



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

**ACEPTABILIDAD DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN
PSICOTERAPÉUTICA BREVE, DIRIGIDO A PERSONAS QUE HAN
VIVIDO UN EVENTO ALTAMENTE ESTRESANTE**

Tesis para optar al grado académico de Magíster en Psicología mención Psicología
de la salud.

POR: Sandra Garabito Rifo

Profesor Guía: Ps. Dr. Felipe García Martínez

Concepción, Chile 2024

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi profesor guía por su orientación académica, por el impulso personal que me

brindó y por sobre todo la paciencia que tuvo durante todo este proceso.

A mi madre, por su amor incondicional y apoyo constante; a mis amigas/os, por sus risas y

palabras de aliento; y a todos a quienes conocí en este camino, por sus enseñanzas y apoyo

inesperado. Este logro también es de ustedes.

TABLA DE CONTENIDO

ABSTRACT	5
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	10
MARCO TEÓRICO	14
Eventos altamente estresantes	14
a) Desastres naturales:	15
b) Enfermedades:	16
c) Delitos violentos	16
Sintomatología Postraumática	18
Crecimiento postraumático	20
Bienestar Subjetivo	23
Intervenciones a víctimas de eventos altamente estresantes	25
Terapia Sistémico Breve	26
Aceptabilidad en programas de intervención	28
Objetivo General	31
Objetivo Específicos	31
MÉTODO	31
Diseño	31
Participantes	33
Instrumentos	35
Entrevista semi estructurada a usuarios.....	35
Entrevista semi-estructurada a terapeutas	36
Programa de intervención	39
Protocolo de intervención sistémico breve	39
Procedimiento	40
Análisis de datos	45

RESULTADOS 46

Análisis cualitativo 46

 a) **Estructura de sesión** 46

 b) **Utilidad de la intervención** 50

 c) **Alianza terapéutica** 52

 d) **Sugerencias** 53

Análisis cuantitativo 55

DISCUSIÓN 58

Conclusión 64

Referencias 67

ANEXOS 88

Aceptabilidad de un protocolo de intervención psicoterapéutica breve, dirigido a personas que han vivido un evento altamente estresante.

Acceptability of a brief psychotherapeutic intervention protocol aimed at individuals who have experienced a highly stressful event.

ABSTRACT

BACKGROUND: Highly stressful events are referred to when a situation or event has the potential to generate negative consequences in affected persons, such as the presence of post-traumatic and depressive symptoms. The construction of programs that prevent the appearance of a psychopathological response after these events is one of the challenges we face today. Both the perceptions and acceptability of users and therapists towards intervention programs can influence expected results. The programme is expected to have good acceptability among both users and therapists.

OBJECTIVE: To evaluate the acceptability of an intervention program with a focus on short systemic therapy.

METHOD: A comparative sequential exploratory mixed design was used. In the first quantitative phase, a six-session intervention program was applied, evaluating levels of depressive symptomatology by using depressive symptomatology scales,

post-traumatic growth and life satisfaction at two points: before (pre) and after (post) of the intervention. In the second qualitative phase, semi-structured interviews were conducted with eight users and two therapists to deepen experience and perceptions about the program. Finally, qualitative and quantitative results were integrated to categorize findings and understand the overall impact of the intervention.

RESULTS: In the qualitative phase, participants expressed a positive assessment of the organized structure of the sessions, highlighting as an important element the empathy of the therapists. It was also mentioned that the use of relaxation techniques and narrative techniques contributed to emotional well-being. In the quantitative phase, there was a decrease in depressive symptoms and an increase in post-traumatic growth and life satisfaction among the eight users. Improvement of indicators of emotional well-being and reduction of post-traumatic and depressive symptoms

CONCLUSION: This study showed that the intervention protocol in Brief Systemic Therapy obtained favorable results for users, who indicated that the structure and techniques used were favorable for their process. Both users and

therapists highlighted the therapeutic alliance as an important factor within the intervention. Therefore, the results obtained for the sample of eight users and their two therapists indicate acceptability to the intervention process, which is useful for the proposed objectives. Providing basis for future applications of the protocol in clinical and governmental settings, where the therapist alliance plays an important role.

KEYWORDS: Trauma, psychotherapeutic intervention, acceptability, brief systemic therapy, highly stressful event.

RESUMEN

ANTECEDENTES: Se habla de eventos altamente estresantes cuando una situación o evento tienen el potencial de generar consecuencias negativas en las personas afectadas, como la presencia de síntomas postraumáticos y depresivos. La construcción de programas que prevengan la aparición de una respuesta psicopatológica posterior a estos eventos es uno de los desafíos que se tienen en la actualidad. Tanto las percepciones y aceptabilidad de usuarios y terapeutas hacia los programas de intervención pueden influir en los resultados esperados. Se espera

que el programa tenga una buena aceptabilidad tanto en usuarios, como en terapeutas.

OBJETIVO: Evaluar la aceptabilidad de un programa de intervención con enfoque en terapia sistémica breve.

MÉTODO: Se utilizó un diseño mixto exploratorio secuencial comparativo. En la primera fase cuantitativa, se aplicó un programa de intervención de seis sesiones, evaluando los niveles de sintomatología depresiva mediante escalas sintomatología depresiva, crecimiento postraumático y satisfacción con la vida en dos momentos: antes (pre) y después (post) de la intervención. En la segunda fase cualitativa, se realizaron entrevistas semi estructurada a ocho usuarios y dos terapeutas para profundizar en la experiencia y percepciones sobre el programa. Finalmente, se integraron los resultados cualitativos y cuantitativos, para categorizar los hallazgos y comprender el impacto global de la intervención.

RESULTADOS: En la fase cualitativa, los participantes expresaron una valoración positiva hacia la estructura organizada de las sesiones, destacando como elemento importante la empatía de las terapeutas. Asimismo, se mencionó que el uso de técnicas de relajación y técnicas narrativas contribuyeron al bienestar emocional.

Por otro lado, en la fase cuantitativa, se observó en los ocho usuarios y usuarias una disminución de síntomas depresivos y un aumento en el crecimiento postraumático y la satisfacción con la vida. Se observa la mejora de indicadores de bienestar emocional y reducción de sintomatología postraumática y depresiva

CONCLUSIÓN: Este estudio mostró que el protocolo de intervención en Terapia Sistémica Breve obtuvo favorables resultados para los usuarios, quienes indicaron que la estructura y técnicas empleadas fueron favorables para su proceso. Tanto usuarios como terapeutas destacaron la alianza terapéutica como factor importante dentro de la intervención. Por lo que los resultados obtenidos para la muestra de ocho usuarios y usuarias, y sus dos terapeutas, indican aceptabilidad al proceso de intervención resultando de utilidad para los objetivos propuestos. Aportando bases para futuras aplicaciones del protocolo en ámbitos clínicos y gubernamentales, donde la alianza terapeuta juega un rol importante.

PALABRAS CLAVES: Trauma, intervención psicoterapéutica, aceptabilidad, terapia sistémica breve, evento altamente estresante

INTRODUCCIÓN

Los eventos estresantes son alteraciones que pueden ocurrir en la vida de las personas y que requieren un esfuerzo de adaptación (Sutin et al., 2010). Entre el 82% y el 90% de la población estará, en algún punto de su vida, expuesta a un evento altamente estresante (Breslau et al., 1998; Powers et al., 2010). Gómez y Cárdenas (2016), advierten que esta es una experiencia común que es independiente del sexo, edad o cultura.

Estos eventos son inesperados e implican que la persona debe desplegar estrategias de afrontamiento que le permitan controlar los efectos que se puedan generar. Se considera que un evento es potencialmente traumático cuando existe una exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenazas en distintas formas a una persona o a un grupo de personas (American Psychiatric Association, 2013). La alteración de la calidad de vida y, por ende, el bienestar de las personas da paso, en ocasiones, a sintomatología postraumática y depresiva (Forbes et al., 2020).

Ante esto, surge el interés de prevenir estas consecuencias negativas y así atenuar el riesgo de desarrollar síntomas que afectan severamente a las personas.

Las acciones dirigidas a la prevención son las más efectivas para lograr una vida digna y sana (Villar, 2011). Cuando se habla de prevención en salud mental, la base se encuentra en los principios de la salud pública (Detels et al., 2002), que se caracterizan por un enfoque en la reducción de factores de riesgo y la promoción de factores de protección vinculados con trastornos mentales o problemas en la conducta. El objetivo primordial de la prevención es, por lo tanto, reducir la prevalencia e incidencia de estos problemas (Jané-Llopis, 2004). Desde esta perspectiva, surge la necesidad de generar intervenciones tempranas que se centren en la reducción de sintomatología asociada a eventos estresantes.

La identificación de percepciones tanto de usuarios como de terapeutas tiene como fin entregar una base para observar la aceptabilidad de un programa psicoterapéutico, aplicable en población chilena, con el propósito esencial de prevenir el desarrollo de sintomatología postraumática y depresiva luego de un evento altamente estresante.

La aceptabilidad se define como la percepción respecto a la satisfacción o agrado hacia una intervención o tratamiento, en función de las preferencias y expectativas de las personas (Proctor et al., 2010). Además, la adherencia a los

tratamientos, definida en este caso como el grado en que se finalizan y se cumplen las actividades (Donkin et al., 2011), se considera como un aspecto de la aceptabilidad. Algunas investigaciones han evaluado la aceptabilidad como predictor de adherencia a programas de intervención psicoterapéuticos, por ejemplo, Rogers et al. (2022), realizaron un estudio a mujeres para promover la imagen corporal positiva, mediante intervenciones virtuales, en los cuales se indicaron un alto nivel de compromiso y satisfacción con la intervención.

El objetivo de esta investigación es responder a la pregunta, ¿Cuáles son las percepciones en torno a la aceptabilidad de usuarios y terapeutas respecto a una intervención con enfoque de terapia sistémica breve, orientada a personas que han vivido recientemente un evento altamente estresante?

Esta investigación cuenta con un diseño mixto exploratorio secuencial comparativo e incorporará los resultados de un mínimo de diez participantes, ocho de ellos usuarios y dos terapeutas. Esto se hizo conforme a los criterios de saturación predeterminados de la investigación (Guest et al., 2006).

Los usuarios respondieron un formulario a través de una plataforma digital y se seleccionaron aquellos que cumplían con los criterios de inclusión. Los que

fueron descartados se derivaron a programas universitarios de acompañamiento psicológico, también se incluyeron usuarios derivados desde la Unidad Regional de Atención a Víctimas y Testigos de la Fiscalía. Las terapeutas fueron psicólogas con entrenamiento en el protocolo de intervención. Los resultados se obtuvieron mediante el análisis de entrevistas semiestructuradas y análisis de estadísticos descriptivos.

El programa de intervención con un enfoque sistémico breve cuenta con seis sesiones, elaborado para personas que han experimentado eventos altamente estresantes en los últimos seis meses.

Esta investigación es relevante para entender cómo perciben los usuarios el programa de intervención, y cómo evalúan los terapeutas su implementación, con el fin de determinar el grado de aceptabilidad. Además, ofrecerá al lector una visión más amplia de las percepciones de ambos actores en un proceso de intervención.

