúan como sobreviviente.

La pregunta se puede realizar de acuerdo a la siguiente consigna:

“¿Cuénteme de cualquier cambio positivo o mejoría que haya observado desde la última sesión en relación a su problema, por pequeño que este cambio le parezca?”

Es esencial que la persona amplifique y atribuya el control de estos cambios a sí mismo, con preguntas como: “¿cómo ha conseguido esas mejorías?”, “¿qué le ha ayudado?”, “¿quién más ha visto estos cambios?”, “¿cómo lo ha notado esta persona?”, etc.

2. “Revisión de la tarea”. **a) Tarea-fórmula:** luego de escuchar lo que el consultante no desea cambiar, se debe aceptar y validar estos aspectos que quiere resguardar. El terapeuta integra estos aspectos al relato emergente de los hechos traumáticos y de la vida del consultante que lo sitúan en un papel de sobreviviente, así como destacar cómo el problema no ha sido capaz de afectar aspectos positivos de la vida. En el caso que aparezcan cualidades, habilidades, valores, etc., se debe rastrear la historia de esa cualidad, con preguntas como: ¿dónde aprendiste eso?, ¿de dónde proviene?, ¿quién y cómo nota esa persona que tienes esa cualidad?, ¿qué cosas en tu vida han sido posibles gracias a esa cualidad?, ¿para qué otra cosa te puede ser útil esa cualidad? **b) y c) “Hágalo más” o “un paso más”:** en estas tareas hay que indagar en los cambios observados tras realizar las acciones comprometidas, además de profundizar en ellas con preguntas que permitan atribuir control (“¿cómo lo

lograste?”); debido a que estas acciones pueden provocar pequeños cambios, se sigue en general el mismo procedimiento del punto 1) de esta sesión.

En el caso de que el consultante no haya realizado la tarea, se le puede preguntar lo mismo que se ha acordado pero en sesión, por ejemplo, respecto a la tarea a) Cuénteme entonces qué aspectos de sí mismo o de su vida no desea que cambien, más bien le gustaría que sigan estando ahí, b) y c) Cuénteme entonces de alguna acción que haya realizado durante la semana que lo haya acercado a lo que a usted le gustaría lograr viniendo acá, aunque no lo hayamos hablado la sesión pasada.

3. Pregunta de Escala. Evaluar a partir de la pregunta de escala el nivel de afección en la que se encuentra el problema en la sesión, por ejemplo, “en la sesión pasada me dijiste que te sentías en un nivel X, ¿en qué nivel te sientes hoy considerando que el 1 es el peor momento del problema y el 10 adónde a usted le gustaría llegar?”. Se deben pesquisar los avances, las excepciones y aquellas percepciones de disminución de la sintomatología relacionada al evento estresante. Si el consultante manifiesta sentirse peor que la sesión anterior, se debe validar y aceptar esa valoración y explorar la situación con preguntas como, “¿qué impidió que estuvieras a un nivel aún peor?”. Luego el terapeuta debe ayudar a integrar en el discurso aquellos aspectos que pueden ser considerados recursos del consultante y que consolidan una narrativa desde la perspectiva del sobreviviente, por ejemplo, haciendo un resumen de lo conversado hasta ahora.
4. Elicitar una narrativa de sobreviviente. A partir de resúmenes y devoluciones que el terapeuta ha realizado durante el curso de las dos sesiones, poniendo de relieve aquellos aspectos de la narrativa que identifican excepciones del problema, así como recursos del consultante, se somete al juicio del consultante esta nueva mirada, invitándolo a reconstruir

su discurso a partir de la nueva información obtenida sobre sí mismo. Para ello, resultan esenciales las preguntas de afrontamiento, como por ejemplo: “¿Cómo pudiste soportar/tolerar eso?”, “¿cómo pudiste seguir adelante a pesar de eso?”, ¿cómo es que no te desmoronaste del todo?”, "cualquiera en tu lugar se hubiese rendido, ¿de dónde sacaste la fuerza para, al menos, seguir intentando?".

5. Mensaje Final: corresponde a la evaluación que el terapeuta se ha formado de lo compartido en esta sesión. Es fundamental que el terapeuta logre atribuir al consultante aquellos recursos personales y manejo de las excepciones, acentuándolos, elogiando y destacando las fortalezas del mismo.
6. Tarea Terapéutica: “Tarea de los elogios”. Debe consignar por escrito los elogios que ha recibido en su vida o los que reciba en el transcurso de la semana, esté o no de acuerdo con ellos. Puede incluso preguntar a miembros de su red social que señalen sus virtudes o cualidades positivas, y las consigne por escrito crea o no en ellos.

Se puede plantear de la siguiente forma:

“Me gustaría que de aquí a la siguiente sesión escribas en una libreta o en tu celular todos los elogios que escuches sobre ti o los que recuerdes que te hayan dicho, creas o no creas en ellos. Es importante que los escribas todos, estés o no de acuerdo, y en la siguiente sesión hablaremos sobre ellos”.

Actividades que debe realizar el/la terapeuta al finalizar la sesión

- Detener la grabación del video, si la sesión está siendo filmada.
- Dejar registro de la sesión en notas terapéuticas escritas.

- Identificar y consignar por escrito aspectos de la narrativa del consultante que son necesarias de indagar en la sesión siguiente.

SESIÓN 3: El nacimiento de un héroe.

Resumen de la sesión

Actividad	Materiales	Duración
Indagación de cambios inter-sesión.	☞ Vaso con agua ☞ Pañuelos desechables	10 min
Revisión de la tarea terapéutica.		10 min
Árbol de la vida (primera parte).	☞ Hoja blanca, lápices de colores.	30 min
Mensaje de cierre de sesión.		5 min
Tarea terapéutica: Carta desde el futuro.	☞ Tres hojas blancas.	5 min

Descripción de la sesión

1. Indagación de Cambios Inter-sesión. Luego del saludo inicial, el terapeuta solicitará al consultante identificar cambios que pudieron darse entre la última sesión y ésta, aunque hayan sido pequeños. En cualquiera de los casos, se ha de tener la atención para aceptar y validar estos cambios, ya sea en lo relacional, cognitivo, emocional o conductual y ser capaz de consignarlos para integrar esos aspectos a la narrativa emergente en el consultante que le sitúan como sobreviviente.

