

Post-traumatic stress disorder from a cognitive behavioral perspective

El trastorno por estrés postraumático desde una mirada cognitivo conductual

El-Mosri Faridy Pureco^a | Rodríguez-Orozco Alain R. ^b | Santander-Ramírez Azucena^c

^a Instituto de Posgrado en Psicoterapia Cognitivo Conductual. Morelia, México.

^b Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez". Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, México. Instituto de Posgrado en Psicoterapia Cognitivo Conductual. Morelia, México.

^c Instituto de Posgrado en Psicoterapia Cognitivo Conductual. Morelia, México.

Correspondence

Alain R. Rodríguez Orozco. Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez". Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Av. Dr. Rafael Carrillo S/N, Esq. Dr. Salvador González Herrejón Bosque, Cuauhtémoc, C.P. 58020, Morelia, México.

 alain.rodriguez@umich.mx

Abstract

Introduction: The increasing violence experienced in Mexico and the numerous losses caused by the current Covid 19 pandemic have led to an increase in patients with post-traumatic stress.

Objective: To know the characteristics of post-traumatic stress disorder from a cognitive behavioral perspective and synthesize information on effective intervention techniques for psychotherapy in these patients.

Methods: Intervention and theoretical studies carried out in Spain and Latin America in the period 2013-2020 were reviewed in the Medline, Lilacs and Scopus databases and in the Pubmed and scholar google search engines. The key words used in Spanish and English were "post-traumatic stress disorder, cognitive behavioral techniques in post-traumatic stress disorder, cognitive distortions in post-traumatic stress disorder, cognitive behavioral intervention in post-traumatic stress disorder".

Results: An updated review is proposed and cognitive-behavioral techniques that have been useful in the treatment of patients with post-traumatic stress disorder are pointed out.

Conclusions: The use of cognitive and behavioral techniques in the treatment of Post-traumatic stress disorder favors the reduction of dysfunctional thoughts associated with trauma and maladaptive behaviors. These techniques have been shown to be effective in the treatment of patients with post-traumatic stress.

Keywords: *Post-traumatic stress disorder, cognitive behavioral therapy, maladaptive thinking, cognitive techniques, behavioral techniques.*

Resumen

Introducción: La violencia en aumento que se vive en México y las numerosas pérdidas ocasionadas por la actual pandemia de COVID-19 han propiciado el aumento de pacientes con estrés postraumático. **Objetivo:** Conocer las características del Trastorno por Estrés Postraumático desde una perspectiva cognitivo conductual y sintetizar información sobre las técnicas de intervención eficaces para la psicoterapia de estos pacientes.

Métodos: Se revisaron los estudios de intervención y teóricos realizados en España e Hispanoamérica en el periodo 2006-2020 en las bases de datos Medline, Lilacs y Scopus y en los buscadores Pubmed y Scholar google. Las palabras clave que se usaron en español e inglés fueron "trastorno por estrés postraumático, técnicas cognitivo conductuales en el trastorno por estrés postraumático, distorsiones cognitivas en el trastorno por estrés postraumático, intervención cognitivo conductual en trastorno por estrés postraumático".

Resultados: Se hizo una revisión sintetizada del TEPT desde la perspectiva cognitivo conductual con énfasis en las técnicas cognitivo-conductuales que han resultado útiles en el tratamiento de estos pacientes.

Conclusión: El uso de técnicas cognitivas y conductuales en el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático favorece la disminución de pensamientos disfuncionales asociados al trauma y conductas desadaptativas. Estas técnicas han demostrado ser eficaces en el tratamiento de pacientes con estrés postraumático.

Palabras clave: *Trastorno por estrés postraumático, terapia cognitivo conductual, pensamiento desadaptativo, técnicas cognitivas, técnicas conductuales.*



Introducción

El Trastorno por Estrés Postraumático es un problema de salud que es más frecuente en quienes viven en condiciones de violencia e inseguridad, también luego de sufrirse pérdidas como las que se están padeciendo con la pandemia ocasionada por el COVID-19. Existirán por consecuencia reacciones de estrés y ansiedad que repercuten en quienes viven en dicha comunidad. Dicho problema puede generar a largo plazo un conjunto de reacciones fisiológicas y conductuales que perjudiquen la salud mental de quien lo padece.