MARCO TEÓRICO

Eventos altamente estresantes

Los eventos altamente estresantes pueden ser experiencias que incluyan, por ejemplo, desastres naturales, enfermedades graves personales o de seres cercanos, accidentes domésticos, muerte de un ser querido, violencia delictual, violencia doméstica, policial o cualquier evento que la persona experimente como altamente estresante (Norris et al., 2008). Una persona puede experimentar un evento altamente estresante, pero no necesariamente desarrollará Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). De acuerdo con Accatino et al. (2016), un 14% de los chilenos que han experimentado un trauma, desarrollará TEPT. Revisiones sistemáticas abordaron la angustia y/o sintomatología traumática en sobrevivientes de eventos altamente estresantes, como desastres naturales, pandemias, donde se obtuvieron resultados favorables en la reducción de esta sintomatología mediante programas de apoyo psicosocial e intervenciones psicoterapéuticas breves (Lotzin et al., 2023).

A continuación, algunos de estos eventos altamente estresantes y sus consecuencias:

a) Desastres naturales:

Algunos investigadores definen a los desastres naturales a partir de tres características: a) posee un potencial de producir daño y/o riesgo significativo a un grupo amplio de personas (Neria et al., 2008); b) poseen capacidad de generar interrupción u obstaculización del acceso a recursos comunicacionales, por ejemplo, redes sociales (McFarlane et al., 2009); c) implican consecuencias que afectan a la salud mental y física de las personas (Neria et al., 2008).

A nivel mundial, durante el periodo de 1970-2019, ocurrieron 22.149 desastres, de los cuales un 42% corresponden a Asia, 21,5% África y 20,9 % a América (EM- DAT, 2019).

La población chilena, debido a sus características geológicas y climáticas, está propensa a experimentar diversos eventos altamente estresantes que afectan masivamente, por ejemplo, incendios, inundaciones, terremotos y erupciones volcánicas.

b) Enfermedades:

El diagnóstico de enfermedades graves que amenazan la vida o generan cambios dramáticos en su calidad puede causar intenso malestar emocional y síntomas del TEPT.

Las personas diagnosticadas con cáncer de mama podrían presentar más de un 40% de síntomas clínicos de malestar psicológico (Stanton et al., 2015; Fallowfield & Valerie, 2015), que incluyen una depresión estimada entre 0% y 58% (Molina & Feliú, 2011; García & Alós, 2014), ansiedad entre los rangos de 6% y 23% (Dorfman et al., 2018) y finalmente estrés postraumático entre 0% y 32% (Haydon et al., 2018). Por lo tanto, se puede indicar que el cáncer es un factor significativo de estrés que afecta al bienestar, considerándose un factor de riesgo para la salud mental y física (Fischer et al., 2013).

c) Delitos violentos

La violencia delictual se define como el uso intencional de la fuerza o el poder, en forma de amenaza o acción efectiva, contra sí mismo, contra otra persona o grupo. Esta acción puede producir una lesión, daño psicológico o la muerte (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Existen diversas manifestaciones y expresiones de actos violentos: la violencia interpersonal que incluye la violencia familiar o de pareja, que suele darse en su mayoría dentro de hogares; la violencia colectiva, referida a violencia ejercida por gran número de personas, como grupos políticos, milicia, terroristas; y también violencia comunitaria (OPS, 2002), entendida como aquella ejercida en espacios públicos por personas que no tienen relación con la víctima (Ujima, 2021), por ejemplo, los delitos de lesiones personales, hurtos y homicidios.

En la violencia interpersonal, Echeburúa et al. (2017), mencionan dos tipos de posibles víctimas: las directas o primarias, quienes fueron directamente afectados por el evento (Dammert & Luneke, 2003; Schedler, 2016); y las indirectas o secundarias, aquellas personas que experimentan el trauma a través de familiares o una red social (Peterson, 2010).

El Centro de Estudios y Análisis del Delito de Chile, indica que en el 2019 los casos anuales de delitos superan los 500.000. En 2020, los casos disminuyeron posiblemente por las restricciones por COVID-19, con 411.543 casos anuales, en 2021 se registraron 429.680. En 2022 se registraron 512.591. En 2023 se

registraron 525.200 observándose una tendencia al aumento en el número de casos de violencia delictual.

Un metaanálisis de Fowler et al. (2009), con 114 estudios encontró que la exposición a violencia comunitaria, como ser víctima de un delito, está estrechamente vinculada a TEPT.

Sintomatología Postraumática

El trauma es definido por el DSM-5 como cualquier situación en la que una persona se ve expuesta, ya sea directa o indirectamente, a la muerte o agresión grave, ya sea como víctima o testigo (APA, 2013).

Un evento traumático puede afectar a la persona, llegando a ser invalidante cuando los síntomas se intensifican, pudiendo desarrollar en algunos casos un cuadro mayor en su complejidad, conocido como TEPT (Bados, 2015). El trastorno de estrés agudo puede ser diagnosticado dentro del primer mes del evento, mientras que el TEPT puede ser diagnosticado luego del primer mes (APA, 2013).

De esta forma, es necesario que la persona haya presenciado o vivido el evento y que esto haya tenido como consecuencia la aparición de sintomatología asociada, como lo son la hiperalerta y las conductas de evitación (Carvajal, 2011).

Los factores de riesgo para desarrollar TEPT tienen relación con indicadores individuales, por ejemplo, antecedentes del tipo de trauma, percepción del suceso traumático, duración de la exposición, y daños corporales y emocionales (Frans, 2003).

Las situaciones o eventos asociados mayormente con este trastorno incluyen desastres naturales, accidentes, enfermedades, delitos violentos y violaciones. Un 4,4% de las personas que han estado expuestas a un evento traumático pueden desarrollar TEPT, con una incidencia mayor en mujeres que en hombres (Pérez et al., 2009).

Se ha evidenciado que la depresión y la ansiedad se correlacionan con la violencia comunitaria (Benjet et al., 2020; Cole et al., 2020; Orellana et al., 2022).

Crecimiento postraumático

Así como hay personas que desarrollan la sintomatología anteriormente descrita, existen otras que generan respuestas adaptativas tras un evento altamente estresante, por ejemplo, experimentan un aprendizaje personal (Ulloa, 2016). A este tipo de respuesta se le llama crecimiento postraumático (CPT), definido por Tedeschi y Calhoun (2004) como la percepción de cambios positivos que experimenta una persona como resultado de un proceso de lucha ante un trauma.

El CPT intenta explicar el cambio que ocurre en las personas, proponiendo que al enfrentarse a una experiencia altamente estresante surgen cambios auténticos en la identidad y la forma en que la persona ve su vida (Jayawickreme & Blackie, 2016). Este crecimiento se ve favorecido en la medida en que se cuestionan las creencias y principios del individuo; generando una reconstrucción de los esquemas establecidos para formular nuevos y así lograr la adaptación (Park, 2010). Sin embargo, tampoco se niega que durante este proceso pueda haber sufrimiento y desgaste psicológico (Wittman et al., 2009); así mismo, las personas pueden experimentar cambios en ciertos dominios del CPT y no necesariamente en todos ellos (García et al., 2016).

Se proponen cinco dominios en los cuales las personas pueden crecer luego de experimentar un evento traumático (Tedeschi & Calhoun, 1996): a) apreciación por la vida: se entiende como el aprecio general hacia la vida y una mayor conciencia de los aspectos importantes; b) nuevas posibilidades: poseer una visión más amplia de aquellas oportunidades que se pueden presentar a la persona, como resultado de la experimentación del evento; c) fortaleza personal: sentir que ha logrado sobrevivir a un evento extremadamente potente, logrando una consolidación de la autopercepción, lo que conlleva en el aumento de la confianza en sus propios recursos y capacidades para hacer frente a las nuevas circunstancias que se le presenten; d) relaciones interpersonales: la persona intenta mantener aquellas relaciones significativas que considera como vínculos profundos, íntimos y cálidos; e) incremento de la espiritualidad, asociado a cómo la persona le da significado al evento por el cual atravesó (García et al., 2013; Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004).

El CPT ha sido investigado en diversos eventos traumáticos: pacientes con enfermedades crónicas y terminales, víctimas de abuso físico, abuso sexual, damnificados por desastres naturales, víctimas de delitos violentos, entre otros

(Crawford et al., 2013; Ozdemir et al., 2015; Páez et al., 2011; Salter & Stallard, 2004; Sawyer et al., 2010; Tedeschi & Calhoun, 1996).

Un estudio cualitativo realizado por Bryngeirsdottir y Halldorsdottir (2022), en el que participaron 12 personas que habían experimentado diferentes experiencias traumáticas, describió el CPT como un viaje en lugar de un destino, pues implica un proceso continuo de transformación, marcado por avances y aprendizajes, sin un punto final definitivo. Además, el tiempo parece influir en el CPT, ya que un mayor intervalo de tiempo transcurrido desde el evento traumático se asocia con un aumento en los niveles de CPT (Danhauer et al., 2013; García et al. 2023). Finalmente, un mayor CPT podría generar un mayor bienestar y una disminución del TEPT a largo plazo (Zoellner & Maercker, 2006).

Si bien experimentar un evento traumático no necesariamente desencadenará cambios positivos (Park 2010; Tedeschi & Calhoun 2004), existen algunas variables externas que podrían predecir el CPT, como lo son los niveles de exposición al evento y el tipo de evento (Xu & Liao, 2011; Dutta, 2016). Las vivencias subjetivas muestran cierta influencia en el desarrollo de CPT, como el

optimismo, el soporte social, el sentido de sí mismo, la resiliencia, entre otros (An & Lim, 2017; García et al., 2013; Schaefer et al., 2018).

La evidencia relacionada con CPT es limitada y está en vías de ser estudiada en profundidad, dado que es un concepto relativamente nuevo. La mayor parte de las investigaciones se ha centrado en las consecuencias negativas tras un evento estresante, dando énfasis, por ejemplo, al TEPT.

Bienestar Subjetivo

Como revisamos, el CPT se enfoca en los cambios positivos que surgen después de vivir experiencias traumáticas; este fenómeno no ocurre de forma aislada, pues está relacionado con otro concepto que permite comprender de mejor forma como es que cada individuo experimenta y valora su vida en totalidad, este concepto es el bienestar subjetivo.

El estudio del bienestar subjetivo es un área aún en desarrollo; en los años setenta, Easterlin (1974), comenzó a hablar más profundamente sobre aquello. Diener et al. (2003), indican que el bienestar subjetivo hace referencia a cómo las personas evalúan sus vidas en un momento determinado.

Este concepto se compone de una estructura tridimensional, donde se incluye la satisfacción con la vida, el afecto positivo y el afecto negativo (Rodríguez et al., 2016). La psicología positiva se ha encargado de desarrollar constructos relacionados al bienestar subjetivo, como la felicidad, las emociones y la satisfacción, así lo deja ver Veenhoven (2005), donde relaciona la felicidad y el bienestar subjetivo, ya que la felicidad se considera como la medida en que una persona valora la calidad de su vida, teniendo en cuenta esto ambos conceptos con frecuencia se consideran intercambiables.

Para Selligman (2016), el bienestar subjetivo es algo más que la felicidad, ya que incluye emociones positivas, compromiso, sentido, relaciones positivas y logros. Por su parte, Sánchez (2020), señala que es un constructo que abarca todo lo que contribuye a un bienestar físico y mental, la satisfacción social, el sentido de logro y la realización personal.

Martínez-Ferrer et al. (2016), destacan que aún falta un conocimiento detallado sobre cómo las consecuencias de la victimización y la percepción de seguridad pueden influir en el equilibrio afectivo y la felicidad, aspectos centrales del bienestar subjetivo.

