

**Psicología positiva y terapia cognitivo conductual: Diseño, implementación y evaluación de un nuevo
protocolo de intervención dirigido a personas que han vivido un evento estresante**

**Positive psychology and cognitive behavioral therapy: Design, implementation and evaluation of a new
intervention protocol aimed at people who have lived through a stressful event**

Paulina Rincón, Carmelo Vázquez, Felipe E. García, Constanza Rivea y Braulio Bruna
Universidad de Concepción, Chile
Universidad Complutense de Madrid, España
Universidad Santo Tomás, Talca, Chile¹

AGRADECIMIENTO:

Fuente de financiamiento: Este estudio fue apoyado por la beca ANID/Fondecyt 1180134

¹ Paulina Rincón, Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Concepción Chile. princon@udec.cl
Carmelo Vázquez, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, España. cvazquez@psi.ucm.es
Felipe E. García, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción,
Concepción, Chile. felipegarciam@yahoo.es
Constanza Rivera, Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
cisriveravalenzuela@gmail.com
Braulio Bruna, Facultad de Ciencias Sociales y Comunicaciones, Universidad Santo Tomás, Talca, Chile.
bbruna@santotomas.cl

ABSTRACT

BACKGROUND: Stressful events can have negative mental health consequences. Preventive interventions are scarce and most focus on reducing symptomatology.

OBJECTIVE: To develop and pilot a brief intervention protocol for the prevention of mental health problems in people exposed to a recent stressful event, with a Positive Behavioral Cognitive approach, as well as to evaluate its usefulness and acceptability in participants and therapists.

METHOD: Mixed qualitative-quantitative design. A four-session programme was applied and the users and therapists involved were interviewed. In addition, depressive and post-traumatic symptomatology, posttraumatic growth and subjective wellbeing were assessed at pre-, post-intervention and follow-up.

RESULTS: There was a positive evaluation of the techniques and material used, as well as of the activities assigned between sessions. A significant reduction in post-traumatic and depressive symptomatology, and an increase in posttraumatic growth and life satisfaction were observed.

CONCLUSIONS: The programme designed and evaluated is useful for the proposed objective. The techniques used and the potential impact on users and significant others as well as their appropriateness for therapists are analyzed.

KEYWORDS: Brief intervention, prevention, positive psychology, cognitive behavioral therapy.

RESUMEN

ANTECEDENTES: Los eventos estresantes pueden provocar consecuencias negativas para la salud mental. Las intervenciones preventivas son escasas y la mayoría se centra en reducir sintomatología.

OBJETIVO: Desarrollar e implementar de manera piloto un protocolo de intervención breve para prevención de problemas de salud mental en personas expuestas a un evento estresante reciente, con un enfoque Cognitivo Conductual Positivo, así como evaluar su utilidad y aceptabilidad en participantes y terapeutas.

METODO: Diseño mixto cualitativo-cuantitativo. Se aplicó un programa de cuatro sesiones y se entrevistó a usuarios y terapeutas. Además, se evaluó sintomatología depresiva y postraumática, crecimiento postraumático y bienestar subjetivo en pre, post-intervención y seguimiento.

RESULTADOS: Se aprecia una valoración positiva de técnicas y material utilizado, así como de las actividades asignadas entre sesiones. Se observó una reducción importante en sintomatología postraumática y depresiva, y un aumento en crecimiento postraumático y satisfacción con la vida.

CONCLUSIONES: El programa diseñado y evaluado resulta útil para el objetivo propuesto. Se analizan técnicas utilizadas y potencial impacto en usuarios y personas significativas así como su adecuación para los terapeutas.

PALABRAS CLAVES: Intervención breve, prevención, psicología positiva, terapia cognitivo-conductual.

Psicología positiva y terapia cognitivo conductual: Diseño, implementación y evaluación de un nuevo protocolo de intervención dirigido a personas que han vivido un evento estresante

INTRODUCCIÓN

Los eventos estresantes son acontecimientos que pueden tener un efecto nocivo en el bienestar y la salud de las personas (Temple, 2018), afectando su calidad de vida y aumentando la probabilidad de aparición de problemas de salud mental como sintomatología postraumática y depresiva (Bonanno, 2004; Suzuki et al., 2018).

Se ha estudiado la capacidad de recuperación y de crecimiento que presentan las personas tras su exposición a eventos estresantes, demostrándose que en la mayoría de los casos las personas no desarrollan trastornos (Bonanno, Westphal y Mancini, 2011), y algunas incluso son capaces de beneficiarse de tales experiencias, lo que se ha llamado crecimiento postraumático (Tedeschi y Calhoun, 1996; Tedeschi et al., 2018). Esto ha sido menos estudiado que la psicopatología, y menos aún como indicador de cambio terapéutico, que se ha centrado principalmente en reducción de la sintomatología negativa.

La mayoría de las intervenciones que se han investigado tienen un sentido correctivo, es decir, se aplican cuando las personas afectadas ya muestran sintomatología o presentan un diagnóstico psicopatológico; las intervenciones preventivas son más escasas (García y Rincón, 2011). Hay propuestas de intervenciones preventivas desde lo cognitivo-conductual, orientadas a recursos de afrontamiento, capacidad de autorregulación y entrenamiento en relajación (Agorastos, Marmar y Otte, 2011). Forbes et al. (2007) proponen protocolos breves (5-10 sesiones). Una revisión sistemática de intervenciones para prevenir el trastorno de estrés postraumático en adultos señala que la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma sería una herramienta eficaz, con la evidencia más sólida disponible, pero que hay poca evidencia de eficacia en prevención universal o indicada, destacando la baja calidad de los estudios publicados (Bisson et al., 2021).

Existe evidencia de que intervenciones derivadas de la psicología positiva tienen un efecto beneficioso en prevenir malestar en personas que han sido expuestas a un evento estresante (Ochoa et al., 2017; Saeedi et al., 2019). Diversos meta-análisis respaldan la eficacia de ellas para incrementar el bienestar y reducir los síntomas depresivos y ansiosos (Antoine, Dauvier, Andreotti y Congard, 2018; Bolier et al., 2013; Chakhssi, Kraiss, Sommers-Spijkerman y Bohlmeijer, 2018). Destaca el metaanálisis de van Agteren et al. (2021) con una amplia muestra (419 estudios y 53.288 participantes), señalando que las intervenciones destinadas a incrementar el bienestar son eficaces, aunque con tamaños del efecto promedio moderados. Restringiendo los análisis a ensayos controlados aleatorizados, la eficacia de estas intervenciones es significativa en seguimientos de hasta seis meses (Bolier et al., 2013). Se ha demostrado su utilidad en personas expuestas a eventos como padecer y sobrevivir a problemas graves de salud física (Nikrahan et al., 2016; Van der Spek et al., 2017), aliviando el malestar emocional y facilitando el crecimiento postraumático (Ochoa et al., 2017; Cieslak et al., 2016).

