

## INTERVENCION PSICOSOCIAL PARA EL INCREMENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO MODERADO A SEVERO

*Psychosocial intervention for the increase of life quality in patients with mild to severe Traumatic Brain Injury*

**Delcy Elena Cáceres Rodríguez<sup>1</sup>**

**Zamira Montoya Camargo<sup>2</sup>**

**Ana Maria Ruiz Hurtado<sup>3</sup>**

*Pontificia Universidad Javeriana - Colombia*

### RESUMEN

Esta investigación evaluó la eficacia de un programa de intervención psicosocial en el mejoramiento de la calidad de vida de pacientes con Trauma Craneoencefálico (TCE) Moderado a Severo. Los sujetos fueron 5 hombres entre los 18 y 33 años, diagnosticados con TCE moderado a severo, con diferente escolaridad, sin antecedentes neurológicos y/o psiquiátricos previos y sin compromiso neuropsicológico que impidiera la intervención psicológica. Se utilizaron como instrumentos: el Minimental para descartar alteraciones neuropsicológicas, el test de HADS para medir ansiedad y depresión y un cuestionario de calidad de vida. La intervención psicosocial se hizo de manera individual y familiar teniendo en cuenta los aspectos psicológicos y sociales. Los resultados obtenidos muestran que una intervención psico-social global es eficaz en el mejoramiento de la calidad de vida de pacientes con TCE de moderado a severo. Igualmente se encontró, en el análisis de cada uno de los aspectos de manera individual, diferencias significativas antes y después de la intervención en los aspectos psicológico y social familiar. En menor medida hubo cambios en los aspectos sociales de pareja y de pares y en el aspecto social laboral.

*Palabras claves:* psicología de la salud, calidad de vida, trauma cráneo-encefálico, intervención psicosocial

Uno de los grandes retos para la Medicina y la Psicología es integrar sus conocimientos en pro del mejoramiento de la calidad de vida de las personas, teniendo en cuenta la relación

<sup>1</sup> Psicóloga, Mg, Profesora Asociada y Directora del Departamento de Humanidades de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali.

<sup>2</sup> Psicóloga, Fonoaudióloga, Especialista Lenguaje Normal y Patológico, Fonoaudióloga Institucional de la Fundación Clínica Valle del Lili.

<sup>3</sup> Psicóloga.

### ABSTRACT

This research evaluated the effectiveness of a psychosocial treatment program for the improvement of the quality of life of patients with moderate and severe Traumatic Brain Injury (TBI). Subjects were 5 men, between 18 and 33 years old, diagnosed with moderate or severe TBI, with different levels of education, without neurological or psychiatric antecedents and without neuropsychological difficulties which might impede psychological treatment. The following instruments were used: the Minimental to eliminate neuropsychological disturbances, the HADS test to measure anxiety and depression, and a quality of life questionnaire. The psychosocial treatment was carried out at individual and family level taking into account psychological and social aspects. Results show the effectiveness of psychosocial treatment in the improvement of the quality of life in patients with moderate or severe TBI. In the analysis of each of the individual aspects, it was also found significant differences before and after the treatment of the psychological and social-family aspects. To a lesser extent, there were changes in the social aspects of couples and peers and in the social-labor aspect.

*Key words:* health psychology, quality of life, traumatic brain injury, psychosocial treatment



existente entre enfermedad física y aspectos psicológicos, los cuales involucran no sólo a un individuo sino a su entorno familiar y social. Uno de estos casos es precisamente el Trauma Cráneo-Encefálico (en adelante, TCE), que representa un tema de interés médico y social de primer orden por su alta incidencia a nivel nacional y mundial al comprometer diversas áreas y funciones cerebrales que afectan abruptamente no sólo la vida del individuo sino también su entorno.

El TCE se define como “el daño causado al tejido encefálico por fuerzas mecánicas externas o movimientos que pueden estar acompañados, además, por un período de alteración de la conciencia, breve o prolongado” (Instituto de Seguros Sociales [ISS], 1998, p. 17). Dependiendo de su severidad, un TCE puede producir no sólo daños físicos y cognitivos sino también, conductuales y emocionales que traen serias repercusiones a nivel individual y social.

Para determinar el grado de severidad de un TCE se emplean tres indicadores:

1. Puntuación de la escala de coma de Glasgow. Según esta escala se considera que el TCE es severo cuando el índice de la escala es menor a 9, moderado cuando es de 9 a 12 y leve si es superior a 13. Los parámetros que se formulan en esta escala para su valoración rápida pueden ser clasificados en: apertura ocular, respuesta motora y verbal. Las deficiencias producidas son determinadas además de los grados de severidad ya mencionados, por el tiempo de evolución (ISS, 1998).
2. La amnesia postraumática, entendida como: “el tiempo transcurrido desde el trauma a la recuperación de una memoria continua” (ACC, NHC, 1998, citado en ISS, 1998, p. 17). De esta manera, un tiempo de recuperación entre 30 minutos y 6 horas es considerado como leve; menor a 24 horas como moderado, mayor de este tiempo como severo y más de 7 días como extremadamente severo.
3. El tiempo de coma; hace referencia al estado de inconciencia del cual no puede salir el paciente ni siquiera mediante estímulos potentes (Burgos & Camps, 1993).

Por otra parte, Berlit (1992) plantea que además de la severidad, para determinar las posibles repercusiones de un TCE es necesario tener en cuenta si éste es cerrado o abierto y si la lesión cerebral producida por el TCE está dada por lesiones primarias o secundarias y si éstas son focales o generalizadas. Pelegrín (2001) afirma que la gravedad del traumatismo determina el predominio de un tipo especial de factores etiopatogénicos en los TCE. Así, en los TCE de leve a moderado la intensidad influye más sobre los factores psicológicos (rasgos de personalidad previa, reacciones de adaptación) y ambientales (factores sociofamiliares), que en los TCE graves en los que existe un mayor predominio de los efectos fisiopatológicos de la lesión cerebral. De acuerdo con dichas características se podría afirmar que un TCE puede traer diferentes repercusiones a nivel biológico, psicológico y social. Por esta razón fue necesario utilizar un modelo biopsicosocial que estudiara la

interacción de estos tres niveles en la exploración clínica, el diagnóstico y la intervención o tratamiento de las secuelas que dejó el TCE. Algunas de estas secuelas se observaron en los pacientes coincidiendo con lo demostrado en los estudios realizados por A. Drake, N. Gray y cols. (2001), manifestándose como problemas persistentes a nivel cognitivo, físico y emocional.

En términos generales, se asumió la división propuesta por Pelegrín (2001) de los trastornos ocasionados por un TCE: cognoscitivos y emocionales–conductuales. Los trastornos de la atención, de las funciones ejecutivas y de la memoria, se ubican dentro de la clasificación de los trastornos cognoscitivos, en tanto que los trastornos de la agresividad y del estado de ánimo dentro de los trastornos emocionales–conductuales (Junqué, 1994 mencionado por Pelegrín, 2001). Toda esta diversidad de trastornos que puede generar un TCE interfieren de una u otra manera en el proceso de rehabilitación del paciente y modifican considerablemente la forma, calidad y frecuencia con que estas personas se relacionan, afectando así su calidad de vida (Hicken, Putzke y cols., 2002).