La falta de investigaciones en torno a la victimización y la percepción de satisfacción con la vida es mayor en países de bajos ingresos (Cordeiro et al., 2020), dado que las experiencias de victimización son más frecuentes y las intervenciones menos accesibles. Comprender el bienestar subjetivo en víctimas de eventos altamente estresantes puede aportar valiosa información para desarrollar intervenciones más efectivas, tanto correctivas como preventivas.

Los eventos vitales pueden tener efectos temporales en el bienestar subjetivo, como lo indican Janssen et al. (2020), es importante que las intervenciones a víctimas no solo busquen reducir sintomatología, sino que faciliten su recuperación y reestablezcan el bienestar subjetivo

Intervenciones a víctimas de eventos altamente estresantes

Las intervenciones dirigidas a víctimas de eventos altamente estresantes, en su mayoría, se enfocan en reducir los síntomas derivados del trauma, por lo que utilizan técnicas que se dirigen a intervenir en las emociones y experiencias negativas asociadas al evento, es aquí donde la Terapia Sistémica breve propone un enfoque diferente, enfocándose en potenciar los recursos personales y las relaciones significativas de la persona.

Terapia Sistémico Breve

Las terapias recomendadas por International Society for Traumatic Stress Studies (Bisson et al., 2021) para las personas que han experimentado un evento altamente estresante son cuatro: a) Terapia de Exposición Prolongada (Foa et al., 2007); b) Terapia de Procesamiento Cognitivo (Resick et al., 2017); c) Terapia Cognitiva Centrada en el Trauma (Ehlers et al., 2005); d) Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares (Shapiro, 2001). El punto en común entre los modelos es que se centran en aquello negativo de la experiencia y de las sensaciones en torno al evento (Bisson et al., 2021). De este modo, los elementos que pudrían mostrar herramientas para potenciar el cambio terapéutico dejan de ser el foco principal (García & Beyebach, 2022).

La Terapia Sistémica Breve (TSB) permite utilizar aquellos recursos y herramientas para aprovechar las capacidades del individuo (Beyebach, 2006, Beyebach & Herrero de Vega, 2010; García, 2015; García & Schaefer, 2015). La TSB se ha definido como un modelo integrativo que contempla un conjunto de procedimientos y técnicas de intervención cuya finalidad es que la persona utilice sus recursos para alcanzar sus objetivos en el menor tiempo posible (García &

Ceberio, 2016). Su fundamentación constructivista se centra en el contexto interpersonal donde se expresan los problemas y soluciones, promoviendo la colaboración activa entre usuario y terapeuta (Herrero de Vega, 2016).

Variantes de la TSB son el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones (De Shazer et al., 1994), la Terapia Estratégica del MRI de Palo Alto (Weakland et al., 1974) y la Terapia Narrativa (White & Epston, 1990), y también incluye aportes de intervenciones derivadas de la psicología positiva (Tarragona, 2013). La TSB, además de fortalecer los recursos de la persona, también ayuda a resignificar experiencias negativas, promueve la reconexión con redes de apoyo, y facilita la expresión emocional. Con esto en mente, la TSB sería un tipo de intervención factible para el trabajo con personas que han vivido un evento estresante (Uy & Okubo, 2018).

Eads y Lee (2019), examinaron cinco estudios donde se aplicó la Terapia Breve Centrada en Soluciones en personas supervivientes de trauma. Los resultados indicaron que la aplicación de este modelo es adecuada, ya que no se presentaron efectos negativos, obteniendo resultados en la reducción de síntomas, efectos positivos en las variables de autoestima y el CPT. Este enfoque, por lo tanto, genera

una ventaja y una diferencia para el tratamiento del trauma, pues no fue necesario exponer a los usuarios a un estrés por los recuerdos traumáticos del evento.

Investigaciones en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama mostraron una disminución en la sintomatología postraumática, depresiva y malestar físico, al aplicar el modelo de TSB (García & Rincón, 2011).

Aceptabilidad en programas de intervención

La utilización de protocolos estandarizados suele tener una mayor precisión para una adecuada planificación y ejecución en los tratamientos de las personas.

Algunos profesionales clínicos manifiestan una percepción negativa en torno a la aceptabilidad que los usuarios tienen frente a estos protocolos (Bruchmüller et al., 2011), sin embargo, las investigaciones señalan que los usuarios reportan una alta satisfacción y aceptabilidad frente a estos procesos (Suppiger et al., 2009).

Los procesos terapéuticos mayormente efectivos se caracterizan por la aceptabilidad de una “buena relación” entre consultante y terapeuta desde el inicio y a través de todo el proceso (Flückiger et al., 2018). Esta relación debe contribuir activamente en el desarrollo del proceso psicoterapéutico. Los consultantes valoran

en el terapeuta la calidez, el cuidado, y el involucramiento emocional (Bohart et al., 2002), estas características pudieran ser, por lo tanto, esenciales para establecer un vínculo terapéutico, ya que genera que las personas se sientan más comprometidas con el proceso, al percibir al terapeuta como alguien accesible y comprensivo, aumentando la efectividad de las intervenciones al existir mayor receptividad por parte de las personas.

La mayor parte de las investigaciones se centran en la utilidad y la eficacia de estas intervenciones (Bolier et al., 2013). Sin embargo, se ha dejado de lado la evaluación de su aceptabilidad, información que podría ser relevante para su aplicabilidad.

Kazdin (2001), propuso una definición de aceptabilidad del tratamiento, indicando que es la medida en que los consumidores (clientes/pacientes) encuentran que un procedimiento o intervención es justo, apropiado y consistente con sus expectativas de tratamiento. Ahondar en este concepto de aceptabilidad permite trazar si los tratamientos son satisfactorios para el cliente y para los profesionales a cargo, lo que nos lleva a concretar si estas intervenciones psicoterapéuticas están listas para ser difundidas o implementadas con éxito en

situaciones reales (Lennox & Miltenberger, 1990). Existen indicadores para medir la aceptabilidad del tratamiento, tales como la adherencia y la satisfacción del usuario (Mason et al., 2010). percepciones en torno a la aceptabilidad de usuarios que han vivido un evento altamente estresante y de terapeutas, respecto a una intervención con enfoque en terapia sistémica breve?

Identificar y considerar las preferencias de las personas al momento de intervenir es relevante, ya que puede influir en los resultados, en los índices de abandono o la alianza terapéutica (Swift et al., 2018; Windle et al., 2019). Los consultantes que sienten que sus preferencias son valoradas es más probable que se comprometan con el proceso terapéutico, y así se sientan satisfechos con los resultados. Es así como este enfoque aporta a una mayor adherencia y aceptabilidad al tratamiento y a una alianza terapéutica efectiva (McLeod, 2011).

La presente investigación aportará para enriquecer los conocimientos sobre la aceptabilidad de los consultantes y qué intervención puede ser más apropiada. Se buscará dar respuesta a la pregunta: ¿Cuáles son las percepciones en torno a la aceptabilidad de usuarios que han vivido un evento altamente estresante y de terapeutas, respecto a una intervención con enfoque en terapia sistémica breve?

Objetivo General

El propósito de este estudio es conocer la percepción en torno a la aceptabilidad de usuarios-usuarias, y terapeutas respecto a una intervención con enfoque en terapia sistémica breve para personas que han experimentado eventos altamente estresantes en los últimos seis meses.

Objetivo Específicos

- Categorizar las percepciones de usuarios y terapeutas sobre la intervención con enfoque en terapia sistémica breve.
- Establecer la aceptabilidad del programa de intervención desde la perspectiva de usuarios y terapeutas.

MÉTODO

Diseño

El estudio sigue un diseño exploratorio secuencial (DEXPLOS) comparativo (Hernández et al., 2008; Creswell et al., 2008). En la primera fase cualitativa, se recolectaron los datos y analizan datos cualitativos, generando una base de datos, lo que permitió explorar las percepciones y experiencias en términos de aceptabilidad.

En la segunda fase cuantitativa, se evaluaron variables como sintomatología depresiva, crecimiento postraumático y satisfacción con la vida, con el fin de medir los efectos de la intervención. Aunque estas variables no están directamente relacionadas con la aceptabilidad, se consideraron relevantes de integrar para evaluar los beneficios generales del programa. Finalmente, ambas fases se integraron.

En esta investigación se dará prioridad a lo cualitativo, ya que permite explorar las experiencias, opiniones, identificando fortalezas y áreas de mejora en el protocolo, captando matices subjetivos que los datos cuantitativos no reflejan. Lo cuantitativo se incluye como complemento de la información cualitativa.

Se utilizará el método fenomenológico, ya que permite un mayor acercamiento a las percepciones y vivencias individuales (Fuster-Guillén, 2019).

Este método se complementará con datos cuantitativos referentes a la relación terapéutica y los indicadores de salud mental.

Participantes

Participaron diez personas residentes en Chile, ocho de ellas víctimas de un evento altamente estresante, derivados desde la Unidad Regional de Atención a Víctimas y Testigos de la Fiscalía, desde centros de atención psicológica universitarias y otras fuentes derivadoras. Y dos psicólogas terapeutas con formación previa en el enfoque de terapia sistémica breve, capacitadas en el protocolo. El muestreo de participantes se realizó por conveniencia. En la Tabla 1 se presenta la información sociodemográfica específica de cada uno de ellos.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

©	Rol	Edad	Sexo	Evento
T1	Terapeuta	37	Mujer	-
T2	Terapeuta	28	Mujer	-
U1	Usuario	55	Mujer	Robo con violencia
U2	Usuario	21	Mujer	Enfermedad grave de una persona cercana
U3	Usuario	39	Hombre	Enfermedad grave de una persona cercana
U4	Usuario	22	Mujer	Enfermedad grave de una persona cercana
U5	Usuario	23	Hombre	Víctima de actos violentos
U6	Usuario	54	Mujer	Enfermedad grave de una persona cercana
U7	Usuario	37	Mujer	Incendio forestal

U8	Usuario	39	Mujer	Enfermedad grave de una persona cercana
----	---------	----	-------	-----------------------------------------

El número de participantes se justifica teniendo en cuenta la literatura sobre el tamaño de la muestra en contextos cualitativos, específicamente en la saturación teórica. Se señala como el “criterio de finalización”, cuando los nuevos datos no brindan nueva información (Bauer & Aats 2004; Gaskell & Bauer, 2004). En literatura no se define un número exacto, sino más bien criterios de acuerdo con el propósito, la cantidad de evaluaciones, el tiempo y los recursos del estudio. Aunque Guest et al. (2006), indican que doce es un número suficiente para encontrar saturación muestral, en este estudio la saturación se encontró con ocho usuarios, entrevistando posteriormente a sus terapeutas, siendo en este caso dos.

Los criterios de inclusión para usuarios fueron: ser mayores de 18 años, haber sido víctimas de un evento altamente estresante, que éste haya ocurrido en los últimos seis meses y ser residentes en Chile.

Se excluyó a quienes recibieron o están recibiendo atención psicológica por el mismo evento que motiva su solicitud al programa, y a aquellos que, por su

salud, no pudieron recibir atención individual en los primeros seis meses tras el evento, como en casos de movilidad reducida o hospitalización.

Tanto usuarios como terapeutas firmaron un consentimiento informado. Las terapeutas fueron psicólogas con experiencia en intervención clínica y con al menos 100 horas de experiencia en terapia sistémica breve. Además, recibieron una capacitación de 12 horas en la aplicación del protocolo.