Es por ello fundamental el tratamiento oportuno para quienes han sido afectados directa e indirectamente por algún hecho traumático, con la intención de prevenir a futuro alteraciones que repercuten de manera considerable. El enfoque cognitivo conductual ha demostrado una alta eficacia en el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), ya que son objeto de estudio de dicho enfoque los pensamientos distorsionados y las conductas disfuncionales. Sin embargo, existe mucho material disperso acerca del uso de la Terapia Cognitivo Conductual en pacientes con Trastorno por Estrés Postraumático por lo cual esta revisión se hizo con el objetivo de ofrecer una actualización del estado del arte en el tema manifestaciones cognitivas y conductuales en pacientes con Trastorno por Estrés Postraumático y su tratamiento desde el enfoque cognitivo conductual.

El Trastorno por Estrés Postraumático

El término estrés postraumático fue introducido en el DSM-III en el año 1980, como trastorno¹. Sin embargo, el estudio de la sintomatología que lo caracteriza comenzó mucho antes, con el análisis de las conductas de ex combatientes de guerra. Se ha señalado que el 68% de los mexicanos han estado expuestos a un suceso estresante por lo menos una vez en su vida, siendo el 2.3% mujeres y el 0.49% los hombres quienes presentaron un Trastorno por Estrés Postraumático².

El TEPT es el único trastorno de ansiedad que posee una variable etiológica demostrada, es decir, que el trastorno se define a partir de la respuesta de una persona ante un acontecimiento específico³. La aparición del TEPT surge de la exposición a un factor estresante. Las características psicológicas y biológicas de una persona son factores determinantes para el desarrollo del trastorno por estrés postraumático, así como los elementos de la experiencia traumática tales como la duración, la exposición del paciente al acontecimiento, así como las circunstancias en las que se dio⁴.

Tomando como referencia el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5; en el Trastorno por Estrés Postraumático, se considera la presencia de una exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una o más de las formas siguientes: Haber tenido experiencia directa con el suceso traumático, la presencia directa del suceso ocurrido a otros y/o haber tenido conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo⁵.

El CIE 10 explica que el TEPT “surge como una respuesta tardía o diferida a una situación o acontecimiento estresante de una naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí misma un malestar generalizado en casi cualquier persona”⁶.

Permiten identificar el TEPT de acuerdo con el CIE 10 la presencia de recuerdos o flashbacks, sueños o pesadillas, sensación de aturdimiento, falta de respuesta al entorno, anhedonia y evitación de situaciones que sean evocadoras del trauma. En cuanto a las reacciones vegetativas aparece la hipervigilancia, sobresalto e insomnio y es común la presencia de síntomas depresivos y ansiosos⁶.

Algunos factores que influyen el riesgo de sufrir TEPT, se resumen en la Figura 1.

Figura 1. Factores que influyen el desarrollo del TEPT¹

Pretraumáticos	Peritraumáticos	Postratumáticos
<ul style="list-style-type: none"> · Ser mujer (mayor propensión a sufrir violencia física o sexual). · Ser adulto joven menor a 25 años. · Haber experimentado un trauma infantil. · Dificultades económicas, orfandad, exposición previa a traumas como accidentes, abuso, maltrato, violación. 	<ul style="list-style-type: none"> · La severidad del trauma. · A mayor magnitud, mayor posibilidad de desarrollar TEPT. 	<ul style="list-style-type: none"> · Una carencia en el apoyo social y familiar. · El desarrollo de un trastorno de estrés agudo.

Por otra parte, se han señalado tres categorías de síntomas que aparecen en el trastorno, que son: recuerdos invasivos, síntomas de evitación y de falta de sensibilidad e hiperactivación fisiológica⁸ y otras tres características distintivas: reviviscencia del hecho traumático, evitación de estímulo traumático y activación fisiológica elevada⁹.

Manifestaciones cognitivas y conductuales en el Trastorno por Estrés Postraumático

Cuando un paciente no expresa el acontecimiento y se desconecta mentalmente del mismo, tiende a inhibir sus reacciones emocionales y por lo tanto existe más riesgo de desarrollar TEPT. Es por ello que algunas de las técnicas cognitivas utilizadas en el Tratamiento Cognitivo Conductual van encaminadas a procesar esta situación y reestructurar cognitivamente aquellos pensamientos desadaptativos propiciados por el evento.

