



## Estrategias de intervención frente al estrés postraumático

David Puchol Esparza

Psicólogo

Especialización en Psicología Clínica y de la Salud

Universidad de Valencia

Valencia, España



 Ver perfil del autor

Fecha publicación: 09/noviembre/2001

Para citar este artículo:

---

Puchol Esparza, D. (2001, 09 de noviembre). Estrategias de intervención frente al estrés postraumático. *Revista Psicología Científica.com*, 3(8). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-108-1-estrategias-de-intervencion-frente-al-estres-postraumatico.html>

---

### RESUMEN

El presente trabajo pretende ofrecer una visión global e integradora de las distintas opciones terapéuticas de las que se dispone en la actualidad, tanto a nivel psicoterapéutico como farmacológico, para el tratamiento de los pacientes que presentan un trastorno por estrés postraumático.

Se presentan los aspectos básicos de los tratamientos más utilizados e incluye la descripción de los enfoques psicoeducativos, la terapia cognitivo-conductual, la hipnosis clínica, la terapia de grupo / grupos de apoyo, la terapia familiar, el enfoque psicodinámico, las terapias psicodinámicas, los tratamientos farmacológicos y las terapias alternativas / holísticas / naturales.

Se destaca la necesidad, ante un trastorno por definición tan complejo y multidimensional, de abordar una intervención a múltiples niveles, tanto individual como socialmente e integrando, cuando las circunstancias así lo requieran las intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas.

**Palabras clave:** Estrés Postraumático, Enfoque psicoeducativo, Terapia cognitivo conductual, Hipnosis, Terapia psicodinámica, Terapia grupo, Psicofarmacología, Terapia familiar, Terapias alternativas.

### Introducción

Muchas técnicas y estrategias, a menudo de enfoques teóricos contrapuestos, se han utilizado y siguen siendo utilizadas en el abordaje terapéutico del trastorno por estrés postraumático.

En mi opinión, ninguna estrategia, considerada de forma aislada puede ser etiquetada como superior al resto en cuanto a su efectividad para todo tipo de pacientes o bajo todo tipo de circunstancias.

Parece evidente que la elección de una técnica sobre otra dependerá en buena medida de la propia formación teórica y práctica del profesional de la salud mental. En todo caso, y reconociendo la multidimensionalidad y complejidad del trastorno, parece aconsejable en la mayoría de las ocasiones optar por un enfoque ecléctico,

adaptable a las circunstancias del paciente en la medida de lo posible.

A continuación se presenta una breve revisión de algunas de las modalidades terapéuticas más comúnmente utilizadas en la actualidad.

### **Enfoque psicoeducativo**

El enfoque psicoeducativo implica promocionar al paciente/familia información básica sobre su enfermedad, síntomas básicos y diversas estrategias de afrontamiento.

Esta primera categoría de tratamientos incluye compartir información básica con el sujeto, a través de libros, artículos y otros documentos de interés que permita adquirir al paciente nociones esenciales de conceptos relacionados con el trastorno como conocimientos de psicofisiología, introducción al concepto de respuesta de estrés, conocimientos jurídicos básicos relacionados con el problema (como por ejemplo en casos de violación/delinuencia), etc.

A nivel familiar incluye la enseñanza de estrategias de afrontamiento y habilidades de solución de problemas para facilitar la relación con la persona afectada por el trastorno.

Este enfoque psicoeducativo, a nivel familiar, parece reducir considerablemente las sensaciones de estrés, confusión y ansiedad que suelen producirse dentro de la estructura familiar y que pueden llegar a desestructurarla, ayudando de manera significativa en la recuperación del paciente.

En todo caso, me parece importante destacar la necesidad de un enfoque colaborativo, donde tanto paciente como terapeuta compartan información relevante, en una y otra dirección, facilitando de esta manera el proceso terapéutico.

### **Terapia cognitivo - conductual**

Surgida a partir de la segunda guerra mundial, originariamente bajo el concepto de codificación de la conducta, se fundamentaba en sus primeros orígenes en técnicas de naturaleza básicamente conductista, basados en los trabajos de Paulov y Skinner.

