

Grupo de cuidador primario de daño cerebral: una perspectiva de análisis

A partir de la década de los ochenta, comienzan a publicarse una serie de estudios y reflexiones acerca de la atención informal de la salud, apareciendo trabajos de este tipo sobre todo en países anglosajones (1, 2). Julia Twigg (1993) expone distintos factores que explican este creciente interés, entre los que destacan la crisis económica de los países occidentales que hace surgir entre otras preocupaciones, la necesidad de una utilización más ajustada de los recursos sanitarios (que no se consideran ilimitados), la idea de que estos recursos deben utilizarse no tanto en nuevas instituciones sanitarias como en el mantenimiento de las personas dependientes en la comunidad, la percepción de que los cuidadores constituyen un recurso de importancia cada vez mayor, el reconocimiento de la magnitud del cuidado informal, etc. (1).

A estos factores se une sin duda la mayor supervivencia de enfermos crónicos y discapacitados que, como los pacientes afectados de daño cerebral, se ven favorecidos por el establecimiento de nuevas tecnologías en medicina. Estudios epidemiológicos estiman una incidencia anual de TCE de alrededor de 200/10.000 habitantes, de los cuales un 10% son considerados traumatismos graves y constituyen un importante y creciente problema de salud pública que ha sido definido como una epidemia del siglo XXI. La incidencia es máxima entre la 2.^a y 4.^a década de la vida, lo que nos permite deducir la magnitud del

problema en una población en la que la mayoría de los afectados son personas jóvenes (3).

Según Durán (1991), el 10% de los hogares españoles atienden a una o más personas discapacitadas (4). La misma autora (1998), calcula que el 90% de los minusválidos en nuestro país son cuidados por familiares y sólo una minoría recibe apoyo institucional (5). Durán (1991) sostiene que el sistema sanitario formal proporciona un 12% del tiempo total de los cuidados de salud. El restante 88% se lleva a cabo en el ámbito doméstico (4). Este cuidado informal puede definirse como «aquella prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen» (1). Ha sido llamado también «sistema invisible» de atención a la salud (6).

1. *Cuidados informales de salud y cuidador primario*

Buena parte de la bibliografía consultada gira alrededor de dos enfoques distintos: por un lado, el concepto de atención informal a la salud, y por otro, el concepto de cuidador primario. Ambas posiciones representan formas diferentes de análisis. El primer enfoque trata de la relación entre sistema sanitario formal e informal. Estos dos sistemas no son independientes y se

han propuesto diferentes modelos teóricos sobre el tipo de relación existente entre ambos, tales como el modelo de complementariedad o de especificidad de tareas, el modelo de sustitución o jerárquico compensatorio y el modelo holístico (2). El análisis del apoyo informal está asociado tradicionalmente al análisis de redes. El segundo enfoque aborda el papel de los cuidadores primarios.

El término cuidador es un concepto mixto formado en gran medida por la realización de «tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente parentesco, aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde éstos han adquirido el carácter de relaciones primarias. La presencia de afecto se asocia con estas características relacionales» (1).

Con frecuencia son los miembros de la familia los que llevan a cabo las tareas del cuidado del enfermo que padece daño cerebral, pero entre ellos destaca la figura de uno de esos miembros que asume la mayor parte de la responsabilidad sobre el enfermo (1, 2). Es el llamado cuidador primario o principal, que en nuestra sociedad tiene un perfil predominantemente femenino (2).

Twigg (1993) propone tres concepciones posibles de cuidador: cuidador como recurso, como trabajador y como co-cliente. Cada una de estas tres concepciones implica una distinta forma de relación entre los sistemas formales e informales de cuidados (1). El análisis de los cuidadores se centra fundamentalmente en los conceptos de carga, consecuencias y alivios.