La pregunta se puede realizar de acuerdo a la siguiente consigna:

“¿Cuénteme de cualquier cambio positivo o mejoría que haya observado desde la última sesión en relación a su problema, por pequeño que este cambio le parezca?”

Es esencial que la persona amplifique y atribuya el control de estos cambios a sí mismo, con preguntas como: “¿cómo ha conseguido esas mejorías?”, “¿qué le ha

ayudado?”, “¿quién más ha visto estos cambios?”, “¿cómo lo ha notado esta persona?”, etc.

2. Revisión de la tarea terapéutica: Revisar los elogios recibidos y jerarquizarlos desde el que siente más cercano y acorde a cómo se ve a sí mismo hasta los más lejanos. Luego se debe explorar la historia de los tres elogios que hayan obtenido los primeros lugares de la jerarquía.

Se continúa explorando por las cualidades reflejadas en los elogios más próximos, con preguntas tales como: “¿quién ha visto en ti esa cualidad?”, “¿cómo lo ha notado?”, “¿a través de qué otras acciones se representa esa cualidad?”, “¿qué utilidad tiene para tu vida?”, “¿para qué otras cosas te pudiera ser útil?”, etc.

En el caso de no haber hecho la tarea, se le hace la misma pregunta pero para desarrollarla en sesión: “Recordemos entonces ahora sobre todos los elogios que te hayan dicho, creas o no creas en ellos”.

3. **Árbol de la Vida:** (leer el material adjunto) Se inicia explicando al consultante que se iniciará un trabajo en el que a partir del dibujo de un árbol se explorarán distintos aspectos de su vida pasada, presente y sus expectativas hacia el futuro. Por tal motivo, dicho dibujo se llama “el árbol de la vida”.

No es necesario que el consultante sepa dibujar o pintar, lo importante es el mensaje que se transmite a través de la figura de un árbol que representa nuestra propia vida.

a) Se le pide dibujar la silueta de un árbol, para lo cual se le brinda un ejemplo y se le reitera que este trabajo no requiere habilidad para el dibujo sino más bien se centrarán en los contenidos.

b) Se le invita a que escriba, al nivel de las raíces, aquellos elementos de su pasado que son importantes para él/ella y que de algún modo le han ayudado a “sostener” su vida (como las raíces), por ejemplo, personas que la han influido desde el pasado, pasatiempos con los que desarrolló una habilidad importante, espacios físicos que lo/la han marcado, etc., intentando responder la pregunta: **¿de dónde vengo?**

c) Se exploran los elementos escritos (si son muchos, se seleccionan al menos tres de ellos que **no** se hayan explorado en conversaciones anteriores), con preguntas como: ¿qué aprendiste de esta persona?, ¿qué diría esta persona si escuchara de ti lo que aprendiste

de él/ella?, ¿cómo aprendiste ese pasatiempo?, ¿qué habilidad te permitió desarrollar?, ¿para qué te es útil esa habilidad?, etc.,

d) Se le pide escribir al nivel de la tierra los aspectos importantes de su vida actual, por ejemplo, sus actividades actuales, sus pasatiempos actuales o sus espacios actuales, intentando responder la pregunta, **¿dónde y en qué estoy hoy?**

e) Se exploran los elementos escritos (si son muchos, se seleccionan al menos tres de ellos que **no** se hayan explorado en conversaciones anteriores), con preguntas como: ¿qué aporta a tu manera de vivir la vida el pertenecer a un lugar como éste?, ¿qué te está enseñando hoy el hecho de desarrollar esa actividad?

f) Se le pide escribir al nivel de tronco sus fortalezas, valores y cualidades; puede utilizar aquellos aspectos que recogió en la tarea de los elogios y agregar otros, que considere pertinentes para responder la pregunta: **¿cuáles son mis habilidades y conocimientos?**

g) Se exploran los elementos escritos (si son muchos, se seleccionan al menos tres de ellos que **no** se hayan explorado en conversaciones anteriores), con preguntas como: ¿qué dice de ti cómo persona el contar con este valor?, ¿cómo y de quien aprendiste esa habilidad?, ¿qué cosas son posibles de lograr al contar con ese valor o esa habilidad?, etc.

4. Mensaje Final: corresponde a la evaluación que el terapeuta se ha formado de lo compartido en sesión. Es fundamental que el terapeuta logre atribuir al consultante aquellos recursos personales y manejo de las excepciones, acentuándolos, elogiando y destacando las fortalezas del mismo.
5. Tarea Terapéutica: “Carta desde el futuro”, consta de una carta escrita por el propio consultante, donde hablará de modo ficticio a su yo del presente desde el yo del futuro que ha sido capaz de superar sus dificultades actuales. En esta carta describirá cómo se desarrolla su vida y qué tuvo que hacer para llegar a ese momento sin dificultades, qué decisiones tuvo que tomar, que ayudas recibió, que habilidades tuvo que usar o desarrollar, entre otras. La extensión debe ser mínimo un folio y máximo tres. En su escritura no son importantes ni la ortografía ni la caligrafía. Se le entregarán para ello los folios para poder escribir.

Actividades que debe realizar el/la terapeuta al finalizar la sesión

- Detener la grabación del video, si la sesión está siendo filmada.
- Dejar registro de la sesión en notas terapéuticas escritas.
- Identificar y consignar por escrito aspectos de la narrativa del consultante que son necesarias de indagar en la sesión siguiente.
- Fotografiar y guardar el dibujo del árbol de la vida.
- Fotografiar y resguardar la carta desde el futuro.