Instrumentos

Se utilizaron técnicas de conversación y narración para reunir la información sobre las percepciones de usuarios y terapeutas, empleando un guión estandarizado abierto (Valles, 1998). Esta técnica brinda la flexibilidad de indagar en temas establecidos por los investigadores y permite agregar preguntas que sean pertinentes en el momento para enriquecer la toma de datos. Además, se incluyeron escalas cuantitativas como complemento.

Entrevista semi estructurada a usuarios

Al terminar el programa de seis sesiones correspondientes al protocolo, se realizó una entrevista a los usuarios de forma individual, la cual fue grabada. Se indagaron aspectos como extensión de las sesiones, periodicidad, alianza

terapéutica, percepción en los cambios, utilidad de la intervención, experiencias, entre otros, teniendo una duración de 30 minutos. La estructura en detalle de la entrevista se encuentra en los anexos.

Entrevista semi-estructurada a terapeutas

Se realizó una entrevista a cada terapeuta, ésta fue grabada y tuvo una duración de 30 minutos. Se indagaron aspectos como: experiencia del terapeuta frente al protocolo, indagando en su extensión, dificultades en el proceso, entre otros, además de las percepciones en relación con la alianza terapéutica

Posteriormente, se procedió a la transcripción de las entrevistas para llevar a cabo el análisis temático.

Escalas

Cuestionario sociodemográfico: Se incluyó un cuestionario construido por los mismos investigadores, donde se incorporaron preguntas relacionadas al sexo, edad, así como preguntas relacionadas con el evento traumático, por ejemplo, tiempo desde que ocurrió el evento.

Check list de eventos altamente estresantes: Se incluyó un listado de eventos altamente estresantes y el participante debió marcar aquel que lo ha afectado en los últimos seis meses, y en relación al cual responderá las siguientes escalas de evaluación, este listado incluyó: Desastre natural (terremoto, inundación, incendio forestal, erupción volcánica, entre otros); Enfermedad grave personal (cáncer, insuficiencia renal, infarto al miocardio, entre otros); Enfermedad grave de una persona muy cercana (cáncer, insuficiencia renal, infarto al miocardio, entre otros); Accidente hogareño (quemaduras, fracturas, lesiones diversas); Accidente laboral o automovilístico (quemaduras, fracturas, lesiones diversas); Violencia del estado (detención arbitraria, violencia innecesaria, tortura, entre otros); Violencia delictual (robo, asalto, lanzazo, entre otros).

Sintomatología postraumática. Se utilizó la escala SPRINT-E, elaborada por Connor y Davidson, (2001), para la evaluación de sintomatología postraumática. Validado para población chilena por Leiva-Bianchi y Gallardo (2013). Consta de 14 ítems que se responden en una escala Likert desde 0 (nada) a 3 (mucho). Leiva-Bianchi y Gallardo obtuvieron una confiabilidad de $\alpha = .92$

Crecimiento postraumático: Se utilizó el Inventario de Crecimiento Postraumático, versión breve (PTGI-B) elaborado por Cann et al. (2010). Está validada en Chile por García y Wlodarczyk (2016). Está compuesto de 10 ítems que se responden en una escala Likert de seis alternativas, desde 0 (ningún cambio) hasta 5 (un cambio muy importante). En el estudio de García y Wlodarczyk (2016) se obtuvo una consistencia interna del instrumento $\alpha = .94$. De igual forma se encontró una validez de constructo, con una consistencia interna de $\alpha = .84$

Síntomas depresivos: Se utilizó la Patient Health Questionnaire (PHQ-9), elaborada por Kroenke et al., (2001) y validada en Chile por Saldivia et al., (2017). Se utilizó su versión en español que contiene 9 ítems que evalúan sintomatología depresiva en las últimas dos semanas. Se responde en escala Likert de 0 (nunca) a 3 (casi todos los días). Con un $\alpha = .89$.

Bienestar subjetivo: Se utilizó la Escala de Satisfacción Vital (SWLS) elaborada por Diener et al., (1985), en su versión en español validada por Arias y García (2018), la cual mostró adecuados indicadores de validez y consistencia interna de $\alpha = 0,81$. Consta de 5 ítems tipo Likert, en rango de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo).

Programa de intervención

Protocolo de intervención sistémico breve

El protocolo propone seis sesiones con una duración de 60 minutos cada una, en modalidad presencial e individual, con periodicidad semanal. Este protocolo da importancia a las actitudes del terapeuta, pues su rol no es evaluar el problema y proponer una solución, sino que ayudar al usuario para potenciar sus propios recursos y que éste genere sus propias soluciones.

En la primera sesión el objetivo es iniciar con la experiencia terapéutica, dando énfasis en la relación terapeuta-consultante. Además, se busca potenciar los procesos de cambio mediante la resignificación de la situación y promover los recursos del usuario. En la segunda sesión, el objetivo es continuar promoviendo la relación terapéutica, y ayudando al usuario a aplicar nuevas estrategias de manejo del malestar y co-construir una descripción en torno a su futuro. En la tercera sesión, los objetivos se centran en los procesos de cambio que han ocurrido, continuando con proyecciones a futuro, junto con la definición, descripción y reformulación del usuario respecto al trauma y cómo éste influencia su vida. Para la cuarta sesión, se continúa con los objetivos de la sesión anterior, se ayuda al

usuario a fortalecer o recomponer los lazos con sus redes de apoyo. En la quinta sesión, los objetivos incluyen comenzar con el cierre del proceso terapéutico y ayudar al usuario a desarrollar una perspectiva integral de su vida y su historia. En la última sesión, la sexta, el objetivo es reforzar el reconocimiento de los cambios producidos en el usuario y visualizar recursos y herramientas que posee, junto con animarlo a continuar entrenando y utilizando estrategias aprendidas, por lo que es importante asignar un rol de experto al usuario. Para mayor detalle de cada sesión revisar el protocolo en el anexo.

El programa fue ejecutado por una psicóloga previamente capacitado en el protocolo, quien tuvo a disposición un manual con la descripción detallada del programa y material impreso complementario para entregar al usuario.

Procedimiento

La presente investigación se enmarca bajo un estudio mayor, el proyecto Fondecyt N°1220231, titulado “Evaluación de intervenciones psicológicas en personas víctimas de delitos por lesiones y robos violentos”.

Los participantes se obtuvieron mediante un muestreo por conveniencia, Algunos solicitaron atención mediante un formulario alojado en una plataforma en

línea, y otros fueron derivados por la Unidad Regional de Atención a Víctimas y Testigos de la Fiscalía, entre otras instituciones derivadoras. Todos debieron cumplir con los requisitos previamente descritos: ser mayor de edad, ser víctima de algún evento altamente estresante en los últimos seis meses y ser residentes de Chile.

El primer contacto a usuarios se realizó vía telefónica o por correo electrónico, invitándoles a participar. Se les indicó el objetivo del proyecto de investigación y en cómo sería su participación dentro del proyecto. Posteriormente, se agendó una sesión de entrevista para recabar información y firmar un consentimiento informado, y así asignarle un terapeuta para comenzar con la intervención.

Las entrevistas para el presente estudio se realizaron durante el periodo de un mes luego de terminado el proceso terapéutico. Cada entrevista fue realizada de forma individual, con una duración promedio de 30 minutos. Para la entrevista se generó un guión organizado por temáticas, con la posibilidad de agregar preguntas si fuese necesario (Hernández y Mendoza, 2018).

La transcripción de entrevistas se categorizó por ejes temáticos, para continuar posteriormente con su análisis de resultados e integración tanto de entrevista de usuarios y terapeuta. Posteriormente, se analizaron los datos cuantitativos otorgados por las escalas de variables dependientes. Finalmente, se analizaron ambas bases de datos, para su posterior interpretación y elaboración de informe de resultados.

Esta investigación cuenta con los criterios de calidad de la investigación cualitativa, los cuales son: a) reflexibilidad, b) autenticidad/credibilidad, c) sistematicidad metodológica, d) coherencia y e) conciencia de la complejidad (Gehrig et al., 2014).

La reflexibilidad se refiere a la autocrítica de cada investigador sobre el proceso de investigación, elecciones teóricas y metodológicas, y las variables externas que influyen en estas elecciones. De forma operacional, dicho criterio se observa en la elaboración de una Carta Gantt, con fechas y actividades a realizar. Para el análisis de datos, se planteó categorizar las respuestas de las entrevistas, por lo que da coherencia y entendimiento al discurso de los entrevistados.

La autenticidad/credibilidad, se refiere a analizar el concepto de mundo social de una forma realista. Este criterio se operacionaliza en la cantidad de personas que se entrevista, por lo que otorga representatividad de acuerdo con Cornejo et al., (2008).

El criterio de sistematicidad metodológica se observa en el tipo de recolección de datos e informantes. Por ejemplo, en la elaboración de una entrevista semiestructurada, además en el análisis de datos, se realizó una codificación de la información en torno al contenido, para continuar con una triangulación de datos, obteniendo así las categorías.

Con el criterio de coherencia y conciencia de complejidad, se operacionalizan los objetivos de la investigación mediante la elaboración de una pauta de entrevistas semi estructuras, para profundizar en aquellos aspectos ideológicos y experiencias individuales de los entrevistados.

En cuanto al análisis cualitativo este fue realizado por la investigadora principal, sin recurrir a una triangulación de investigadores, siendo un criterio de rigurosidad metodológica. Esta decisión se consideró debido a las limitaciones de una tesis de magister individual, bajo orientación de un guía de tesis. Sin embargo,

para mantener la validez y rigor de análisis, se consideraron otros tipos de triangulación, como la triangulación de datos, al utilizar diversas fuentes de información (entrevistas, cuestionarios); y triangulación teórica, al considerar diferentes enfoques. Manteniendo una reflexión continua sobre los datos, garantizando la coherencia del estudio.

En cuanto a los estándares éticos, la investigación respeta los estándares éticos requeridos para ensayos controlados en personas, y considerando los principios éticos para la investigación médica con personas en la Declaración de Helsinki y normas CONSORT. Los principios éticos básicos de Helsinki (1964), son: el principio de autonomía; principio de beneficencia y no maleficencia; y principio de justicia (Bonilla y Piedrahita 2012). De esta forma, lo descrito se operacionaliza mediante un consentimiento informado, que es un acuerdo entre investigador y participante, donde se tiene en consideración el respeto, la confianza, la sinceridad, y la ausencia de manipulación, engaño o coerción (Carreño, 2016). La participación en esta investigación fue voluntaria y cada participante tuvo la opción de retirarse del estudio. Dentro de la investigación

FONDECYT existe un grupo control y otro de intervención, por lo que también se supervisará que ningún participante quede sin intervención.

El estudio fue aprobado de acuerdo con el código CEBS 1150-2022 en abril de 2022 por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo Universidad de Concepción, según Resolución Exenta N° 157, de 2013, adoptados por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo – ANID del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación del Gobierno de Chile.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados mediante la técnica de análisis temático, en la cual se descompusieron los textos en unidades de significado (González y Cano, 2010). Posteriormente, se agruparon según el principio de analogía. Quedando finalmente los siguientes pasos: a) Identificación de discursos en las unidades de análisis, b) creación de categorías emergentes, c) elaboración de un esquema de codificación, identificación de dimensiones y patrones en el discurso de usuarios y terapeutas, y e) análisis de texto en la entrevista individuales.

Los datos cuantitativos se analizaron con estadísticos descriptivos. Debido al tamaño de la muestra, no se realizaron análisis inferenciales de estos datos.