El concepto de calidad de vida está compuesto por diversos dominios y dimensiones por lo que es considerado un término polisémico. Ann Lovering (1999), basándose en autores como Victor Frankl, Satir, Rogers y Branden, define la calidad de vida como la experiencia y percepción subjetiva de la persona acerca de su propia vida. Esta misma autora plantea que al hablar de los indicadores de calidad de vida es importante tener en cuenta los propuestos por Maslow que incluyen necesidades como la autoestima, la estima de otros y las de autoactualización personal, en relación con la familia, la pareja, etc. Con esta definición concuerda Fernández (1994) quien también plantea que toda definición de calidad de vida debe incluir algunos de los siguientes aspectos:

1. Las capacidades cognitivas, conductuales y de bienestar emocional.
2. El sentimiento subjetivo de bienestar y satisfacción vital.
3. Las condiciones socio-materiales objetivas de existencia y la percepción subjetiva de las mismas.
4. La satisfacción derivada de las condiciones materiales reales y concretas y psicológicas de las personas.
5. La percepción subjetiva del nivel de salud personal y su capacidad para comportarse de una forma subjetivamente satisfactoria.
6. La percepción de la utilidad del significado de vivir y la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano.

Según las definiciones de los autores mencionados previamente, la calidad de vida puede definirse en términos del nivel de bienestar subjetivo que perciba cada persona de su realidad, en diferentes aspectos de su vida, tales como el biológico, el psicológico y el social. De acuerdo con lo anterior en esta investigación se tuvo en cuenta dos indicadores de calidad de vida:

1. *Aspecto psicológico*: hizo referencia al juicio subjetivo del paciente sobre las consecuencias del evento traumático y a su estado emocional reflejado en las diferentes fases del proceso de duelo y en factores personales como la autoestima y el autoconcepto.

2. *Aspecto social*: incluyó la percepción del paciente sobre los cambios que habían podido generarse después del TCE en las actividades y roles sociales, dentro de la dinámica familiar, de pareja, laboral y en sus relaciones interpersonales en general.

Así, al hablar de calidad de vida en los pacientes con TCE de esta investigación, se hace alusión a su nivel de adaptación psicológica y social según el bienestar subjetivo que percibían de esa realidad. La calidad de vida del paciente con TCE depende entonces, de su nivel de adaptación a la nueva situación a través del uso de distintas estrategias de afrontamiento para producir un ajuste adecuado, promoviendo su funcionamiento psicológico y social.

### ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Para comprender las repercusiones que sobre la calidad de vida tiene un TCE es fundamental entenderlo como un fenómeno psicológico y social (no sólo biológico), en el que la perspectiva del paciente es de suma importancia por ser la única persona capaz de sopesar las insatisfacciones y las satisfacciones asociadas a su padecimiento (Hicken, Putzke y col., 2002). Existen múltiples factores psicosociales que pueden influir en el *juicio subjetivo* del paciente acerca del TCE, algunos de estos son: (a) la exacerbación por el daño cerebral de los rasgos desadaptativos de personalidad previos al accidente; (b) sentimientos de frustración, desesperanza y baja autoestima; (c) comportamientos hostiles, disruptivos y agresivos; (d) aparición de mecanismos de defensa como la negación, el desplazamiento y la proyección, que predisponen a la conducta agresiva. Otro factor que influye en el juicio subjetivo del paciente es la actitud exigente, devaluadora, poco comprensiva o excesivamente sobreprotectora del medio familiar, laboral y social, que pueden aumentar en los afectados los sentimientos de baja autoestima y frustración.

Después de un evento traumático la persona se ve enfrentada a una serie de pérdidas en diferentes aspectos de su vida, produciéndose alteraciones en su *estado emocional* que pueden afectar de manera decisiva la forma como el paciente enfrenta el proceso de rehabilitación y como se adapta a sus nuevas condiciones de vida. Toro y Yepes (1991), plantean que después de un evento traumático la persona inicia un proceso de duelo a través del cual puede elaborar los cambios en los diferentes ámbitos de su vida. De acuerdo a estos autores, en una primera fase el paciente pasa por una etapa de desconcierto e incredulidad donde niega inicialmente la magnitud del evento como una manera de protegerse del dolor. Se inicia la fase de toma de conciencia progresiva acompañada por el aumento de tensión que puede traducirse en estados de ofuscamiento, inquietud, irritabilidad, sentimientos de tristeza, culpa, desesperanza frente a la rehabilitación, trastornos del sueño, de la alimentación, etc. En una tercera fase, si no se han logrado movilizar los recursos necesarios, puede generarse un aumento mayor de la tensión que puede conllevar a la aparición de ansiedad, rabia, incertidumbre, etc. (Peña, 1998). En una cuarta fase la sintomatología puede aumentarse o estabilizarse, lo que se relaciona con la movilización o no de recursos internos y externos de apoyo.

Según Fierro (1983), en este aspecto emocional otros elementos que pueden verse comprometidos ante la presentación de un TCE son el autoconcepto y la autoestima, debido a la autopercepción de ineficacia y de infravaloración que se puede presentar. Como menciona Buela Casal (1991), esta sintomatología se presenta debido al impacto abrupto que tiene el sujeto en diferentes áreas de su vida, donde además de existir diversos grados de incapacidad física puede darse dificultad en la interacción de tipo social. Todo esto requiere en el sujeto el desarrollo de su capacidad de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1990, citados por Buela Casal, 1991).

Para Rogers (1975, citado por Solís, 1997), el autoconcepto está definido como una configuración organizada de percepciones de las propias características y habilidades, de conceptos de sí mismo en relación con los otros y con el medio ambiente. Así, es evidente que el autoconcepto como configuración dinámica puede llegar a modificarse después de un TCE por las consecuencias que éste trae en diferentes áreas de su vida. En cuanto a la autoestima, Solís (1997) plantea que ésta se refiere al valor que se le da a ese yo "percibido", con-

siderándolo como la parte afectiva del autoconcepto. Rice (1997) por su parte, define la autoestima como la percepción del valor de sí mismo, habilidades y logros, y ésta a su vez puede ser positiva o negativa.

Teniendo en cuenta que los aspectos psicológicos y sociales son elementos que influyen en los juicios de valor que conforman la autoestima, se comprende entonces cómo la presentación de un TCE va más allá del compromiso biológico que éste pueda acarrear, trayendo consigo consecuencias en la propia valía, la interacción social, laboral, etc.

#### ASPECTO SOCIAL

Investigaciones como las de Nolte (2000) y Bay, Hagerty y cols. (2002), han resaltado la importancia del aspecto social como predictor de calidad de vida, incluso más, que los factores relacionados con el TCE. Por esta razón, dentro de esta investigación se profundizó en este aspecto, contemplándolo a través de las relaciones familiares, de pareja, laborales e interpersonales de pares.