SESIÓN 4: El Héroe para siempre

Resumen de la sesión

Actividad	Materiales	Duración
Indagación de cambios inter-sesión.	☞ Vaso con agua ☞ Pañuelos desechables	5 min
Revisión de la tarea terapéutica.		10 min
Árbol de la vida (segunda parte).	☞ Hojas y lápices de colores	25 min
Pregunta de escala.		5 min
Carta a otro consultante.	☞ Hojas para la carta a futuro consultante	10 min
Ritual de cierre.	☞ Marco para el árbol de la vida	3 min
Mensaje de cierre de sesión y fin de la intervención.		2 min

Descripción de la sesión

1. Indagación de Cambios Inter-sesión. Luego del saludo y resumen inicial, el terapeuta solicitará al consultante identificar cambios que pudieron darse entre la sesión anterior y ésta, aunque sea algo pequeño.
2. Revisión de la tarea terapéutica: Se le pide al consultante que lea la carta, pero si es muy extensa, se le pide hacer un resumen de la misma. Si no hizo la tarea, se le puede formular la pregunta de la bola de cristal: “imagine que tiene ante usted una bola de cristal en la que usted puede verse en un futuro próximo con sus dificultades actuales ya resueltas, ¿cómo se da cuenta usted que su yo del futuro ha resuelto sus dificultades?, ¿qué hace distinto?, ¿con quién está? Ahora quiero que imagine que ese yo del futuro viaja al tiempo presente y le dice a usted qué tuvo que hacer, qué decisiones tuvo que tomar, para alcanzar ese futuro sin el problema, ¿qué le ha dicho su yo del futuro?”.
 - a) Se le pide escribir en las ramas sus expectativas sobre el futuro, sus metas, sus esperanzas, intentando responder la pregunta: **¿cuáles son mis sueños y esperanzas?**
 - b) Se exploran los elementos escritos (si son muchos, se seleccionan al menos tres de ellos que no se hayan explorado en conversaciones anteriores), con preguntas como: ¿cómo se relaciona esta expectativa con el haber venido a terapia?, ¿cómo supiste que ese sueño es algo importante para ti?, ¿qué diferencia hará para tu vida el cumplir con ese objetivo?
 - c) Se le pide dibujar en el follaje las personas importantes que lo rodean en la actualidad, intentando responder la pregunta: **¿con quiénes cuento?**
3. **Árbol de la Vida:** Se continúa con el dibujo del árbol, para lo cual:
 - a) Se le pide escribir en las ramas sus expectativas sobre el futuro, sus metas, sus esperanzas, intentando responder la pregunta: **¿cuáles son mis sueños y esperanzas?**
 - b) Se exploran los elementos escritos (si son muchos, se seleccionan al menos tres de ellos que no se hayan explorado en conversaciones anteriores), con preguntas como: ¿cómo se relaciona esta expectativa con el haber venido a terapia?, ¿cómo supiste que ese sueño es algo importante para ti?, ¿qué diferencia hará para tu vida el cumplir con ese objetivo?
 - c) Se le pide dibujar en el follaje las personas importantes que lo rodean en la actualidad, intentando responder la pregunta: **¿con quiénes cuento?**

d) Se exploran los elementos escritos (si son muchos, se seleccionan al menos tres de ellos que no se hayan explorado en conversaciones anteriores), con preguntas como: ¿qué le gusta de ti a esta persona?, ¿cómo crees que haya sido para esta persona tenerte como parte de su vida?, ¿qué es lo que más valoras en esa persona?

e) Se le pide dibujar al lado de cada nombre escrito en el follaje un fruto, y al lado o dentro de cada fruto un “regalo”, eso es algo que el consultante haya recibido por parte de cada una de esas personas, por ejemplo, afecto, atención, tiempo, o un valor o habilidad que lo haya inspirado, por ejemplo, fortaleza, perseverancia, sensibilidad. Se intenta responder la pregunta: **¿qué me han legado?**

d) Se exploran los elementos escritos (si son muchos, se seleccionan tres de ellos que no se hayan explorado en conversaciones anteriores), con preguntas como: ¿qué diferencia hace para tu vida el reconocer que has recibido ese regalo de esa persona?, ¿para qué te ha servido en tu vida ese regalo?, ¿para qué te podría seguir ayudando?, ¿si le pudieras agradecer a esa persona por el regalo que te ha dado, qué diría él o ella?

e) Se identifican las tormentas de la vida, es decir, alguna dificultad presente que aún no haya sido superada y que podría significar un desafío para el árbol, de modo de poder trabajar en la prevención de recaídas. Estas tormentas podrían escribirse en una esquina superior del dibujo o simplemente dibujar en esa esquina la idea de un viento o lluvia. Luego de eso se insta a explorar cómo esos recursos del pasado o del presente, cómo sus fortalezas o valores, cómo sus sueños o cómo las personas que están cerca podrían ayudarlo a superar esa tormenta. Se podría preguntar, por ejemplo: ¿cuáles y cómo estos elementos que has escrito te han ayudado a superar dificultades en el pasado?, ¿cómo podrían ayudarte ahora en esta tormenta?, ¿qué diferencia para tu vida hace el reconocer

que cuentas con recursos que te han permitido afrontar adversidades antes y te podrían ayudar también ahora?

4. Pregunta de escala: Se realiza la pregunta de escala para observar si el consultante reconoce un avance desde la primera sesión. Si es así, elogiar. Si el cambio es menor, señalar que los cambios son constantes e inevitables y que por sí solo podrá notar cómo estos niveles irán bajando poco o poco a medida que transcurra el tiempo hasta que dejen de ser molestos. Si no ha bajado, señalar que los cambios son constantes e inevitables pero que las personas tienen sus propios ritmos y que en la evaluación de seguimiento se constatará cuanto ha ido bajando el malestar en ese lapso de tiempo. Se le señala que en cualquier caso, se estará atento a su evolución y si requiere más apoyo en el futuro.
5. Carta a otro consultante: Hecho el paso anterior, se invita al consultante a escribir una carta sobre los aprendizajes que logró para sí mismo, dirigido a otro consultante para el cual su experiencia puede serle útil.