Hay evidencia de que los eventos estresantes impactan el bienestar psicológico al reducir el deseo y el disfrute de actividades placenteras (Nawjin et al., 2015). Sin embargo, las intervenciones terapéuticas habituales tienen efectos relativamente pequeños en incrementar el bienestar de los pacientes con sintomatología postraumática (Berle et al., 2018) y debería considerarse como objetivo en programas de prevención pues es una expectativa de los propios consultantes en el ámbito de la depresión clínica (Demyttaneare et al., 2015).

El objetivo de esta investigación fue desarrollar e implementar, de manera piloto, un protocolo de intervención para la prevención de problemas de salud mental en personas expuestas a un evento estresante reciente (i.e., prevención indicada), basado en un enfoque *Cognitivo Conductual Positivo* (Bannick, 2013): una combinación de técnicas que desde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) (ej.: Foa, Keane y Friedman, 2000; Kliem y Kröger, 2013) y la Psicología Positiva (ej.: Chaves, López-Gomez, Hervas y Vazquez, 2019; Valiente et al., 2020) han mostrado utilidad en las intervenciones en este ámbito. La inclusión de técnicas derivadas de la psicología positiva apunta a la disminución del malestar, con estrategias basadas en las fortalezas personales (Rashid, 2015), que promuevan el crecimiento tras la adversidad y la satisfacción con la vida. Incluir componentes terapéuticos dirigidos a incrementar el bienestar es una necesidad creciente en las intervenciones (Vázquez, 2017). Por ejemplo, Windnall, Price, Trompeter y Dunn (2020), basándose en una amplia muestra de pacientes atendidos con TCC, en el conocido programa británico Improving Access to Psychological Therapy (IAPT) Services, han mostrado que las intervenciones estándar de TCC reducen significativamente síntomas de ansiedad y depresión, pero no incrementan el bienestar psicológico de los consultantes.

Otro objetivo novedoso del estudio es explorar las percepciones del programa de pacientes y terapeutas. Hasta donde sabemos, sólo dos estudios previos han evaluado la aceptabilidad de intervenciones clínicas positivas, ambas dirigidas a depresión clínica. López-Gómez et al. (2017) comprobaron que quienes se beneficiaron de un programa de intervención positiva tenían una mayor satisfacción global que las participantes en una intervención cognitivo conductual. Geschwind, Bosgraaf, Bannink y Peeters (2020), analizaron cualitativamente la satisfacción en participantes cuya terapia consistió en sesiones cognitivo-conductuales y cognitivo-conductuales positivas cuyo orden fue balanceado, encontrando que, a pesar del escepticismo inicial hacia la terapia positiva, los participantes mostraron preferencia hacia ella y sensación de rapidez en los cambios. Como han mostrado una serie de meta-análisis, identificar y tener en cuenta las preferencias de los consultantes es importante pues un acomodo de la terapia a dichas preferencias se asocia a un mejor resultado, menor abandono y una mejor alianza terapéutica (Swift, Callahan, Cooper y Parkin, 2018; Windle et al., 2019). Con estos antecedentes, se aborda la percepción y preferencias de consultantes y terapeutas, acerca de las técnicas utilizadas y su utilidad. Añadir información de tipo cualitativo permitirá avanzar en la comprensión de en qué personas puede ser efectiva una intervención de esta naturaleza (con estas técnicas).

MÉTODO

Diseño

El estudio sigue un diseño mixto, cualitativo-cuantitativo. Desde lo cualitativo, se utilizó un método fenomenológico, pues permite un mayor acercamiento a las percepciones y vivencias individuales (Fuster-Guillén, 2019). Desde lo cuantitativo, se realizó un estudio de caso intrasujeto de tipo A-B con medidas pre-intervención, post-intervención y seguimiento (Barlow y Hersen, 1988).

Participantes

Participaron cuatro usuarios y tres terapeutas. Los usuarios tenían entre 26 y 37 años y habían vivido un evento altamente estresante durante los últimos tres meses siendo derivados desde un centro de atención universitario. La paciente 1 (Y1) experimentó un accidente de coche, el paciente 2 (Y2) experimentó un accidente laboral, la paciente 3 (Y3) experimentó un quiebre familiar y la paciente 4 (Y4) experimentó una separación marital. Por su parte los terapeutas eran un psicólogo y dos psicólogas con experiencia en intervención clínica que participaron de una capacitación de ocho horas para la aplicación del protocolo con edades entre 27 y 30 años.

Instrumentos

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), creada por Radloff (1977) y cuyo uso en población chilena ha mostrado indicadores adecuados de validez (Gemp, Avendaño y Muñoz, 2004). Consta de 20 ítems, tomando en cuenta la última semana de quien conteste. Tiene un formato de respuesta tipo Likert que va desde 0 (rara vez) hasta 3 (la mayor parte del tiempo). En población chilena expuesta a un evento estresante mostró un alto nivel de consistencia interna con un $\alpha = 0,91$ (García, Cova, Páez y Miranda, 2018).

Escala de Satisfacción Vital (SWLS), creada por Diener, Emmers, Larsen y Griffin (1985), con uso en población de habla hispana y positivos indicadores de validez y consistencia interna ($\alpha = 0,81$) (Arias y García, 2018). Consta de cinco ítems tipo Likert, en rango de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo).

Escala SPRINT-E, de Connor y Davidson (2001) para evaluación de sintomatología postraumática. Leiva-Bianchi y Gallardo (2013) observaron adecuado comportamiento psicométrico en población chilena expuesta a un terremoto ($\alpha = 0,92$). Posee 12 preguntas que se responden en escala Likert de 0 (nada) a 3 (mucho).

Inventario de Crecimiento Postraumático, versión breve (PTGI-SF), de Cann et al. (2010) y validada en población chilena por García y Wlodarczyk (2015), con $\alpha = 0,94$. Compuesta de 10 ítems en escala Likert de seis alternativas, de 0 (ningún cambio) a 5 (cambio muy importante).