*Aspecto social-familia.* De acuerdo con Minuchin (1995), la familia es un sistema conformado por un conjunto de personas diferentes donde lo más importante son las relaciones que se establecen entre sí, ya que éstas son las que permitirán a la estructura familiar responder o no, con flexibilidad, a situaciones de estrés externo dado como consecuencia de eventos traumáticos. Esta misma flexibilidad permite que el sistema familiar cumpla con la función de protección psicosocial de sus miembros a medida que se van adaptando a las demandas de la nueva situación.

Investigaciones como la realizada por Curtiss, Klemz, y cols. (2000) y la de Elliott y Shewchuk (2003), plantean que los cambios físicos, cognitivos, emocionales y comportamentales que pueden presentar los pacientes con TCE tienen un efecto directo sobre su familia, que puede llegar a experimentar dificultades considerables en su salud emocional y física.

El impacto que causa el TCE no afecta del mismo modo a los diferentes miembros de la familia y a las relaciones establecidas dentro de ésta, porque cada miembro además de tener características de personalidad y habilidades de afrontamiento diferentes, desempeña diversos roles y responsabilidades dentro del grupo familiar dependiendo del subsistema al cual pertenece: conyugal, parental o fraternal (Minuchin, 1995).

La aparición de un TCE puede crear una crisis en la vida familiar al modificar las relaciones entre los diferentes miembros, los roles que cada uno ejercía, las

expectativas y los planes futuros previamente establecidos. De igual manera, según Fernández y Muñoz (1999) muchas familias soportan un nivel de estrés incluso mayor que el sufrido por los propios pacientes, debido a factores como: (a) la severidad de la lesión cerebral; (b) las alteraciones en el control de las emociones y de la conducta y las dificultades cognitivas; (c) la dependencia del paciente a la familia; (d) el aislamiento social; (e) la aparición de nuevos gastos económicos; y (f) la escasa comunicación con los profesionales de la salud implicados en el tratamiento del familiar afectado, lo que motiva una falta de información sobre el pronóstico, un apoyo insuficiente y una incertidumbre sobre cómo actuar con la persona lesionada (Salazar, 2002; Elliott & Shewchuk, 2003; Kolakowsky-Hayner, Miner & Kreutzer, 2001). Como consecuencia de todo lo anterior, se puede presentar que algún miembro de la familia precise algún tipo de ayuda profesional, psicológica o psicofarmacológica (psiquiátrica) durante el proceso de rehabilitación (Hoofien, D., Gilboa, A & cols., 2001).

A partir de lo expresado previamente, es necesario prestar atención a las necesidades que tienen las familias e intentar identificar las posibles estrategias que minimicen el estrés y maximicen la adaptación a la nueva situación (Elliott & Shewchuk, 2003), teniendo presente que una posible rehabilitación no producirá los beneficios esperados, si el paciente no puede integrarse de forma exitosa a la unidad familiar y volver a sentirse útil dentro de la sociedad.

*Aspecto social-pareja.* Sobre este aspecto es importante tener en cuenta el estado en el que se encuentra la pareja en el momento del TCE, las características de la relación, el grado de influencia que han tenido los niveles de atracción física, intelectual y afectiva en la constitución de la misma y el manejo de la sexualidad dentro de la pareja. Esto teniendo en cuenta que los miembros de la pareja deben adaptarse a un nuevo estilo de vida que puede implicar la reducción o incluso pérdida del contacto sexual (Quintard, Croze, & cols., 2002), pérdida de atractivo físico, intelectual y/o afectivo, cambios de personalidad en el paciente y modificaciones en los roles familiares que crean desconcierto en el otro miembro de la pareja, generando sentimientos de soledad, depresión y aislamiento social.

*Aspecto social-pares.* Dentro de las tareas de la adultez, como etapa del ciclo de vida, se encuentran la formación y participación en grupos sociales (Erickson, 1968, citado por Rice, 1997), los mismos favorecen el desa-

rollo de tareas de interdependencia, donde cada miembro del grupo recibe influencia de otros. Las variables que pueden intervenir en la conformación de grupos donde se desarrollan estas relaciones interpersonales son: semejanzas de actitudes, status socio-económico, edad, sexo y características de personalidad (Fernández Collado & Gordon, 1995). Ante la presentación de un TCE se observa que con frecuencia las relaciones que se habían establecido bajo estas condiciones se ven seriamente afectadas por los cambios en la conducta que pueden manifestar los pacientes con TCE quienes pueden llegar a presentar una indiferencia hacia normas sociales convencionales, dificultades para mantener las relaciones interpersonales previas al TCE o para establecer nuevas (ISS, 1998). De esta forma, se considera uno de los aspectos a trabajar dentro de la rehabilitación del paciente con TCE la resocialización, entendida como el reintegro a las actividades de su grupo social previo al trauma o a la conformación de uno nuevo.

*Aspecto social-laboral.* Es un factor que se incluye dentro de los indicadores de calidad de vida, partiendo del hecho de que el trabajo es una de las facetas más importantes de la vida de las personas con el que se obtienen una serie de compensaciones económicas, materiales, psicológicas y sociales, aspectos que en el paciente con TCE se ven repentinamente afectadas (Taylor, 1987; Peiró, 1993, citados por Peiró y Prieto, 1996).

Desde la Psicología del trabajo, la actividad laboral debe permitir la satisfacción de las necesidades de seguridad, autoestima y autorrealización, así como cumplir funciones sociales como la imposición de una estructura temporal en la vida cotidiana, el favorecimiento de contactos sociales fuera de la familia, la participación en metas y objetivos colectivos; además, la definición de un estatus e identidad personal (Peiró y Prieto, 1996; Jahoda, 1982, citado por Peiró y Prieto, 1996). En el caso de los pacientes con TCE estas condiciones se ven amenazadas por las consecuencias que pueden surgir tras el evento traumático.

Como se puede ver, es clara la repercusión psicosocial que la pérdida del empleo o de la imposibilidad para continuar una actividad laboral puede tener en el paciente con TCE, quien ve como el perfil típico deseado disminuye considerablemente en un contexto laboral determinado, que incluye características como la autoevaluación favorable, el crecimiento y aprendizaje a partir de nuevas experiencias, autonomía y cierto grado de éxito personal.

De acuerdo con todos los factores descritos previamente, el problema planteado para la investigación fue el siguiente: ¿Cuál es la eficacia de un programa de intervención psicosocial en el mejoramiento de la calidad de vida de personas con TCE moderado a severo? Los objetivos específicos planteaban:

1. Describir cada uno de los indicadores de calidad de vida en un grupo de personas con TCE moderado a severo, antes y después de la intervención.
2. Diseñar e implementar una intervención psicosocial con el objetivo de potenciar la calidad de vida del paciente.
3. Brindar apoyo al grupo familiar de los pacientes con TCE, favoreciendo su integración en el proceso de rehabilitación de los mismos.
4. Determinar la eficacia de la intervención comparando estadísticamente los indicadores de calidad de vida antes y después de la intervención.
5. Identificar aspectos relevantes que pudiesen llegar a ser tenidos en cuenta dentro de un programa de rehabilitación para optimizar la calidad de vida de los pacientes con TCE.