En pacientes con Trastorno por Estrés Postraumático existen una serie de distorsiones cognitivas que generan que la víctima modifique la visión que tiene del mundo lo que ocasiona que aparezca dificultad para confiar en otros, temor constante sobre su seguridad personal y baja autoestima⁸, y existe un procesamiento disfuncional por parte del paciente, que propicia que se interprete la situación como una amenaza que continúa presente y el trauma genera conflictos cognitivos que traen consigo pensamientos intrusivos, pesadillas, activación y evitación¹¹.

También, el miedo patológico ocasiona que un paciente “califique de peligrosos a estímulos benignos debido a asociaciones e interpretaciones equivocadas, por lo que no logra aprender información correctiva”¹⁰. Así el miedo favorece la relación con estímulos del evento y da un significado o interpretación del suceso. Las creencias que el paciente tenía antes del evento traumático se modifican a partir del mismo, lo que genera el desarrollo de una nueva idea del mundo que le rodea¹⁰. Por lo tanto, el paciente recurre a dos modificaciones cognitivas propias del Trastorno por Estrés Postraumático. La primera de ellas, es “alterar la interpretación de la experiencia para que encaje con su sistema de creencias y la segunda es cambiar radicalmente su sistema de creencias de una manera desadaptativa”¹⁰. Es decir, el paciente modificará la percepción que tiene de la situación traumática para evitar la disonancia cognitiva. La culpa tiende a estar presente en las cogniciones, las ideas relacionadas con la supervivencia, las acciones previas al trauma y la conducta durante el suceso pueden ser cogniciones erróneas¹¹.

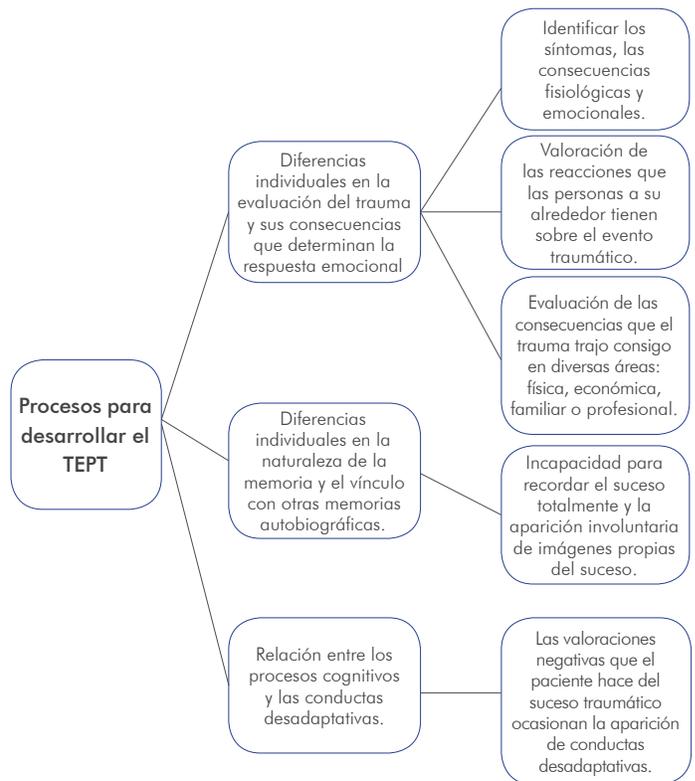
Tomando como referencia el modelo de procesamiento emocional se ha sugerido que la estructura patológica del miedo se alimenta de la evitación conductual y cognitiva que la persona hace frente a estímulos tanto percibidos como autogenerados y son asociados al peligro no real o desproporcionado, generando en la persona miedo y un comportamiento de

evitación. Otra característica que mantiene el miedo son los sesgos en la codificación, interpretación y recuperación de la información que recibe, lo que impide al paciente disponer de nueva información que debilite la estructura del miedo³.

En el TEPT ocurre una asociación entre los recuerdos del trauma y la creencia de que la persona está expuesta al peligro y es incapaz de hacerle frente. Es frecuente encontrar también una narrativa desorganizada acerca del trauma².