En nuestro país cada vez existe una mayor conciencia de la necesidad de plantear el tema de los cuidados informales que recibe el paciente con daño cerebral. Estados Unidos y algunos países del con-

tinente europeo han comenzado a integrar a las familias en programas sistemáticos de intervención en rehabilitación, conscientes de que el impacto del daño cerebral es tan importante para el paciente como para la familia (7, 8, 9, 10). En unos casos, estas intervenciones tienen un carácter marcadamente educativo y en otros se hace hincapié en el apoyo emocional. La mayoría de los programas mantienen aspectos mixtos.

De todas maneras y por distintas razones, existe una evidencia cada vez mayor del importante papel que las familias juegan en el cuidado de estos pacientes. Pelegrin *et al.* (1997) exponen que tradicionalmente se ha puesto un mayor énfasis en la rehabilitación de las alteraciones de la autonomía física y del funcionamiento cognitivo del paciente, relegando a un segundo término las importantes alteraciones emocionales y del comportamiento que contribuyen significativamente al deterioro de las relaciones familiares y sociales, incrementando los factores de sobrecarga del cuidador primario. Estos mismos autores insisten en el hecho de que los trastornos psicopatológicos asociados al daño cerebral grave persisten e incluso pueden aumentar con el tiempo, a diferencia de otras enfermedades crónicas (11).

2. *Formalización de una intervención con cuidadores primarios*

Desde hace aproximadamente dos años, se lleva a cabo un grupo de cuidadores de pacientes con daño cerebral ingresados en la planta de Rehabilitación del Hospital Carlos Haya de Málaga. El grupo es coordinado por un médico especialista en Rehabilitación y una psicóloga.

DEBATES E INFORMES

Los grupos reúnen a cuidadores de pacientes con TCE dirigidos por profesionales de la salud que pertenecen a un sistema de salud formal como es el hospital. Reúnen a cuidadores familiares con problemas y sucesos estresantes vitales similares, lo que potencia las posibilidades de proporcionar y recibir ayuda. Se trata de un grupo abierto que adopta una metodología de trabajo típica de los grupos de autoayuda, en el que se introducen otras modalidades de intervención grupal que provienen del campo psicoeducativo, terapéutico y de la dinámica de grupos. En un marco institucional y en el momento de ingreso en la planta de rehabilitación, los coordinadores aportan una situación de contención e intervención en crisis, información acerca del proceso físico, de los factores de estrés para el enfermo y su cuidador, estrategias de afrontamiento y resolución de problemas.

3. *El grupo de cuidadores: red social adicional que evoluciona a red informal*

Al principio, el grupo se planteó fundamentalmente como un apoyo emocional a los cuidadores, teniendo en cuenta una amplia bibliografía existente que les designa como una población de riesgo de morbilidad psíquica (12, 13, 14) y conscientes de que cuando hablamos en el grupo de emociones, hablamos en el sentido de disposiciones corporales dinámicas que definen los distintos dominios en que se mueven sus integrantes. Cuando uno cambia de emoción, cambia de dominio de acción (15). Cuando un familiar cree que lo ocurrido es cosa del destino, se encuentra en un dominio en el que sólo son posibles ciertas acciones y no otras.

Las necesidades de las familias tienen un carácter marcadamente dinámico, dando lugar a un flujo continuo de necesidades emocionales e instrumentales (8, 10, 16). Nos parece importante determinar cuál es el apoyo que necesitan y en qué momento proporcionarlo. Sin duda, es distinta la intervención cuando el paciente corre un riesgo vital importante, que cuando la familia entra en la etapa en que manifiesta su preocupación por la lentitud de la recuperación, por ejemplo (17, 18). Incluso cuando pudimos determinar la naturaleza de estas necesidades, nos encontramos ante la cuestión de la gran complejidad que supone la planificación de estos intercambios al tratar de evitar la reproducción de un sistema de comunicación unilateral, tan frecuente en la relación médico-paciente.

