

**Terapia sistémica breve en personas expuestas a un evento altamente estresante reciente: Un ensayo controlado aleatorizado****Brief systemic therapy in people exposed to a recent highly stressful event: A randomised controlled trial****Pablo Concha-Ponce**<sup>1</sup>

iD 0000-0003-3738-2287

pablo.concha@uautonoma.cl

**Mark Beyebach**<sup>3</sup>

iD 0000-0002-4490-5915

mark.beyebach@gmail.com

**Felipe E. García**<sup>2</sup>

iD 0000-0002-4161-5840

fgarciame@udec.cl

**Valentina Aravena**<sup>4</sup>

iD 0000-0002-0160-5859

vale.aravena.regmail.com

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Chile, Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades, Talca, Chile.<sup>2</sup> Universidad de Concepción, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Concepción, Chile.<sup>3</sup> Universidad Pública de Navarra, Departamento de Ciencias de la Salud, Pamplona, España.<sup>4</sup> Universidad de Concepción, Escuela de Psicología, Concepción, Chile.**Resumen:**

**Antecedentes:** Los eventos altamente estresantes pueden tener efectos nocivos en el bienestar y salud mental en las personas. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de un protocolo de intervención preventiva basado en la Terapia Sistémica Breve orientado a personas que vivieron de manera reciente un evento altamente estresante. **Método:** Participaron 75 personas, 39 conformaron el grupo experimental y 36 el grupo control. Para el análisis de los datos se siguió un diseño cuantitativo con dos grupos (experimental y control) y con dos puntos temporales (pre y post-intervención). Al grupo experimental se añadió un seguimiento a los seis meses. El protocolo estuvo estructurado en cuatro sesiones y apuntaba a incidir sobre los síntomas postraumáticos, el crecimiento postraumático, la respuesta rumiativa y las estrategias de afrontamiento. **Resultados:** Se observó un aumento del crecimiento postraumático, de la rumiación deliberada, del afrontamiento centrado en el problema y de la reinterpretación positiva en el grupo experimental. En cambio, solo hubo una tendencia no significativa en la reducción de la sintomatología postraumática y en la búsqueda de apoyo social. **Conclusiones:** Estos resultados contribuyen al desarrollo de la Terapia Sistémica Breve y apoyan su utilidad en la intervención preventiva con personas expuestas a un evento altamente estresante.

**Palabras clave:** prevención; eventos altamente estresantes; sintomatología postraumática; crecimiento postraumático.

**Abstract:**

**Background:** Highly stressful events can have harmful effects on people's well-being and mental health. **Objective:** To evaluate the efficacy of a preventive intervention protocol based on Brief Systemic Therapy oriented to people who recently experienced a highly stressful event. **Method:** Seventy-five people participated, 39 were in the experimental group and 36 in the control group. A quantitative design with two groups (experimental and control) and two time points (pre- and post-intervention) was used for data analysis. A six-month follow-up was added to the experimental group. The protocol was structured in four sessions and aimed to impact on posttraumatic symptoms, posttraumatic growth, ruminative response and coping strategies. **Results:** An increase in posttraumatic growth, deliberate rumination, problem-focused coping, and positive reinterpretation was observed in the experimental group. In contrast, there was only a nonsignificant trend in reduced posttraumatic symptomatology and in seeking social support. **Conclusions:** These results contribute to the development of Brief Systemic Therapy and support its usefulness in preventive intervention with people exposed to a highly stressful event.

**Keywords:** prevention; highly stressful event; posttraumatic symptomatology; posttraumatic growth.

## Introducción

### *El impacto de los eventos altamente estresantes*

Los eventos altamente estresantes son acontecimientos que potencialmente generan consecuencias negativas en las personas afectadas. El impacto físico y psicológico de estos eventos puede perturbar la autoestima e identidad de la persona mucho tiempo después del evento mismo (Sutin et al., 2010). Entre estas consecuencias negativas se encuentra el trastorno de estrés postraumático o su sintomatología asociada, tales como reexperimentación, evitación e hiperactividad (Shalev et al., 2019).

Algunas personas que experimentan situaciones traumáticas no llegan a desarrollar un trastorno, sino que, son capaces de aprender y beneficiarse de tales experiencias (Vázquez et al., 2009). A este proceso de aprendizaje se le denomina crecimiento postraumático, que se define como la percepción de cambios positivos tras una crisis vital importante (Lahay et al. 2001; Tedeschi y Calhoun, 1995). De esta forma, se hace relevante explorar qué recursos y procesos permiten a las personas crecer tras una experiencia adversa (García et al., 2014). Considerando los recursos de las personas, vale la pena preguntarse qué variables psicológicas se relacionan tanto con la presencia de malestar emocional como con el bienestar y crecimiento frente a un evento altamente estresante.

Respecto a las variables psicológicas, se ha descrito el papel de la rumiación en el desarrollo tanto de la sintomatología como del crecimiento postraumático. Este proceso cognitivo desempeña un papel importante en el impacto del evento en la persona, quien en ocasiones desarrolla pensamientos repetitivos sobre el acontecimiento (Cann et al., 2011). Calhoun et al. (2000) distinguen entre rumiación intrusiva y deliberada; la intrusiva consiste en pensamientos no voluntarios sobre la experiencia, y la deliberada corresponde a pensar en las circunstancias buscando un sentido a la experiencia. Los estudios muestran una correlación positiva entre la rumiación intrusiva y sintomatología postraumática, así como entre la rumiación deliberada y el crecimiento postraumático (García et al., 2017)

Según el modelo teórico de Calhoun et al. (2010), la rumiación intrusiva puede alentarse para que se vuelva más deliberada, facilitando desde la intervención la probabilidad del desarrollo del crecimiento postraumático. Considerando el impacto de la rumiación intrusiva en la sintomatología postraumática y la relevancia de favorecer tempranamente la rumiación deliberada para el desarrollo del crecimiento postraumático, es pertinente considerar en un posible proceso psicoterapéutico el uso de estrategias que movilicen la esperanza y aumenten los sentimientos de competencia y control. De esta forma, todas las personas expuestas a sucesos que ponen en peligro su vida podrían beneficiarse de una intervención psicológica activa y profesional (Bonanno, 2004).

Además, se puede apreciar en la respuesta de cada persona. Ante el estrés, las personas responden con distintas estrategias de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984). Se ha encontrado una relación significativa entre algunas estrategias y el crecimiento postraumático,

entre ellas, el afrontamiento centrado en el problema (García et al., 2016), la búsqueda de apoyo social (Villanova et al., 2018) y la reinterpretación positiva (Lafarge et al., 2017), que podrían contribuir a aumentar la disponibilidad de herramientas para solucionar, resistir o resignificar una situación que implica altos niveles de estrés.