La teoría cognitiva (Figura 2) explica que existen una serie de procesos por las cuales el paciente puede desarrollar el trastorno por estrés postraumático.

Figura 2. Procesos para desarrollar el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)².



A partir de la teoría del aprendizaje, se ha utilizado al condicionamiento clásico para explicar el desarrollo de los síntomas del TEPT en el cual el trauma es el estímulo incondicionado (EI) que provoca un temor que es la respuesta incondicionada (RI). Por lo tanto, el trauma se asocia con el recuerdo convirtiéndose en un estímulo condicionado

(EC) y provoca un temor que se convierte en la respuesta condicionada. Por consiguiente, aquellos estímulos asociados con el recuerdo traumático, generarán un temor extremo⁸. Los pacientes con TEPT suelen evitar objetos y situaciones que se relacionen con el evento, manteniendo así una serie de miedos que pueden permanecer por meses e incluso años¹⁰.

Tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático desde el enfoque cognitivo conductual

El enfoque cognitivo conductual ha demostrado una alta eficacia en el tratamiento del TEPT, ya que son objeto de estudio de dicho enfoque los pensamientos distorsionados y las conductas de evitación. Por ejemplo, la Terapia Cognitivo Conductual centrada en el trauma fue una intervención eficaz que demostró buenos resultados en la disminución significativa de los síntomas en un estudio que se realizó con víctimas de atentados terroristas que sufrían del Trastorno por Estrés Postraumático¹³.

El objetivo de la evaluación de pensamientos entre el paciente y el terapeuta es reconocer los errores de pensamiento en el paciente. La entrevista clínica, será una de las vías para identificar los pensamientos erróneos del paciente. La Tabla 1. muestra las distorsiones cognitivas más frecuentes en pacientes con TEPT.

Tabla 1. Distorsiones cognitivas más frecuentes en el Trastorno por Estrés Postraumático¹²

Distorsión cognitiva	
Inferencia arbitraria	Magnificación
Catastrofismo	Leer la mente
Descalificación de lo positivo	Minimización
Pensamiento dicotómico	Sobregeneralización
Razonamiento emocional	Deberías
Adivinación	Personalización
Etiquetado	Abstracción selectiva

Se han descrito tres estrategias básicas en la Terapia Cognitivo Conductual aplicables en pacientes con TEPT, que consisten en la reestructuración cognitiva de los pensamientos que generan ansiedad y temor, entrenamiento en técnicas de relajación y tareas de exposición ante las preocupaciones que manifiesta el paciente⁷.

En la Terapia Cognitivo Conductual se considera fundamental enseñar al paciente a identificar sus errores cognitivos con el

fin de recabar la información para formular el caso y a su vez involucrarlo en el proceso de reestructuración cognitiva³. La reestructuración cognitiva pretende una psicoeducación sobre los pensamientos que aumentan el problema, lograr una comprobación de dichos pensamientos, así como llevar a cabo nuevos comportamientos que pongan a prueba tales pensamientos. El uso de biblioterapia también es útil en el tratamiento para que el paciente lleve a cabo técnicas auto-dirigidas.

Existe una sugerencia de tratamiento multidimensional que consta de cinco componentes: "el primero de ellos la reestructuración cognitiva, seguido de la relajación muscular progresiva, la exposición cognitiva o control de la preocupación, la prevención de respuesta y por último el afrontamiento de problemas"⁸.

Otra intervención útil que se aborda desde el enfoque cognitivo conductual son las habilidades de solución de problemas. Esta se compone de cuatro pasos: 1) definir el problema, 2) generar soluciones alternativas, 3) tomar una decisión y 4) llevarla a la práctica y evaluar la solución⁸. Por otra parte, la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, forma parte de las terapias cognitivas y también ha demostrado eficacia en el tratamiento de diversos trastornos, ayuda al paciente a pensar de forma más racional (científica, clara y flexiblemente); sentir de forma más apropiada; y actuar funcionalmente (de manera eficaz e inalterable), de cara a conseguir sus metas de vivir más tiempo¹⁴.