Session Rating Scale (SRS) de Duncan et al. (2003) para evaluación de la alianza terapéutica, que ha mostrado indicadores adecuados de validez en población chilena (Elgueta y Fantuzzi, 2008). Contiene cuatro ítems (vínculo, objetivos y temas de la terapia, enfoque del terapeuta e impresión global sobre la sesión). Posee afirmaciones polarizadas sobre cada uno de estos ítems que se ubican en los extremos de una línea debiendo

marcarse más cerca de una de las afirmaciones para indicar la evaluación. Se aplicó después de cada sesión y se recogió en un sobre sellado de modo que la respuesta no esté sesgada por la presencia del terapeuta.

Entrevista semiestructurada para indagar las percepciones de usuarios y terapeutas en relación con el protocolo tras finalizar la intervención. A los usuarios se les realizó una entrevista individual con preguntas como: “¿Qué tan útil fue esta intervención para usted?”. A los terapeutas se les realizó una entrevista grupal que incluía preguntas como: “¿Podrían describir en sus palabras cómo realizaron la aplicación del protocolo?”.

Intervención

El protocolo cognitivo conductual positivo fue construido basándose en las intervenciones que han demostrado efectividad para la prevención y/o tratamiento de sintomatología postraumática y depresiva desde estos enfoques (Chaves et al., 2019; Kliem y Kröger, 2013). La selección de las técnicas consideró número de sesiones, duración y diversidad de estresores que podrían enfrentar los usuarios. Considera cuatro sesiones, con una frecuencia semanal y una duración de 60 minutos por sesión, en formato individual. Las sesiones comparten una estructura común: comienzan con la revisión de las actividades asignadas a casa en sesión previa (salvo la primera), tras lo cual se introduce el tema de la sesión y se analiza y/o se lleva a cabo algún ejercicio *ad-hoc*. Se asignan actividades para casa que se facilitan mediante entrega de autorregistros y material de apoyo.

El programa considera los siguientes componentes: 1) Psicoeducación acerca de los sucesos potencialmente traumáticos (SPT) y sus consecuencias, incluyendo las distintas respuestas posibles a este tipo de sucesos, 2) Entrenamiento en relajación a través de respiración diafragmática, 3) Detección de aspectos positivos: Emociones positivas, fortalezas personales, ganancias y nuevas prioridades vitales, 4) Activación de redes de apoyo social a través de comunicación positiva con personas significativas, incluyendo expresión de gratitud, y 5) Prevención de recaídas. La tabla 1 presenta un resumen del programa de intervención.

Tabla 1. Programa de intervención cognitivo conductual positiva para la prevención de secuelas emocionales tras la vivencia de un suceso potencialmente traumático reciente

Sesión	Objetivos	Elementos terapéuticos	Actividad / Material
1: Comprensión de la experiencia y primer afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión y procesamiento emocional de la experiencia vivida • Afrontamiento 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Psicoeducación en reacciones normales en situaciones potencialmente traumáticas 2) Relajación a través de respiración diafragmática 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dúptico informativo “¿Qué me está ocurriendo?” 2) Pauta para entrenamiento en respiración diafragmática 3) Auto-registro de práctica de respiración

<p>2: De las emociones vividas a la detección de fortalezas personales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Generación de emociones positivas • Promoción del crecimiento postraumático • Afrontamiento 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Trabajo en emociones relacionadas con el acontecimiento vivido 2) Detección de fortalezas personales 3) Práctica de respiración 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Listado de fortalezas personales 2) Auto-registro de práctica de respiración 3) Auto-registro de práctica de fortalezas personales
<p>3: Importancia del apoyo social: nutrir las relaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Activación de redes de apoyo • Comunicación y gratitud • Afrontamiento 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Comunicación positiva en la red de apoyo social 2) Planificación de agradecimiento a persona significativa 3) Práctica de respiración 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Calendario “Planificando actividades de comunicación” 2) Auto-registro “Nutriendo mis relaciones”
<p>4: Ganancias y pérdidas tras el suceso y prevención de recaídas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reevaluación de la experiencia • Promoción del crecimiento postraumático • Afrontamiento • Prevención de recaídas 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Equilibrio entre ganancias y pérdidas tras del suceso potencialmente traumático 2) Práctica de respiración 3) Prevención de recaídas y transferencias de aprendizajes 	

Procedimiento

La selección de participantes fue a través de un muestreo por conveniencia. Los usuarios fueron derivados desde centros de atención psicológica universitaria, en la medida que cumplieran con los siguientes requisitos: ser mayor de edad, haber experimentado un evento estresante hace menos de tres meses y no estar recibiendo atención psicológica por el mismo motivo. El primer contacto se realizó vía telefónica o directamente se acudió a sus residencias, instancia en las que se explicó el objetivo del proyecto y en qué consistía su participación. Se invitó a revisar y firmar consentimiento informado y tras ello, se asignó uno de los terapeutas y se inició la intervención.

Los instrumentos de medida fueron aplicados una semana antes, una semana después y tres meses después de la intervención. Las entrevistas fueron realizadas dentro de la primera semana después de las intervenciones. Para las entrevistas se utilizó modalidad individual para los usuarios y grupal para terapeutas, que fueron grabadas en audio en su totalidad. Se realizaron, por ende, cuatro entrevistas individuales, una por usuario, con duración promedio de 32 minutos y una entrevista grupal para terapeutas de 68 minutos. Se utilizó un guión de entrevista semiestructurada, organizada en temáticas que permitían la introducción de preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información sobre temas deseados (Hernández y Mendoza, 2018). Posteriormente, se procedió a la transcripción de las entrevistas para llevar a cabo el análisis temático.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Santo Tomas, resolución N° 30/2018.

Análisis de datos

Los datos cualitativos fueron analizados a través de la técnica de análisis temático, que consistió principalmente en descomponer los textos en unidades de significado (González y Cano, 2010), las que posteriormente se agruparon según el principio de analogía. Este proceso se descompuso en los siguientes pasos: 1) se identificaron en los discursos las unidades de análisis, 2) se crearon categorías emergentes, 3) se elaboró un esquema de codificación, 4) se identificaron dimensiones y patrones en el discurso de usuarios y terapeutas, y 5) se continuó con el análisis de texto en la entrevista grupal y en las entrevistas individuales. Se utilizó el software del QSR International Nvivo 12 Qualitative Data Analysis Software (QSR International, 2018).