Fuimos tomando conciencia de que nuestra intervención con los cuidadores tiene lugar al intentar proporcionar estrategias que incorporan el apoyo social, estimulando actividades que implican establecimiento de comunicación, colaboración y ayuda mutua entre los cuidadores, estableciendo una relación de pares, al mismo tiempo una relación con profesionales del sistema sanitario formal. Observamos que estas intervenciones promueven sentimientos de autoconfianza y competencia. Los grupos de cuidadores pasan a incorporarse a la red social personal como una experiencia que forma parte de la identidad, que como afirma Sluzki (1995), se construye y reconstruye constantemente. Los otros cuidadores se transforman de este modo en co-construtores, constituyendo una «red primaria adicional», pasando a formar parte de la red social significativa del cuidador (que puede ser definida como la suma de todas las relaciones que el cuidador percibe como significativas) (19).

Uno de los objetivos más importantes que se fueron construyendo en estos grupos fue el desarrollo y consolidación de una red estable de relaciones informales y el aprendizaje o reaprendizaje de las habilidades y recursos necesarios para establecer, nutrir y mantener relaciones sociales activas. Las relaciones sociales contribuyen a dar sentido a sus vidas, lo que a su vez da sentido y estimula a mantener las prácticas de cuidados de salud que proporcionan a los enfermos. También la red actúa como un monitor de la salud y activador de las consultas a profesionales sanitarios (19).

Se trabaja el tema del afrontamiento como proceso, activador de esfuerzos cognitivos y conductuales destinados a tratar de manejar el estrés. El afrontamiento depende del contexto. No se trata de una disposición estable.

En los grupos se aborda el tema de las tres funciones principales del afrontamiento: una focalizada en el problema, otra en la emoción, y la tercera de tipo intermedio destinada fundamentalmente a la búsqueda de apoyo social. Estas funciones pueden facilitarse mutuamente o interferirse. En la primera se trabaja con técnicas destinadas a manejar o alterar la fuente generadora de estrés. En la segunda, se intenta la regulación de mecanismos emocionales del estrés, y en la tercera, afrontamiento de tipo intermedio que posee elementos de ambos tipos de focalización y que constituye el espacio de trabajo más significativo del grupo (20).

Se trata, en definitiva, de favorecer que el cuidador preste lo más eficazmente posible los cuidados, pero también de reducir el estrés propio de su tarea y que implica entre otras cuestiones: brindar información acerca del proceso de enfermedad, dentro de las peculiaridades que la información

tiene en este caso, entrenar en maneras alternativas de cuidar más saludables, enseñar a manejar situaciones que dificultan la prestación de cuidados, enseñar estrategias de planificación y uso del tiempo de forma más organizada y eficiente, enseñar habilidades para solicitar/obtener ayuda de otras personas, tanto familiares, como vecinos y también cuidados formales (sanitarios, voluntariado, autoayuda) (16).

Los cuidadores no sólo son receptores potenciales de servicios sanitarios, sino que también son ellos mismos proveedores de apoyos y cuidados y toman decisiones acerca de cuándo hacer intervenir a la red formal.

4. *El grupo de cuidadores: favorecedor de la red social natural*

En los grupos trabajamos con el concepto de «microecología» de Sluzki (19), o sea, el conjunto de personas que interactúan con el paciente en su realidad social cotidiana. Tenemos en cuenta que esta red está inmersa en redes más amplias, múltiples, complejas y en evolución constante, de entre las cuales «extraemos» artificialmente a la familia. La selección y especificación de la frontera de un sistema está determinada por una definición operacional acerca de una red significativa. Es importante determinar para quién es importante esta red. A veces las redes familiares son activadas por expectativas y presiones sociales, y no se activan, por ejemplo, redes no familiares en el entorno del cuidador, no porque carezcan de efectividad, sino porque en nuestra cultura los cuidadores no se sienten con derecho a hacerlo o no saben cómo hacerlo. Nos parece que el modelo de red ayuda a desalienar tanto al cuidador

DEBATES E INFORMES

como al propio médico (19). El diálogo entre los cuidadores en los grupos constituye un territorio compartido y es un «locus» de consenso que actúa como núcleo organizador de la red social.