### *La intervención tras eventos altamente estresantes*

Existen diversas opciones terapéuticas para personas que desarrollan trastornos por estrés. Las cuatro terapias con una recomendación más fuerte de la *International Society for Traumatic Stress Studies* (Bisson et al., 2020) son la Terapia de Exposición Prolongada (Foa et al., 2007), la Terapia de Procesamiento Cognitivo (Resick et al., 2017), la Terapia Cognitiva Centrada en el Trauma (Ehlers et al., 2005) y la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares (Shapiro, 2001). Estas opciones han demostrado su eficacia en varios centenares de ensayos clínicos que también han llevado a constatar que queda un amplio espacio de mejora, pues incluso con los tratamientos más eficaces hay un número considerable de personas que no responden al tratamiento, o lo hacen de manera subóptima (Bisson et al., 2020; Olf et al., 2020).

Algo que comparten algunos modelos existentes es que tienden a centrarse en los aspectos negativos, activando en sesión las memorias traumáticas y tratando de modificar las creencias problemáticas en torno a lo sucedido (Bisson et al., 2020). Este enfoque deja en un segundo plano dos elementos que ofrecen un gran potencial terapéutico (García & Beyebach, 2022): por una parte, las capacidades y recursos individuales de las personas para enfrentarse al impacto de un evento altamente estresante, las que probablemente estén en la base del crecimiento postraumático y de las estrategias de afrontamiento exitosas descritas más arriba; por otro lado, los recursos ligados a la red social de la persona afectada, a sus relaciones con otros significativos que pueden ayudarle a recuperar su vida y su identidad tras sufrir la experiencia altamente estresante.

Un modelo terapéutico que permitiría aprovechar al máximo estos dos factores, capacidades y recursos individuales y ligados a su red social, es la Terapia Sistémica Breve (TSB) (Beyebach, 2006, Beyebach & Herrero de Vega, 2010; García, 2015; García & Schaefer, 2015). La TSB se desarrolló en el contexto de otros modelos sistémicos como la Terapia Familiar Estructural (e. g., Minuchin, 1974), con los cuales comparte su interés por los patrones relacionales y una visión contextual de los problemas humanos. Sin embargo, la TSB propone una inversión figura/fondo: en vez de centrarse en bloquear los patrones interaccionales disfuncionales, mantenedores de los problemas, se centra en descubrir y potenciar los patrones funcionales, aquello que sí ayuda y que por tanto genera excepciones a la regla del problema. Se trata de un enfoque constructivista, que se centra en el contexto interpersonal de los problemas y sus soluciones, y que promueve una colaboración activa con los usuarios (García & Schaefer, 2015).

La TSB es el resultado de la integración de tres escuelas de psicoterapia desarrolladas en el campo sistémico (García, 2015): el modelo breve estratégico del *Mental Research Institute de Palo Alto* (TBE, Fisch et al., 1982), la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS, de Shazer, 1991) y la Terapia Narrativa (TN; White & Epson, 1990). La posición del terapeuta en TSB se puede

describir de la siguiente manera: una actitud de colaboración activa con los usuarios, dando énfasis a la alianza terapéutica; una visión constructivista y construccionista de la terapia; una mirada contextual sobre los problemas y sus soluciones; y una decidida apuesta por el cambio y la simplicidad en la intervención (Beyebach, 2016). Desde el punto de vista operativo, Herrero de Vega (2016) describe la TSB como un conjunto de procedimientos y técnicas de intervención que pretenden ayudar a los consultantes (individuos, parejas, familias o grupos) a movilizar sus recursos personales y relacionales para alcanzar sus objetivos en el menor tiempo posible. En este sentido, consideramos que la TSB ofrece líneas de actuación que precisamente suplen las dos carencias señaladas de los tratamientos habituales, al pasar a un primer plano tanto las capacidades y recursos de los consultantes como su contexto interpersonal.

En la actualidad no existen estudios de un protocolo de intervención basado en TSB, que den cuenta del efecto preventivo a nivel secundario, es decir, centrado en disminuir la prevalencia de problemas de salud mental asociados al evento estresante. Sin embargo, sí se han publicado investigaciones que apoyan la eficacia individual de sus tres elementos.

En cuanto al elemento centrado en soluciones, Eads y Lee (2019) revisaron cinco estudios concluyendo que existía un aumento en los niveles de crecimiento postraumático de las personas que recibieron tratamiento desde la TBCS para la superación del trauma. Estos resultados llevan a pensar que este enfoque basado en fortalezas presenta incipiente evidencia de efectividad para el crecimiento postraumático, toda vez que altera la relación de la persona con la experiencia traumática y, por lo tanto, promueve la adaptación, la integración y la recuperación (Coulter, 2014). Zhang et al. (2014) llevaron a cabo un estudio cuasi-experimental que tuvo como objetivo evaluar el impacto de una aplicación grupal de TBCS en 43 madres con un hijo con trastorno del espectro autista. Los autores definen el diagnóstico de autismo en los hijos como un evento traumático para los padres, pues descubren que su hijo no se desarrollará de una forma socialmente esperable. Los resultados mostraron un mayor aumento en crecimiento postraumático en la medición post-tratamiento y en el seguimiento a 6 meses en el grupo que recibió TBCS que el grupo control que no recibió tratamiento.

Los estudios sobre Terapia Narrativa aplicados a personas que han vivido experiencias altamente estresantes son más escasos, y se han centrado más sobre su efecto en la reducción del malestar emocional que en el aumento del crecimiento. En un ensayo controlado aleatorizado, Lopes et al. (2014) evaluaron la eficacia de la terapia narrativa individual en una población de estudiantes, comparando con un grupo que recibió terapia cognitiva conductual y un grupo control en lista de espera. Los resultados mostraron que la terapia cognitiva conductual mostró mayor eficacia que la terapia narrativa en la reducción de la sintomatología depresiva, en cambio, la terapia narrativa mostró mayor eficacia que la terapia cognitiva conductual al evaluar resultados con una escala que además de síntomas mide, rol social y relaciones interpersonales, como el OQ-45.