La Terapia Racional Emotiva (TRE) defiende que la forma funcional de discutir las creencias irracionales de las personas es a través de técnicas emotivas y conductuales. Los métodos para trabajar el área emotiva están basados en técnicas experienciales, como ejemplo los ejercicios de ataque de la vergüenza, role playing, aceptación incondicional por parte del terapeuta, entre otros¹⁵.

Técnicas cognitivas y conductuales para el tratamiento de pacientes con TEPT

La cognición es un elemento que está presente entre la situación y el afecto, lo que ocasiona que surja el sentimiento de ansiedad. Es decir, ante una situación provocadora, aparece un pensamiento o valoración ansiosa que trae por consecuencia un sentimiento o reacción de ansiedad³. El objetivo de las intervenciones cognitivas es la modificación del paciente sobre la perspectiva de peligro y vulnerabilidad. Dichos autores proponen varios objetivos de intervención cognitiva para la ansiedad: cambiar el foco

de la amenaza, la atención dirigida a las valoraciones y creencias, la modificación de la amenaza, la vulnerabilidad, las valoraciones y las creencias sesgadas, normalizar el miedo y la ansiedad, fortalecer la eficacia personal, propiciar el enfoque adaptativo hacia la seguridad³.

Se sugiere que con las intervenciones cognitivas conductuales para el tratamiento de pacientes con TEPT se enfatice la importancia en que el paciente identifique sus procesos de ansiedad y los pensamientos de preocupación para desarrollar habilidades de afrontamiento y que se aprenda a aplicar técnicas de relajación y estrategias de afrontamiento⁸. Un aspecto fundamental para la intervención cognitiva son las creencias que conforman la triada cognitiva, es decir, los pensamientos que el paciente tiene de sí mismo, del mundo y del futuro. Se considera que la triada cognitiva de la ansiedad es la visión de uno mismo como vulnerable, la visión del mundo como amenazante y la visión del futuro como incontrollable¹².

En el TEPT se incrementan los sesgos cognitivos atencionales; esto ocasiona que se preste más atención a los estímulos potencialmente amenazantes o a interpretar como amenazantes algunas situaciones neutras, motivo por el cual trae nuevos acontecimientos y sean interpretados a futuro como catastróficos¹⁶. Para determinar si el temor del paciente está basado en un problema real pueden hacerse interrogantes encaminadas a conocer si existe alguna evidencia que determine que su preocupación se debe a un algún problema existente. A su vez, si surge alguna preocupación por un problema real o existente se puede recurrir a hacer preguntas encaminadas a la solución de problemas y cómo en el pasado ha podido afrontar algo parecido.

La Figura 3 muestra las técnicas cognitivas en las que se ha acumulado experiencias en el tratamiento del TEPT y la Figura 4 muestra las técnicas conductuales para abordar el Trastorno por Estrés Postraumático.

Figura 3. Técnicas cognitivas en el tratamiento del TEPT.