Creemos que numerosos problemas en el área de salud mental se derivan del importante aislamiento que sufren tanto pacientes como cuidadores (11, 14, 21, 22), con lo que preferimos una intervención más social que individual (sin desmerecer la importante función de ésta) para mejorar el afrontamiento de los estresores derivados del traumatismo. En los grupos aparecen algunos aspectos de particular relevancia en términos de red, tales como que cuando la red del cuidador es muy tenue, pérdidas que parecen como triviales (por ejemplo, la desconexión con algunas vecinas con las que mantenía un contacto social mínimo), se transforman en importantes. Hemos observado que muchos cuidadores presentan habilidades para establecer contactos sociales muy precarios, tales como estrategias marcadas por la dependencia, o de críticas a terceros, para dar algunos ejemplos. Las habilidades sociales pueden modificarse en el grupo e incluso adquirirse otras nuevas, dando un mayor contexto de apoyo y estímulo. En general, resulta muy llamativa la facilidad con que los cuidadores aceptan comunicar sus impresiones sobre los procesos de red en los que están implicados. El apoyo social protege de los efectos potencialmente negativos de una amplia variedad de situaciones estresantes (19). Existe evidencia de que una red social personal estable, activa, confiable, protege y actúa como agente de ayuda y derivación, afecta a la pertinencia y la rapidez de la utilización de servicios de salud y ayuda a generar salud. Pero también existe la evidencia que una

situación generada por el daño cerebral traumático grave deteriora la calidad de la interacción social del cuidador y a la larga reduce el tamaño y la accesibilidad de su red social. Hay una correlación directa entre la calidad de la red social y calidad de la salud (19).

Bateson expresaba que las fronteras del individuo no están limitadas por la piel del mismo, sino que incluye todo aquello con lo que éste interactúa (19). Como resumen podemos decir que las fronteras del sistema social significativo del cuidador no se limita a la familia nuclear o extensa, sino que incluyen a todo el conjunto de estímulos interpersonales: familia, amigos, relaciones de trabajo, de inserción comunitaria y de prácticas sociales en general. Este nivel intermedio de la estructura social resulta crítico para una comprensión más acabada de los procesos de integración psicosocial, de promoción del bienestar, de desarrollo de la identidad y de consolidación de los potenciales de cambio.

5. *El grupo de cuidadores: lugar de encuentro entre red sanitaria formal e informal*

Los cuidadores tienen un área de participación que no queda claramente determinada. Sin duda hay tareas que requieren conocimientos técnicos y que deben llevarse a cabo por las instituciones sanitarias. Pero existe un amplio campo de cuidados sin delimitar a quién compete. Queda claro que la mayoría de las tareas de cuidado requieren actividades formales e informales, con lo que resulta imprescindible la combinación de ambas modalidades en la planificación de estrategias de intervención. Estos aspectos requieren cambios importantes en

la orientación profesional tradicional del médico.

Los servicios sanitarios formales mantienen una relación dinámica con los cuidadores informales (2). Gracia, Herrero y Musitu (1995) sostienen que las redes informales constituyen sistemas ecológicos en los que las personas desempeñan roles complementarios e interdependientes de ayuda. Las actividades son por lo tanto, multidireccionales. Estos autores hacen hincapié además en las dificultades que pueden surgir a la hora de la coordinación en intervenciones conjuntas entre sistema informal y formal, ante una visión distinta de los problemas y de sus soluciones (16).

En nuestra experiencia observamos que pueden surgir conflictos si esta relación se vuelve simétrica, y como consecuencia pueden aparecer dos situaciones: o compiten el cuidador primario y la institución (red familiar y red institucional) en qué cuidados precisa y cómo se cuida al paciente, o se delegan funciones, esperando y reivindicando que el otro los provea.