Un segundo ensayo clínico con sobrevivientes de un accidente cerebrovascular, fueron asignados aleatoriamente ya sea a un grupo de intervención narrativa o un grupo que recibió psicoeducación. Se observó que los participantes del grupo narrativo mostraron mejoras significativas en las diversas medidas de resultado, entre ellas, autoestima, esperanza, significado en la vida y satisfacción con la vida, mejoras que se mantuvieron 4 meses después de la intervención, a diferencia del grupo control que no pudo mostrar mejoras similares (Chow, 2018). En un ensayo clínico cuasi-experimental realizado por García y Rincón (2011) se propuso una intervención preventiva de síntomas de malestar emocional tras una experiencia altamente estresante de cuatro sesiones, basado en la terapia narrativa, para mujeres que habían recibido un diagnóstico reciente de cáncer de mama. Se comparó el grupo de intervención con un grupo control en lista de espera. Se observaron menores síntomas depresivos y postraumáticos y menor molestia física en el grupo de intervención. Dichos cambios se mantuvieron tres meses después.

### *Objetivos del estudio*

El objetivo principal de la presente investigación fue evaluar la eficacia de una intervención de TSB que combina el abordaje centrado en soluciones (TBCS) con técnicas narrativas (TN) en personas que vivenciaron un evento altamente estresante. Se mide el impacto de la TSB sobre el crecimiento postraumático como variable principal, y sobre la sintomatología postraumática, la rumiación intrusiva, la rumiación deliberada, el afrontamiento centrado en el problema, la búsqueda de apoyo social y la reinterpretación positiva como variables secundarias. Las hipótesis del estudio fueron: la TSB aumenta los niveles de crecimiento postraumático, rumiación deliberada, afrontamiento centrado en el problema, búsqueda de apoyo social y reinterpretación positiva, y disminuye la sintomatología postraumática y la rumiación intrusiva respecto al grupo control. Asimismo, dichos cambios se mantendrían en el grupo experimental a los seis meses después de la intervención.

## **Método**

### *Diseño*

Se utilizó un diseño experimental aleatorizado de dos brazos, con grupos paralelos: un grupo experimental (GE) con intervención y un grupo control (GC) en lista de espera. Ambos grupos fueron medidos en dos puntos en el tiempo, antes de iniciar la intervención (pre) y luego de terminar la intervención (post). El GE tuvo además una evaluación de seguimiento seis meses después.

### *Participantes*

Participaron 75 personas, mayores de 18 años, que habían vivido un evento altamente estresante durante los últimos tres meses. De ellos, el 71,8 % eran mujeres y un 28,2% hombres, en un rango de edad entre 18 y 79 años ( $M = 34,46$ ;  $DE = 13,08$ ). Respecto a los eventos estresantes a los que estuvieron expuestos,  $n = 21$  fue por violencia social, policial, delictual o

doméstica,  $n= 21$  fue por crisis familiar o de pareja,  $n= 11$  fue por enfermedad grave propia o de alguien cercano,  $n= 10$  por muerte de alguien cercano,  $n= 8$  fue por un accidente laboral, de tránsito o doméstico y  $n= 4$  problemas laborales

Se excluyeron dos personas que habían recibido previamente atención psicológica por las consecuencias generadas por el mismo evento. Fueron asignados aleatoriamente a los dos grupos de la siguiente manera: 39 en el GE; 36 en el GC.

### *Instrumentos*

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

Crecimiento postraumático: Se utilizó el Inventario de Crecimiento Postraumático, versión breve (PTGI-SF), creado por Cann et al. (2010) y validada para su uso en población chilena por García y Wlodarczyk (2016). Está compuesta 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 se obtuvo un  $\alpha = 0,94$ .

Rumiación deliberada e intrusiva: Se utilizó la Escala de Rumiación Relacionada al Evento (ERRI), diseñada por Cann et al. (2011). La versión breve adaptada al español por Alzugaray et al. (2015) está compuesta por 12 ítems: siete para rumiación intrusiva y cinco para deliberada. Se responde en una escala tipo Likert desde 0 (nada en absoluto) a 3 (a menudo). En la versión de Alzugaray et al. se obtuvo un  $\alpha = 0,91$  para rumiación intrusiva y de  $\alpha = 0,85$  para rumiación deliberada.

Estrategias de afrontamiento: Para la evaluación del afrontamiento centrado en el problema, búsqueda de apoyo social y reinterpretación positiva se utilizó el Brief-COPE (Carver, 1997), en su versión validada en población chilena por García et al. (2018). El afrontamiento centrado en el problema se definió por la suma de las subescalas de afrontamiento activo y planificación y está compuesta de cuatro ítems. La búsqueda de apoyo social se definió por la suma de las subescalas de apoyo emocional e instrumental y está compuesto de cuatro ítems. La reinterpretación positiva se evaluó con la subescala respectiva de dos ítems. Se responde en una escala tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta desde 0 (nunca hago esto) hasta 3 (hago siempre esto). En el estudio de García et al. las consistencias internas de estas subescalas fluctuaron entre 0,62 y 0,75.

Check-list de eventos altamente estresantes: Incluyó preguntas dicotómicas, con respuesta de "sí" o "no", preguntando si la persona ha experimentado un evento altamente estresante en los últimos tres meses. El listado incluía eventos como enfermedad grave propia o de alguien cercano, muerte de alguien cercano, accidentes, desastre natural, violencia, crisis familiar o de pareja, problemas laborales y otros.

## *Procedimiento*

En primer lugar, se elaboró un protocolo de intervención desde la TSB, que se describe en el siguiente apartado. Luego fueron seleccionados los terapeutas, quienes debían demostrar formación previa en el enfoque sistémico y que fueron capacitados en el protocolo de intervención en un taller de ocho horas de duración.

Posteriormente, mediante convenios con universidades y otras instituciones, se fueron recibiendo derivaciones que en un primer término fueron seleccionados para la implementación de un programa piloto en el que participaron cuatro usuarios, que fueron luego evaluados y entrevistados con la finalidad de ajustar el protocolo para su aplicación definitiva. Para conocer más detalles del programa piloto, se sugiere consultar en García et al. (2021).

En la fase de intervención, los usuarios fueron aleatorizados en dos grupos de intervención: GE con intervención a través del protocolo y GC en lista de espera por cuatro semanas (ver diagrama Consort en figura 1). Cada persona firmó un consentimiento para participar en el estudio y se les aplicó una batería de instrumentos, tras lo cual los participantes del GE eran asignados a un terapeuta. El GC, tras cuatro semanas de espera, era nuevamente evaluado con el fin de realizar la comparación pre-post y luego se les asignaba un terapeuta para que pudieran obtener el apoyo que requerían. Por tal motivo, en el seguimiento solo se cuenta con GE. El ingreso de participantes comenzó en el mes de marzo del 2019 hasta enero del 2020; luego, el seguimiento se extendió hasta julio del 2020.