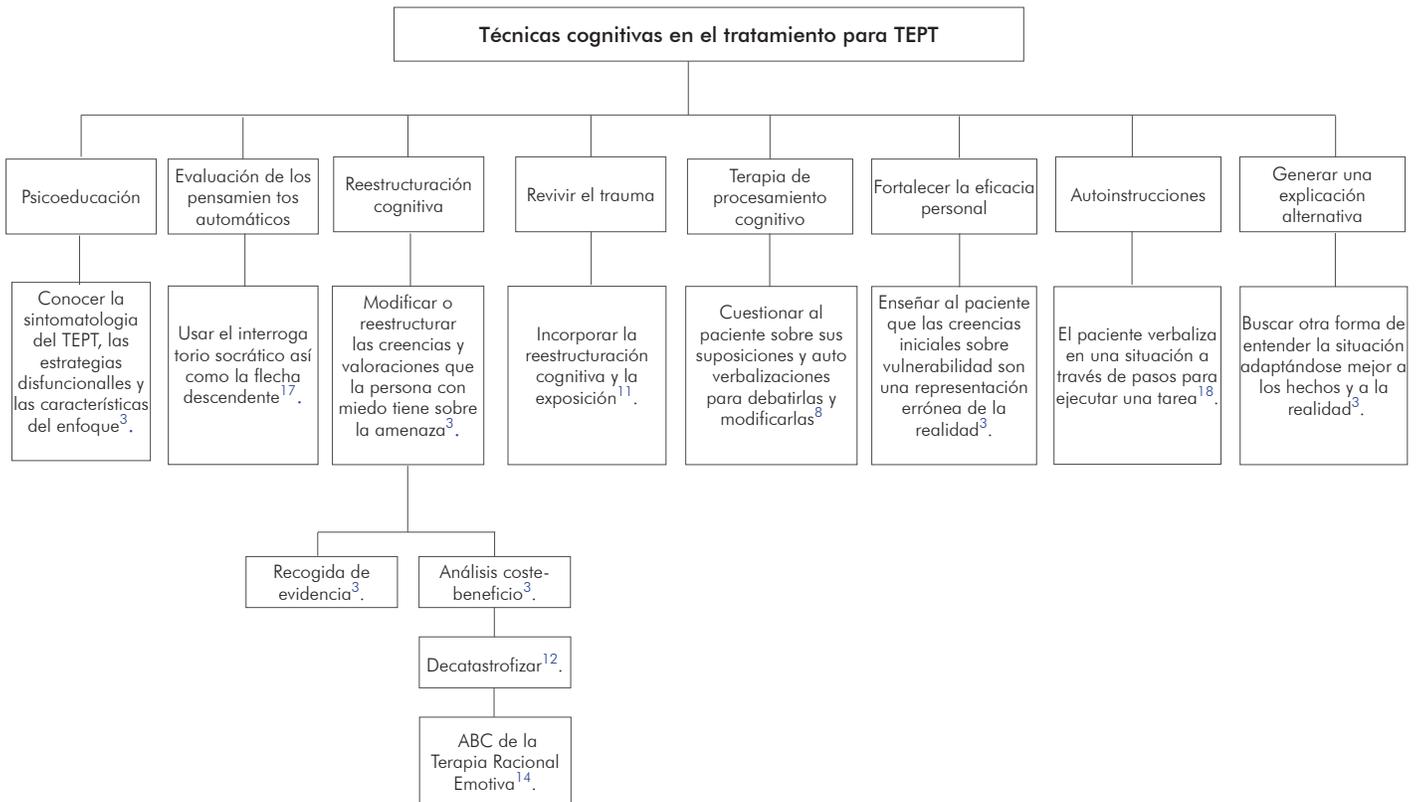
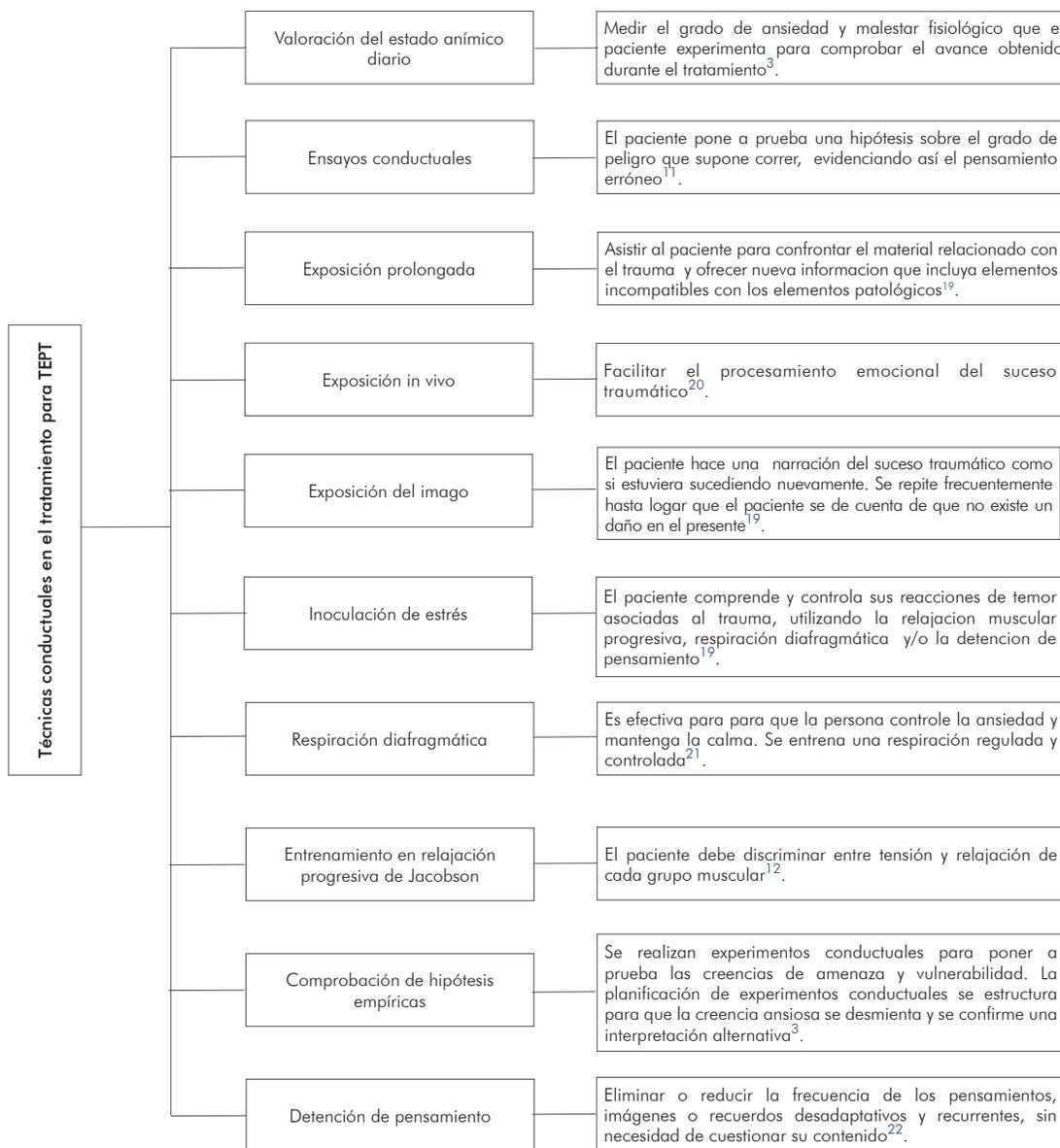