Uno de los retos más importantes que existe en el trabajo con estos grupos es mantenerse con una actitud de respeto y refuerzo de aquellos valores, creencias y pensamientos que benefician a todos y que deben ser fomentados y conservados. Esta tarea no es fácil. El profesional de la salud tiende a mostrar una actitud paternalista con los pacientes y familiares. Se trata de conciliar el refuerzo y mantenimiento de aquellas creencias y conductas que inciden de manera positiva en la evolución del paciente y su familia, con intervenciones destinadas a modificar la estructura, composición, intercambios de apoyo familiar, normas acerca de la búsqueda de ayuda, etc. Si se logra un buen balance entre estos dos aspectos, la intervención tendrá una

mayor validez ecológica (16). Tratamos de acompañar a los cuidadores en un período crucial de sus vidas. Tendemos a funcionar como consultores de cuidadores competentes pero necesitados de orientación. Se provocan expectativas realistas y objetivos viables, con un supuesto de competencia, en el sentido de reconocer que poseen o son capaces de desarrollar habilidades necesarias para afrontar y resolver los problemas derivados de su función.

En el grupo de cuidadores se trata de no enfatizar lo patológico ni fomentar la dependencia, lo que difiere del contexto habitual de la relación médico-paciente. Al médico le interesan fundamentalmente las informaciones que se encuadran dentro de su saber, desechando a veces por falta de formación adecuada datos que aluden a otras esferas del conocimiento del enfermo y su familia, informaciones muy valiosas desde el punto de vista de la adhesión al tratamiento rehabilitador/ y la prevención y promoción de la salud mental, tales como el conocimiento y aceptación de valores del paciente y su familia, información acerca de la personalidad previa del paciente, funcionamiento familiar, conocimiento acerca de la manera como fueron solucionadas las crisis en el pasado, etc. (23).

Se intenta trabajar sobre los aspectos saludables, como resaltar las habilidades del cuidador, aspectos del paciente que no han sido dañados por el traumatismo, evitando circunscribir la información sólo en torno a los déficits del paciente y las carencias del cuidador, tratando de devolver a la familia, la capacidad de resolución y autogobierno.

Se trabaja con insistencia el tema de la dependencia tanto de los pacientes con respecto a los cuidadores, como a la inversa, ya que en nuestra experiencia, la dependen-

cia que al comienzo del proceso aparece en una sola dirección, con el tiempo, se constituye en una doble dirección. La vida del cuidador tiende a empobrecerse y circunscribirse al enfermo, con el consiguiente establecimiento de la dependencia mutua. «Observamos la tendencia de algunos cuidadores y del propio paciente a evolucionar hacia un progresivo aislamiento de toda la red social. La rigidez de fronteras y la pobreza de la red, su fraccionamiento y baja densidad, llegan en ocasiones a reducir al mínimo la presencia del exogrupo. Esta situación, entre otras, colaborará a reducir la presión para el mantenimiento de algunas normas sociales fundamentales. La falta de otros contactos transforma a la diada en un sistema cerrado, autoabastecido. Tratamos de insistir que el paciente debe hacer por sí mismo todo lo que es capaz de hacer. Hablamos también de la necesidad de «respiro» del cuidador, conscientes de que los cuidadores que reciben ayuda proporcionan también ayuda (24). Se aumenta el sentido de control (*locus* de control interno) sobre lo que está sucediendo, de autoconfianza y competencia (19), conscientes de que los comportamientos de los cuidadores son contingentes a sus contextos interpersonales significativos y sensibles a modificación de los mismos, evitando la generación de desesperanza.

La mayor parte de los autores consultados, para fundamentar este trabajo, aconsejan la continuidad de estos grupos incluso cuando los pacientes han sido dados de alta por los servicios de Rehabilitación. Incluso se habla de la necesidad de que estas familias sean acompañadas a lo largo de toda la evolución del paciente y no sólo en los momentos iniciales (25, 26).

Esta tendencia se está observando en nuestro grupo de cuidadores, ya que lo que

había sido pensado inicialmente como un apoyo en el momento de la hospitalización, se plantea ahora como una necesidad de continuidad incluso después del alta hospitalaria del paciente. El tema ha sido planteado por los mismos familiares que han seguido acudiendo a las reuniones desde sus hogares, introduciendo en el grupo temáticas diferentes y dificultades de afrontamiento no previstas en las situaciones iniciales durante la hospitalización. En este sentido, les hemos animado a constituirse en grupos de autoayuda ya que pensamos que este grupo debería evolucionar hacia una red informal.