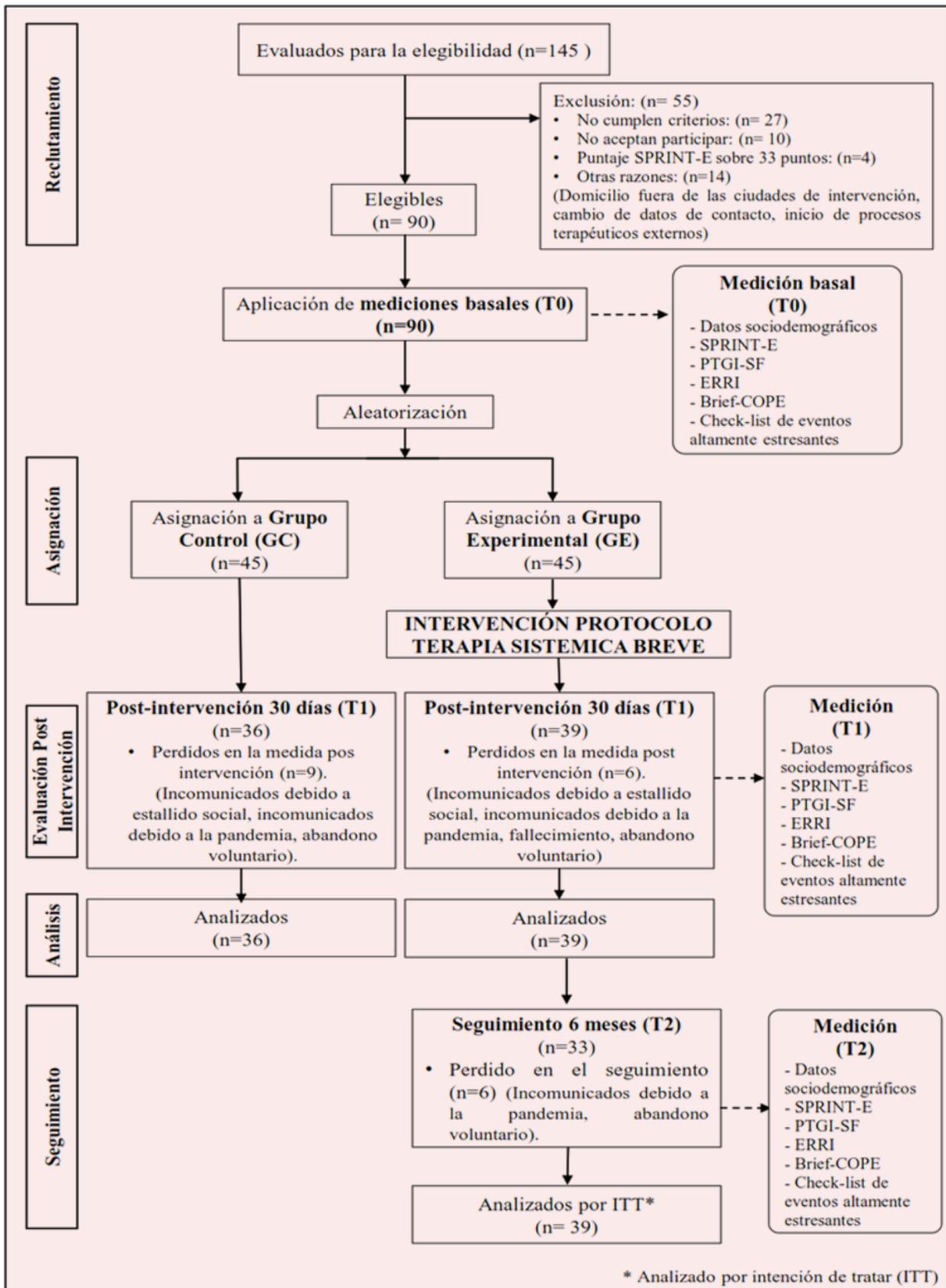


Figura 1. Diagrama Consort.

## *Intervención*

Para el presente estudio se elaboró un protocolo basado en la literatura especializada respecto al proceso terapéutico y sus técnicas desde la TSB (Bayebach, 2006, Bayebach & Herrero de Vega, 2010; García & Schaefer, 2015). Este protocolo tenía una duración de cuatro sesiones, en formato individual, de frecuencia semanal y con una duración de 60 minutos cada una.

La primera sesión estaba dedicada a la construcción de un vínculo terapéutico y se centró en conocer a la persona del consultante, indagar el motivo de consulta y co-construir objetivos. La co-construcción de objetivos se hizo de manera coherente con los postulados centrados en soluciones, es decir, estableciendo objetivos en positivo (descritos en términos de qué conductas se desean empezar o aumentar, y no en términos de cuáles reducir), concretos e interaccionales.

La segunda sesión comenzaba con la indagación de las mejorías producidas desde la sesión anterior, tratando de poner de relieve la contribución del consultante a esos avances. Posteriormente se trabajaba con una pregunta escala, mediante la cual se evaluó el nivel de aficción percibido por la persona, a fin de detectar las excepciones, (los momentos con un menor malestar) e identificar cómo el consultante ha conseguido generarlas. A partir de resúmenes y devoluciones por parte del terapeuta, se introduce la narrativa de sobreviviente como un re-encuadre global que pone de relieve aquellos aspectos del relato del consultante que identifican sus recursos y cualidades.

La tercera y cuarta sesión comenzaron con la revisión de mejorías inter-sesiones y de las tareas asignadas en la sesión previa. Como actividad central de ambas sesiones, se trabajó en el dibujo del árbol de la vida, intervención en la que se representan las historias de vida y experiencias personales, facilitando el reconocimiento de habilidades, recursos, sueños y esperanzas, honrando a las personas importantes y los regalos recibidos de ellas, atribuyendo al consultante los avances, esfuerzo, decisión y valentía durante todo el proceso.

Se finaliza con la escritura de una carta a un futuro consultante que pueda pasar por la misma situación y con la entrega del dibujo del árbol de la vida, debidamente enmarcado, para que el consultante se lo lleve consigo a su hogar.

El protocolo completo de la intervención puede solicitarse al email del autor por correspondencia.