Para este estudio las variables tenidas en cuenta fueron: Intervención Psicosocial, como variable independiente y Calidad de Vida en pacientes con TCE, como variable dependiente. Se consideraron como posibles variables extrañas y de control e inclusión: el grado de compromiso funcional a partir del TCE, antecedentes psiquiátricos y neurológicos previos y el uso de medicamentos que pudieran afectar el comportamiento. La hipótesis alterna aseguraba que la calidad de vida de los pacientes con TCE mejora significativamente a partir de la intervención psicosocial. La Hipótesis nula se planteó en términos de igualdad en la calidad de vida de los pacientes con TCE, antes y después de la intervención. Esta investigación fue de tipo descriptivo, de modalidad pre-experimental y con un diseño: pre-prueba / pos-prueba con un solo grupo (cohorte) (Hernández, Fernández & Baptista, 1998).

## METODO

### *Sujetos*

La población general estuvo conformada por el 100% de pacientes con diagnóstico de TCE (98) que ingresaron a dos hospitales, uno público departamental y otro privado, durante una cohorte de seis meses (Diciembre 1/01 – Junio 16/02). Finalmente tan sólo 5 pacientes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: (a) ser mayor de 18 años; (b) tener un



diagnóstico clínico de TCE severo a moderado; (c) valoración neuropsicológica de rastreo por medio del Minimal, para descartar compromiso a nivel de funciones cerebrales superiores, y (d) tener disposición de tiempo para las actividades del programa. Las razones de exclusión de los 93 pacientes, aparecen en las tablas 1 y 2.

De acuerdo a esto, tan sólo cinco hombres cumplieron los criterios. La edad promedio fue de 27 años; tres de ellos (60%) eran solteros y dos (40%) vivían en unión libre. Respecto a la escolaridad, uno (20%) tenía estudios primarios, dos (40%) secundarios y los otros dos (40%) estudios superiores. Al inicio de la investigación los cinco pacientes se encontraban con incapacidad laboral y al finalizar la intervención dos de ellos (20%) se reintegraron a sus actividades. En cuanto al diagnóstico médico, tres de ellos (60%) presentaron TCE moderado y dos (40%) severo. De los pacientes,

dos (40%) pertenecían al estrato cuatro, y tres (60%) al estrato dos. Un aspecto común para el grupo de pacientes que conformaron la muestra fue el tiempo de recuperación espontánea de 2 a 3 meses que presentaron antes de la intervención.

*Descripción clínica de la muestra.* El paciente 1 ingresó a la institución después de sufrir una caída de un poste de energía de aproximadamente 7 m. de altura. En el diagnóstico y en los procedimientos realizados se encuentra un TCE moderado, accidente eléctrico, contusión hemorrágica, neumonía nosocomial y traqueitis. Al ingreso presentó un Glasgow de 9/15 y al egreso 13/15. El TAC mostró una hemorragia subaracnoidea frontal derecha. No se encontraron antecedentes personales y familiares de importancia.

El paciente 2 ingresó a la institución después de sufrir un accidente en un vehículo; él paciente rodó 15

**Tabla 1:** Hospital público

<b>Población Total:</b> 33 pacientes	
<b>Causas para no ingreso al programa</b>	<b>Numero de pacientes</b>
TCE moderado fuera de la ciudad	5 pacientes
TCE severo fuera de la ciudad	1 paciente
Sin registro de número telefónico	6 pacientes
Preso	1 paciente
TCE leve	13 pacientes
TCE moderado comprometidos neuropsicológicamente	2 pacientes
TCE moderado que evolucionaron satisfactoriamente	5 pacientes
Pacientes aptos para la investigación:	0 pacientes
Pacientes que ingresaron al programa:	0 pacientes

**Tabla 2:** Hospital privado

<b>Población Total:</b> 65 pacientes	
<b>Causas para no ingreso al programa</b>	<b>Numero de pacientes</b>
Muerte	16 pacientes
Inferior al rango de edad	7 pacientes
Superior al rango de edad	1 paciente
TCE moderado fuera de la ciudad	4 pacientes
TCE severo fuera de la ciudad	1 paciente
Sin registro de número telefónico	1 paciente
Sin disponibilidad de tiempo	1 paciente
Sin posibilidad de transporte	3 pacientes
TCE leve	12 pacientes
TCE severo comprometidos neuropsicológicamente	7 pacientes
TCE moderado comprometidos neuropsicológicamente	2 pacientes
TCE moderado que evolucionaron satisfactoriamente	5 pacientes
<b>Pacientes aptos para la investigación:</b>	5 pacientes
<b>Pacientes que ingresaron al programa:</b>	5 pacientes

metros. Se le diagnosticó un TCE severo, neumonía aspirativa, isquemia cerebral y choque séptico. El Glasgow de ingreso fue de 6/15 y el de egreso de 13/15. El TAC inicial mostró una contusión cerebral hemorrágica parietal izquierda con edema perilesional, sin desviación de línea media. Requirió intervención por parte de Fisioterapia, Fonoaudiología–Deglución y Terapia ocupacional. No se encontraron datos relevantes en la historia personal y familiar previa.

El paciente 3 ingresó a la institución luego de sufrir una herida por arma de fuego. Se le diagnosticó TCE Moderado, politraumatismo por arma de fuego, y fractura de mandíbula. Fue necesaria una craneotomía y la enucleación del ojo izquierdo. Ingresó con un Glasgow de 12/15 y al egreso obtuvo 15/15. En los antecedentes personales se encontró un TCE leve previo, en el que presentó una fractura de cadera y fémur.

El paciente 4 ingresó a la institución luego de que al moverse en una bicicleta chocó contra un camión que se encontraba estacionado. Se le diagnosticó un TCE Severo; la Escanografía mostró un hematoma subdural izquierdo, con hemorragia subaragnoidea en el mismo lado, edema cerebral y desplazamiento de línea media. Ingresó con un Glasgow de 8/15 y al egreso obtuvo 14/15. Requirió intervención por Fisioterapia.

El paciente 5 ingresó a la institución después de sufrir un accidente automovilístico en el que colisionó con otro vehículo. A su ingreso se le diagnosticó TCE moderado, politraumatismo, trauma cerrado de tórax y abdomen, fractura nasal y trauma en tejidos blandos. La Escanografía mostró contusión hemorrágica. Ingresó con un Glasgow de 12/15 y al egreso 15/15. Requirió intervención por parte de Fisioterapia.