6. Conclusiones

El grupo de cuidadores está orientado básicamente a una intervención en la red personal del cuidador. El objetivo en esta forma de estrategia es proporcionar fundamentalmente consejo y asistencia con la finalidad de sostener y reforzar el potencial de apoyo del grupo familiar entre otros. Por otro lado, este grupo comparte la estrategia de los grupos de ayuda mutua con el objetivo de conectar cuidadores de pacientes con otras personas con problemas e intereses comunes con el fin de compartir recursos y reducir el aislamiento social. Los cuidadores realizan un aprendizaje individual muy valorado por ellos y tienen la posibilidad de establecer contacto con otras personas en situación de igualdad, incrementando de este modo su competencia interpersonal. Además reduce el sentido de dependencia de los cuidadores, reciben la oportunidad de ser aprobados y reconocidos por otras personas, de ser considerados útiles para los demás en momentos en los que la sensación de impotencia inunda sus recur-

sos habituales afrontamiento. Asimismo, el grupo le ofrece la posibilidad de poder observar sus problemas tomando una mayor distancia de ellos. Los miembros del grupo establecen relaciones de distinto tipo, tales como compañía, apoyo emocional, interacciones destinadas a compartir información personal y social, aclarar expectativas y proveer modelos de rol, regulación social, en la medida en que recuerdan y reafirman responsabilidades, neutralizan comportamientos que se apartan de las expectativas sociales, permiten una disminución de las frustraciones y violencia y favorecen la resolución de los conflictos, el acceso de nuevos contactos, ayuda material y de servicios sobre la base de conocimiento experto o ayuda física, incluyendo los servicios de salud.

Nuestra propuesta es que las intervenciones tendrían que dirigirse tanto al paciente como a su familia en dos etapas: 1.º En un primer momento, con modalidad de intervención en crisis: individual, familiar y/o grupal. La resolución exitosa de las crisis originadas en el seno del grupo familiar supone entre otras cosas, la restauración del equilibrio emocional, el dominio cognitivo de la situación y el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento, cambios de las conductas y uso apropiado de los recursos externos. 2.º A continuación, empleo de técnicas que permitan optimizar la capacidad de las familias para resolver problemas derivados de las secuelas del paciente, favorecer la adhesión al tratamiento rehabilitador y la recuperación del paciente, la educación de la familia acerca de la naturaleza y consecuencias del daño cerebral, así como estrategias para desenvolverse en el hogar, todo ello con un enfoque de redes.

Las intervenciones con grupos de pacientes con daño cerebral se engloban

dentro de las estrategias de la Rehabilitación Psicosocial que se encuentra en este momento en pleno proceso de definición y expansión y que comprenden estrategias complejas y prácticas multivariadas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) JAIMESON, A.; ILLSLEY, R., *Comparación de políticas europeas de atención a personas ancianas*, Barcelona, SG, 1993.
- (2) GARCÍA CALVENTE, M. M.; MATEO DOMÍNGUEZ, I., «El cuidado de la salud, ¿quién hace qué?», *Index de Enfermería*, 1993, 16, pp. 16-19.
- (3) JENNET, B.; TEASDALE, G., *Diagnóstico y tratamiento de los traumatismos craneoencefálicos*, Barcelona, Salvat, 1986.
- (4) DURÁN, M. A., «El tiempo y la economía española», *ICE*, 1991, 695, pp. 9-48.
- (5) DURÁN, M. A., «El cuidado de la salud», en DURÁN, M. A., *De puertas adentro*, Madrid, Instituto de la Mujer, 1998, pp. 83-104.
- (6) MIGUEL, J. M.; YUSTE, F. J.; DURÁN, M. A., *El futuro de la salud*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1988.
- (7) MCMORDIE, W.; ROGERS, K. F.; BARKER, S. L., «Consumer satisfaction with services provided to headinjured patients and their families», *Brain Injury*, 1991, 5, 1, pp. 43-51.
- (8) WILLIAMS, J.; KAY, T., *Head Injury: a family maffer*, Baltimore, Brookes, 1991.
- (9) SOLOMAN, C. R.; SCHERZER, B. P., «Programme development some guidelines for family therapists working with the traumatically brain injured and their families», *Brain Injury*, 1991, 5, 3, pp. 253-266.
- (10) BEN-YISHAY, Y.; DILLER, L., «Cognitive remediation in traumatic brain injury update and issues», *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 1991, 74, pp. 204-213.
- (11) PELEGRÍN, C.; MUÑOZ, J.; QUEMADA, J., *Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático: aspectos clínicos y terapéuticos*, Barcelona, Prous Science, 1997.