Posteriormente con la incorporación de los trabajos de autores como Bandura y más recientemente Ellis, Beck, Meichenbaum o Cautela, la codificación de la conducta ha ido "asimilando" a su repertorio de técnicas de intervención las estrategias y procedimientos de la Psicología cognitiva, basada en la modificación de patrones de pensamiento distorsionado y el entrenamiento en habilidades de solución de problemas, manejo de ansiedad e inoculación de estrés.

Tanto por el número de estrategias eficaces de intervención disponibles como por la propia naturaleza multidimensional del trastorno, el enfoque cognitivo-conductual parece especialmente adecuado en el abordaje psicoterapéutico de este tipo de trastornos.

A continuación se presenta, de forma esquemática, las técnicas de intervención potenciales, desde una perspectiva cognitivo-conductual:

### **Técnicas de relajación / control activac. emocional**

- La relajación progresiva de Jacobson.
- El entrenamiento autógeno.
- La meditación.
- Técnicas de respiración.
- Técnicas de Biofeedback.

### **Desensibilización sistemática, Técnicas de exposición e inundación y Técnicas operantes**

*Procedimientos operantes básicos:*

- Reforzamiento positivo.
- Reforzamiento negativo.

- Castigo positivo.
- Castigo negativo.
- Extinción.

*Técnicas operantes desarrollar y mantener conductas:*

- Moldeamiento.
- Desvanecimiento.
- Encadenamiento.

*Técnicas para reducir y eliminar conductas:*

- Reforzamiento diferencial.
- Coste de respuesta.
- Tiempo fuera.
- Saciación.
- Sobrecorrección.

*Sistemas de Organización de Contingencias:*

- Economía de fichas.
- Contratos de contingencias.

**Técnicas de condicionamiento encubierto y Técnicas de autocontrol**

*Técnicas de Planificación ambiental:*

- Control de estímulos.
- Contratos de contingencias.
- Entrenamiento empleo respuestas alternativas.

*Técnicas de programación conductual:*

- Autorrefuerzo.
- Autocastigo.

*Técnicas para facilitar cambio de conducta:*

- Autoobservación
- Autorregistro
- Tareas terapéuticas entre sesiones

**Técnicas aversivas y Técnicas de modelado**

**Técnicas de reestructuración cognitiva**

- Terapia Racional-Emotiva de Ellis.
- Terapia Cognitiva de Beck.
- Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum.
- Reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried.

**Técnicas de habilidades de enfrentamiento**

- Inoculación de Estrés de Meichenbaum.
- Entrenamiento manejo de ansiedad de Suinn y Richardson.

- Desensibilización de autocontrol de Goldfried.
- Modelado encubierto de Cautela.

### **Técnicas de resolución de problemas**

- Terapia Resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried
- Tec.resoluc.problemas interpersonales de Spivack y Shure

### **Hipnosis Clínica**

Dejando aparte posibles recelos que entre ciertos sectores de la comunidad científica levanta el concepto de hipnosis (acrecentada por la imagen pública que de ella se tiene), lo cierto es que las estrategias hipnóticas, aplicadas por un profesional con la debida cualificación y en conjunción con otras técnicas de intervención, han mostrado un potencial terapéutico relevante en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático.

En la fase inicial de la intervención, la hipnosis puede ser especialmente eficaz para estabilizar al paciente, proporcionándole estrategias de autocontrol emocional y manejo del estrés / control de activación, ayudándole a través del aprendizaje de sencillas técnicas de auto-hipnosis a generalizar las habilidades adquiridas en la consulta a su vida cotidiana.

En el estado hipnótico es un momento especialmente adecuado para proporcionar sugerencias hipnóticas y posthipnóticas que incrementen su autoestima y su sensación de seguridad/control, facilite el afrontamiento de los recuerdos mas dolorosos y permita combatir síntomas comunes asociados con el PTSD como el insomnio, agresividad/ira, la excesiva activación emocional o la ansiedad generalizada.