Para los datos cuantitativos se realizó un análisis descriptivo identificando medias y desviación estándar de las variables. Para la escala de alianza terapéutica se calculó la media de los ítems. Se utilizó el programa estadístico SPSS 21.0 (IBM Corp, 2011). No se realizaron análisis inferenciales dado el tamaño de la muestra.

RESULTADOS

Análisis cualitativo

Las temáticas identificadas que aparecieron de forma recurrente se agruparon en cuatro categorías: a) *utilidad* de la intervención, b) elementos *facilitadores* del proceso, c) elementos *obstaculizadores* del proceso, y d) *opinión general* en relación con expectativas de la intervención y sugerencias de la misma.

a) Opinión de usuarios y terapeutas en relación con la *utilidad* de la intervención

a1) Utilidad percibida acerca de las técnicas y actividades realizadas en las sesiones

En términos generales, los usuarios señalan que el material utilizado era preciso, la forma de trabajo con el terapeuta era didáctica y las pautas entregadas ayudaban a realizar las actividades: “de no haber sido por la pauta que ella me entregó me hubiese costado mucho, porque igual fue difícil buscar esas fortalezas” (Y3).

Terapeutas y usuarios indicaron que la psicoeducación fue útil para aclarar conceptos, observar su experiencia desde otro punto de vista y reconocer síntomas: “igual todos tenemos derecho a sentirnos mal por cualquier cosa, sin ser juzgados, pero a la vez igual me juzgué a mí misma, sentía que hay problemas mucho más graves, aunque igual con lo que salía en ese tríptico me hacía sentido” (Y4).

Los usuarios describieron positivamente la utilidad del ejercicio de respiración para disminuir la ansiedad: “Hacerlo recostado me sirvió mucho, sentía que lograba el objetivo, bajaba la ansiedad, me relajaba (...) y traté de hacerlo siempre en las tareas para la casa” (Y2). Los terapeutas también valoran el ejercicio de respiración,

pues los usuarios mostraban evidentes signos de relajación en sesión, facilitaba la conexión corporal y ayudaba a disminuir ansiedad: “Como ella tenía el hábito de fumar, empezó a incorporar en vez del cigarro el hacer el ejercicio de respiración (...) y con eso disminuyó el consumo de tabaco y logró volver a tranquilizarse” (T3).

Los usuarios manifiestan que la actividad sobre fortalezas fue útil para identificar aspectos positivos de sí mismos que no habían notado, generándoles emociones positivas y expandiendo su conocimiento respecto a sus recursos personales: “El terapeuta me preguntó qué fortalezas tienes tú, no tengo muchas, no tengo, y me hizo leer la lista y descubrí que tenía muchas, y me sentí contenta (...) porque estaba destrozada cuando llegué, entonces fue rico darme cuenta que igual puedo ver cosas buenas en mí, que no las veía” (Y4). Los terapeutas manifiestan que esta actividad marcó un punto de inflexión que se evidenció en la sesión siguiente en el discurso de los usuario/as, permitiéndoles ver otros aspectos de sí mismos y su vida distintos al motivo de consulta, que los movilizó a generar cambios: “Fue una sesión súper intensa porque empezaron a aparecer muchas cosas, y la persona se fue como ¡Guau, no sabía que tenía tantas cosas!, y de ahí empezó para arriba y cuando llegó la cuarta sesión dijo ‘mira, fui como subiendo y al final tuve como una semana perfecta’” (T1).

a2) Utilidad percibida acerca del trabajo personal en casa a través de tareas y autorregistros

En relación con la tarea de compartir el díptico con un tercero, se puede identificar en el usuario que el carácter de “tarea” junto con lo atractivo del material sirvió para tomarlo con mayor seriedad y cuidado: “era súper buena la forma que lo explicaba el díptico porque era hasta bonito, por así decirlo, y tenía que entregárselo a una persona significativa después, así que lo traté con cariño” (Y2).

En relación con la tarea de las fortalezas personales, terapeutas y usuarios la valoran positivamente: “Esa fue una tarea que a él le hizo mucho sentido (...), llegó súper contento a la sesión diciendo que no se había dado cuenta de cómo a diario utilizaba sus fortalezas” (T2). Una usuaria refiere que, al contar con la ayuda de su

familia en la realización de esta tarea, le fue más fácil hacerla: “Me ayudó mi esposo a hacerla, como que él veía más cosas de las que yo estaba viendo (...). Y en la casa, después de comer, tomaba la guía y empezaba ‘hoy día hiciste esto, te pasó esto’ y lo que yo hice fue transcribir lo que él veía en mí, fue más fácil” (Y3).

Respecto a la tarea de activación de redes, les permitió reconectarse con personas con las que habían estado alejados: “Sentí que fue súper enriquecedor, sobre todo con mi hermano; creo que lo sabía, pero no recordaba lo importante que era mi familia” (Y4). Los terapeutas señalaron que esta tarea permitió a las usuarias tomar un papel activo en su interacción con cercanos y reconectarse con situaciones que les generaban emociones positivas, abrirse a expresiones de cariño y sentirse apreciadas: “Me dijo que había sido, literalmente, una de las mejores semanas del año (...), se había permitido acercarse a mucha gente y le había hecho muy bien” (T1). Los terapeutas señalan que la tarea de gratitud permitió a los usuarios compartir una experiencia nueva con sus cercanos y permitirse expresar emociones: “Se permitió dar las gracias y decir te quiero, y no explotó el mundo; por ejemplo, al marido no le decía nunca que lo quería, pero siempre le decía gracias entonces fue una cosa distinta dentro de su relación” (T3). Los usuarios mencionan que realizar la tarea de gratitud fue extraño y difícil, pero les gustó, se sintieron realizados y la rescatan como una situación positiva: “Fue muy difícil porque yo no soy de demostrar cariño, yo jamás del ‘te quiero’, del beso, del abrazo, me costó hacerla, pero en sí me gustó, me sentía realizada y muchos se dieron cuenta en casa y también se empezaron a acercar a mí” (Y3).