DEBATES E INFORMES

- (12) PETERS, L. C., y otros, «Psychological sequelae of close head injury: effects on the marital relationship», *Brain Injury*, 1990, 4, 1, pp. 39-47.
- (13) CAVALLO, M. M.; KAY, T.; EZRACHI, O., «Problems and changes after traumatic brain injury: differing perceptions within and between families», *Brain Injury*, 1992, 6, 4, pp. 327-335.
- (14) LINN, R. T.; ALLEN, K.; WILLER, B. S., «Affective symptoms in the chronic stage of traumatic brain injury: a study of married couples», *Brain Injury*, 1994, 8, 2, pp. 135-147.
- (15) MATURANA, H., *Biología del amor y el origen de lo humano*, Málaga, Prometeo y Proteo, 1997.
- (16) GRACIA FUSTER, E.; HERRERO OLAIZOLA, J.; MUSITU OCHOA, G., *El apoyo social*, PPU, 1995, pp. 185-210.
- (17) POWELL, T., *Head Injury: a practical guide*, Oxon, Winslow Press, 1994.
- (18) PHIPPS, E., y otros, «Interpreting responsiveness in persons with severe traumatic brain injury: beliefs in families and quantitative evaluations», *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 1997, 12, 4, pp. 52-69.
- (19) SLUZKI, C., *La red social: frontera de la práctica sistémica*, Barcelona, Gedisa, 1996.
- (20) GAVINO, A., *Técnicas de terapia de conducta*, Barcelona, Martínez Roca, 1997.
- (21) KOZLOFF, R., «Networks of social support and outcome from severe head injury», *J. Head Trauma Rehabil.*, 1987, 2, 3, pp. 14-23.
- (22) KREUTZER, J. S.; GERVASIO, A. H.; CAMPLAIR, P. S., «Primary caregivers psychological status and family functioning after traumatic brain injury», *Brain Injury*, 1994, 8, 3, pp. 197-210.
- (23) NAVARRO, J., *Avances en terapia familiar sistémica*, Barcelona, Paidós, 1995.
- (24) BOTUCK, S.; WINSBERG, B. G., «Effects of respite on mothers of school-age and adult children with severe disabilities», *Ment. Retard.*, 1991, 29, pp. 43-47.
- (25) ROSENTHAL, M.; YOUNG, T., «Effective family intervention after traumatic brain injury: theory and practice», *J. Head Trauma Rehabil.*, 1988, 3, 4, pp. 42-50.
- (26) BEN-HUSHAY, Y.; GOLD, J., «Therapeutic milieu approach to neuropsychological rehabilitation», en WOOD, R. L. (ed.), *Neurobehavioral sequelae of traumatic brain injury*, Nueva York, Taylor and Francis, 1990.

* Trinidad Bergero, psicóloga. Marina Gómez, psiquiatra. Antonia Herrera, médico especialista en rehabilitación. Fermín Mayoral, psiquiatra. Hospital Carlos Haya de Málaga. Unidad de Psiquiatría.

Correspondencia: Trinidad Bergero Miguel, c/ Las Palmas, 4, 29018 Málaga.

** Fecha de recepción: 7-VI-1999.