### *Análisis de datos*

En un primer paso, se realizó una evaluación descriptiva de las variables de estudio, incluyendo la prueba de normalidad a través del estadístico Kolmogorov-Smirnov, el cual demostró que los datos se distribuyen de forma normal, por tal motivo se utilizaron estadísticos paramétricos.

Se realizó una comparación inter-grupal entre el GE y GC al iniciar y finalizar la intervención, utilizando para ello la t de Student para muestras independientes. Para el cálculo del tamaño del efecto en la comparación post-intervención se utilizó el estadístico d de Cohen.

Para comparar intragrupalmente al GE entre la pre-intervención, post-intervención y seguimiento, se utilizó la prueba de ANOVA de medidas repetidas. Se usó el estadístico  $\eta^2$  como medida de tamaño de efecto.

Se utilizó el procedimiento de intención de tratar para trabajar los datos perdidos. En este caso se reemplazaron los valores perdidos por el último puntaje obtenido. Es decir, los datos perdidos del seguimiento se reemplazaron por los datos de la post-intervención y los datos perdidos de la post-intervención por los datos de la pre-intervención.

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

## **Resultados**

Se realiza el análisis de comparación intergrupal en las variables de estudio en la evaluación pre y post intervención. Se observa que en la pre-intervención no existen diferencias significativas entre los dos grupos en ninguna variable, lo que refleja una aleatorización exitosa. En la post-intervención se observan diferencias significativas en el crecimiento postraumático, la rumiación deliberada, afrontamiento centrado en el problema y reinterpretación positiva, mostrando en todos los casos un mayor nivel en el GE que en el GC. En sintomatología postraumática, rumiación intrusiva y búsqueda de apoyo social no se observaron diferencias (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Comparación intergrupala de las variables pre y post intervención.

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

EA: Estrategia de afrontamiento. Fuente: Elaboración propia.

La tabla 2 muestra los resultados del análisis de los datos de seguimiento con ANOVA con medidas repetidas en el GE. No se encontraron diferencias significativas en crecimiento postraumático y en rumiación deliberada entre la post-intervención y el seguimiento, por lo que los cambios observados en la post-intervención se mantuvieron. También se mantuvieron los niveles de rumiación intrusiva, afrontamiento centrado en el problema, búsqueda de apoyo social y reinterpretación positiva. Hubo una reducción significativa en los niveles de sintomatología postraumática entre la post-intervención y el seguimiento.

**Figura 2.** Resumen de los principales hallazgos de los estudios de SD en variables de proceso y resultado de la psicoterapia.

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

EA: Estrategia de afrontamiento. Fuente: Elaboración propia.

## Discusión

El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de un protocolo de intervención basado en la TSB sobre crecimiento postraumático, sintomatología postraumática, rumiación y estrategias de afrontamiento en personas expuestas a un evento reciente altamente estresante. La hipótesis de partida es que un enfoque como la TSB, cuyo componente centrado en soluciones se orienta deliberadamente hacia las capacidades y recursos de las personas y en su red de relaciones, ofrece una vía de intervención especialmente conectada

al crecimiento postraumático, a las estrategias de afrontamiento eficaces y a la búsqueda de apoyo social. Por otra parte, esperábamos que el elemento narrativo de la TSB contribuyera a propiciar una rumiación deliberada que fuera sustituyendo a la intrusiva.

En los niveles de crecimiento postraumático el GE obtuvo en la post-intervención valores significativamente mayores que el GC, con un tamaño del efecto cercano a grande ( $d= 0,76$ ). Este resultado apoya la hipótesis principal del estudio: la intervención con el protocolo de TSB sirvió para favorecer el crecimiento postraumático, efecto que se mantiene en el seguimiento 6 meses después. En este sentido, es importante resaltar las características del protocolo TSB, centrado en ampliar los recursos y las fortalezas de los consultantes y de su red de relaciones mediante conversaciones orientadas hacia los éxitos y el futuro. Lo anterior es concordante con el hallazgo de Jordan et al. (2013), quienes compararon el diálogo terapéutico de los modelos cognitivo-conductual (CC) y TBCS, hallando una diferencia significativa en la respuesta de los clientes en el sentido de que el contenido negativo del terapeuta CC fue seguido por el contenido negativo del usuario, y el contenido positivo del terapeuta TBCS por el contenido positivo del usuario.

En relación a la sintomatología postraumática, en el GE se observa una disminución en la post intervención y luego vuelve a disminuir en el seguimiento. Sin embargo, esta medida en el post no llega a ser significativamente menor que en el GC, ya que la sintomatología postraumática también disminuye en este. Esto permite suponer que la disminución en la sintomatología postraumática se debió más al alejamiento temporal del momento en el que la persona sufrió el evento estresante que al impacto de la intervención y a su capacidad de sobreponerse a dicho evento. Según Bonanno (2005) la resiliencia es un resultado común tras la exposición a un evento altamente estresante; las personas pueden luchar durante un breve período para mantener el equilibrio psicológico y al poco tiempo consiguen seguir funcionando eficazmente en sus niveles normales o cerca de ellos. Otra explicación de la falta de diferencias entre el GE y el GC sería el papel positivo de la expresión emocional, ya que el compartir socialmente las emociones ha demostrado tener un valor adaptativo (Vásquez et al., 2019) lo que pudo favorecer a los participantes de ambos grupos, sin distinción. Una tercera explicación se basaría en las características del protocolo de intervención TSB, centrado en el fortalecimiento de recursos y aprendizajes a partir del evento vivido, y no en la disminución del malestar, por ejemplo, a través de técnicas de relajación o de exposición. Otros estudios como el de Basoglu et al. (2003), que examinaron un tratamiento conductual breve con supervivientes de terremotos, obtuvieron resultados significativos en la reducción de la sintomatología postraumática mediante estrategias de intervención como la psicoeducación y la exposición conductual al foco de estrés. Dicho abordaje dista de la intervención del presente protocolo de TSB, el cual tiene al centro de la intervención estrategias centradas en soluciones, que permite a las personas explorar nuevas posibilidades, favoreciendo el crecimiento postraumático (Zhang et al. 2014).