Terapeutas y usuarios encuentran que los autorregistros son útiles para visualizar avances y como recordatorio de las actividades a realizar: “Que se pueda llevar esto en físico también da la sensación de que va avanzando” (T3); “Me fui dando cuenta (con los autorregistros) de las cosas que debía hacer, de los cambios internos” (Y3). Terapeutas y usuarios señalan que se realizaron casi todas las tareas e indicaciones dadas durante las semanas de trabajo independiente de dificultades o contratiempos, evidenciando la responsabilidad de los usuarios: “Cuando podía lo practicaba, de hecho, ella enseñó la técnica de respirar a otras personas cercanas” (T1).

b) Opinión de los usuarios en relación con los *elementos facilitadores* del proceso de intervención

b1) Facilitadores percibidos en relación con la forma de trabajo

Mencionar al inicio de cada sesión los objetivos de las actividades a desarrollar facilitó el proceso y la motivación de los usuarios: “Me pareció interesante porque era informativa, aclaraba siempre los objetivos, consideraba mis expectativas. (...) A mí me funciona bastante que me expliquen el objetivo de lo que estoy haciendo, trabajar al aire no va conmigo y con esa forma mantenía mi motivación” (Y2).

Se reconoce como una forma de trabajo distinta que el terapeuta devolviera la responsabilidad del proceso al usuario. También se menciona que utiliza un estilo de trabajo participativo y horizontal en la relación terapéutica, que facilita al usuario desenvolverse en terapia. “Yo creo que esa forma de realizar una intervención, una especie de trabajo en equipo, de igual a igual, de vamos los dos todo el rato (...) se siente que

es una intervención horizontal donde no hay alguien como ‘soy el terapeuta y tú eres el paciente’; desde un principio recalco mi responsabilidad en que la terapia funcionara, que yo tenía que hacer los ejercicios” (Y2).

b2) Facilitadores percibidos acerca de la relación terapéutica

Los usuarios reconocen la disponibilidad de terapeutas para responder sus consultas, su cercanía y calidez. Mencionan que otorgaban espacios para compartir visiones, daban devoluciones o síntesis que los hacían sentir escuchados, y eran capaces de manejar los tiempos sin mirar el reloj, lo que contribuiría a sentirse en una relación amena: “Me sentí cómoda en las sesiones (...). Mi terapeuta tiene eso de que si yo le explico algo y me enredo con mis ideas, él logra sintetizarlas de una forma genial, como que me dice ‘¡Ah!, tú lo que me estás diciendo es esto’, (...) entonces sentía que había empatía dentro de él” (Y4).

c) Opinión de usuarios y terapeutas en relación con los *elementos obstaculizadores de la intervención y protocolo*

c1) Obstaculizadores del proceso de terapia relacionados con tareas y registros

Como única dificultad, los terapeutas señalan que los usuarios no siempre realizaban las tareas o indicaciones para la semana con la frecuencia sugerida. Los usuarios expresan las razones de dichas dificultades: “Tenía que iniciar, mejorar la relación con cierta persona o decirles a las personas que anoté en la lista que eran importantes, pero era todo basado en el autorregistro, y me costaba mucho llenarlos” (Y2).

Los usuarios refieren que algunas de sus preferencias o características particulares dificultaban la realización de actividades que implicaban compartir con otros, ya que no tenían costumbre de contar sus cosas. “Yo tengo un problema, me cuesta mucho compartir lo mío; (...) todos sabían lo que estaba viviendo, pero nadie sabía qué era lo que pasaba, porque considero que el cambio tiene que ser solo mío y no tengo por qué hacer partícipe a los demás, a lo mejor puede ser egoísta de mi parte, pero lo necesitaba así” (Y3). También refieren dificultades para realizar el ejercicio de la respiración: “Me di cuenta de que yo, en lo personal, tengo un problema con la respiración. Estuve en terapias naturales, me hacían trabajos de respiración y no los aplicaba en la vida” (Y4).

d) Opinión general de usuarios y terapeutas en relación con *expectativas de la intervención y sugerencias a la misma*

d1) Expectativas respecto a la intervención

Los usuarios refieren asistir a la primera sesión con diferentes expectativas respecto a la efectividad de la terapia o al contenido trabajado: “mi expectativa no era mucha por el hecho de lo que uno siempre dice que los psicólogos... que conversar el problema mayormente no ayuda, pero logré darme cuenta que sí sirve, durante estas 4 sesiones me ayudó un montón, al final yo sabía cuál era mi solución pero necesitaba empuje, que alguien me apoyara para poder tomar las decisiones que tenía que tomar” (Y3).

En relación con experiencias previas en procesos psicoterapéuticos, dos usuarios refieren haber asistido a varios psicólogos, mientras que otros dos no lo habían hecho. Quienes tenían experiencia previa reportan sentirse bien

durante la intervención y señalan que fue una experiencia distinta a las anteriores: “Muchas terapias las había abandonado por lo mismo, porque ahí abordaron los problemas y en vez de salir aliviada siempre salía más cargada, pero esta vez no me pasó” (Y3). Los usuarios que no tenían experiencia previa refieren antes de la sesión no saber qué pasaría y encontrar la situación interesante. “Es primera vez que me atiendo con un psicólogo, no sabía de qué manera se trabajaba” (Y1).

d2) Sugerencias realizadas en relación con las actividades del protocolo

Respecto a la actividad con las fortalezas un usuario refiere que después de la lectura y la identificación de las fortalezas, éstas se podrían ejemplificar con experiencias concretas: “poner quizás más ejemplos (...), tal vez con un ejemplo real. De esa forma, de hecho, después del autorregistro yo lo comentaba ‘Lo apliqué en esta situación y me fue así, así y así’, pero era cuando ya estaba revisando el ejercicio, que era la sesión siguiente. Quizá hubiese sido mejor en la misma sesión o al principio de la aplicación de las fortalezas” (Y2).

Un terapeuta sugiere cambiar el formato a la actividad *Equilibrio entre ganancias y pérdidas* de la última sesión. Realizar el ejercicio en una pizarra para hacerlo más dinámico: “Yo quizás le cambiaría el formato, (...) esto de ganancias y pérdidas me hubiera resultado bastante más útil hacerlo en la pizarra y hacer más dinámica la exposición, no que la persona esté escribiendo, (pues eso) no permitía tanta interacción” (T1).

Análisis cuantitativo

Se realiza una evaluación de las cuatro variables dependientes del estudio, antes de la intervención, después de ella y en el seguimiento. Se observa una reducción de los síntomas depresivos y postraumáticos, y un aumento del crecimiento postraumático y satisfacción con la vida entre las evaluaciones pre y post. Luego se observa un leve aumento de los puntajes de sintomatología depresiva y postraumática al seguimiento. El crecimiento postraumático y la satisfacción con la vida retroceden en el seguimiento, aunque a valores más altos que pre intervención. En la evaluación de la alianza terapéutica, los puntajes de la SRS obtuvieron una media de 9,50 por sesión ($DE = 0,28$; rango = 1 a 10). Los resultados se observan en la tabla 2.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables de estudio en las evaluaciones pre, post y seguimiento.