### *Instrumentos*

Para recolectar la información necesaria se elaboraron los siguientes instrumentos:

1. Una entrevista semi-estructurada para el paciente, cuyo objetivo era condensar información básica sobre los antecedentes clínico-médicos y la historia personal, enfocada a los aspectos psicológico y social.
2. Una entrevista semi-estructurada para la familia que tuvo como objetivo ampliar la información dada por el paciente y determinar la presencia o ausencia de elementos de apoyo dentro de la estructura familiar. De igual forma, determinar el impacto que tuvo el TCE en el grupo familiar en los aspectos psicológico y social. Así mismo, detectar elementos para ser trabajados en los talleres programados.

3. Un cuestionario para evaluar la calidad de vida de los pacientes con TCE, desde los dos aspectos escogidos para esta investigación: psicológico y social. Se elaboró con base en los siguientes instrumentos de amplio uso en el medio nacional, y en otros estudios que cumplían con los requerimientos necesarios en cuanto a validación y pertinencia en una o todas las variables escogidas para este estudio: (a) Cuestionario de adaptación para adultos – Bell Adultos (Bell, 1974), (b) Cuestionario de Factores Psicosociales (Carvajal & Velasco, 1991), (c) Escala de actividades de la vida diaria para pacientes con lesión frontal (Quijano & Heres, 1998), (d) Prueba de Auto-concepto de Tennessee (Fitts, 1965), (e) MOS 36–Item short form health survey (SF-36) (International Resource Center for Health Care Assessment [IRC], 2000). Para la validación del cuestionario se realizó una prueba piloto con dos pacientes con TCE moderado a severo y posteriormente fue presentado con las modificaciones necesarias al grupo de jueces expertos (3), quienes hicieron las respectivas sugerencias según un formato de validación.

4. Para realizar el rastreo neuropsicológico de los pacientes se utilizó el Minimal, creado por Folstein y cols (1975), cuya puntuación es significativa dependiendo del grado de escolaridad.

5. Finalmente, para evaluar la depresión y ansiedad antes y después de la intervención se aplicó el test de HADS (Zigmond & Snaith, 1983).

### *Procedimiento*

La viabilidad de inclusión de los sujetos a la investigación se realizó a través de la revisión y discusión de la historia clínica de los pacientes que ingresaron a las instituciones con diagnóstico de TCE. Una vez finalizado este proceso, se hicieron las respectivas entrevistas con el paciente y su familia para alcanzar los objetivos previstos y conseguir su autorización para realizar la investigación, a través de una carta de aceptación, en donde se explicitaban las condiciones y uso que se le daría a los resultados.

La intervención psicosocial se llevó a cabo en cuatro fases, cada una con objetivos, metodología y actividades específicas, que permitían establecer los cambios durante y después del proceso terapéutico. A continuación se presenta el programa de intervención:

*Fase 1 o de inducción.* Tuvo dos objetivos: (a) seleccionar los pacientes que ingresarían a formar parte del programa de intervención, y (b) dar a conocer a éstos y

a sus familias, los objetivos y el procedimiento de la investigación y obtener su consentimiento.

*Fase 2 o de evaluación.* El principal objetivo fue determinar y describir el nivel de calidad de vida (aspectos psicológicos y sociales), de los pacientes antes de la intervención. Para esto, con aquellos pacientes que aceptaron ser parte de la investigación se concretaron dos citas con el fin de realizar las entrevistas (semi-estructuradas) al paciente y a la familia. En la cita inicial se hizo la primera aplicación al paciente del cuestionario de calidad de vida y la aplicación del test de HADS.

Una vez recogidos todos los datos se condensó y analizó la información para determinar las principales necesidades de los pacientes y sus familias, en cada uno de los dos aspectos de calidad de vida.

*Fase 3 o de Intervención.* Se realizó mediante una intervención individual y otra grupal. En la primera se realizaron ocho (8) sesiones terapéuticas individuales con el paciente (1 vez por semana), durante dos meses. A nivel grupal se trabajó con las familias de los pacientes a través de dos (2) talleres en los que se buscó brindar un espacio para dar información teórica sobre TCE, y la oportunidad de compartir sus experiencias frente a lo que había significado tener un familiar con TCE. De igual manera, se identificaron elementos de soporte dentro del grupo familiar a medida que se fortalecía como red de apoyo social del paciente.

La intervención terapéutica individual se estructuró con base en los planteamientos epistemológicos, teóricos y metodológicos del enfoque humanista-gestáltico, cuyos supuestos fenomenológicos consideran que cada persona genera conceptos únicos acerca del mundo y se comporta de acuerdo a éstos. De esta forma, para la intervención individual se tuvo en cuenta el procedimiento descrito por Van De Riet (1993), quien asegura que toda intervención terapéutica consta de 4 etapas:

1. *Expresión:* el primer paso de la terapia gestalt es la expresión abierta de la experiencia del paciente, de forma verbal o no verbal, para que sea posible considerarla objetivamente. Solamente cuando la experiencia interna se hizo consciente pudo entonces darse algún tipo de intervención terapéutica.

Para la intervención con los pacientes con TCE, el objetivo en esta primera etapa fue conocer la experiencia ante cada uno de los aspectos de la investigación: aspecto psicológico y social (relaciones a nivel familiar, de pareja, pares y laboral).

2. *Diferenciación:* A través de la experimentación, se buscó facilitar al paciente el reconocimiento de las partes alienadas o fragmentadas dentro de él, de tal forma que tuviese claridad acerca de los aspectos de la experiencia interna que estaban confusos o en conflicto.

3. *Afirmación:* En esta fase se motivó al paciente a tomar conciencia sobre las partes diferenciadas, aceptando cada una de ellas como parte de sí mismo. De igual manera, el trabajo terapéutico tuvo como objetivo ayudar al paciente a clarificar aspectos de su experiencia y a darse cuenta en donde estaban los límites de su responsabilidad personal.

4. *Escogencia e integración:* la afirmación del darse cuenta y la responsabilidad personal constituyen una nueva fase en la terapia con dos nuevas posibilidades psicológicas: la escogencia y la integración. Cuando hubo claridad acerca de las partes en disputa y se dio una apropiación de ellas, el paciente estaba entonces en posición de escoger conductas que se relacionaban entre sí, ya fuese en una o en ambas partes del conflicto. Hechas con base en un darse cuenta y en una afirmación, cualquier escogencia que el paciente hizo en ese momento se consideró como correcta.

El “problema” del paciente podía ser resuelto a través de las escogencias hechas. Sin embargo, la meta de la terapia fue desarrollar el darse cuenta respecto a lo que estaba haciendo y cómo lo estaba haciendo e identificar los patrones de vida que podían aparecer a partir de esos darse cuenta. Esto le facilitaba la escogencia, al permitirle a la persona ser lo que ella es. De esta manera el objetivo fue favorecer en el paciente la elección de conductas coherentes a su sí mismo que dieran respuesta a la problemática planteada por él en cualquiera de los aspectos propuestos en el programa de intervención.

A nivel preconsciente, cuando las partes en conflicto son diferenciadas y reposeídas, una integración interna frecuentemente toma lugar liberando tensiones y produciendo calma. Esta calma fue frecuentemente una señal del cierre de una gestalt, como sentido de satisfacción que se experimentaba cuando una situación era completada.