La rumiación deliberada en la post-intervención fue, como se esperaba, significativamente mayor en el GE que en el GC. Este resultado es consistente con el modelo de Calhoun y Tedeschi (2006) sobre procesos que contribuyen al crecimiento postraumático. Estudios como el realizado en China por Zhang et al. (2018), donde 443 personas fueron evaluadas después de un año de la exposición a un tornado, han demostrado que la rumiación deliberada está relacionada directamente con el crecimiento postraumático. Entonces, un estilo de rumiación más deliberado llevaría al desarrollo de un cambio psicológico positivo tras la exposición al evento adverso (García et al., 2017; Shakiba et al., 2019). En la evaluación intragrupal no se observan diferencias entre la evaluación pre y post en el GE, es decir, la intervención permitiría mantener en el GE más tiempo un procesamiento cognitivo productivo que permite finalmente desarrollar crecimiento postraumático, en lugar de la disminución natural que se produce en el grupo sin intervención. Estos cambios se mantienen en el seguimiento.

En cuanto a la rumiación intrusiva, en contra de lo esperado no se observaron diferencias significativas entre el GE y GC tras la intervención. Lafarge et al. (2020) demostraron que la rumiación intrusiva no promueve el aprendizaje de la experiencia. Sin embargo, para Calhoun et al. (2010), la rumiación intrusiva inicial asociada a la experiencia de estrés podría dar paso posteriormente a una rumiación más deliberada, favoreciendo el crecimiento postraumático, pero si este paso no ocurre, lo más probable es el desarrollo de sintomatología postraumática, como se ha observado también en algunos modelos empíricos (García, Vega et al., 2018). En el presente caso, la intervención logra aumentar la rumiación deliberada, pero no llega a incidir en la intrusiva, lo que aporta otra posible explicación a la falta de un efecto significativo de la TSB sobre la sintomatología postraumática. Por otro lado, si bien no hay cambios intergrupales, a nivel intragrupal en el GE se observa una disminución significativa de la rumiación intrusiva en la post respecto a la pre-intervención, lo que al igual que en el caso de la sintomatología postraumática, también podría deberse al paso del tiempo y al alejamiento de la fuente de estrés, que afectó por igual a ambos grupos.

En relación a las estrategias de afrontamiento, en la post-intervención se observa un mayor nivel de afrontamiento centrado en el problema en el GE que en el GC, con un importante tamaño del efecto ( $d= 0,76$ ). Luego, en el seguimiento, el GE mantiene sus cambios. Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se han asociado sistemáticamente con crecimiento postraumático (García et al., 2016; Wolchik et al., 2008). Estas estrategias aluden a acciones cuyo objetivo es afrontar activamente el factor estresante para reducir o eliminar su impacto (Carver, 2011); de ese modo, la intervención en TSB aumentaría el sentido de agencia que las personas perciben en relación a su capacidad para influir sobre el evento estresante, actuando entonces en forma más activa para enfrentarla.

La reinterpretación positiva es otra estrategia de afrontamiento cuyos niveles resultan ser más altos en el GE en la post-intervención. El tamaño del efecto es grande ( $d= 1,01$ ) y las mejorías se mantienen en el seguimiento. Ya en un meta-análisis se había señalado que la reinterpretación positiva tenía una importante relación con el crecimiento postraumático (Prati & Pietrantonio, 2009). De ella se desprende, en concordancia con lo sugerido por Lafarge et al. (2017), que la reinterpretación positiva es una estrategia adaptativa que contribuye al

crecimiento postraumático. La intervención en TSB incluye estrategias que buscan cambiar el foco desde lo negativo hacia lo que funciona, como la tarea fórmula y las preguntas de excepciones, además de permitir que las personas imaginen un futuro libre del problema, como la carta desde el futuro, colaborando con esta visión más positiva sobre sí mismo, su futuro o sus relaciones.

Otra hipótesis de nuestro estudio era que la TSB, un enfoque relacional y sistémico, potenciaría la búsqueda de apoyo social de las personas atendidas. Sin embargo, no se observan diferencias en búsqueda de apoyo social entre el GE y el GC. Al analizar las medias, es posible establecer que, si bien sus niveles suben en el GE entre el pre y el post, también lo hacen en el GC aunque en menor medida. Al parecer la movilización de recursos de apoyo social tras una experiencia estresante es un común denominador de la mayoría de las personas enfrentadas a este tipo de situaciones. De todos modos, en la evaluación intragrupal se establece que el GE aumenta significativamente sus niveles en la post-intervención y que estos cambios se mantienen en el seguimiento.

El mantenimiento de los cambios en el seguimiento en todas las variables, menos en sintomatología postraumática (que se redujo respecto a la post-intervención) resulta también relevante debido a que el seguimiento se realizó entre el estallido social en Chile y el inicio de la pandemia por COVID-19, por lo que las personas estaban enfrentando altos niveles de estrés y ansiedad (Andrade et al., 2021). Se esperaba por lo tanto un retroceso importante en los avances mostrados por la intervención, lo que finalmente no ocurrió. Esto podría hacer pensar que en una breve intervención como la ofrecida en este estudio, se desarrollaron estrategias que han permitido a los consultantes enfrentar exitosamente el estrés en situaciones distintas a aquellas que originaron la necesidad de intervención.

En cuanto a las limitaciones del estudio, hubo una importante pérdida de datos en la fase de seguimiento. Una explicación del abandono fue el estallido social en Chile que comenzó el 18 de octubre del año 2019, caracterizado por una masiva protesta social que sacudió a todo el país, dificultando el libre desplazamiento y traslado de las personas dentro de las principales ciudades de Chile. Dicha situación se extendió ininterrumpidamente hasta el mes de marzo del año 2020, mes en el cual el mundo se vio azotado por la pandemia por COVID-19, y particularmente en Chile, por las medidas de confinamiento. Estas restricciones contribuyeron a dificultar las evaluaciones de seguimiento inicialmente programadas. Ante esta situación se utilizó el procedimiento de intención de tratar para reemplazar los valores perdidos por el último puntaje obtenido, siendo este un principio clave contra el sesgo en los resultados alcanzados. Otra limitación del estudio consistió en la ausencia de comparación con otros enfoques terapéuticos, lo cual se debe a que este estudio analiza datos secundarios de un proyecto general más amplio que sí realiza comparaciones entre grupos activos. Además, se considera como limitación la ausencia de grupo control en el seguimiento, lo que ocurrió por la decisión ética de no dejar a personas que están sufriendo sin recibir ayuda por más de cuatro semanas.