Variables	Pre-intervención		Post-intervención		Seguimiento	
	M	DE	M	DE	M	DE
Síntomas Postraumáticos	19,25	13,05	7,25	6,85	9,25	14,08
Síntomas Depresivos	31,75	18,03	11,50	6,61	12,00	15,38
Crecimiento Postraumático	27,00	15,23	31,25	14,75	28,75	16,28
Satisfacción con la Vida	19,50	11,58	27,00	6,00	24,25	8,18

M = Media; DE = Desviación estándar

DISCUSIÓN

El programa de intervención cognitivo conductual positivo es satisfactorio y muestra buenos resultados en las variables incluidas a nivel cuantitativo, con una reducción de los síntomas depresivos y postraumáticos, y un aumento del crecimiento postraumático y satisfacción con la vida. En términos de alianza terapéutica, presenta excelentes indicadores con un puntaje cercano al máximo posible. No obstante, lo más enriquecedor de estos resultados surge del análisis cualitativo, lo que parece imprescindible para avanzar en la personalización de los tratamientos psicológicos (Swift et al., 2018).

En general, se aprecia una valoración positiva de las técnicas implementadas, material utilizado y actividades asignadas entre sesiones. Se destaca la forma de trabajo, claridad de objetivos, estructura de sesiones, responsabilidad personal de usuarios en los resultados y estilo del terapeuta (cercanía y calidez, fundamentalmente). Ello es concordante con los protocolos terapéuticos cognitivo-conductuales que destacan por su estructura, medida continuada de avances, papel activo de usuarios y asignación de tareas, lo que ha sido considerado en la elaboración de este protocolo de intervención, sumado a elementos de la psicología positiva. Merecen especial atención las percepciones de los usuarios del programa en relación con la importancia que atribuyen a las actividades en que deben vincularse con otras personas, ya sea porque ellas les ayudaron en la realización de tareas de manera no planificada (ej., búsqueda de fortalezas de consultante Y3), o bien, porque el programa contemplaba dicha interacción (compartir el díptico con alguien, activar redes a través de ejercicio de comunicación y muestras de gratitud). Los usuarios señalan lo importante que fue ese contacto y el cambio positivo que significó. Ello es acorde a lo planteado en términos de la importancia de familia y amigos como modelos positivos de afrontamiento y para superar el aislamiento que pueden producir los eventos estresantes, así como para reconectar a los consultantes con situaciones que generan emociones positivas y que permiten salir de la anhedonia propia de la sintomatología depresiva (ej.; Vazquez y Sanz, 2020). El papel de otros significativos parece de especial importancia en el avance terapéutico y sitúa la intervención en una perspectiva más contextual que trasciende el propio marco individualizado de la intervención.

Es interesante analizar lo que puede implicar como transferencia para familiares y/o amigos de los usuarios, en términos de aprendizajes que se irradian a otros. Se sabe poco de ello, pero hay estudios acerca de la transmisión o “contagio” del crecimiento postraumático en personas cercanas de enfermos de cáncer, lo que permitiría que las intervenciones puedan ayudar al consultante y a sus cercanos (Ochoa, Castejón y Sumalla, 2013).

El programa de intervención seleccionó solo algunos componentes entre la diversidad de herramientas de demostrada utilidad en intervenciones positivas (ej., Chaves et al., 2019; Rashid y Howes, 2016), centrándose en aspectos relacionales y en el trabajo con fortalezas psicológicas. La elección no es casual puesto que, en

primer lugar, el bajo apoyo social es un predictor de aparición de síntomas postraumáticos tras la exposición un estresor (Brewin, Andrews y Valentine, 2000) y es un ingrediente importante como foco terapéutico en estas circunstancias. En segundo lugar, el trabajo con fortalezas es de gran importancia pues son atributos considerados intrínsecamente positivos por los individuos, partes genuinas y centrales de sus vidas y existe una sustancial evidencia empírica de eficacia (Ruch et al., 2020). Analizando en detalle el ejercicio de gratitud, es interesante detenerse en la dificultad reportada por un usuario, a pesar de lo cual reporta satisfacción tras realizarlo. La gratitud es una experiencia universal, pero puede haber diferencias culturales en su expresión verbalmente o con gestos de reciprocidad (Floyd et al., 2018). Estas diferencias deben ser tenidas en cuenta al desarrollar intervenciones en contextos culturales diferentes pues hay evidencia de que el beneficio psicológico que se puede sacar de ejercicios de gratitud puede ser mayor, por ejemplo, en participantes norteamericanos con ascendentes anglo que con ascendentes asiáticos (Toepfer y Walker, 2009). Este tipo de ejercicios aumenta las emociones positivas en participantes angloamericanos, pero crea una mezcla de emociones positivas y negativas (ej.: nostalgia o culpa) en participantes de India (Titova, Wagstaff y Parks, 2017).

En términos de barreras y dificultades de la intervención, destacan la dificultad para realizar las tareas con la frecuencia sugerida. No obstante, hay literatura sobre el peso relativamente bajo de este tipo de actividades, con tamaños del efecto pequeños a medianos en la relación entre cumplimiento de tareas y resultados de las intervenciones (ej.: Mausbach et al., 2010). A pesar de ello, sería interesante mirar el impacto que las tareas tienen no sólo en el usuario sino en sus personas significativas y mantenerlas como parte integrante de los programas terapéuticos, a pesar de las dificultades de adherencia. Es posible que el uso de tecnologías (teléfono móvil) pueda ayudar a incrementar de modo natural el cumplimiento de ellas (ej.: Pfund et al., 2020).

Finalmente, destacar que los resultados aquí reportados apuntan a la necesidad de conocer las percepciones de usuarios y terapeutas para avanzar en la personalización de tratamientos o intervenciones preventivas. Sabiendo que el programa diseñado funciona de manera adecuada y que los participantes mostraron una alta satisfacción y aceptabilidad, como directrices de actuación futura se requieren estudios de efectividad, y con mayor variedad de participantes, y de ese modo analizar las características de las personas que se benefician más o menos con intervenciones de este tipo. Hay evidencia con procedimientos de clasificación de *machine learning*, de que, al menos en depresión, las intervenciones positivas son más efectivas que las cognitivo conductuales en personas con ciertas características como más síntomas de pensamientos negativos y más comorbilidad con otros problemas como trastornos de ansiedad (López-Gomez et al., 2019). Sin embargo, es posible que sean intervenciones inadecuadas para quienes sienten rechazo a trabajar con emociones o cogniciones positivas, o que tengan metacogniciones negativas sobre la naturaleza del bienestar o la felicidad (ideas de que es algo inalcanzable, volátil o inadecuado moralmente) (ej.: Ford et al., 2018).