Se puede describir de la siguiente manera:

“A continuación me gustaría que escribiera una carta, pero no una carta cualquiera, sino que una dirigida a otra persona que esté pasando por lo mismo que usted pasaba cuando iniciamos este trabajo juntos, de modo que su experiencia de vida pueda ser útil para esta persona. En esta carta puede transmitir su experiencia, sus aprendizajes, dar algunos consejos o lo que a usted le gustaría transmitir”.

6. Ritual de Cierre: El ritual tiene como finalidad reflejar el proceso de cambio que se ha originado a partir de la terapia. Estos cambios pueden incluir aspectos como: confiar en un

desconocido (el terapeuta), establecer una relación (la relación terapéutica), sentirse capaz de compartir aspectos que le han afectado, redescubrir sus propios recursos y cualidades, movilizarse hacia el cambio y el bienestar, verse a sí mismo como un sobreviviente y un héroe, tomar decisiones sobre su vida futura y, en general, reconocer nuevos aprendizajes, entre otros. Estos aspectos se recogen en el árbol de la vida, en la carta a otro consultante, entre otros materiales desarrollados a lo largo de la terapia, y que van a ser consagrados a través de un ritual.

El ritual está compuesto de palabras, símbolos y acciones. Las palabras que dirá el terapeuta deben apuntar a una síntesis del proceso de cambio observado en el consultante. El símbolo es el mismo árbol de la vida, un objeto que nos conecta con significados positivos acerca del propio consultante. La acción corresponde a enmarcar el dibujo del árbol de la vida en un cuadro que se le entregará para ese fin.

Una vez que el consultante haya enmarcado su árbol de la vida, se le puede preguntar: “¿qué harás ahora con este árbol, dónde lo exhibirás o guardarás?”, “cuando mires en el futuro tu árbol de la vida, ¿con qué ideas, emociones, recuerdos te vas a conectar?”, “si alguien te pregunta por el cuadro, ¿qué le vas a responder?” Se deja además espacio para que el consultante exprese sus sentimientos del momento. También se le devuelve la carta desde el futuro, si desea conservarla.

7. Mensaje final: El terapeuta realiza una síntesis o resumen del proceso de terapia. Señala lo que ha visto y aprendido del consultante. Subraya y atribuye los avances al esfuerzo, dedicación y valentía del consultante.

Actividades que debe realizar el/la terapeuta al finalizar la sesión

- Detener la grabación del video, si la sesión está siendo filmada.
- Dejar registro de la sesión en notas terapéuticas escritas.
- Fotografiar el dibujo del árbol de la vida.
Fotografiar y resguardar la carta para otro consultante.

V. REFERENCIAS

- Beauchemin, J. (2015). *Examining the Effectiveness of a Short-Term Solution-Focused Wellness Group Intervention on Perceived Stress and Wellness among College Students*. [Dissertation for the Degree Doctor]. The Ohio State University, USA.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Herder.
- Beyebach, M. (2015). Prólogo. En F. García & H. Schaefer, *Manual de técnicas de psicoterapia breve: Aportes desde la terapia sistémica* (pp. 13-23). Mediterráneo.
- Beyebach, M., y Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve individual, familiar y de parejas*. Herder.
- Confortin, S. (2007). *Solution focused therapy and trauma: a brief group program*. [Thesis of master]. Athabasca University, Alberta, Australia.
- Coulter, S. (2014). The applicability of two strengths-based systemic psychotherapy models for young people following Type 1 trauma. *Child Care in Practice*, 20(1), 48-63.
- Denborough, D. (2011). Atendendo crianças que vivenciaram traumas: A árvore da vida. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 20(39), 92-101.

- Falicov, C. (2016). Prólogo. En F. García & M. Ceberio (Eds.), *Manual de terapia sistémica breve* (pp. 11-15). Mediterráneo.
- García, F., & Mardones, R. (2010). Prevención de trastorno de estrés postraumático en supervivientes del terremoto de Chile de febrero de 2010: una propuesta de intervención narrativa. *Terapia Psicológica*, 28(1), 85-93.
- García, F., Mardones, R. & Ceberio, M. (2016). El proceso terapéutico en terapia sistémica breve. En F. García & M. Ceberio (Eds.), *Manual de terapia sistémica breve* (pp. 113-139). Mediterráneo.
- García, F., & Rincón, P. P. (2011). Prevención de sintomatología postraumática en mujeres con cáncer de mama: un modelo de intervención narrativo. *Terapia Psicológica*, 29(2), 175-183.
- García, F. & Schaefer, H. (2015). *Manual de técnicas de psicoterapia breve: Aportes desde la terapia sistémica*. Mediterráneo.
- Gonçalves, M. M., & Bento, T. (2008). *Manual terapéutico psicoterapia narrativa de re-autoría*. Autores.
- Herrero de Vega, M. (2016). Trabajando la autoestima en grupo: Un programa centrado en soluciones. En F. García & M. Ceberio (Eds.), *Manual de terapia sistémica breve* (pp. 381-394). Mediterráneo.
- Hirschson, S., Fritz, E., & Kilian, D. (2017). The tree of life as a metaphor for grief in AIDS-orphaned adolescents. *American Journal of Dance Therapy*, 1-23.