Según lo expuesto anteriormente, la intervención terapéutica individual incluyó el proceso de cada paciente en términos de las cuatro fases en cada uno de los aspectos psicológico y social de la investigación.

En la intervención con los grupos familiares se planearon dos talleres grupales. En el primero se buscó dar información teórica relacionada con el TCE cuyos temas centrales fueron:



1. Definición del TCE.
2. Generalidades de los trastornos que pueden presentarse en el TCE como atención, funciones ejecutivas, memoria y lenguaje.
3. Cambios emocionales–conductuales que se pueden observar como son agresividad, estrés, ansiedad, depresión y manía.
4. Áreas de la vida que pueden ser afectadas, como salud física y/o emocional, relaciones a nivel familiar, de pareja, con pares y en lo laboral.

En el segundo taller se brindó apoyo a las familias de los pacientes a través de un espacio donde pudieron compartir sus vivencias, expresar sus inquietudes y temores referidos a la recuperación del paciente con TCE.

*Fase 4 o de seguimiento.* Se realizó en dos momentos, durante el proceso de intervención y al finalizar éste. El primero consistió en un seguimiento, mediante la discusión de los estudios de caso por parte de las investigadoras y reuniones con el paciente y con sus familias. Se mantuvo un contacto directo con los otros miembros del equipo médico y de rehabilitación de la institución para compartir su evolución.

*Fase 5.* Al final de la intervención se aplicó por segunda vez el cuestionario de calidad de vida y el test de HADS para establecer, con base en los análisis cualitativos y cuantitativos (estadísticos), la eficacia de dicha intervención. Para cerrar este proceso, se realizó una entrevista final con el paciente donde se evaluó la necesidad de continuar o no, con el proceso terapéutico que se venía dando.

### Análisis de resultados

Para establecer si existían diferencias significativas antes y después de la intervención, se utilizó el estadís-

tico t-student (relacionada), tanto a nivel global (considerando la sumatoria de los puntajes en todos los aspectos e indicadores de calidad de vida en los diferentes aspectos), así como a nivel individual, de cada uno de los aspectos estudiados (psicológico y sociales). En este análisis interesaba saber si las diferencias entre las muestras eran significativas y en qué sentido éstas se planteaban, por esta razón se hizo un contraste de una cola que permitía averiguar si la intervención psicosocial mejoraba la calidad de vida de los pacientes.

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Tabla 3, aparecen los resultados del Minimental en donde se puede observar que los cinco sujetos obtuvieron un puntaje indicativo de no alteración neuropsicológica.

En la escala de depresión y ansiedad HADS (ver Tabla 4) aplicada antes de la intervención se encontró que cuatro sujetos presentaron indicadores de ansiedad (puntaje entre 8 a 10), uno de ellos además de depresión (puntaje entre 8 y 10). Al aplicarla después de la intervención se obtuvo que tan sólo uno de los pacientes continuó con síntomas de ansiedad y que sus signos de depresión desaparecieron.

Como se puede observar en la Tabla 5, una vez realizado el análisis estadístico a nivel global se podría afirmar con un nivel de confiabilidad del 99% que la intervención psicosocial en pacientes con TCE mejora de manera significativa ( $p = 0,001$ ) la calidad de vida de los pacientes que han sufrido TCE.

En el análisis de cada uno de los aspectos, de manera individual, se encontró diferencias significativas antes y después de la intervención en los aspectos psi-

**Tabla 3:** Resultados Minimental

Paciente	No.Orientación	Memoria	Atención y Cálculo	Memoria diferida	Lenguaje	Praxias	Puntaje Total
1	10	3	5	3	8	1	30+ / 30
2	10	3	5	1	7	1	27+ / 30
3	10	3	5	2	8	1	29+ / 30
4	10	3	5	2	8	1	29+ / 30
5	10	3	5	3	8	1	30+ / 30

**Tabla 4:** Resultados prueba HADS

	Pcte No. 1 Puntaje		Pcte No. 2 Puntaje		Pcte No.3 Puntaje		Pcte No. 4 Puntaje		Pcte No. 5 Puntaje	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Ansiedad	8	5	12	9	9	5	10	7	5	7
Depresión	7	3	9	5	2	2	3	2	1	3

**Tabla 5:** Resultados análisis estadístico cuestionario de calidad de vida

Aspectos		t Observado	t crítico	p
Calidad de vida total		4	3.74	0.01
Psicológico		3.06	2.77	0.025
Social	Familiar	3	2.77	0.025
Pareja		2	1.53	0.10
Pares		2	1.53	0.10
laboral		1	1.53	0.10i

cológico ( $p=0.025$ ), en el aspecto social familiar ( $p = 0.025$ ). En menor medida hubo cambios en los aspectos de pareja, de pares ( $p=0.10$ ) y en el aspecto laboral ( $p=0.10$ ).

En cuanto al *aspecto psicológico*, en términos generales se podría afirmar, teniendo en cuenta la diversidad de aspectos que desde las respectivas autopercepciones y evaluaciones de los pacientes fueron afectadas después del TCE, que es indiscutible, tal y como lo afirma Fierro (1983), el papel fundamental que cumple el autoconcepto y la autoestima previa del paciente (estado emocional) en la forma de percibir las condiciones en que sucedió el evento traumático y las consecuencias personales que haya podido tener (juicio subjetivo).

En cuanto al juicio subjetivo, fue evidente que aunque todos habían sufrido un TCE, la perspectiva de cada paciente acerca de este hecho era diferente y por consiguiente también lo eran las necesidades expuestas por cada uno de ellos durante la intervención.

En cuanto al *aspecto social-familiar* los resultados obtenidos permiten confirmar lo planteado por Curtiss, Klemz, y cols. (2000) quienes concluyen que los cambios físicos, cognitivos, emocionales y comportamentales que se presentan en un sujeto tras un TCE tienen un efecto directo sobre la familia. Lo anterior pudo ser visto a través de las acciones realizadas por los miembros de éstas que buscaban dar respuesta a esa situación de estrés familiar que amenazó su estructura previa. Lo anterior, se relaciona con lo que afirma Minuchin (1995), acerca de que el contacto estresante de un miembro de la familia con fuerzas externas, en este caso un TCE, afecta no sólo al paciente sino a toda la estructura familiar general.

Lo anterior está claramente reflejado por las modificaciones en los roles que se dieron en la estructura familiar previa, lo cual hizo evidente, a partir de la presentación de este evento, las habilidades de afrontamiento de sus miembros, la forma como interactuaban

éstos y la características de los subsistemas: conyugal, fraternal y paterno. De otra parte, también se podría decir que ante situaciones de estrés individual se puede favorecer la activación de apoyo de estos subsistemas de la familia, según las características de cada uno de estos (Minuchin, 1995). Los otros cambios principalmente se dieron en la etapa aguda del evento y consistieron en la necesidad de un cuidador para la realización de sus actividades básicas cotidianas y posteriormente una crisis económica por la presentación súbita de gastos relacionados con el proceso de atención médica y rehabilitación, además de la incapacidad laboral transitoria. De otra parte se observó una amenaza subjetiva de pérdida y/o reubicación laboral de los pacientes después del TCE.