A pesar de lo prometedor de esta intervención preventiva ante eventos estresantes, se requerirá más investigación para poder encontrar perfiles de predicción para asignar óptimamente diferentes modalidades de tratamiento y adecuarlo a variantes individuales y culturales. Asimismo, aunque hay indicios de que las intervenciones positivas en la población general son coste-efectivas económicamente (Schotanus-Dijkstra et al., 2018), conocer mejor cómo ajustar dichas intervenciones a necesidades y características de sus beneficiarios es una necesidad a la que, estudios como el presente, pueden ayudar a dar respuesta. Finalmente, se debe señalar que la cantidad de participantes del presente estudio limita la generalización de los resultados encontrados.

REFERENCIAS

- Agorastos, A., Marmar, C. R., y Otte, C. (2011). Immediate and early behavioral interventions for the prevention of acute and posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(6), 526-532. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32834cdde2>
- Antoine, P., Dauvier, B., Andreotti, E., y Congard, A. (2018). Individual differences in the effects of a positive psychology intervention: Applied psychology. *Personality and Individual Differences*, 122, 140-147. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.024>
- Arias, P., y 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>
- Bannink, F. (2013). Are you ready for positive cognitive behavioral therapy? *Happiness & Well-Being*, 1 (2), 61-69.
- Barlow, D., y Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Martínez Roca.
- Berle, D., Hilbrink, D., Russell-Williams, C., Kiely, R., Hardaker, L., Garwood, N., Gilchrist, A., y Steel, Z. (2018). Personal wellbeing in posttraumatic stress disorder (PTSD): association with PTSD symptoms during and following treatment. *BMC Psychology*, 6 (7), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0219-2>
- Bisson, J., Astill, L., Jones, K., Lewis, C., Phelps, A., Sijbrandij, M., Varker, T., y Roberts, N. (2021). Preventing the onset of post traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102004>
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., y 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>
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity of thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>

- Bonanno, G. A., Westphal, M. y Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 511–535. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>
- Brewin, C. R., Andrews, B., y 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), 748-766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Cann, A., Calhoun, L., Tedeschi, R., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K., y Danhauer, S. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23 (2), 127-137. <https://doi.org/10.1080/10615800903094273>
- Cieslak, R., Benight, C. C., Rogala, A., Smoktunowicz, E., Kowalska, M., Zukowska, K., y Luszczynska, A. (2016). Effects of Internet based self-efficacy intervention on secondary traumatic stress and secondary posttraumatic growth among health and human services professionals exposed to indirect trauma. *Frontiers in Psychology*, 7, 1009, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01009>
- Chakhssi, F., Kraiss, J.T., Sommers-Spijkerman, M. y Bohlmeijer, E. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 18, 211. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2>
- Chaves, C., López-Gomez, I., Hervas, G., y Vazquez, C. (2019). The integrative positive psychological intervention for depression (IPPI-D). *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 49 (3), 177–185. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9412-0>
- Connor, K. y Davidson, J. (2001). SPRINT: A brief global assessment of post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 16 (5), 279-284. <https://doi.org/10.1097/00004850-200109000-00005>
- Demyttenaere, K., Donneau, A.-F., Albert, A., Anseau, M., Constant, E., y van Heeringen, K. (2015). What is important in being cured from depression? Discordance between physicians and patients (1). *Journal of Affective Disorders*, 174, 390–396. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.004>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Duncan, B., Miller, S., Sparks, J., Claud, D. Reynolds, L., Brown, J. y Johnson, L. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3 (1), 3-12.
- Elgueta, P. y Fantuzzi, F. (2008). *Traducción y validación chilena de la encuesta de sesión (SRS)*. (Master thesis). Universidad Gabriela Mistral, Santiago, Chile.

- Floyd, S., Rossi, G., Baranova, J., Blythe, J., Dingemans, M., Kendrick, K. H., Zinken, J., y Enfield, N. J. (2018). Universals and cultural diversity in the expression of gratitude. *Royal Society Open Science*, 5 (5). <https://doi.org/10.1098/rsos.180391>
- Foa, E. B., Keane, T. M., y Friedman, M. J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (4), 539-588. <https://doi.org/10.1023/a:1007802031411>
- Ford, B. Q., Lwi, S. J., Gentzler, A. L., Hankin, B., y Mauss, I. B. (2018). The cost of believing emotions are uncontrollable: Youths' beliefs about emotion predict emotion regulation and depressive symptoms. *Journal of Experimental Psychology: General*, 147 (8), 1170–1190. <https://doi.org/10.1037/xge0000396>
- Forbes, D., Creamer, M., Phelps, A., Bryant, R., McFarlane, A., Devilly, G. J., Matthews, L., Raphael, B., Doran, C., Merlin, T., y 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>
- Fuster-Guillen, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y representaciones*, 7(1), 201-229. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- García, F., Cova, F., Páez, D., y Miranda, F. (2018). Brooding as moderator of depressive symptoms after a work accident: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59 (2), 236-242. <https://doi.org/10.1111/sjop.12433>
- García, F. y Rincón, P. (2011). Prevención de sintomatología postraumática en mujeres con cáncer de mama: un modelo de intervención narrativo. *Terapia Psicológica*, 29 (2), 175-183. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000200004>
- García, F. y Włodarczyk, A. (2015). 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>
- Gempp, R., Avendaño, C., y Muñoz, K. (2004). Normas y punto de corte para la escala de depresión del centro para estudios epidemiológicos (CES-D) en población juvenil chilena. *Terapia Psicológica*, 22 (2), 145-156.
- Geschwind, N., Bosgraaf, E., Bannink, F., y Peeters, F. (2020). Positivity pays off: Clients' perspectives on positive compared with traditional cognitive behavioral therapy for depression. *Psychotherapy*, 57 (3), 366–378. <https://doi.org/10.1037/pst0000288>
- González, T., y 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.
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill.
- IBM Corp (2011). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0*. Armonk, NY: IBM corp.