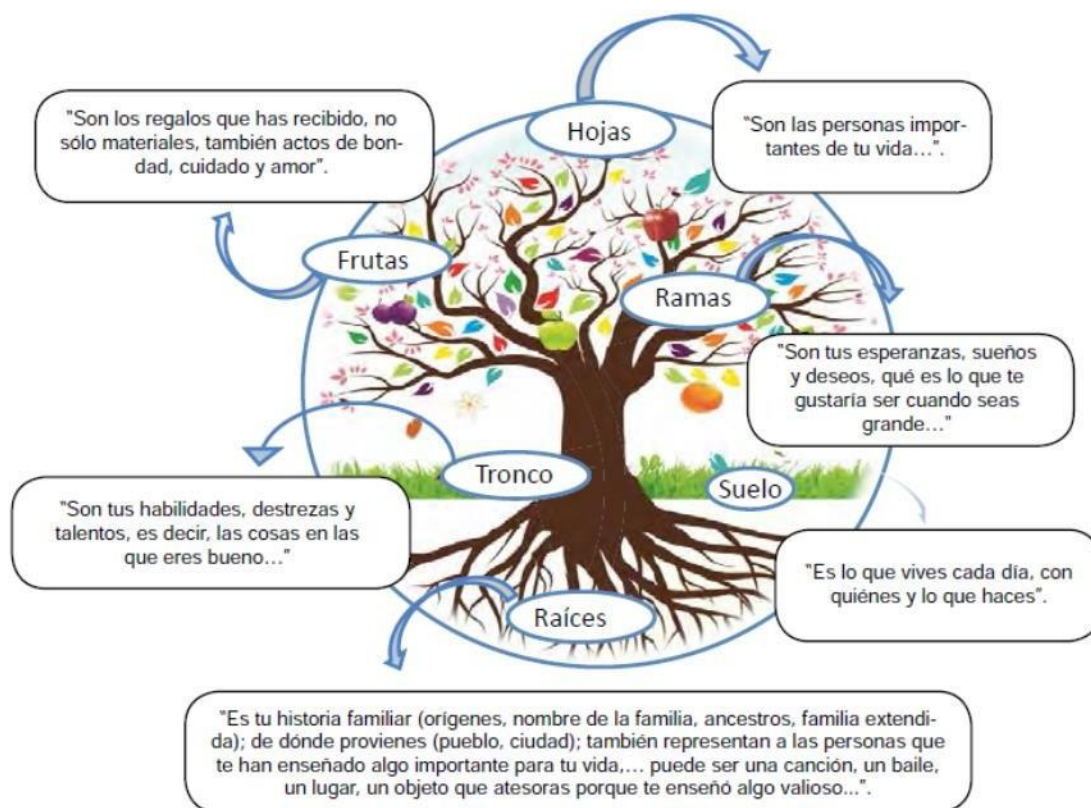
- Hughes, G. (2014). Finding a voice through ‘The Tree of Life’: A strength-based approach to mental health for refugee children and families in schools. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 19*(1), 139-153.
- Jorquera, F. (2010). *Prácticas narrativas en ambientes comunitarios. El árbol de la vida en Mariscadero, Pelluhue, Chile: Una respuesta narrativa comunitaria a los efectos de haber vivido y sobrevivido al terremoto y tsunami del 27 de febrero del 2010*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- Latorre, I. (2010). El árbol de la vida con trabajadores adultos: una respuesta narrativa a las consecuencias del trauma provocadas por accidentes en el contexto laboral. *Procesos Psicológicos y Sociales, 6*(1-2), 1-34.
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Machado, P. P., Sinai, D., Bento, T., & Salgado, J. (2014). Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research, 24*(6), 662-674.
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Fassnacht, D. B., Machado, P. P., & Sousa, I. (2014). Long-term effects of psychotherapy on moderate depression: A comparative study of narrative therapy and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Affective Disorders, 167*, 64-73.
- Petersen, S., Bull, C., Propst, O., Dettinger, S., & Detwiler, L. (2005). Narrative therapy to prevent illness-related stress disorder. *Journal of Counseling & Development, 83*(1), 41-47.
- Valdiviezo, J. M. (2015). Construcción de la identidad narrativa usando el recurso del “Árbol de la vida”, en estudiantes de la institución educativa “San Columbano”, Lima, 2014. *Revista de Investigación PAIDEIA en Ciencias Humanas y Educación, 1*(1), 33-46

VI. ANEXOS

VII. Actividad: Árbol de la Vida

1. Este método consiste en el dibujo de un árbol que representa la propia vida del consultante, en la que en el proceso de dibujar va integrando las personas, actividades y espacios que han sido relevantes en el pasado, los elementos relevantes de la vida actual, las fortalezas y virtudes con las que cuenta, sus expectativas para el futuro, las personas con las que cuenta en el presente, los “regalos” recibidos por las personas con las que cuenta y las amenazas que debe enfrentar (“tormentas de la vida”), culminando generalmente con un ritual relacionado con su dibujo (ver figura 1).

Figura N°1 El árbol de la vida



11.2. Formulario de Consentimiento Informado



Universidad
Católica del Norte



FONDECYT
Fondo Nacional de Desarrollo
Científico y Tecnológico

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

RESUMEN

Usted está invitado a participar del proyecto FONDECYT regular de investigación “Prevención de problemas de salud mental en personas expuestas a un evento altamente estresante reciente: Un estudio controlado aleatorizado”. El Investigador Responsable de esta investigación es el Dr. Felipe García Martínez

Este formulario de consentimiento informado tiene la finalidad de ayudarle a tomar la decisión de participar en este estudio de investigación.

Léalo minuciosamente, y discuta cualquier inquietud que tenga con el investigador responsable a cargo del estudio, o alguno de sus colaboradores. Igualmente, si lo considera necesario puede discutir su participación en la investigación con su familia o cercanos antes de tomar la decisión.

En este trabajo se propone comprobar si existe alguna reducción significativa en su malestar emocional y un aumento en sus niveles de bienestar, tras participar de una intervención breve realizada por un psicólogo titulado. Usted ha sido invitado a participar ya que posee el perfil idóneo para nuestra investigación, es decir, ha vivenciado un evento altamente estresante en los últimos tres meses.