Este incremento del autocontrol emocional del paciente a través de la hipnosis como estrategia de control del estrés permitirá al paciente beneficiarse de otras estrategias de intervención posteriores.

En una segunda fase, varias técnicas pueden ser utilizadas para la integración y resolución de los recuerdos traumáticos. En este contexto el paciente puede aprender a modular la distancia cognitiva y emocional hacia el evento traumático y los recuerdos asociados.

Por otro lado, la hipnosis puede servir como estrategia para poder acceder a recuerdos dolorosos y traumáticos que pueden estar influyendo en el estado presente del sujeto y de los que , en ocasiones, no es consciente o han sido reprimidos.

Técnicas imaginativas, proyectivas y de reestructuración cognitiva pueden ser especialmente útiles en este proceso.

Finalmente, los objetivos terapéuticos se dirigirían a la consecución de una integración funcional y adaptativa de las experiencias traumáticas en la vida del paciente y la adquisición de nuevas técnicas de afrontamiento.

Estrategias como los ensayos encubiertos o la potenciación del propio autoconcepto irían encaminados en esta dirección.

La hipnosis clínica, en mi opinión, constituye una estrategia terapéutica potencialmente eficaz, fácilmente compatible con otras técnicas de intervención y que no debería ser excluida a priori por desconocimiento, prejuicios o falta de formación especializada.

### **Terapias Psicodinámicas**

La escuela dinámica, que subraya la importancia de los pensamientos, los sentimientos y la historia pasada del cliente, así como la necesidad de descubrir nuestro propio interior para cambiar la personalidad, ha surgido de la teoríapsicoanalítica de Freud.

Aunque son hoy relativamente pocos los partidarios del análisis clásico, la filosofía Freudiana sigue siendo compartida , en mayor o menor medida, por toda una serie de escuelas terapéuticas englobadas bajo el concepto de terapias psicodinámicas.

Las terapias psicodinámicas se centran en los conflictos emocionales causados por el evento traumático, particularmente los relacionados con experiencias tempranas.

A través de la expresión de las diversas emociones y pensamientos asociados al evento, en un ambiente empático y seguro, el paciente adquiere una mayor sensación de seguridad y autoestima, desarrolla maneras efectivas de pensar y de afrontar la experiencia traumática y las intensas emociones asociadas que emergen durante el proceso terapéutico.

El objetivo es incrementar la conciencia ("insight") de los conflictos intrapersonales y su resolución. El paciente es guiado hacia el desarrollo de una autoestima reforzada, mayor autocontrol y una nueva visión de su integridad personal y autoconfianza.

El psicoanálisis más tradicional implica diversas sesiones semanales, de entre 45 y 50 minutos durante períodos de entre 2 y 7 años

Es precisamente esta larga duración lo que ha provocado que a la luz de la formulación original se hayan originado diversas variaciones del método original, de duración más limitada.

La psicoterapia psicodinámica breve, por ejemplo, comprende entre una y dos sesiones semanales durante un promedio de entre 12 y 20 sesiones.

En definitiva, el terapeuta psicodinámico pretende un cambio de largo alcance. Busca reestructurar la personalidad básica cambiando la forma en que una persona contempla la vida y reacciona ante ella, ayudando a las personas a desarrollar una visión adecuada de sí mismas y a tomar conciencia de las poderosas fuerzas psicológicas enterradas profundamente en su inconsciente.

### **Terapias grupo / grupos autoayuda - apoyo social**

La terapia de grupo es un opción terapéutica efectiva en la medida que permite al paciente compartir sus recuerdos traumáticos en un ambiente de seguridad, cohesión y empatía proporcionada por los otros pacientes y el propio terapeuta.

Compartir la propia experiencia y afrontar directamente la ira, ansiedad y culpa a menudo asociados a los recuerdos traumáticos permite a muchos pacientes afrontar de forma eficaz sus recuerdos, sus emociones e integrarlos de forma adaptativa en su vida cotidiana.