Para el análisis de datos cualitativo se utilizó el Software ATLAS.ti 24 y para el análisis de datos cuantitativo se utilizó el Software IBM SPSS.

RESULTADOS

Análisis cualitativo

Durante el análisis se identificaron temáticas recurrentes, estas fueron agrupados en cuatro categorías: a) estructura de sesión, b) utilidad de la intervención, c) alianza terapéutica, y d) sugerencias.

a) Estructura de sesión

a. Percepción sobre la estructura del protocolo:

En general, los usuarios hicieron referencia a la estructura de las sesiones como un punto favorable dentro del proceso: “se recopiló, en el fondo, el trabajo que se había hecho en las primeras sesiones... darme cuenta, en el fondo, desde lo individual hasta lo más macro en realidad” (U8); “había una conexión entre una sesión y otra” (U3). Los terapeutas resaltan de igual forma esta estructura y la

facilidad para aplicar el protocolo: “en realidad, el protocolo es bastante claro y fácil de seguir, entonces fue leerlo y hacer apuntes” (T2); “me gustó bastante el orden de cada sesión... sí, el orden y cómo se iba avanzando” (T1).

Además, se destaca que la terapeuta comunicara la estructura del proceso al iniciar la intervención: “hicimos un par de ejercicios y me mostró el plan que se iba a hacer durante la sesión” (U5); “en la primera sesión me indicaron y se acordaron que eran seis sesiones las que íbamos a estar trabajando” (U3). Al igual que los usuarios, desde la perspectiva del terapeuta se señala la utilidad de informar lo que se realizará durante el proceso: “explicar lo que se habló y lo que se hizo, fue súper esclarecedor para los usuarios” (T1).

Esta estructura y planteamiento de objetivos, mejora la percepción de cambio y avance en los usuarios: “entonces en base a los objetivos... hacía dónde queríamos llegar, en cada una de las sesiones íbamos viendo cómo estábamos avanzando” (U3); “se fue notando la diferencia en cada sesión” (U1).

La percepción de utilidad del protocolo desde las terapeutas también fue señalada: “de la cuarta, quinta y sexta se notaba una mejora o una percepción de

mejora por parte de ellos” (T1); “fue muy satisfactorio ver que realmente el protocolo funciona como que hay sesiones si hay cambios bastante grandes” (T2).

b. Duración de sesiones

Respecto a este punto, se observan opiniones divididas entre cada usuario: “íbamos avanzando en las tareas...con suficiente tiempo para mí por lo menos” (U7); “es un tiempo prudente como para poder analizarte, pero tampoco como para olvidarte de lo que está analizando...es esa constancia” (U5); “la primera y la segunda sesión uno está recién comenzando, cuando tú ya sientes que hay un buen vínculo, y que a lo mejor te gustaría profundizar un poco más y ya viene el cierre... quizás sería importante que a lo mejor este proceso dure un poco más” (U8); “que fuera más tiempo la sesión... siempre se necesita como más sesiones” (U7).

De acuerdo a la perspectiva del terapeuta este indica: “yo creo que la sesión seis sí es mucho más largas de aplicar de lo que señala el protocolo, en mi experiencia me ha pasado con todos los pacientes” (T2).

c. Técnicas

En general, hubo técnicas que fueron percibidas de mayor utilidad tanto dentro de las sesiones como fuera de estas, entre ellas destacan las técnicas de relajación: “la respiración... ir enfocándome, por ejemplo, en cada parte de mi cuerpo” (U4); “no era muy de hacer técnicas de relajación... traté de hacerla y sí me sirvieron, una sorpresa” (U8); “encontré tremendamente efectivo el hecho de la respiración consciente que es parte del mindfulness, pero que yo no la conocía” (U6). Los terapeutas coincidieron con esta apreciación: “fue muy útil el tema de las técnicas, como la respiración es que incluye, esta técnica de 54321 igual funciona muy bien” (T2).

Se mencionan además técnicas desde la narrativa, “hacer las cartas para personas que vivan un proceso parecido al que yo... me dijeron una plana y la hice en el computador para que fuera como más extensa” (U6).

Igual utilidad se señaló respecto a aquellas técnicas enfocadas al afrontamiento de los pensamientos negativos; “separando lo que son nuestros pensamientos rumiantes que se van generando y empezar a estar más en el presente me ayudaron bastante” (U3); “la psicóloga utilizó el trabajo de la silla rumiativa

que fue tremendamente positivo” (U6); “También las tareas eran de ayuda, que te iban haciendo analizar de cómo iba avanzando día a día, ser consiente” (U5). Los terapeutas indicaron respecto a esta técnica: “desafiar estos pensamientos rumiantes que podría ser como súper contradictorio... al final sí daba esta sensación de empoderamiento que ellos necesitaban” (T1).

Dentro de la misma línea de técnicas, las terapeutas mencionan que fomentar las redes de apoyo fue significativo para los usuarios: “destaco que en la cuarta sesión se invite a algún invitado que pueda ver exteriormente los avances, eso fue súper bueno para los usuarios porque sucedía que hasta la tercera sesión como que no veían tantos avances” (T1); “que venga algún amigo, familiar de la persona... creo que los usuarios no lo tenían tan presente hasta ese momento de la sesión, y salen cosas muy bonitas” (T2). Frente a esta técnica los usuarios no mencionaron opinión.

b) Utilidad de la intervención

a. Percepción sobre la utilidad

Los usuarios concuerdan que este proceso de intervención fue beneficioso para su vida: “sentí que me sacó del hoyo, y ahora estoy tranquila y funcional...

siento que me sacó muy rápido de donde yo estaba” (U2); “cambió mucho mi percepción con respecto a lo que tenía que mejorar yo de manera general... me iban como llevando a ese tipo de reflexiones, y me llevó a salir muy bien al terminar” (U7); “fue de utilidad, una especie de catarsis en ese momento de botar toda la carga que tenías en ese momento” (U4); “de primera no tenía mucha esperanza, ¿qué van a hacer?, si ya pasó y ya. Pero a medida que fueron pasando las terapias, uno se siente más segura, va tomando más fuerza” (U1). Finalmente, desde la visión de las/los terapeutas indican: “se adaptaron súper bien a hacerlo (técnicas de relajación) y era una experiencia nueva” (T1).

b. Satisfacción emocional

A nivel emocional, la sensación de bienestar se daba muchas veces por la relación con la terapeuta o por las técnicas que se utilizaban: “me sentí bastante cómodo, sentí que fue efectiva las sesiones y que en el fondo no fue ir a matar tiempo, o ir a sentir solamente que estaba hablando y que me desahogaba, sino que de verdad estaba trabajando” (U3); “creo que ya a la tercera sesión ya podría hablarles cosas sin llorar y a comunicarme mejor” (U4); “cumplió las expectativas, o sea, en realidad me sentí súper acogida” (U8).

c) Alianza terapéutica

a. Percepción de la empatía del terapeuta

Un aspecto que se destaca dentro de la intervención fue el rol de la terapeuta brindando un espacio seguro y de escucha activa; “lo encontré cálido... el tono de voz con el que habla” (U4); “la psicóloga tremendamente amorosa en este tema de la dinámica de confianza” (U6); “la terapeuta es bastante cercana, así que tuve la confianza de inmediato” (U7); “sentí que efectivamente la terapeuta si me escuchaba, sí estaba interesada también en lo que a mí me pasaba...me sentí acogida” (U8)-

b. Comunicación

En relación con la comunicación, usuarios indicaron que era fluida: “hablándome en positivo, entonces no me sentía como que me han atacado” (U2); “creo que todo fue una comunicación bastante orgánica... realmente sentía que era una escucha activa, en vez de solo preguntarme cómo me sentía” (U3); “a medida que hay interacción de las personas, se produce la confianza como para poder conversar de los temas” (U6). Se indicó además por parte de terapeutas, la habilidad para maniobrar en ciertos temas y no imponer una estructura por sobre el

usuario: “bueno entre medio le pasaban cosas personales... que nos desviaban del tema... tenía que encausar el tema... Sin pasar a llevar a la persona” (T1).

Se indicó por parte de terapeutas momentos de frustración al aplicar el protocolo, estos vinculados a su apreciación por su desempeño profesional: “venían por un evento súper estresor... en las semanas pasaban más cosas entonces, eso como de tratar de encauzar... era un gran desafío porque eran temas importantes” (T1).; “me hubiese gustado, ya por tema personal como indagar en algún otro tema” (T2).

d) Sugerencias

a. Extensión de cantidad de sesiones

Fue frecuente dentro de cada entrevista, que los usuarios y usuarias mencionaran la extensión de al menos una sesión en el protocolo: “extender la cantidad de sesiones y que quizás la última sea como más amena, más amigable, no sea tan abrupta, ... es como que salto al vacío... estuve con mayor ansiedad, entonces el ¿qué hago yo ahora en estos momentos?” (U6); “sería importante que a lo mejor este proceso dure un poco más, y tomar aspectos de mayor profundidad... tener un poco más de espacio” (U8). Desde las/los terapeutas se indica: “si

permitiera el protocolo hacer un poco más extensa... se puede hablar en una séptima sesión” (T2).

En cuanto a la periodicidad usuarios plantean, que el tiempo de una vez por semana es adecuado: “si fuera una vez al mes, es más complicado analizarse todos los días” (U5); “yo creo que una vez a la semana es súper bueno, porque uno no pierde el ritmo” (U8).

b) Ampliar el público objetivo

Usuarios concuerdan la necesidad de extender este programa a más personas: “poder extender esto, poder masificar este tipo de decisiones para poder estar ayudando a ingresar a una mejor salud mental” (U3); “que llegara esta intervención no solamente al grupo que ha recibido algún evento... incorporar a nivel laboral” (U7). En la misma línea se menciona: “que haya más datos como de lugares a los que acudir... qué hacer con estas personas, cierto que necesitaban no solamente un apoyo...sino que derivar con otros casos” (T2).

Análisis cuantitativo

Se realizó un análisis de las cuatro variables dependientes, antes de la intervención (pre) y después de ella (post). Los resultados por cada usuario quedan registrados en la Tabla 2, y las medias se presentan en la Tabla 3. Debido al pequeño tamaño de la muestra, no fue posible realizar análisis inferenciales.

Tabla 2 *Puntajes totales obtenidos por cada usuario en las variables de estudio, en las evaluaciones pre y post.*

	<i>SP</i>		<i>CPT</i>		<i>SD</i>		<i>SV</i>	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
U1	29	15	35	37	19	14	17	28
U2	27	2	42	43	9	3	23	19
U3	32	11	15	36	22	6	11	14
U4	8	1	41	42	6	1	29	32
U5	27	9	26	33	22	13	14	24
U6	25		30		16		18	
U7	16	0	0	47	10	0	23	30
U8	18	9	32	40	8	3	17	23

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

Se observa en la Tabla 2 la disminución en el tiempo de los niveles de sintomatología postraumática (SP) y sintomatología depresiva (SD). En el caso de

U6 no se registran evaluaciones post intervención, debido a que no se pudo contactar a la persona. En cuanto a U7 tanto la escala de CPT en el primer tiempo, como en SD y SP en el segundo tiempo marcaron los valores más bajos, por lo que el puntaje total fue de 0.

En cuanto a los indicadores de sintomatología positiva, estos aumentaron progresivamente en crecimiento postraumático (CPT) y satisfacción con la vida (SV), a excepción de U2, que presentó una disminución de la satisfacción con la vida, esto se podría explicar dado que, en la entrevista, mencionó que el término de las sesiones fue abrupto y la dejaba con síntomas ansiosos.