TITULO:

“Prevención de problemas de salud mental en personas expuestas a un evento altamente estresante reciente: Un estudio controlado aleatorizado”

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Sr. Felipe García Martínez, Doctor en Psicología y Magíster en Psicología de la Salud.

PATROCINANTES

Universidad Santo Tomás., Universidad de Concepción y Universidad Católica del Norte

SEÑOR PARTICIPANTE, ES NUESTRO DEBER INFORMAR A USTED:

1.- Que su participación en este estudio es voluntaria y que su negativa a participar no influirá en la relación sostenida hasta este momento con la universidad patrocinante. Además, tiene la libertad para decidir si quiere retirarse en cualquier momento, solo comunicando su decisión al investigador responsable.

2.- Que la información obtenida será usada únicamente con el propósito de esta investigación, será confidencial y se guardarán los registros en la Universidad Santo Tomás, Sede Concepción, ubicada en

Arturo Prat 879, Concepción, Región del Bío Bío. Tendrán acceso a ella solo el investigador responsable y sus colaboradores.

3.- Que si en el futuro la información de usted obtenida fuera usada para otra investigación, se solicitará nuevamente su autorización por medio de otro consentimiento informado.

4.- Que usted no recibirá aportes económicos por su participación mientras sea participe de esta investigación. Sin embargo, usted será beneficiado a través de una intervención gratuita dirigida por un psicólogo titulado.

5.- En relación a los riesgos de este procedimiento podemos informarle que el apoyo psicológico que le ofrecemos no debiese representar ningún riesgo, incomodidad o molestia para Usted. Sin embargo, si algo ocurriese, el investigador responsable de este estudio estará disponible para ayudarle o contestar cualquier inquietud, en el teléfono 412108830, o en el correo fgarcia@santotomas.cl. En el caso de que usted requiera un apoyo psicológico distinto al que nosotros le ofrecemos, se le orientará acerca de dónde recibirlo, siendo una de las alternativas la atención clínica habitual en los Centros de Atención Psicológica de las universidades que patrocinan este estudio: Universidad Santo Tomás y Universidad de Concepción, en Concepción; Universidad Santo Tomás, en Talca; Universidad Santo Tomás y Universidad Católica del Norte, en Antofagasta.

6.- La intervención psicológica durará 4 sesiones y usted será evaluado antes y después de la intervención y seis meses después de finalizada. Las sesiones serán grabadas en video, con la finalidad de analizar cada una de las intervenciones que se le han realizado.

EVALUACIONES

Se comenzará por realizar consultas respecto a sus datos personales y médicos, y luego se le realizarán evaluaciones psicológicas con escalas de auto-informe y entrevista.

7.- Los resultados de esta investigación pueden ser publicados, sin identificar a los participantes, en medios de difusión con objetivos académicos.

8.- Usted será informado de cualquier hallazgo derivado de su participación en la investigación, que pueda cambiar su decisión de continuar en este estudio. El investigador puede retirarlo de esta investigación sin necesidad de su consentimiento si estima que es de riesgo para usted continuar en él.

9.- Este estudio fue revisado por el Comité Ético Científico, Universidad Santo Tomás.

10.- Al firmar a continuación acepta que:

- Leyó este formulario de consentimiento.
- Se le ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que le asisten y que se puede retirar de esta en el momento que lo desee.
- No renuncia a ningún derecho que le asista.
- Firma este documento, voluntariamente, sin ser forzada/o a hacerlo.
- Al momento de la firma, recibirá una copia firmada y fechada de este formulario de consentimiento.

FIRMA DEL INVESTIGADOR
Nombre: _____
RUT: _____

FIRMA DEL USUARIO
Nombre: _____
RUT: _____
Teléfono: _____

En _____, a ____/____/____

11.3. Cuestionario Sociodemográfico

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

A. Edad:

B. Género: Mujer Hombre

C. Número de integrantes del grupo familiar que viven en el hogar:

D. Ingresos totales aproximados del grupo familiar:

1	Menos de \$100.000	
2	Entre \$101.000 y \$200.000	
3	Entre \$201.000 y \$300.000	
4	Entre \$301.000 y \$400.000	

5	Entre \$401.000 y \$500.000	
6	Entre \$501.000 y \$600.000	
7	Entre \$601.000 y \$700.000	
8	Entre \$701.000 y \$800.000	

9	Entre \$801.000 y \$900.000	
10	Entre \$901.000 y \$1.000.000	
11	Entre \$1.000.000 y \$1.200.000	
12	Otro: _____	

E. Estado Civil

1	Casado/a	
2	Soltero/a	
3	Conviviente	

4	Separado/a	
5	Divorciado/a	
6	Viudo/a	

F. Número de hijos

G. Nivel Educativo del evaluado:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. _____ Sin estudios | 5. _____ Enseñanza media completa |
| 2. _____ Enseñanza básica incompleta | 6. _____ Estudios superiores incompletos |
| 3. _____ Enseñanza básica completa | 7. _____ Estudios superiores completos |
| 4. _____ Enseñanza media incompleta | |

H. Indique en días, el tiempo que lleva transcurrido desde el evento estresante: días

I. Indique el tipo de evento estresante que ha ocurrido en los últimos tres meses. Si ha ocurrido más de uno, indique el principal. El resto de preguntas de este cuestionario tendrá que contestarlo en relación al evento que seleccione a continuación.

- _____ Desastre natural (terremoto, inundación, incendio forestal, erupción volcánica, etc.).
- _____ Enfermedad grave personal (cáncer, insuficiencia renal, infarto al miocardio, etc.)
- _____ Enfermedad grave de una persona muy cercana (cáncer, insuficiencia renal, infarto al miocardio, etc.)
- _____ Accidente hogareño (quemaduras, fracturas, lesiones diversas).