A pesar de que existen una gran variedad de aproximaciones grupales al tratamiento del trauma en general la terapia de grupo pretende alcanzar los siguiente objetivos terapéuticos:

- Estabilizar las reacciones, tanto a nivel físico como psíquico, frente a la experiencia traumática.
- Explorar, compartir y afrontar emociones y percepciones
- Aprender estrategias efectivas de afrontamiento ante el estrés

En cuanto a los grupos de autoayuda / apoyo para los pacientes y las familias con enfermedades mentales, afortunadamente van haciéndose progresivamente más comunes.

Aún en el caso de que no se encuentren dirigidos por profesionales de la salud mental, su valor terapéutico. es indudable en la medida que proporcionan a los miembros del mismo un apoyo emocional considerable.

Compartir experiencias, éxitos, fracasos, información y recursos son algunas de las posibilidades que ofrecen estos grupos.

El hecho de unirse permite, además, una mayor efectividad en la lucha por erradicar los estigmas que aún permanecen en la sociedad sobre las personas con problemas psicológicos

### **Tratamiento farmacológico**

Probablemente la siguiente cita del Dr.Friedman extraída de un reciente artículo sobre la aproximación psicofarmacológica al tratamiento del trastorno por estrés postraumático resume bastante bien algunos de los desafíos a los que es preciso enfrentarse en este momento:

*"Existen muchos retos para escribir un artículo sobre la farmacoterapia del trastorno por estrés postraumático (PTSD). El problema más obvio es que la literatura publicada sobre ensayos clínicos es demasiado escasa e inconsistente para que cualquiera pueda hacer recomendaciones de fiar. Segundo, lo que nosotros entendemos actualmente sobre la psicobiología del PTSD es tan complicado que es difícil predecir que clases de fármacos pueden tener la expectativa de mejorar y qué grupo de síntomas. Tercero seleccionar el mejor fármaco implica tener en cuenta la realidad clínica que el paciente con PTSD usualmente exhibe con un espectro de diagnóstico comorbido (por ejemplo depresión, ansiedad, trastornos de ansiedad, y dependencia o abuso de agentes químicos). A pesar de estas muchas consideraciones, los psiquiatras deben sumergirse en el mar de las incertezas actuales y tomar las decisiones más inteligentes que puedan sobre qué drogas o qué fármacos prescribir a sus pacientes con PTSD."*

La terapia farmacológica actual puede reducir la ansiedad, depresión e insomnio a menudo asociados al propio trastorno por estrés postraumático, y en algunos casos puede ayudar a aliviar el estrés y el bloqueo emocional asociado a los recuerdos de la experiencia traumática.

Diversos tipos de drogas antidepresivas han demostrado su eficacia en algunos ensayos clínicos y otros tipos de sustancias han mostrado resultados prometedores.

Ahora bien, hasta este momento, ninguna droga en particular ha emergido como el tratamiento definitivo y suficiente por sí mismo para tratar eficazmente el amplio espectro de sintomatología asociada al trastorno por estrés postraumático.

El tratamiento farmacológico del estrés postraumático indica que diferentes medicaciones pueden afectar a los múltiples síntomas presentes en el PTSD.

Por ejemplo, Clonidine ha demostrado reducir los síntomas de hiperactivación.

Propranolol, Clonazepam, y Alprazolam parecen regular la ansiedad y los ataques de pánico.

Fluoxetine puede reducir las conductas de evitación y la depresión puede ser tratada a través de antidepresivos tricíclicos y SSRI. (Vargas & Davidson, 1993).

Como concluye el propio Dr.Friedman:

*"Sin embargo los pacientes necesitan el tratamiento hoy mismo. No pueden esperar a que toda la investigación esté completa. Para resumir, lo que recomiendo es comenzar con un agente antiadrenérgico. Si los síntomas persisten, como suele ocurrir, después de una valoración óptima, el fármaco siguiente a recetar es un SSRI. Si en los pacientes aparece insomnio y/o agitación, como suele ocurrir, la elección siguiente es añadir trazadona a la hora de acostarse. Si todavía siguen dándose síntomas clínicos significativos, después de una prueba de 8-10 semanas de duración del SSRI en su dosis óptima, es el momento de recomenzar"*

Es importante destacar que la farmacoterapia por sí misma como única estrategia de intervención es raramente suficiente para provocar una remisión completa de los problemas asociados al trastorno del estrés postraumático. (Vargas & Davidson, 1993).