Figura 4. Técnicas conductuales para abordar el Trastorno por Estrés Postraumático



Diversos estudios han mostrado la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en el abordaje del TEPT.

En un caso de violación infantil donde se aplicó un tratamiento cognitivo conductual se señala que la psicoeducación y las técnicas de relajación fueron utilizadas con éxito²³. Con el uso de la psicoeducación se logró motivar a la menor y a la familia para disminuir los síntomas evitativos y favorecer el uso de algunas técnicas que se utilizarían posteriormente. A través de las técnicas de relajación disminuyó la activación

fisiológica en la menor y facilitó el uso de la desensibilización sistemática dentro del proceso psicoterapéutico. En otra investigación realizada para abordar el TEPT con un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica, se llevó a cabo una intervención cognitivo conductual considerando la aplicación de las técnicas de psicoeducación, control de la respiración diafragmática, reevaluación cognitiva y terapia de exposición y se obtuvo como resultado que las mujeres que recibieron el tratamiento lograron reducir los niveles de sintomatología del

TEPT a diferencia del grupo control. También se encontró una reducción en los síntomas de re experimentación, evitación e hiperactivación²⁴.

Por otra parte, se realizó una intervención grupal cognitivo conductual con sujetos excombatientes, miembros de las Fuerzas Armadas en Colombia donde se aplicaron las técnicas de respiración diafragmática, técnicas de exposición, reestructuración cognitiva y técnica de solución de problemas principalmente. Con este grupo de intervenciones se consiguió una disminución en los síntomas y en la severidad del Trastorno por Estrés Postraumático y de la depresión, siendo este último un trastorno comórbido. Aunado a esto, la modalidad grupal de la intervención facilitó el procesamiento del evento traumático, la normalización de las reacciones así como el fortalecimiento de redes de apoyo²⁵.

Conclusión

A lo largo de esta revisión se identificaron las características cognitivo-conductuales que permiten distinguir a pacientes con TEPT y sintetizar las técnicas cognitivas y conductuales que han mostrado mejores resultados en el tratamiento de estos enfermos con un enfoque cognitivo conductual. Se lograron identificar las técnicas cuyo objetivo va encaminado a la identificación de pensamientos disfuncionales y a modificarlos por pensamientos adaptativos. En relación a las técnicas conductuales, se detectaron las estrategias que permiten trabajar con la evitación y lograr la disminución de los síntomas somáticos y afectivos propios del Trastorno por Estrés Postraumático.