Este estudio es uno de los primeros en examinar el efecto de un protocolo de intervención de TSB orientado a ofrecer apoyo psicológico temprano a personas que han estado expuestas a un evento estresante. Se concluye que los resultados apoyan la efectividad de la intervención aplicada para favorecer el crecimiento postraumático, es decir, obtener aprendizajes positivos de la experiencia subsecuente al evento altamente estresante. Este efecto sobre el crecimiento postraumático se puede atribuir al énfasis que el componente centrado en soluciones de la TSB puso en la potenciación de los recursos de las personas atendidas y la identificación de excepciones al problema. Asimismo, los resultados significativos en rumiación deliberada y en el afrontamiento mediante la reinterpretación positiva permiten concluir que la intervención favoreció la creación de nuevas narrativas acerca de los eventos adversos, especialmente a través de la técnica del árbol de la vida. Por otro lado, aunque el afrontamiento centrado en el problema también mejoró significativamente tras la TSB, la falta de resultados en sintomatología postraumática apunta a que tal vez el protocolo TSB debería incluir en mayor medida técnicas de manejo directo de la sintomatología. Esto supondría reforzar el trabajo con los problemas generados por los eventos adversos, bien mediante técnicas derivadas del componente estratégico de la TSB (la Terapia Estratégica Breve), bien mediante procedimientos de otros enfoques como la psicoeducación, técnicas de respiración o el mindfulness. Estudios futuros podrían determinar si esta ampliación del protocolo consigue aumentar la efectividad de la TSB para personas que han sufrido eventos altamente estresantes. Otras líneas de investigación serían la replicación del estudio con muestras más amplias y con un mayor tiempo de seguimiento, así como la confirmación del efecto diferencial de los tres ingredientes de la TSB, el centrado en soluciones, el narrativo y el estratégico.

## Reconocimientos

El presente estudio utiliza datos secundarios del ensayo clínico inscrito en ClinicalTrials.gov con el N° NCT04314115 y que pertenece al ANID/FONDECYT N° 1180134. Se siguieron las recomendaciones del protocolo internacional Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT; Begg et al., 1996; Moher et al., 2001). El estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Santo Tomás, en su resolución N° 30/2018.

## Referencias

- Alzugaray, C., García, F., Reyes, A., & Álvarez, R. (2015). Propiedades psicométricas de una versión breve de la escala de rumiación relacionada a un evento en población chilena afectada por eventos altamente estresantes. *Ajayu*, 13(2), 183-198. <https://tinyurl.com/mr29arce>
- Andrades, M., García, F., Concha-Ponce, P., Valiente, C. & Lucero, C. (2021). Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(1), 13-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.28090>

- Basoglu, M., Livanou, M., Salcioglu, E., & Kalender, D. (2003). A brief behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder in earthquake survivors: results from an open clinical trial. *Psychological Medicine*, 33(4), 647-654. <https://doi.org/fnr77m>
- Begg, C., Cho, M., Eastwood, S., Horton, R., Moher, D., Olkin, I., Pitkin, R., Rennie, D., Schulz, K., Simel, D., & Stroup, D. (1996). Improving the quality of reporting of randomized controlled trials: The CONSORT statement. *Jama*, 276(8), 637-639. <https://doi.org/bfvzms>
- 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 y de parejas*. Herder.
- Beyebach, M. (2016). La terapia sistémica breve como práctica integradora. En F. García y M. Ceberio (Eds.), *Manual de terapia sistémica breve* (pp. 57-95). Mediterráneo.
- Bisson, J. I., Berliner, L., Cloitre, M., Forbes, D., Jensen, T., Lewis, C., Monson, C. M., Olf, M., Pilling, S., Riggs, D., Roberts, N., Shapiro, F., Monson, C. M., & Berliner, L. (2020). ISTSS PTSD Prevention and Treatment Guidelines: Recommendations. En D. Forbes & J. I. Bisson (Eds.), *Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (3rd ed., pp. 109-114). Guilford.
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity of thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonanno, G. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 135-138. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00347.x>
- Calhoun, L., Cann, A., Tedeschi, R., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 521-527. <https://doi.org/10.1023/A:1007745627077>
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (2006). The foundations of posttraumatic growth: an expanded framework. En Calhoun, L., & Tedeschi, R. (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 3-23). Routledge.
- Calhoun, L., Cann, A., & Tedeschi, R. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. En T. Weiss & R. Berger (Eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (pp. 1-14). John Wiley & Sons Inc.

- Calhoun, L., Tedeschi, R., Cann, A., & Hanks, E. (2010). Positive outcomes following bereavement: Paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica*, 50(1-2), 125-143. <https://doi.org/gn94jh>
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K., & Danhauer, S. (2010). A short form of the posttraumatic growth inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(2), 127-137. <https://doi.org/10.1080/10615800903094273>
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K., Vishnevsky, T., & Lindstrom, C. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(1), 137-156. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.529901>
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. <https://doi.org/d2jv23>
- Chow, E. O. (2018). Narrative group intervention to reconstruct meaning of life among stroke survivors: A randomized clinical trial study. *Neuropsychiatry*, 8(4), 1216-1226. <https://doi.org/h842>
- Connor, K., & Davidson, J. (2001). SPRINT: A brief global assessment of post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 16(5), 279-284. <https://doi.org/d477wq>
- Coulter, S. (2014). The applicability of two strengths-based systemic psychotherapy models for young people following type 1 trauma. *Child Care in Practice*, 20(1), 48-63. <https://doi.org/10.1080/13575279.2013.847057>
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. Norton.
- Eads, R., & Lee, M. Y. (2019). Solution focused therapy for trauma survivors: A review of the outcome literatura. *Journal of Solution Focused Practices*, 3(1), 1-10. <https://tinyurl.com/26934e7a>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.006>
- Fisch, R. Weakland, J.H., & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. Jossey-Bass.
- Foa, E.B., Hembree, E.A., & Rothbaum, B.O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. Oxford.
- García, F. (2015). *Terapia sistémica breve: Fundamentos y aplicaciones* (2a ed.). RIL.
- García, F., Barraza, C., Włodarczyk, A., Alvear, M., & Reyes, A. (2018). Psychometric properties of the Brief-COPE for the evaluation of coping strategies in the Chilean population. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(1). <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0102-3>