En los resultados de la Tabla 3 se observan las medias (M) y desviación estándar (DE) de cada una de las variables, tanto en pre y post, mostrando de igual forma la disminución de sintomatología postraumática y síntomas depresivos. Por otro lado, se identifica un aumento en el crecimiento postraumático y en la satisfacción con la vida. Esto queda más ejemplificado en la Figura 1.

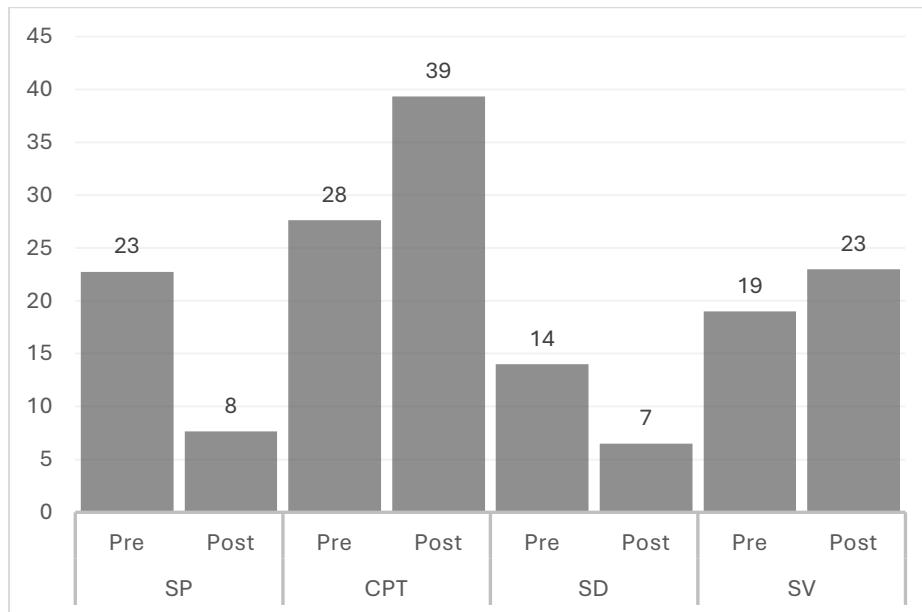
Tabla 3.

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

	SP		CPT		SD		SV	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
<i>M</i>	22,75	6,71	27,63	39,71	14,00	5,71	19,00	24,29
<i>DE</i>	8,031	5,736	14,091	4,751	6,525	5,648	5,732	6,343

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

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



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

DISCUSIÓN

Esta investigación presentó los resultados de una intervención con un protocolo en Terapia Sistémica Breve, registrando las experiencias de usuarios/as y terapeutas, así como los resultados de esta intervención en relación con las variables dependientes: sintomatología postraumática, sintomatología depresiva, crecimiento postraumático, satisfacción con la vida y alianza terapéutica.

La percepción de los usuarios respecto a la estructura de las sesiones es valorada de forma positiva, destacando la conexión entre cada una y como estos avanzan durante el proceso de intervención. Tanto usuarios como terapeutas destacan la claridad y la sensación de estar informados durante el proceso. Estos resultados son acordes a lo planteado por varios autores (Beyebach, 2019; Lebow, 2019), quienes señalan que los usuarios valoran positivamente la estructura y el enfoque de las sesiones de la terapia breve, lo que aumenta la satisfacción con el proceso terapéutico.

Aunque el conjunto de técnicas en el protocolo ayudó a disminuir síntomas y aumentar otros factores positivos, algunas técnicas se destacaron por encima de otras. Las técnicas relacionadas a la relajación fueron útiles tanto durante las

sesiones y fuera de ellas (Blanco et al., 2014). Esto lo plantean Trepper et al. (2021), quienes sugieren que incorporar técnicas de relajación es útil para manejar el estrés, y lograr enfocar a los usuarios en la solución del problema. Es importante señalar acá que las técnicas de desactivación no son propias de la TSB más clásica por lo que su inclusión se relaciona a la necesidad de adaptar el protocolo a una TSB para el trauma, tal y como proponen García y Beyebach (2022).

Las técnicas derivadas de las terapias narrativas, como escribir cartas, así como aquellas actividades que implican vincularse con otras personas, fueron destacadas en el proceso de entrevistas. De esta forma, las técnicas narrativas facilitan la reestructuración cognitiva, mejoran el bienestar emocional y externalizan el problema, permitiendo desarrollar nuevas perspectivas sobre sus vidas (Freedman & Combs, 2020; Payne, 2020; Vetlesen, & Rønnestad, 2021).

Las actividades de vinculación con personas significativas generan un avance terapéutico incorporando elementos contextuales al proceso. Estudios indican que integrar a estas personas mejora la comunicación y fortalece las relaciones, proporcionando un apoyo extra que favorece los avances terapéuticos (Kornhaber

et al., 2016; Carr, 2019). Un bajo apoyo social, es predictor de síntomas postraumáticos, luego de vivir un evento altamente estresante (Brewin et al., 2000).

La percepción de utilidad de este proceso de intervención terapéutico también fue mencionada por usuarios y terapeutas. Esta percepción de logro y cambio se evidencia tanto durante el proceso y al finalizarlo. Esto también se respalda con los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo, donde se observan diferencias en los puntajes entre los distintos momentos de la aplicación de las variables. La satisfacción emocional es el resultado de la combinación de técnicas y del rol del terapeuta en torno a ellas, lo que se convierte en una percepción más positiva de la intervención (Soriano et al., 2019).

La alianza terapéutica juega un rol importante dentro del proceso. Los usuarios destacan la empatía y la calidez del terapeuta, y cómo estas características influyen en el aumento de la confianza para comunicar sus vivencias y expresar sus emociones. La escucha activa por parte de los terapeutas también fue un indicador favorable para la alianza, lo cual es beneficioso para el cumplimiento de objetivos en una intervención terapéutica (García & Shaefer, 2015). En base a la información obtenida cualitativamente, esta alianza es relevante para el proceso de terapia, ya

que esta colaboración entre usuario y terapeuta implica que el profesional realice un esfuerzo de escucha activa para ajustar objetivos, preferencias y lenguaje (Beyebach, 2006).

Así como se mencionan facilitadores en el proceso de intervención, también se aluden a sugerencias por parte de usuarios y terapeutas. Un tema a revisar es la cantidad de sesiones, este programa contempla seis sesiones. Según la percepción de los usuarios, algunos indican que la cantidad fue muy breve, sintiendo abrupto el final o que no se lograba profundizar en ciertos temas. Estas intervenciones breves pueden ser efectivas cuando las problemáticas son de menor complejidad; sin embargo, seis sesiones podrían no ser suficientes para abordar temas más profundos (Nardone & Potelli 2017; Vitry et al., 2021). Por otro lado, algunos usuarios consideran que la cantidad de sesiones fue adecuada; reconociendo de igual forma que contar con más sesiones podría haber enriquecido aún más el proceso terapéutico.

La periodicidad de una vez por semana tuvo una buena acogida por parte de usuarios. Esto se debe a que contribuyen a un sentido de continuidad y progreso durante la intervención (Gimeno-Peón, 2020).

Los usuarios, además, señalan la importancia de ampliar la población beneficiaria de este programa de intervención, con el fin de mejorar la calidad de la salud mental en diferentes contextos. Extender este tipo de programas a la población puede generar un impacto significativo en la calidad de la salud mental (Zúñiga et al. 2020).

Los resultados cualitativos de los ocho usuarios y usuarias respaldan una alta aceptabilidad del protocolo de intervención en Terapia Sistémica Breve. Estos valoraron de forma positiva la estructura de las sesiones, la conexión con su terapeuta, y la claridad durante el proceso de intervención, elementos que influyen la adherencia al tratamiento, cumpliendo cada uno las seis sesiones del programa de intervención. Las técnicas utilizadas, especialmente las de relajación, y narrativas, se consideran útiles y eficaces en el manejo de la sintomatología, aportando al bienestar emocional y generando cambios positivos en los usuarios y usuarias. Los elementos que fortalecieron la alianza terapéutica fueron la empatía y calidez de las terapeutas. Por lo que, este estudio puede ser considerado como una opción para mejorar la salud mental de los usuarios y usuarias, consideran ajustes como la duración de las sesiones, u abordar problemas de mayor complejidad.

Estos resultados reflejan una aceptabilidad positiva, apoyada por la percepción de los ocho usuarios y usuarias sobre la efectividad del tratamiento y calidad del proceso terapéutico.

A nivel cuantitativo, se observa una disminución de síntomas depresivos y postraumáticos, y a su vez un aumento en la satisfacción con la vida y en el crecimiento postraumático. La disminución de síntomas en casi la totalidad de la muestra, debido a que no se registraron datos de dos usuarios, refleja el potencial de esta intervención para aminorar las consecuencias negativas de haber vivido una experiencia altamente estresante (Forbes et al., 2020; Van der Kolk, 2014). El aumento de los niveles de satisfacción con la vida y en el crecimiento postraumático se explica por la estructura y las técnicas del protocolo, orientadas a desarrollar recursos y aprendizajes después de un evento estresante.

Una de las limitaciones de este estudio fue la cantidad reducida de la muestra, lo que hace que analizar las experiencias y los resultados de las escalas, tanto de usuarios como terapeutas, no sean representativos de la población general para estimar las diferencias, sino que solo se pueden comparar descriptivamente.

En la misma línea de limitaciones, el sesgo de autoselección tiene importancia, pues fueron los usuarios y usuarias los que decidieron voluntariamente participar de la intervención. Pues suelen tener una predisposición positiva para abordar la situación. Lo que lleva a que no sea representativo de la población.

Además, la adherencia y satisfacción con el protocolo son indicadores clave de la aceptabilidad que no se midieron cuantitativamente en este estudio, lo que constituye una limitación dentro de la investigación.

Conclusión

Las conclusiones derivadas de este estudio con una muestra de ocho usuarios y usuarias, y dos terapeutas. Indican que se logró obtener una alta aceptabilidad del protocolo de intervención en Terapia Sistémica Breve, tanto en las apreciaciones de usuarios y terapeutas. La alianza terapéutica fue considerada como un factor significativo para la sensación de logro y utilidad, lo que fue respaldado con indicadores cuantitativos. Los resultados en la muestra presentaron una disminución en los puntajes individuales en sintomatología depresiva y postraumática, así como un incremento en los resultados de crecimiento

postraumático y satisfacción con la vida. Aunque los resultados cuantitativos no sean concluyentes debido a la cantidad de la muestra, este ofrece información útil para mostrar las diferencias en las mediciones pre y post intervención, lo que ayuda a visualizar y respaldar las observaciones cualitativas, siendo un componente preliminar, que para futuras investigaciones con muestras más grandes y diseños más robustos podrían entregar una mayor validez a los datos cuantitativos.

Los resultados de este estudio pueden tener implicaciones directas, para la aplicación del protocolo de Terapia Sistémica Breve en contextos clínicos. Pues la combinación de técnicas de relación y narrativas mostraron ser útiles no solo para abordar síntomas postraumáticos, sino también como estrategias complementarias en otros tipos de intervenciones psicoterapéuticas, resultando beneficios en la mejora de adherencia y aceptabilidad de los usuarios en distintos contextos terapéuticos, como terapias de apoyo, intervenciones en trauma o incluso en terapias de grupo.