Si bien la medicación, por sí sola, no parece probable que se constituya como herramienta única, si aparece como claramente útil para el alivio sintomático del trastorno, de forma que posibilite al paciente beneficiarse de otras estrategias de intervención posteriores, como la psicoterapia.

## **Terapia familiar**

La terapia familiar es similar a la terapia de grupo en el medida que su foco de interés fundamental es la interacción entre las personas, sin embargo difiere en algunos aspectos importantes.

En primer lugar, un grupo no tiene un pasado, una historia o un futuro común. En cambio, la familia si los tiene y es en buena medida el factor determinante del éxito en la terapia.

En segundo lugar, el rol del terapeuta familiar, en la mayoría de los casos, es más directivo. El terapeuta de grupo suele actuar más como un facilitador de procesos y dinamizador del grupo.

Pero quizás la diferencia más importante sea que el objetivo final del terapeuta familiar sea la de fortalecer al

grupo en sí mismo, a la vez que a sus miembros individuales, mientras que la meta de la terapia de grupo es que el propio grupo se autodisuelva cuando sus miembros individuales hayan resuelto sus conflictos.

Generalmente este tipo de terapia es utilizada como complemento necesario a otras estrategias terapéuticas más directamente asociados con la sintomatología del trastorno por estrés postraumático, no siendo considerada como una estrategia suficiente, por sí misma, para un tratamiento eficaz del trastorno.

Las estrategias terapéuticas abarcan una variedad de objetivos, desde los más ambiciosos que tratan de intervenir sobre la familia en su conjunto, desde una perspectiva sistémica y global, hasta los más centrados en ofrecer estrategias, información y pautas de actuación concretas a los miembros de la familia de paciente para que lo apoyen durante el proceso terapéutico, potenciando la comunicación entre las familias y reduciendo posibles focos de tensión.

### **Terapias alternativas / holísticas / naturales**

Bajo este concepto, por definición amplio y global y que despierta no pocos recelos entre algunos sectores, se esconden todo un conjunto de métodos, técnicas, filosofías y procedimientos con mayor o menor apoyo científico y que pueden ser utilizados, en solitario o en conjunción con otras estrategias, para el tratamiento de los problemas asociados al trastorno por estrés postraumático.

A continuación se presenta una breve definición de algunas de las más comunes:

- *Acupuntura*: Método terapéutico milenario, y parte integrante de la medicina tradicional china, basada en el uso de agujas para prevenir y tratar las enfermedades, estimulando los "canales energéticos" del cuerpo.

- *Aromaterapia*: Sistema amplio de masajes a través de aceites naturales adaptados a fines específicos. Los aceites esenciales utilizados son destilados aromáticos extraídos de las plantas medicinales que concentran sus principales virtudes.

- *Ejercicio físico*: El uso de la actividad física para mantenerse en forma, liberar tensión y mejorar el estado de ánimo.

- *EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)*: Es un relativamente nuevo enfoque psicoterapéutico, desarrollado por la psicóloga norteamericana FRANCINE SHAPIRO, que combina elementos de la terapia de exposición, terapia cognitivo-conductual y determinados patrones de movimiento ocular y sonidos que generan una alteración del foco de atención, lo que facilitaría, en teoría, el acceso y procesamiento de los recuerdos traumáticos.

- *Herboterapia*: Uso de plantas y extractos vegetales para el tratamiento de trastornos específicos a partir de sus propiedades medicinales y/o nutritivas.

- *Homeopatía*: Término derivado de dos vocablos griegos HOMEOS (similar) y PATHOS (sufrimiento). Usa remedios preparados a partir de sustancias que se presentan en la naturaleza para tratar a toda la persona, estimulando la tendencia del cuerpo a curarse por sí mismo. Utiliza dosis muy concretas de sustancias que en masivas dosis producen efectos similares a aquellos producidos por la enfermedad a tratar.