En la realización de los talleres quedó claro que durante la etapa aguda posterior al TCE se presenta, a nivel familiar, una crisis dentro de la estructura que en algunos casos llega a ser mayor en la familia que en los mismos pacientes, como lo afirman Fernández y Muñoz (1999). La crisis familiar, de acuerdo a estos mismos autores y a los resultados observados en la investigación, se relaciona con la severidad de la lesión cerebral, los cambios en los comportamientos del paciente y sus dificultades cognitivas, entre otros.

Con los resultados obtenidos en los talleres podría afirmarse que en un primer momento las familias tenían una serie de temores relacionados con la posibilidad de muerte del paciente. Después de esta etapa crítica apareció angustia frente a las posibles consecuencias funcionales y cognitivas del paciente, además de la crisis económica que se generó. Coincidieron además en afirmar que existía incertidumbre frente al ingreso laboral y su autoeficacia en el trabajo.

A nivel grupal se encontró poca utilización de estrategias para minimizar el estrés de los otros miembros de sus respectivas familias, sus esfuerzos se centraron básicamente en la búsqueda de apoyo economi-

co. Coincidieron en afirmar que la realización de los talleres propuestos en el programa favorecieron la comprensión, el acercamiento emocional frente a los sentimientos generados a partir de la presentación del TCE en su grupo familiar, así como la modificación de comportamientos que afecten de una u otra forma al paciente y su familia.

En cuanto al análisis grupal observado en las familias a partir de las entrevistas y los talleres, se comprobó lo afirmado por Fernández y Muñoz (1999) quienes refieren que para los hijos el comportamiento regresivo o irritable por parte del progenitor con TCE afecta su propio comportamiento. Esto sumado al hecho de que, con frecuencia, el otro progenitor se ausenta física y emocionalmente de ellos al dedicarse al cuidado de su pareja o que dichas tareas del sistema parental son asumidas por otros cuidadores, a lo que los hijos del padre con TCE pueden reaccionar a través de modificaciones en sus comportamientos. De esta forma se hizo evidente la necesidad y pertinencia de la realización de este tipo de actividades para favorecer la calidad de vida del paciente, teniendo en cuenta que en la medida en que los miembros de la familia puedan fortalecerse con los cambios que se están dando dentro de la estructura familiar tras el TCE, se favorecerá el que la familia como sistema cumpla su función de protección psicosocial a sus miembros, como lo plantea Minuchin (1995).

Por otra parte, en el aspecto social – pareja, de acuerdo a los resultados obtenidos se pudo comprobar cómo el estado de formación en que se encuentra la pareja, así como su historia previa, constituyen elementos que pueden fortalecer o debilitar la relación ante la presentación de eventos traumáticos como el TCE. De igual forma, la importancia de la existencia previa de lazos sexo-afectivos, donde tanto el afecto como la intimidad sexual sean objetivo de la pareja; esto podría explicar las diferencias menos significativas.

En cuanto al *aspecto social-pares*, de acuerdo a los resultados obtenidos, con menos significancia estadística ( $p=0,10$ ) a nivel individual y contrastado con las entrevistas realizadas a los pacientes y a sus familias, se podría decir, en términos generales, que todos coinciden en referir un apoyo por parte de su grupo de amigos en la primera etapa posterior al TCE. Los cambios referidos por los pacientes y sus familias en estas relaciones con sus pares y amigos pueden ser analizados desde las modificaciones que se van dando a través de los estadios del proceso de adaptación, en el cual como

afirman Fernández y Muñoz (1999), se presenta un primer estadio de “shock” donde las expresiones prototípicas y las reacciones emocionales del entorno estuvieron referidas a un deseo de que sobreviviera el paciente seguido por un estadio denominado de esperanza que hace alusión al deseo de que el paciente se recupere. En estas dos primeras etapas es donde hubo mayor cercanía de amigos al paciente y sus familias. Una vez superadas podría decirse, según lo referido por los pacientes, que se presentó una paulatina disminución del tiempo y espacio para compartir con pares. Esta etapa del proceso se caracteriza por la recuperación gradual del paciente y con esto una reanudación de las actividades cotidianas. La disminución en las actividades compartidas también está influenciada por la necesidad del paciente de invertir gran parte del tiempo en la rehabilitación, además, por la presencia de ciertas restricciones médicas y físicas. De igual manera, estas nuevas condiciones hacen que se pierdan características comunes entre el paciente y el grupo que antes favorecían su cohesión (Callado & Gordon, 1995).

Resulta interesante analizar que este aspecto es tomado por las familias de los pacientes como un elemento positivo dentro de las consecuencias que tuvo el TCE, en el sentido de que al disminuir el tiempo dedicado a sus pares y al existir unas restricciones médicas para los pacientes, especialmente en el uso de alcohol, aumentó los espacios para ser compartidos en familia y se dieron modificaciones en los hábitos previos al TCE.

Por otra parte, es importante resaltar que en contradicción con la teoría que asegura que con frecuencia pacientes con TCE severo presentan importantes dificultades en su reinserción social (ISS, 1998), esto no se observó en los sujetos de la investigación. Lo anterior podría explicarse porque no se presentaron modificaciones sustanciales a nivel comportamental y emocional que afectaran sus relaciones interpersonales.

Por último, en el *aspecto social-laboral* se encontró que su importancia dentro de la calidad de vida de los pacientes con TCE se hizo evidente dentro esta investigación, siendo uno de los factores comunes al grupo que mayor significancia tuvo entre las consecuencias del trauma, por la dependencia económica que generó la incapacidad laboral, el temor de no poder asumir de nuevo por sus propios medios sus necesidades y las de su familia, ya fuera por bajo rendimiento en el mo-

mento del reintegro o por la posible pérdida laboral. Todo esto, como lo afirma Peiró y Prieto (1996), se tradujo en una disminución del bienestar psicológico por favorecer autopercepciones de ineficacia e infravaloración.

A través del malestar expresado por cada paciente es claro que la pérdida de las compensaciones económicas, materiales y sociales obtenidas en su actividad laboral tienen repercusiones a nivel psicológico como inseguridad, baja autorrealización y poca confianza en sí mismo ya que no son factores externos los que les impiden ser activos laboralmente sino su propia incapacidad ante tareas que antes desempeñaban sin ningún problema. Lo anterior coincide con lo expresado por Peiró y Prieto (1996). Muy relacionado con este impacto a nivel psicológico está el rol que como hombres han asumido dentro de la sociedad (proveedores, independientes, autosuficientes) ya que el no cumplir con lo que plantea este estereotipo de hombre ante su familia, compañeros y amigos, los enfrenta a una redefinición de su estatus e identidad personal.