A nivel de profesionales, estos resultados pueden contribuir en la formación de los terapeutas para enfatizar en la importancia de empatía, escucha activa y

alianza terapéutica como componentes esenciales para la efectividad de una intervención.

Además, el protocolo podría ser utilizado en programas gubernamentales para contribuir en un corto plazo a reducir la carga en los sistemas de salud mental, ofreciendo una opción accesible y efectiva. Podría ser útil para otras condiciones relacionadas a salud mental, como ansiedad o depresión, más allá de eventos altamente estresantes a los cuales estaba dirigido el protocolo de intervención.

Esta investigación contribuye en ofrecer bases para futuras investigaciones y nuevos campos de aplicación en diferentes contextos públicos y privados. No sólo se refuerza la importancia de continuar investigando sobre la aceptabilidad de protocolos, sino que también invita a cuestionarse el uso de técnicas y la importancia de una sólida alianza terapéutica, logrando así, avanzar en intervenciones más efectivas y adecuadas a las necesidades de la población, contribuyendo al fortalecimiento de la salud mental.

Referencias

- Accatino, L., Cortés, P., Figueroa, R. & Sorensen, R. (2016) Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista Médica de Chile*, 144(5), 643- 655
- 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/Javerianacali.PPSI16-2.ppes>
- An, B. & Lim, J. (2017). Relationship among korean university students' suicidal ideation, posttraumatic growth, self-efficacy, and cultural orientation. *International Journal of Advanced Nursing Education and Research*, 2(1), 83-88. 10.21742/IJANER.2017.2.1.15
- Bados, A. (2015). *Trastorno por estrés postraumático: naturaleza, evaluación y tratamiento*. Departamento de Personalidad: Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Barcelona.
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2019). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (7th ed., pp. 258-297). Wiley.
- Bauer, M., & Aarts, B. (2004). A construção do corpus: Um princípio para a coleta de dados qualitativos. In A. Bauer & G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático* (pp. 39-63). Vozes.

- Benjet, C., Axinn, W. G., Hermosilla, S., Schulz, P., Cole, F., Sampson, L., & Ghimire, D. (2020). Exposure to armed conflict in childhood vs older ages and subsequent onset of major depressive disorder. *JAMA Network Open*, 3(11), e2019848-e2019848.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Herder.
- Beyebach, M., & Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve individual, familiar y de parejas*. Herder.
- Beyebach, M. (2019). Solution-focused therapy: A multi-theoretical review of its application and efficacy. *Journal of Family Therapy*, 41(3), 271-287.
<https://doi.org/10.1111/1467-6427.12207>
- Bisson, J., Astill, L., Jones, K., Lewis, C., Phelps, A., Sijbrandij, M., Varker, T., & Roberts, N. (2021). Preventing the onset of post traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102004>
- Blanco, C., Estupiñá, F. J., Labrador, F. J., Fernández-Arias, I., Bernardo-de-Quirós, M., & Gómez, L. (2014). Uso de técnicas de relajación en una clínica de psicología. *Anales de psicología*, 30(2), 403–411.
<https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.158451>
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 89-108). Oxford University Press.

- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, *13* (1), 119.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Bonilla, F., & Piedrahita, F. (2012). Consentimiento informado en la práctica clínica: Retos del personal de salud. *Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana*, *17*(2), 94-101. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71729116008>.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, *55*(7), 626-632. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.7.626>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, *68*(5), 748.
- Bruchmüller, K., Margraf, J., Suppiger, A., & Schneider, S. (2011). Popular or unpopular? Therapists' use of structured interviews and their estimation of patient acceptance. *Behavior Therapy*, *42*(4), 634-643.
- Bryngeldottir, H. S., & Halldorsdottir, S. (2022). The challenging journey from trauma to post-traumatic growth: Lived experiences of facilitating and hindering factors. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *36*(3), 752-768.

- Carvajal, C. (2011). Trauma y estrés postraumático: algunas reflexiones. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 49(3), 221-224.
- Carr, A. (2019). *Family therapy: Concepts, process and practice* (3rd ed.). Wiley-Blackwell.
- Carreño, J. (2016). Informed consent in clinical research: A dynamic process. *Persona y Bioética*, 20(2), 232-243. <http://doi: 10.5294/PEBI.2016.20.2.8>
- Cann, A., Calhoun, L., Tedeschi, R., 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>
- Cole, A. R., Jaccard, J., & Munson, M. R. (2020). Young adult trauma symptoms in the context of community violence exposure. *Journal of Community Psychology*, 48(8), 2517-2531.
- Connor, K. M. & Davidson, J. R. (2001). SPRINT: A brief global assessment of posttraumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 16(5), 279–284
- Cordeiro, M., Kwenda, P. & Ntuli, M. (2020). Crime and Life Satisfaction: evidence from South Africa-Gauteng Province. *Applied Research in Quality of Life*, 15 (3), 715- 736. <https://doi.org/10.1007/s11482-018-9685-1>

- Cornejo, M., Mendoza, F., & Rojas, R. C. (2008). La investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico. *Psykhé (Santiago)*, 17(1), 29-39.
- Crawford, J., Gayman, A. & Tracey, J. (2013). An examination of post-traumatic growth in Canadian and American ParaSport athletes with acquired spinal cord injury. *Psychology of Sports and Exercise*, 15(4),399-406.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2014.03.008>.
- Creswell, J. (2008). *Mixed Methods Research: State of the Art*. [Power Point resenatation]. University of Michigan. Recuperado de itemaker.umich.edu/creswell.workshop/files/creswell_lecture_slides.ppt
- Crouch, M., & McKenzie, H. (2006). The logic of small samples in interview-based qualitative research. *Social Science Information*, 45(4), 483–499.
<https://doi.org/10.1177/0539018406069584>
- Danhauer, S. C., Russell, G. B., Tedeschi, R. G., Jesse, M. T., Vishnevsky, T., Daley, K., ... & Powell, B. L. (2013). A longitudinal investigation of posttraumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute leukemia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(1), 13-24.
- Dammert, L. & Luneke, A. (2003). *Victimización y Temor en Chile*. Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana. Santiago: Andros Ltda.
- De Helsinki, D. (1964). Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. *Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación*

biomédica en personas. Recuperado de: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.Pdf

De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. Norton

Detels R., Mcewan J., Beaglehole R., & Tanaka H., (2002). *Oxford textbook of public health (fourth edition)*, Oxford: Oxford University Press.

Diener, E., Emmps, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.

https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well- Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.

Donkin, L., Christensen, H., Naismith, S. L., Neal, B., Hickie, I. B., & Glozier, N. (2011). A systematic review of the impact of adherence on the effectiveness of etherapies. *Journal of Medical Internet Research*, 13(3), e1772.<https://doi.org/10.2196/jmir.1772>

Dorfman, C., Lamb, E., Van Denburg, A., Wren, A., Soo, M., & Faircloth, K., (2018). The relationship between holding back from communicating about breast concerns and anxiety in the year following breast biopsy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 36(2), 222-237.

Dutta, S. (2016). Creating in the crucibles of nature's fury: Associational diversity and local social entrepreneurship after natural disasters in California, 1991–

2010. *Administrative Science Quarterly*, 62(3), 443-483.

<https://doi.org/10.1177/0001839216668172>

Easterlin, R. A. (1974). *Does economic growth improve the human a lot? Some empirical evidence*. En A. D. Paul y W. R. Mel, *Nations and Households in Economic Growth* (pp. 89-125).

Eads, R., & Lee, M. (2019). Solution Focused Therapy for trauma survivors: A review of the outcome literature. *Journal of Solution-Focused Brief Therapy*, 3(1), 47-65.

Echeburúa, E., Amor, P. J., Muñoz, J. M., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2017). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F). *Anuario de Psicología Jurídica*, 27(1), 67–77. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2017.02.005>

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413–431.

EM-DAT: The Emergency Events Database (2019). Université catholique de Louvain (UCL) - CRED, D. Brussels: Belgium

Fallowfield, L., & Valerie, J., (2015) Psychosocial/Survivorship Issues in Breast Cancer: Are We Doing Better? *Journal of the National Cancer Institute*, 107(1), 335. <https://doi.org/10.1093/jnci/dju335>

- Fischer, M., Wiesenhaan, M., Does-den Heijer, A., Kleijn, W., Nortier, J., & Kaptei, A.. (2013). A longitudinal study of illness perceptions and coping in a psycho-educational group intervention for women with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, *18*, 526-545.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy* (Chicago, Ill.), *55*(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Foa, E. B., Hembree, E. A. & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences*. Therapist guide. Oxford University Press.
- Forbes, D., Creamer, M., Phelps, A., Bryant, R., McFarlane, A., Devilley, G. J., Matthews, L., Raphael, B., Doran, C., Merlin, T., & Newton, S. (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *41* (8), 637-648. <https://doi.org/10.1080/00048670701449161>
- Fowler P. J., Tompsett C. J., Braciszewski J. M., Jacques-Tiura A. J., & Baltes B. B. (2009). Community violence: a meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development & Psychopathology*, *21*(1), 227-259. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000145>
- Frans, O. (2003). *Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the general population* (Doctoral dissertation, Acta Universitatis Upsaliensis).

- Freedman, J., & Combs, G. (2020). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. W.W. Norton & Company.
- Fuster-Guillen, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229.
<http://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Gaskell, G., & Bauer, M. (2004). Para uma prestação de contas públicas: Além da amostra, da fidedignidade e da validade. In A. Bauer & G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático* (pp. 470-490). Vozes.
- García, F. (2015). *Terapia sistémica breve: Fundamentos y aplicaciones* (2a ed.). RIL.
- García, F., & Alós, F., (2014). Anxiety in common situations of everyday life in breast cancer survivors. *Psychooncology*, 23(8), 953-965.
- García, F. & Beyebach, M. (2022). *Superar experiencias traumáticas: Una propuesta de intervención desde la terapia sistémica breve*. Herder
- García, F. & Ceberio, M.R. (2016). *Manual de terapia sistémica breve*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- García, F. E., 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.

- García, F., Cova, F., Vázquez, C., & Páez, D. (2023). Posttraumatic growth in people affected by an occupational accident: A longitudinal multilevel model of change. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, *15*(1), 409–424. <https://doi.org/10.1111/aphw.12386>
- García, F. & Schaefer, H. (2015). *Manual de técnicas de psicoterapia breve: Aportes desde la terapia sistémica*. Mediterráneo
- García, F., Reyes, A., & Cova, F. (2013). Severidad del trauma, optimismo, crecimiento postraumático y bienestar en sobrevivientes de un desastre natural. *Universitas Psychologica*, *13*(2), 575-584
- García, F. & Wlodarczyk, A. (2016). 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>
- Gehrig, R., Palacios Ramírez, J., Blesa Aledo, B., Cobo de Guzman Godino, F., García Jiménez, M., Muñoz Sánchez, P., & Rodes García, J. (2014). *Guía de criterios básicos de calidad en la investigación cualitativa*. UCAM.
- Gimeno-Peón, A. (2021). *Mejorando los resultados en psicoterapia*. Pirámide.
- Gómez, A. & Cárdenas, G. (2016). Reacciones postraumáticas: revisión desde una perspectiva dimensional. *Psicología Iberoamericana*, *24*(1), 70-79.
- 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), 1-10.

- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1),59-82.
<https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Haydon, M., Boyle, C., & Bower, J., (2018). Mindfulness Interventions in Breast Cancer Survivors: Current Findings and Future Directions. *Current Breast Cancer Reports*,10(1), 7-13.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., & Baptista, L. P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Education.
- 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.
- Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. (2023). *Pan American Health Organization*.
<https://doi.org/10.37774/9789275327715>
- Janssen, H., Oberwittler, D. & Koeber, G. (2020). Victimization and Its Consequences for Well Being: A Between and Within Person Analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 37, 101-140.
- Jané-Llopis, Eva. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 67-77.

- Jayawickreme, E. & Blackie, L. (2016). Introduction: What Are the True Benefits of Adversity? *En Exploring the Psychological Benefits of Hardship A Critical Reassessment of Posttraumatic Growth*. Springer.1-6
https://doi.org/10.1007/978-3-319-47989-7_1
- Kazdin, A. E. (2001). Conduct Disorder. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2511- 2516. <https://doi.org/10.1016/b0-08-043076-7/01349-8>
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>.
- Kornhaber, R., Walsh, K., Duff, J., & Walker, K. (2016). Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: an integrative review. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 9, 537–546.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S116957>
- Lebow, J. L. (2019). *Couple and family therapy: An integrative map of the territory* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Leiva-Bianchi, M. C., & Gallardo, I. (2013). Validación de la escala breve para diagnosticar estrés post-traumático (SPRINT-E) en una muestra de personas afectadas por el terremoto y tsunami del 27-F en Chile. *Anales de Psicología*, 29(2), 328-334.

- Lennox D. B., & Miltenberger R. G. (1990) On the conceptualization of treatment acceptability. *Education and Training in Mental Retardation* 25: 211–224
- Lopez-Gomez, I., Chaves, C., Hervas, G., & Vazquez, C. (2017). Comparing the acceptability of a positive psychology intervention versus a cognitive behavioural therapy for clinical depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1029– 1039. <https://doi.org/10.1002/cpp.2129>
- Lotzin, A., Franc de Pommereau, A., & Laskowsky, I. (2023). Promoting Recovery from Disasters, Pandemics, and Trauma: A Systematic Review of Brief Psychological Interventions to Reduce Distress in Adults, Children, and Adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 20(7), 5339. <https://doi.org/10.3390/ijerph20075339>
- Martínez-Ferrer, B., Ávila-Guerrero, M., Vera-Jiménez, A., Bahena -Rivera, A., & Musitu- Ochoa, G. (2016). Satisfaction with Life, Victimization and Perception of Insecurity in Morelos, Mexico. *Salud Pública de México*, 58(1), 16- 4.
- Mcfarlane, A. C., Van Hooff, M., & Goodhew, F. (2009). Anxiety Disorders And PTSD. In Y. Neria, S. Galea, & F. H. Norris (Eds.), *Mental Health and Disasters* (pp. 47–66). chapter, Cambridge: Cambridge University Press.
- McLeod B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(4), 603–616. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.001>

- Molina, R., & Feliú, J., (2011). La reinserción laboral: un nuevo reto en el paciente con cáncer. *Psicooncología* 8,45-51.
- Nardone, G., y Portelli, C. (2017). *Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica*. Herder
- Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychological Medicine*, 38, 467–80
- Norris, F., Hamblen, J., Brown, L., & Schinka, J. (2008). Validation of the Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview (expanded version, Sprint-E) as a measure of postdisaster distress and treatment need. *American Journal of Disaster Medicine*, 3, 201-212.
- QSR International (2018). Nvivo 12 qualitative data analysis software. QSR International
- Organización Mundial de la Salud. (29 de 11 de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Violencia: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D. C.: OPS.
- Orellana, J., Murray, J., Lima, N. P., Pinheiro, R. T., & Horta, B. L. (2022). Robbery Victimization in Early Adulthood, and Depression and Anxiety at Age 30 Years: Results From the 1982 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study.

Frontiers in Public Health, 10, 821881.

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.821881>

Ozdemir, O., Boysan, M., Ozdemir, G., & Pinar, E. (2015). Relationships between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors. *Psychiatry Research*, 228(3), 598- 605.

Páez, D., Vázquez, C., Bosco, S., Gasparre, A., Iraurgi, I. & Sezibera, V. (2011). Crecimiento post estrés y post trauma: Posibles aspectos positivos y beneficiosos de la respuesta a los hechos traumáticos. En D.Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301. doi:10.1037/a0018301

Payne, M. (2020). *Narrative therapy: An introduction for counsellors*. Sage Publications.

Pérez, C., 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

Peterson, E. (2010). *Vicarious victimization*. En B. S. P. (Ed.), *Encyclopedia of victimology and crime prevention* (pp. 963-964). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.

- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2010). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 38*(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J. & Foa, E. B. (2010). A metaanalytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 30*, 635-641. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.007>
- Resick, P.A., Monson, C.M., & Chard, K.M. (2017). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. Guilford.
- Rodríguez, A., Ramos, E., Ros, I., Fernández, A. & Revuelta, L. (2016). Bienestar subjetivo en la adolescencia: el papel de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. *Suma Psicología, 23*(1), 60-69.
- Rogers, C. B., Webb, J. B., Bauert, L., & Carelock, J. (2022). Feasibility and acceptability of a guided self-help, textmessaging intervention to promote positive body image of emerging adult women. *Frontiers in Global Women's Health, 3*, 849836. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.849836>
- Saeedi, B., Khoshnood, Z., Dehghan, M., Abazari, F., & Saeedi, A. (2019). The effect of positive psychotherapy on the meaning of life in patients with cancer: A randomized clinical trial. *Indian Journal of Palliative Care, 25* (2), 210. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_171_18

- Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C., & Rincón, P., (2019). Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista Médica de Chile*, *147*(1), 53-60. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000100053>
- Salter, E. & Stallard, P. (2004). Posttraumatic growth in child survivors of a road traffic accident. *Journal of Traumatic Stress*, *17*(4), 335-340, <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000038482.53911.01>
- Sánchez, R. (2020). Bienestar subjetivo: el papel de la rumia, optimismo, resiliencia y capacidad de recibir apoyo. *Ciencias Psicológicas*, *14*(2), 329-338.
- Sawyer, A., Ayers, S. & Field, A. P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer and HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *30*(4), 436-447. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.004>
- Schaefer, L. M., Howell, K. H., Schwartz, L. E., Bottomley, J. S., & Crossnine, C. B. (2018). A concurrent examination of protective factors associated with resilience and posttraumatic growth following childhood victimization. *Child abuse & neglect*, *85*, 17–27. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.019>
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.)*. Guilford Press.

- Schedler, A. (2016). The criminal community of victims and perpetrators: Cognitive foundations of citizen detachment from organized violence in Mexico. *Human Rights Quarterly*, 38(4), 1038-1069.
- Seligman, M. (2016). *Florecer. La nueva psicología positiva y la búsqueda de bienestar*. Océano.
- Stanton, A., Rowland, J., & Ganz, P., (2015). Life After Diagnosis and Treatment of Cancer in Adulthood. *American Psychologist*, 70(2), 159-74
- Soriano, J., Del Carmen Pérez-Fuentes, M., Del Mar Molero, M., Tortosa, B., & González, A. (2019). Beneficios de las intervenciones psicológicas en relación al estrés y ansiedad: Revisión sistemática y metaanálisis. *European journal of education and psychology* 12(2), 191-206.
- Sutin, A. R., Terracciano, A., Deiana, B., Naitza, S., Ferrucci, L., Uda, M., ... & Costa, P. T. (2010). High neuroticism and low conscientiousness are associated with interleukin-6. *Psychological Medicine*, 40(9), 1485-1493.
- Suppiger, A., In-Albon, T., Hendriksen, S., Hermann, E., Margraf, J., & Schneider, S. (2009). Acceptance of structured diagnostic interviews for mental disorders in clinical practice and research settings. *Behavior Therapy*, 40(3), 272-279.
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., & Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal*

of Clinical Psychology, 74 (11), 1924–1937.

<https://doi.org/10.1002/jclp.22680>

Tarragona, M. (2013). Psicología positiva y terapias constructivas: una propuesta integradora. *Terapia Psicológica*, 31(1), 115-125.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). *A Clinical Approach to Posttraumatic Growth*. In P. A. Linley y S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 405-419). John Wiley y Sons Inc.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric Times*, 21(4), 58-60.

Trepper, T. S., McCollum, E. E., De Jong, P., Korman, H., Gingerich, W., & Franklin, C. (2021). Solution-focused Brief Therapy Treatment Manual for Working With Individuals and Families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(1), 182-199. <https://doi.org/10.1111/jmft.12434>

Torres, C., & Robles, A., (2021). Atención para personas víctimas de desastres naturales, estrategias de intervención. *Psic-Obesidad*, 8(30). <https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2018.8.30.80722>

Ujima. (2021). What is community violence. The National Center on Violence Against

- Uy, K. K., & Okubo, Y. (2018). Re-storying the trauma narrative: Fostering posttraumatic growth in Cambodian refugee women. *Women & Therapy, 41*(3-4), 219–236. <https://doi.org/10.1080/02703149.2018.1425025>
- Ulloa, E., Guzman, M. L., Salazar, M., & Cala, C. (2016). Posttraumatic growth and sexual violence: A literature review. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 25*(3), 286-304.
- Valles, M. S. (1998). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.
- Vetlesen, N., & Rønnestad, M. H. (2021). Letters in therapy: A narrative practice in systemic therapy. *Journal of Systemic Therapies, 40*(2), 1-17.
- Villar, M., (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana, 28*(4), 237-241.
- Vitry, G., Pakrosnis, R., Brosseau, O. G., y Duriez, N. (2021). Effectiveness and efficiency of Strategic and Systemic Therapy in naturalistic settings: Preliminary results from a Systemic Practice Research Network (SYPRENE). *Journal of Family Therapy, 43*(4), 516-537. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12343>
- Veenhoven, R. (2005). *Lo que sabemos de la felicidad*. En L. Garduño Estrada, B. Salinas Amescua y M. Rojas Herrera (Coord.), *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*, (pp. 17-56). Plaza y Valdés.

- Weakland J., Fisch R., Bodin A., & Watzlawick P. (1974). Brief Therapy: focused problem resolution. *Family Process*, 13, 141-168
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton.
- Windle, E., Tee, H., Sabitova, A., Jovanovic, N., Priebe, S., & Carr, C. (2019). Association of patient treatment preference with dropout and clinical outcomes in adult psychosocial mental health interventions: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3750>
- Wittmann L., Sensky T., Meder L., Michel B., Stoll T. & Büchi S. (2009). Suffering and posttraumatic growth in women with systemic lupus erythematosus (SLE): a qualitative/quantitative case study. *Psychosomatics*, 50(4), 362–374
- Xu, J. & Liao, Q. (2011). Prevalence and predictors of posttraumatic growth among adult survivors one year following 2008 Sichuan earthquake. *Journal of Affective Disorders*, 133, 274-280.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology - a critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626–653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.00>
- Zúñiga-Fajuri, Alejandra, & Zúñiga F., Mónica. (2020). Propuestas para ampliar la cobertura de salud mental infantil en Chile. *Acta bioethica*, 26(1), 73-80. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2020000100073>

ANEXOS

- Certificado comité de ética, bioética y bioseguridad
- Delitos incluidos en proyecto:
- Formulario de consentimiento informado
- Cuestionario sociodemográfico
- Diseño de la recogida de datos cualitativa
- Entrevista a terapeutas
- Entrevista individual
- Protocolo