- *Masaje*: Técnica manual dirigida fundamentalmente a la liberación de la tensión en los músculos.

- *Medicina holística*: El objetivo es tratar a la persona en su "globalidad". Se parte de la premisa de que mente, cuerpo y espíritu están íntimamente unidos y deben ser tratados "conjuntamente". Se utilizan diversas estrategias de tratamiento alternativas/naturales como la meditación, yoga, plegarias, ciertas combinaciones dietéticas, vitaminas, minerales hierbas y otros suplementos dietéticos/naturales evitando aproximaciones tradicionales basadas en el uso de fármacos.

- *Naturopatía*: Enfatiza la "curación natural" y emplea tratamientos naturales tales como dietas específicas, masajes, hidroterapia, ejercicios y asesoramiento.

- *Programación Neurolingüística*: Modelo psicoterapéutico, desarrollado en la década de los 70 a partir de los trabajos de RICHARD BANDLER Y JOHN GRINDER y fundamentado en el estudio de la estructura de la experiencia subjetiva. Ha desarrollado numerosos procedimientos específicos para el trabajo con los traumas basados en técnicas de carácter imaginativo/encubierto.

- *Reflexología*: Un tipo de masaje, focalizado en "desbloquear" las 7.200 terminaciones nerviosas concentradas en

los pies, con el objetivo de estimular los propios procesos curativos del cuerpo, y alcanzar un "estado equilibrado". Usado para el tratamiento de afecciones específicas y sentimientos generales de malestar.

- *Remedios florales de Bach*: Se preparan con flores de hierbas silvestres, arbustos y árboles. Suelen utilizarse para dosificar al humor del individuo y su estado mental, puesto que se sabe que el miedo, la aprehensión y la preocupación suelen interferir con los procesos curativos del cuerpo.

- *Shiatsu*: Un enfoque, basado en el masaje, dirigido a corregir el flujo de la energía del cuerpo, a través de un tratamiento de contacto corporal. En japonés, "shiatsu" significa «presión con los dedos», una presión que sustituye a las agujas de acupuntura en la estimulación de los canales energéticos.

- *Tai chi*: Sistema tradicional chino basado en un movimiento físico suave, que permite al individuo canalizar su energía, su fuerza y su poder de modo más positivo.

- *Tratamiento nutricional (dietética)*: Se centra en mejorar el estado de ánimo a través de unos buenos hábitos dietéticos y una suplementación específica de determinados nutrientes (vitaminas, minerales, sustancias naturales.....etc....)

- *Yoga*: Antiguo sistema de posturas corporales, control de respiración y prácticas de meditación que fomentan el bienestar general y el equilibrio interior.

## Conclusiones

Se ha afirmado que el estrés postraumático puede representar "una de las más severas e incapacitantes formas de estrés humano conocido" (Everly, 1995, p. 7)

Afortunadamente, el estrés traumático y sus consecuencias continúan ganando reconocimiento y la investigaciones recientes son abundantes en este campo, si bien más trabajo de investigación debe ser realizado para alcanzar los resultados de efectividad deseados.

Tratamientos potencialmente útiles para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático están disponibles, tanto a nivel psicoterapéutico como farmacológico.

Los psicofármacos pueden ser utilizados como complemento necesario a la psicoterapia, especialmente en el tratamiento de los síntomas asociados al PTSD como la ansiedad generalizada, el incremento de la activación, los episodios depresivos o el insomnio.

La psicoterapia individual ayuda a restablecer el equilibrio emocional del paciente, incrementando su sensación de seguridad y control y afrontando de forma efectiva el impacto de los sucesos traumáticos del pasado sobre el funcionamiento diario del sujeto.

El apoyo social y familiar, en la mayoría de las ocasiones se constituye en un factor esencial para el total restablecimiento del paciente, por lo que la terapia familiar y el apoyo social son ingredientes necesarios en el proceso terapéutico.