- García, F. & Beyebach, M. (2022). *Superar experiencias traumáticas: Una propuesta de intervención desde la terapia sistémica breve*. Herder.
- García, F., Beyebach, M., Cova, F., Concha-Ponce, P., & Mardones, R. (2021). Evaluación de un protocolo de intervención en Terapia Sistémica Breve para personas expuestas a un evento estresante reciente. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 15(1), 43-55. <https://doi.org/10.21500/19002386.5300>
- García, F., Cova, F., Rincón, P., Vázquez, C. & Páez, D. (2016). Coping, rumination and posttraumatic growth in people affected by an earthquake. *Psicothema*, 28(1), 59-65. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.100>
- García, F., Duque, A, & Cova, F. (2017). The four faces of rumination to stressful events: A psychometric analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Police*, 9(6), 758-765. <https://doi.org/10.1037/tra0000289>
- García, F., Jaramillo, C., Martínez, A., Valenzuela, I., & Cova, F. (2014). Respuestas psicológicas ante un desastre natural: Estrés y crecimiento postraumático. *Liberabit*, 20(1), 121-130. <https://tinyurl.com/mv45jk66>
- García, F., & Rincón, P. (2011). Prevención de Sintomatología Postraumática en Mujeres con Cáncer de Mama: Un modelo de intervención narrativo. *Terapia Psicológica*, 29(2), 175-183. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000200004>
- García, F. & Schaefer, H. (2015). *Manual de técnicas de psicoterapia breve: Aportes desde la terapia sistémica*. Mediterráneo.
- García, F., Vega, N., Briones, F. & Bulnes, Y. (2018). Rumiación, crecimiento y sintomatología postraumática en personas que han vivido experiencias altamente estresantes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(3), 443-457. <https://doi.org/d4nx>
- 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>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). McGraw Hill.
- 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.
- Jordan, S., Froerer, A., & Bavelas, J. (2013) Microanalysis of positive and negative content in solution-focused brief therapy and cognitive behavioral therapy expert sessions. *Journal of systemic Therapies* 32(3), 46-59. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2013.32.3.46>

- Lahav, Y., Kanat-Maymon, Y., & Solomon, Z. (2017). Posttraumatic growth and dyadic adjustment among war veterans and their wives. *Frontiers in Psychology, 8*(1102), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01102>
- Lafarge, C., Usher, L., Mitchell, K., & Fox, P. (2020). The role of rumination in adjusting to termination of pregnancy for fetal abnormality: Rumination as a predictor and mediator of posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12*(1), 101-109. <https://doi.org/10.1037/tra0000440>
- Lazarus, R. S. & Folkman, R. S. (1984). *Stress appraisal and coping*. Springer.
- Lafarge, C., Mitchell, K., & Fox, P. (2017). Posttraumatic growth following pregnancy termination for fetal abnormality: the predictive role of coping strategies and perinatal grief. *Anxiety, Stress, & Coping, 30*(5), 536-550. <https://doi.org/h9dj>
- Leiva-Bianchi, M., & Gallardo, I. (2013). Validation of the short posttraumatic stress disorder rating interview (SPRINT-E) in a sample of people affected by F-27 Chilean earthquake and tsunami. *Anales de Psicología, 29*(2), 328-334. <https://doi.org/h9dm>
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Machado, P. P., Sinai, D., Bento, T., & Salgado, J. (2014). Narrative Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research, 24*(6), 662-674. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.874052>
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard.
- Moher, D., Schulz, K. F., & Altman, D. G., & Consort Group. (2001). The CONSORT statement: Revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *The Lancet, 357*(9263), 1191-1194. <https://doi.org/c6xw6d>
- Olf, M., Monson, C., Riggs, D. S., Lee, C., Ehlers, A., & Forbes, D. (2020). Psychological treatments: Core and common elements of effectiveness. En: D. Forbes, J. I. Bisson, C. M. Monson and L. Berliner, *Effective treatments for PTSD. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (3a ed., pp. 169-187). Guilford.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A metaanalysis. *Journal of Loss and Trauma, 14*(5), 364-388. <https://doi.org/10.1080/15325020902724271>
- Resick, P.A., Monson, C.M., & Chard, K.M. (2017). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. Guilford.

- Shakiba, M., Latifi, A., & Navidian, A. (2019). The effect of cognitive-emotional intervention on growth and posttraumatic stress in mothers of children with Cancer: A randomized clinical trial. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 42(2), 118-125. <https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000001558>
- Shalev, A. Y., Gevonden, M., Ratanatharathorn, A., Laska, E., Van Der Mei, W. F., Qi, W., Lowe, S., Lai, B., Bryant, R., Delahanty, D., Matsuoka, Y., Olff, M., Schnyder, U., Seedat, S., deRoon-Cassini, T., Kessler, R., & Koenen, K. (2019). Estimating the risk of PTSD in recent trauma survivors: results of the International Consortium to Predict PTSD (ICPP). *World Psychiatry*, 18(1), 77-87. <https://doi.org/10.1002/wps.20608>
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). Guilford.
- Sutin, A., Costa Jr, P., Wethington, E., & Eaton, W. (2010) Perceptions of stressful life events as turning points are associated with self-rated health and psychological distress. *Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal*, 23(5), 479-492. <https://doi.org/frq427>
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. SAGE.
- Vázquez, C., Castilla, C., & Hervás, G. (2009). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (Ed.), *Las Emociones Positivas* (pp. 375-392). Pirámide.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., & Hervás, G. (2008). Positive effects of terrorism and posttraumatic growth: An individual and community perspective. In S. Joseph & P. A. Linley (Eds.), *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (pp. 63-91). Wiley & Sons Inc.
- Villanova, C., Fritzen, L., Rudnicki, T. & Iracema de Lima, I. (2018). Rumia y apoyo social como predictores de crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama: una revisión sistemática. *Psicooncología*, 15(2), 301-314. <https://doi.org/10.5209/PSIC.61437>
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton.
- Wolchik, S. A., Coxe, S., Tein, J. Y., Sandler, I. N., & Ayers, T. S. (2008). Six-year longitudinal predictors of posttraumatic growth in parentally bereaved adolescents and young adults. *Omega: Journal of Death and Dying*, 58, 107-128. <https://doi.org/10.2190/OM.58.2.b>
- Zhang, Y., Xu, W., Yuan, G., & An, Y. (2018). The relationship between posttraumatic cognitive change, posttraumatic stress disorder, and posttraumatic growth among chinese adolescents after the yancheng tornado: the mediating effect of rumination. *Frontiers in Psychology*, 9(474), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00474>

Zhang, W., Yan, T., Du, Y., & Liu, X. (2014). Brief report: Effects of solution-focused brief therapy group-work on promoting post-traumatic growth of mothers who have a child with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 2052-2056. <https://doi.org/f6bxbbr>

### Para citar en APA

Concha-Ponce, P., García, F. E., Bayebach, M. & Aravena, V. (2022). Terapia sistémica breve en personas expuestas a un evento altamente estresante reciente: Un ensayo controlado aleatorizado. *Terapia Psicológica (En línea)*, 40(2), 257-278. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082022000200257>