5. _____Accidente laboral o automovilístico (quemaduras, fracturas, lesiones diversas).
6. _____ Muerte de una persona muy cercana
7. _____ Divorcio, separación, ruptura de pareja
8. _____ Violencia del estado (detención arbitraria, violencia innecesaria, tortura, etc.)
9. _____ Violencia doméstica (violencia conyugal, agresiones, conflictos intensos)
10. _____ Violencia delictual (robo, asalto, lanzaso, etc.).
11. _____ Otro (mencionar): _____

11.4. Escala de Rumiación Relacionada al Evento (ERRI)

ERRI. En estos ÚLTIMOS DÍAS, cuando te ves enfrentado al recuerdo del accidente, indique el nivel en que el que ha ocurrido cada afirmación siguiente.

		Casi Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se me vienen a la cabeza pensamientos sobre lo sucedido, y no puedo dejar de pensar en ellos	0	1	2	3
2	Pienso en si los cambios en mi vida se deben a como enfrenté esta experiencia	0	1	2	3
3	Me distraigo o tengo problemas para concentrarme debido a estos pensamientos	0	1	2	3
4	Pienso en si he aprendido algo como resultado de esta experiencia	0	1	2	3
5	No puedo evitar que imágenes y pensamientos sobre lo sucedido vengan a mi cabeza	0	1	2	3
6	Pienso en si esta experiencia ha cambiado mi percepción del mundo	0	1	2	3
7	Sin que yo lo quiera, me llegan pensamientos, recuerdos o imágenes sobre lo sucedido	0	1	2	3
8	Pienso acerca del significado que podría tener esta experiencia para mi futuro	0	1	2	3
9	Pensamientos acerca de lo sucedido me hacen revivir la experiencia	0	1	2	3
10	Pienso acerca de si mis relaciones con otros han cambiado luego de mi experiencia	0	1	2	3
11	Situaciones o detalles similares a lo sucedido traen de vuelta pensamientos sobre la experiencia	0	1	2	3
12	Trato de no pensar acerca de lo sucedido, pero no lo puedo evitar	0	1	2	3

11.5. Escala de Estrategias de Afrontamiento

BRIEF-COPE. En los primeros días tras el accidente, cuando se ha visto enfrentado a su recuerdo o a sus consecuencias, indique cómo se ha comportado de acuerdo a las alternativas que se indican a continuación

		No, en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1	Intenté conseguir que alguien me ayudara o aconsejara sobre qué hacer.	0	1	2	3
2	Concentre mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estaba	0	1	2	3
3	Intenté proponer una estrategia sobre qué hacer.	0	1	2	3
4	Conseguí apoyo emocional de otros.	0	1	2	3
5	Tomé medidas para intentar que la situación mejorara.	0	1	2	3
6	Intenté verlo con otros ojos, para hacer que pareciera más positivo.	0	1	2	3
7	Conseguí el consuelo y la comprensión de alguien.	0	1	2	3
8	Busqué algo bueno en lo que estaba sucediendo.	0	1	2	3
9	Pensé detenidamente sobre los pasos a seguir.	0	1	2	3
10	Conseguí que otras personas me ayudaran o aconsejaran.	0	1	2	3

11.6. Escala de Sintomatología Postraumática

SPRINT-E. Las siguientes preguntas se refieren a las reacciones que Usted ha experimentado durante los últimos días. Por **reacciones**, nos referimos a **sentimientos, emociones o pensamientos sobre lo que ha sucedido durante o desde el accidente**. Marque con una **X** una de las siguientes opciones de respuesta:

		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	¿Cuánto le han molestado los recuerdos no deseados o pesadillas de lo que pasó?	0	1	2	3
2	¿Cuánto esfuerzo ha hecho para evitar pensar o hablar sobre lo sucedido o realizar actos que le recuerden lo sucedido?	0	1	2	3
3	¿Hasta qué punto ha perdido el placer por las cosas, se mantiene distante de la gente, o le ha sido difícil experimentar sentimientos a consecuencia de lo sucedido?	0	1	2	3
4	¿Cuánto le han incomodado problemas de sueño, concentración, nerviosismo, irritabilidad o sentirse muy alerta de lo que le rodea a consecuencia de lo sucedido?	0	1	2	3
5	¿Qué tan desanimado o deprimido se ha sentido a consecuencia de lo sucedido?	0	1	2	3
6	¿Considera que su habilidad para manejar otras situaciones o eventos estresantes se ha visto dañada?	0	1	2	3
7	¿Considera que sus reacciones interfieren con el cuidado de su salud física? Por ejemplo, ¿se alimenta poco, no descansa suficiente, fuma más, o se ha dado cuenta que ha incrementado el uso de alcohol y otras sustancias?	0	1	2	3
8	¿Qué tan estresado o incómodo se siente con respecto a sus reacciones?	0	1	2	3
9	¿Qué tanto han interferido sus reacciones con su habilidad para trabajar o llevar a cabo actividades diarias, como labores del hogar o académicas?	0	1	2	3
10	Dadas sus reacciones ¿qué tan afectadas se han visto sus relaciones familiares o de amistad?, ¿qué tanto han interferido en sus actividades sociales, recreativas o comunitarias?	0	1	2	3
11	¿Qué tan preocupado se ha sentido acerca de su habilidad para vencer problemas que podría enfrentar sin mayor asistencia?	0	1	2	3
12	¿Hay alguna posibilidad de que usted tenga deseos de herirse o suicidarse?	0	1	2	3

11.7. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

CES-D. Utilizando la escala que se presenta a continuación, encierre en un círculo e número que mejor describa qué tan frecuentemente usted se sintió de esta manera durante LA ÚLTIMA SEMANA

0= Rara vez o ninguna vez (menos de 1 vez al día)

2 = Ocasionalmente o varias veces (3 a 4 días)

1= Alguna vez o unas pocas veces (1 a 2 días)

3= La mayor parte del tiempo (5 a 7 días)