La detección y reconocimiento del estrés asociado a situaciones traumáticas es el primer paso para el individuo en su camino para su total recuperación e integración social.

El tratamiento a través de profesionales con la debida cualificación y experiencia se constituye como el factor crucial, junto a la propia actitud y predisposición del paciente, para ayudar a las víctimas a afrontar la tragedia y continuar con su vida de forma satisfactoria.

## Referencias

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: APA

Amutio Careaga, A. (1999): *Teoría y práctica de la relajación. Un nuevo sistema de entrenamiento*. Barcelona: Martínez Roca.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). New York: Guilford. *Cognitive therapy of depression*.

Brown & Fromm. (1986). *Hypnoanalysis and hypnotherapy Hillsdale*. NY: Lawrence Erlbaum Associates.

- Cormier, W.H. & Cormier L.S. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer
- Davidson, J.R.T., Nemeroff, C.B. (1989). Pharmacotherapy in PTSD: Historical and clinical considerations and future directions. *Psychopharmacology Bulletin* 15, 422-425.
- Davidson, J.R.T., & Foa, E.B (Eds.) (1993). *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- D'Zurilla, T.J. (1986). *Problem solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer.
- Everly, G.S. (1995). Psychotraumatology. In: G.S. Everly & J.M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 9-26). New York: Plenum.
- Foa, E.B. & Kozak, M.J. (1985). Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology. In: A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.) *Anxiety and Anxiety Disorders*. Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Friedman, M.J. (1990). Interrelationships between biological mechanism and pharmacology of post-traumatic stress disorder, In: Wolfe ME, Mosnaim AD, eds, *Postraumatic Stress Disorder: Etiology, Phenomenology and Treatment*, Washington DC: American Psychiatric Press;1990:204-225
- Gavino, A. (1997). *Técnicas de terapia de conducta*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Holmes, R. (1985). *Acts of war*. New York: Free Press.
- Horowitz, M.J. (1986). *Stress response syndromes (2nd ed.)*. Northvale, NJ: Aronson.
- Lieberman, M. A., Borman, L. D., & Associates. (1979). *Self-help groups for coping with crisis: Origins, members, processes, and impact*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder*. Ontario, Canada: Institute Press.
- Olivares, J. & Mendez, F.X. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva S.L.
- Spiegel, H., and Spiegel, D. (1987). *Trance and treatment: clinical uses of hypnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sippelle, R.C. (1992). A vet center experience: Multievent trauma, delayed treatment type. In: D.W. Foy (Ed.). *Treating PTSD: Cognitive-Behavioral strategies* (pp13-38). New York: Guilford.
- Smith, J.C. (1985). *Dinámica de la relajación*. Gerona: Editorial Tikal.
- Solomon, S., Gerrity, E.T., & Muff, A.M. (1992). Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: An empirical review. *Journal of the American Medical Association*, 268, 633-638.
- Trimble, M.D. (1985). Post-traumatic stress disorder: History of a concept. In: C.R. Figley (Ed.). *Trauma and its Wake: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*. New York: Brunner/Mazel.
- Van der Kolk, B.A. (1987). The drug treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 13, 203-213.
- Vargas, M.A., & Davidson, J. (1993). Post-traumatic stress disorder. *Psychopharmacology*, 16, 737-748. Weerth, R. (1992). *La Programación Neurolingüística y la imaginación*. Málaga: Editorial Sirio.
- Williams, M.B., & Sommers, J.F. (Eds.) (1994). *Handbook of Post-Traumatic Therapy*. Westport, CT: Greenwood Press. Revised from *Encyclopedia of Psychology*, ed. R. Corsini (New York, Wiley, 1984, 1994).
- Wroth, W. T. (1988). The role of medication in post-traumatic therapy. In: F. M. Ochberg (Ed.) *Post-traumatic therapy and victims of violence* (pp. 39-56). New York: Brunner/Mazel.
- Yapko, M.D. (1995). *Lo esencial de la hipnosis*. Barcelona: Editorial Paidós