Toda esta carga afectiva esclarece la inconformidad del paciente ante la ayuda económica que se le brinda y que en todos los casos no es entendida por la familia. Es evidente que mientras lo anterior no sea reelaborado, esta ayuda sólo será generadora de una autoevaluación desfavorable, pérdida de autonomía y rol social. De igual manera, su temor ante el reintegro laboral es comprensible al tener que volver, a través de este, a tener nuevos contactos sociales fuera de la familia, participando de metas y objetivos colectivos (Peiró y Prieto, 1996) que por su condición no saben si podrán afrontar de forma adecuada.

Después de la intervención, fue claro que es importante integrar este aspecto en la terapia ya que de resignificar esta experiencia depende la adaptación del paciente a su incapacidad laboral y a las consecuencias que a nivel económico y de rol ésta genera, así como su afrontamiento al reintegro o reubicación laboral.

Finalmente, se puede concluir que esta investigación sobre el mejoramiento de la calidad de vida en pacientes con TCE, podría constituir un aporte a la Psicología de la salud porque permitió determinar la importancia de la intervención psicosocial como herramienta fundamental en los procesos de rehabilitación, comprobando la importancia de la atención integral a estos pacientes.

## REFERENCIAS

- Bay, E. Hagerty, B., Williams, R. A., Kirsch, N., & Gillespie, B. (2002). Chronic stress, sense of belonging, and depression among survivors of traumatic brain injury [Estrés crónico, sentido de pertenencia y depresión entre sobrevivientes de daño cerebral traumático]. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 221-227.
- Bell, H. M. (1974). *Cuestionario de adaptación para adultos*. Barcelona, Herder.
- Berlit, P. (1992). *Memorix – Neurología*. Bogotá: Latros.
- Buela Casal, G. (1991). *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Burgos, M., & Camps, M. P. (1993). *Diccionario médico de bolsillo*. México: Mc Graw-Hill.
- Fernández Collado, C. & Gordon, D. L. (1995). *La comunicación humana: Ciencia social*. México: Mc Graw-Hill.
- Carvajal, P., & Velasco, A. (1991). *Cuestionario de factores psicosociales*.
- Curtiss, G., Klemz, S. & Vanderploeg, R. D. (2000). Acute impact of severe traumatic brain injury on family structure and coping responses [Impacto agudo del daño cerebral traumático en la estructura familiar y respuestas de afrontamiento]. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15 (5), 1113-1122.
- Drake, A., Gray, N., Yoder, S., Pramuka, M., & Llewellyn, M. (2001). Factors predicting return to work following mild traumatic brain injury: A discriminant analysis [Factores predictores del regreso al trabajo después de daño cerebral traumático leve]. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15 (5), 1103-1112.
- Elliott, T., & Shewchuk, R. (2003). Social problem-solving abilities and distress among family members assuming a caregiving role [Habilidades sociales de solución de problemas e incomodidad entre miembros de la familia que asumen un rol de cuidador]. *British Journal of Health Psychology*, 8, 149-163.
- Fernández, S., & Muñoz, J. (1999). *Las familias en el proceso de rehabilitación de las personas con daño cerebral sobrenido*. Universidad de Jaén (España), Departamento de Psicología. Recuperado en abril de 2003 de <http://www.saludlatina.com/saludmental/danocerebral.asp>
- Fernández, L. (1994). *Manual de psicología preventiva*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Fierro, A. (1983). *Personalidad: Sistema de conductas*. México: Trillas.

- Fitts, W. (1965). *Prueba de auto-concepto de Tennessee*.
- Folstein M. F., Folstein S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hicken, B., Putzke, J., Novak, T., Sherer, M., & Richards, J. S. (2002). Life satisfaction following spinal cord and traumatic brain injury: A comparative study [Satisfacción vital después de daño de columna de vertebral y daño cerebral traumático]. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 39 (3), 359-366.
- Hoofien, D., Gilboa, A., & Donovick, P. J. (2001). Traumatic brain injury 10-20 years later: A comprehensive outcome study of psychiatric symptomatology, cognitive abilities and psychosocial functioning [Daño cerebral traumático 10-20 años después: Un estudio comprensivo de resultados de sintomatología psiquiátrica, habilidades cognitivas y funcionamiento psicosocial]. *Brain Injury*, 15 (3), 189-209.
- Instituto de Seguros Sociales. (1998). *Rehabilitación en trauma encefalocraneano*. Bogotá: Instituto de Seguros Sociales-JES.
- International Resource Center for Health Care Assessment. (2000). *MOS 36 - Item short-form health survey (SF-36)*. New England: New England Medical Center Hospital.
- Kolakowsky-Hayner, S., Miner, K., & Kreutzer, J. S. (2001). Long-term life quality and family needs after traumatic brain injury [Calidad de vida a largo plazo y necesidades familiares después del daño cerebral traumático]. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 16 (4), 374-385.
- Loverin, A. (1999). *La promoción del desarrollo humano en un continente en crisis*. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Minuchin, S. (1995). *Familia y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Nolte, M. (2000). Disablement, context, and quality of life after brain injury: Measuring what matters [Discapacidad, contexto y calidad de vida tras daño cerebral: Midiendo lo que importa]. *Dissertation Abstracts International*, 60, 9-B.
- Peiró, J., & Prieto, F. (1996). *Tratado de psicología del trabajo*. Madrid: Síntesis.
- Pelegrín, C. (2001). *Clínica y diagnóstico de los trastornos neuropsiquiátricos posttraumáticos*. Madrid: Hospital Miguel Servet. Recuperado de <http://www.psicologia.usal.es/biblioteca/psiclinica.htm>
- Peña, J. (1998). *Stress y ansiedad*. Recuperado en abril de 2003 de [http://www.cofaran.es/prog959/tema5\\_1.html](http://www.cofaran.es/prog959/tema5_1.html)
- Quijano, M. C., & Hers, J. (1998). *Escala de actividades de la vida diaria para pacientes con lesión frontal*.
- Quintard, B., Croze, P., Mazaux J. M., Rouxel L., Joseph P A, Richer E, y cols. (2002). Life satisfaction and psychosocial outcome in severe traumatic brain injuries in Aquitaine [Satisfacción vital y resultado psicosocial en daños cerebrales traumáticos severos en Aquitaine]. *Annales de Readaptation et de Medecine Physique*, 45 (8), 456-65.
- Rice, P. (1997). *Desarrollo humano*. México: Prentice-Hall.
- Salazar, A. (2002). Impact of early intervention on outcome following mild head injury in adults [Impacto de intervención temprana en resultado después de lesión cefálica leve en adultos]. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 73 (3): 239.
- Solís, J. (1997). *Autoconcepto y autoestima*. Recuperado en abril de 2003 de [http://www.uv.mx/Investigacion/inv\\_psico/revista/rev0713.htm](http://www.uv.mx/Investigacion/inv_psico/revista/rev0713.htm)
- Toro G., & Yepes, R. (1991). *Fundamentos de medicina: Psiquiatría*. Bogotá: Corporación para investigaciones biológicas.
- Van De Riet, V. (1993). *Una introducción a la terapia Gestalt*. Bogotá: Psicol.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Acta Psychiatr Scand*, 67(6), 361-370.