Referencias

- Cía A. La ansiedad y sus trastornos. 2ª ed. Buenos Aires, Argentina: Ed. Polemos; 2007.
- Guzmán-Sescosse M., Padrós-Blázquez F, García-Campos T. Laca-Arocena F. Modelos cognitivo conductuales del trastorno por estrés postraumático. Uaricha. Revista de Psicología. 2014; 11(25):35-55. https://www.researchgate.net/profile/Mario_Guzman9/publication/292116768_Modelos_cognitivo_conductuales_del_trastorno_por_estres_postraumatico_Cognitive-behavioral_models_of_posttraumatic_stress_disorder/links/56a8f3dc08aea8dbc7049154.pdf.
- Clark D., Beck A. Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad. Bilbao, España: Desclée de Brouwer; 2012.
- Campos, M. R. Trastorno de estrés postraumático. Rev Med Costa Rica y Centroamérica. 2016; 73(619):233-240. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162h.pdf>.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Barcelona, España: Masson; 2014.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10. Madrid, España: Médica Panamericana; 2000: 121-122.
- Cía A. La ansiedad y sus trastornos. 2ª ed. Buenos Aires, Argentina: Ed. Polemos; 2007.
- Caballo V. Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. 2ª ed. Madrid, España: Siglo XXI; 2007: 220.
- Eifert G., Forsyth J. La Terapia de Aceptación y Compromiso para trastornos de ansiedad. 2ª ed. Bilbao, España: Mensajero; 2018.
- Zayfert C., Black C. Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático. México, Manual Moderno; 2008: 20-22.
- Nezu A., Nezu C., Lombardo, E. Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales. México: Manual Moderno; 2006.
- Ruiz A., Díaz I., Villalobos A. Manual de Intervención Cognitivo Conductuales. Bilbao, España: Desclée de Brouwer; 2012.
- Gesteira C., García-Vera M. P., Sanz J. Porque el Tiempo no lo Cura Todo: Eficacia de la Terapia Cognitivo-conductual Centrada en el Trauma para el Estrés postraumático a muy Largo Plazo en Víctimas de Terrorismo. Clínica y Salud. 2018; 29(1):9-13. DOI: <https://doi.org/10.5093/clysa2018a3>
- Dryden W., Ellis A. Práctica de la terapia racional emotiva. Bilbao, España: Desclée de Brouwer; 1989.
- Ellis A., Grieger R. Manual de Terapia Racional Emotiva. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.1990.
- Carro D., Sanz B. R. Cognición y creencias metacognitivas en el trastorno de ansiedad generalizada a la luz de un caso clínico; 2015 Clínica y Salud, 26(3):159-166. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.003>.
- Beck, J. Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización. 2ª ed.; Barcelona, España: Gedisa. 2006.
- Labrador F. Técnicas de modificación de conducta. Madrid, España: Pirámide. (2008).
- García C. B. Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos. Universitas psychologica. 2005; 4(2): 205-219. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64740208>.
- Gómez, A. H. Aplicación de la terapia cognitivo-conductual con componentes de clarificación de valores y activación conductual en un caso de trastorno de estrés postraumático. Análisis y modificación de conducta. 2018; 44(169):11-35. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6463437>.
- Martínez G. L., Olvera V. G., Villarreal R. E. Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en adultos mayores. Rev Enfer IMSS. 2018; 26(2): 99-104.http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/viewFile/396/831.
- Labrador F. J., Alonso E. Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. Rev Psicopatol Psicol Clin. 2007; 12(2):117-130. DOI: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.2.2007.4038>
- Guerra C., Plaza H. Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil. Rev Psicol. 2009; 18(1):103-129. DOI: 10.5354/0719-0581.2009.17130.
- Labrador F. J., del Rocío Fernández-Velasco M., Rincón P. P. Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. Inter J Clin Health Psychol. 2006; 6(3), 527-547.<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760302>.
- García C. B. Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos. Universitas psychologica. 2005; 4(2):205-19. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64740208>.

Artículo sin conflicto de interés

© Archivos de Neurociencias