- Kliem, S., y Kröger, C. (2013). Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Behaviour Research and Therapy*, 51 (11), 753-761. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.08.005>
- Leiva-Bianchi, M. y Gallardo, I. (2013). Validation of the short posttraumatic stress disorder rating interview (SPRINT-E) in a sample of people affected by F-27 Chilean earthquake and tsunami. *Anales de Psicología*, 29 (2), 328-334. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.2.130681>
- López-Gomez, I., Chaves, C., Hervas, G., y Vazquez, C. (2017). Comparing the acceptability of a positive psychology intervention versus a cognitive behavioural therapy for clinical depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, July, 1–11. <https://doi.org/10.1002/cpp.2129>
- López-Gomez, I., Lorenzo-Luaces, L., Chaves, C., Hervas, G., DeRubeis, R. J., y Vazquez, C. (2019). Predicting optimal interventions for clinical depression: Moderators of outcomes in a positive psychological intervention vs. cognitive-behavioral therapy. *General Hospital Psychiatry*, 61, 104–110. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.07.004>
- Mausbach, B. T., Moore, R., Roesch, S., Cardenas, V., & Patterson, T. L. (2010). The relationship between homework compliance and therapy outcomes: An updated meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 34 (5), 429–438. <https://doi.org/10.1007/s10608-010-9297-z>
- Nawijn, L., van Zuiden, M., Frijling, J. L., Koch, S. B. J., Veltman, D. J., y Olf, M. (2015). Reward functioning in PTSD: A systematic review exploring the mechanisms underlying anhedonia. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 51, 189–204. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.01.019>
- Nikrahan, G., Suarez, L., Asgari, K., Beach, S., Celano, C., Kalantari, M., Abedi, M., Etesampour, A., Abbas, R., y Huffman, J. (2016). Positive psychology interventions for patients with heart disease: A preliminary randomized trial. *Psychosomatics*, 57, 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2016.03.003>
- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., y Borràs, J. M. (2017). Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17 (1), 28-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.09.002>
- Ochoa, C., Castejón, V. y Sumalla, E. (2013). Posttraumatic growth in cancer survivors and their significant others: vicarious or secondary growth? *Terapia Psicológica*, 31 (1), 81-92. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082013000100008>
- Pfund, R. A., Whelan, J. P., Meyers, A. W., Peter, S. C., Ward, K. D., y Horn, T. L. (2020). The use of a smartphone application to complete therapeutic homework in cognitive-behavioral therapy for gambling disorder: A pilot study of acceptability and feasibility. *Journal of Technology in Behavioral Science*, 5 (2), 156–163. <https://doi.org/10.1007/s41347-019-00123-9>
- QSR International (2018). *Nvivo 12 qualitative data analysis software*. QSR International.

- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1 (3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 10 (1), 25–40. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.920411>
- Rashid, T., y Howes, R. N. (2016). Positive Psychotherapy. En *The Wiley Handbook of Positive Clinical Psychology* (pp. 321–347). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118468197.ch22>
- Ruch, W., Niemiec, R. M., Mcgrath, R. E., Gander, F., Proyer, R. T., Ruch, W., Niemiec, R. M., Mcgrath, R. E., y Gander, F. (2020). Character strengths-based interventions : Open questions and ideas for future research. *The Journal of Positive Psychology*, 00(00), 1–5. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1789700>
- Saeedi, B., Khoshnood, Z., Dehghan, M., Abazari, F., y 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
- Schotanus-Dijkstra, M., Drossaert, C. H. C., Pieterse, M. E., Walburg, J. A., Bohlmeijer, E. T., y Smit, F. (2018). Towards sustainable mental health promotion: Trial-based health-economic evaluation of a positive psychology intervention versus usual care. *BMC Psychiatry*, 18 (1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1825-5>
- Suzuki, M., Furihata, R., Konno, C., Kaneita, Y., Ohida, T., y Uchiyama, M. (2018). Stressful events and coping strategies associated with symptoms of depression: A Japanese general population survey. *Journal of Affective Disorders*, 238, 482-488. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.024>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., y 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>
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., y Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge.
- Temple, J. B. (2018). The association between stressful events and food insecurity: Cross-sectional evidence from Australia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (11), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112333>
- Titova, L., Wagstaff, A. E., y Parks, A. C. (2017). Disentangling the effects of gratitude and optimism: A cross-cultural investigation. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 48 (5), 754–770. <https://doi.org/10.1177/0022022117699278>

- Toepfer, S. M., y Walker, K. (2009). Letters of gratitude: Improving well-being through expressive writing. *Journal of Writing Research*, 1 (3), 181–198. <https://doi.org/10.17239/jowr-2009.01.03.1>
- van Agteren, J., Iasiello, M., Lo, L., Bartholomaeus, J., Kopsaftis, Z., Carey, M., y Kyrios, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions to improve mental wellbeing. *Nature Human Behaviour*. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01093-w>
- Van der Spek, N., Vos, J., van Uden-Kraan, C. F., Breitbart, W., Cuijpers, P., Holtmaat, K., y Verdonck-de Leeuw, I. M. (2017). Efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 47 (11), 1990-2001. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000447>
- Valiente, C., Espinosa, R., Contreras, A., Trucharte, A., Duque, A., Nieto, J., Lozano, B., y Chaves, C. (2020). Cultivating well-being beyond symptomatology in a clinical sample with paranoid tendencies; the feasibility, acceptability and possible benefit of a group intervention. *The Journal of Positive Psychology*, 15 (4), 455–466. <https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1627400>
- Vazquez, C. (2017). What does positivity add to psychopathology? An introduction to the special issue on ‘Positive Emotions and Cognitions in Clinical Psychology.’ *Cognitive Therapy and Research*, 41 (3), 325–334. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9847-8>
- Vázquez, C., y Sanz, J. (2020). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Vol. 2, 2ª ed. (pp. 233-269). McGraw Hill.
- Windle, E., Tee, H., Sabitova, A., Jovanovic, N., Priebe, S., y 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>
- Widnall, E., Price, A., Trompetter, H., y Dunn, B. D. (2020). Routine cognitive behavioural therapy for anxiety and depression is more effective at repairing symptoms of psychopathology than enhancing wellbeing. *Cognitive Therapy and Research*, 44 (1), 28–39. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10041-y>

RECIBIDO: 24/01/22

ENTREGADO: 7/02/22

NO EXISTEN CONFLICTOS DE INTERÉS