		Rara vez o ninguna vez	Alguna vez o pocas veces	Ocasional- mente o varias veces	La mayor parte del tiempo
1	Me enojé por cosas que habitualmente no me enojan	0	1	2	3
2	Sentí pocas ganas de comer, tuve mal apetito	0	1	2	3
3	Sentí que no podía dejar de estar triste, incluso con la ayuda de mi familia o amigos	0	1	2	3
4	Sentí que era tan valioso como los demás	0	1	2	3
5	Tuve dificultades para concentrarme	0	1	2	3
6	Me sentí deprimido	0	1	2	3
7	Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo	0	1	2	3
8	Me sentí esperanzado respecto al futuro	0	1	2	3
9	Pensé que mi vida había sido un fracaso	0	1	2	3
10	Sentí miedo	0	1	2	3
11	Mi sueño fue poco reparador	0	1	2	3
12	Fui feliz	0	1	2	3
13	Hablé menos de lo habitual	0	1	2	3
14	Me sentí solo	0	1	2	3
15	Las personas fueron poco amables conmigo	0	1	2	3
16	Disfruté de la vida	0	1	2	3
17	Tuve ataques de llanto	0	1	2	3
18	Me sentí triste	0	1	2	3
19	Sentí que no le gustaba a la gente	0	1	2	3
20	Sentí que no podía continuar	0	1	2	3

11.8. Escala de Satisfacción Vital

SWLS. A continuación se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la escala de abajo, indique cuan de acuerdo está con cada elemento, eligiendo el número apropiado asociado a cada elemento. Por favor, sea abierto y honesto al responder. (Marque con una "x")

1= Totalmente en desacuerdo **2**=En desacuerdo **3**=Ligeramente en desacuerdo

4 =Ni de acuerdo ni en desacuerdo **5**=Ligeramente de acuerdo **6**=De acuerdo **7**=Totalmente de acuerdo

1	En la mayoría de las formas de mi vida se acerca a mi ideal.	1	2	3	4	5	6	7
2	Las condiciones de mi vida son excelentes.	1	2	3	4	5	6	7
3	Estoy satisfecho con mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
4	Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida	1	2	3	4	5	6	7
5	Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.	1	2	3	4	5	6	7

INDIQUE A CONTINUACIÓN SUS DATOS DE CONTACTO:

Fono:

Email:

Dirección:

11.9. Escala de Puntuación de la Sesión (SRS)

ESCALA DE PUNTUACION DE LA SESION (SRS)

Nombre:

Ficha Clínica Nº: Edad:

Sesión Nº: Fecha:

Por favor, coloque nota a la sesión de hoy haciendo una marca en la línea en el sector más cercano a la descripción que más se acomoda a su experiencia.

No me sentí
escuchado, ni
comprendido,
ni respetado.

Relación:

Me sentí
escuchado,
comprendido y
respetado

No
trabajamos ni
hablamos
respecto a lo
que yo quería
trabajar o
hablar

Metas y Temas tratados:

Trabajamos y
hablamos
respecto a lo
que yo quería
trabajar y
hablar

El enfoque
del terapeuta
no es el
adecuado
para mí.

Enfoque o Método:

El enfoque del
terapeuta es
adecuado para
mí.

Hay algo que
se pasó por
alto en la
sesión de
hoy.

En general:

En general, la
sesión de hoy
estuvo bien
para mí.

11.10. Certificado Tesista Doctoral Asociado a Proyecto FONDECYT

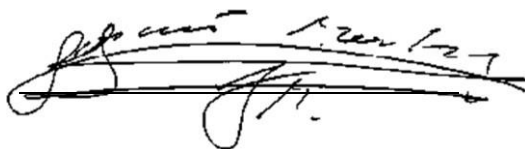


CERTIFICADO TESISISTA DOCTORAL ASOCIADO A PROYECTO FONDECYT

19 de julio de 2019

El Sr. Felipe García Martínez, Investigador Responsable del Proyecto FONDECYT N° 1180134, “Prevención de problemas de salud mental en personas expuestas a un evento altamente estresante reciente: Un estudio controlado aleatorizado”, que el Sr. Pablo Concha Ponce, R.U.N. N° 15.136.913, es tesista doctoral asociado, lo que implica que su proyecto de tesis para el Doctorado en Psicología de la Universidad de Flores, Argentina, está relacionado con la planificación, ejecución y resultados del proyecto fondecyt mencionado.

Se emite el presente documento para que el académico pueda presentarla en la Universidad Autónoma de Chile, en su sede Talca.



Investigador Responsable Fondecyt N°
1180134

11.11. Carta de Comité de Ética



Santiago, 02 de febrero de 2018

CEC UST N°30/2018

**Señor
Felipe García
Investigador
Escuela de Psicología
Concepción
Presente**

De nuestra consideración.

Por la presente, y luego de haber revisado el proyecto presentado al concurso FONDECYT 2018 titulado "Prevención de problemas de salud mental en personas expuestas a un evento altamente estresante reciente: un estudio controlado aleatorizado", le informo que:

En sesión n°144 con la asistencia de: doña Macarena Lucar, Psicóloga, Decana de la facultad de Ciencias Sociales y Comunicaciones; don Marcelo Lizana, Enfermero, Coordinador Nacional de Enfermería; doña Maria Montserrat Martin, Médico, Directora Revista Berit; y doña Yuly Adams, Enfermera, docente Escuela de Enfermería, todos miembros de Universidad Santo Tomás.

Revisados los documentos:

- Formulario de firmas de autorización
- Proyecto de Investigación en el modelo de resumen establecido
- Consentimiento Informado
- Cartas de respaldo al proyectos de instituciones relacionadas

Se procedió al siguiente análisis:

Resumen del proyecto

Esta propuesta de investigación busca, a través de un diseño de tipo experimental, con grupo control y asignación aleatoria de los/as participantes cada grupos con distintas estrategias de intervención psicológica, estudiar y comparar los efectos de éstas en sujetos que han experimentado una situación de alto nivel de estrés a partir de un accidente laboral reciente.