

Afrontamiento de las familias ante las consecuencias generadas en los pacientes que sufrieron trauma cráneo encefálico

Coping with families to the sequences generated in patients who suffered cranial trauma

Bohórquez de Figueroa Alix Zoraida**
 Jessica Julieth Turizo - Lesly Johanna Vergel***
 Ludy Maritza Sarmiento - Sandra Milena Pulido***
 Lina María Quintero***

Resumen

El Traumatismo craneoencefálico es la primera causa de muerte e incapacidad en la población < de 45 años, afectando principalmente a la población activa y originando terribles secuelas. La mayoría de las personas presentan diversos grados de discapacidad que los limitan para desempeñar los niveles de funcionalidad y estilos de vida previos a la lesión¹.

Todas estas secuelas devienen un golpe arrollador para la familia y demanda una drástica variación y cambios en su funcionamiento habitual, el impacto es violento; cambia todo el sistema de prioridades y como todo evento estresante, está marcado por la incertidumbre y la ambigüedad. Presupone legitimar el indiscutible papel de la familia en la atención y afrontamiento por mantener, restablecer u optimizar la salud de cualquiera de sus miembros durante el proceso de recuperación².

La realización de esta investigación cualitativa tiene como objetivo conocer las diferentes estrategias de afrontamiento empleadas por las familias ante las secuelas generadas en los pacientes que sufrieron trauma cráneo encefálico en el primer semestre de 2008, las cuales son una respuesta al cambio que requiere creatividad y producción de nuevas conductas, que le permitan a la familia obtener un grado de cohesión y adaptabilidad frente a las diversas problemáticas y cambios a lo largo del sistema familiar.

Palabras claves

Estrategias de afrontamiento, secuelas.

Enfermera. Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Enfermería Universidad Francisco de Paula Santander. e-mail: azbohorq@hotmail.com.

*** Estudiantes de enfermería V semestre Universidad Francisco de Paula Santander. e-mail: showy_83@hotmail.com.

Summary

The TEC is 1st cause of death and incapacity in the population < of 45 years, affecting mainly to the active populace and originating terrible sequels. Most of the people they present/display diverse degrees of discapacidad that limit s to carry out the previous levels of functionality and styles of life to the injury. All these sequels happen a sweeping blow for the family and demands a drastic variation and changes in their habitual operation, do not matter that age is a member of very outpost, or of a small boy in any case the impact is violent, changes all the system of priorities and each member will be overflowed by the overwhelming nonpredicted change and that, like all estresante event, it is marked by the uncertainty and the ambiguity. It estimates to legitimize to the unquestionable paper of the family in the attention and facing to maintain, to restore or to optimize the health of anyone of its members during the recovery process. The accomplishment of this qualitative investigation must like objective know the different strategies of facing used by the families before the sequels generated in the patients who underwent trauma encephalic skull in the first semester of 2008, which are an answer to the change that requires creativity and production of new conducts, that allow the family to in front of receive a rank of diverse cohesion and adaptability problematic and the changes throughout the familiar system.

Key words

Sequels, coping strategies.

¹ MORENO Pedro, BLANCO Carmen. Epidemiología y clasificación del daño cerebral. En Neuropsiquiatría del daño cerebral. Ed. I. Quemada; C. Pelegrin; J.M. Muñoz, 1996. Ed. Prou Disponible en internet: www.medicrit.com/Revista/v2n7_05/V2N7_107.pdf

² ROCA Pérez m. apoyo Social. su significación para la salud humana. La Habana, Cuba: Editorial Félix Varela; 2000 Disponible en Internet: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero..pág. 1- 16

Recibido: 22 octubre/08 - Aceptado: 26 Febrero/09

Introducción

El Trauma Cráneo Encefálico se ha definido como la "epidemia silenciosa de nuestro tiempo trayendo como consecuencia, aumento en el número de personas con secuelas severas que requieren ayuda de su familia, servicios sociales o de rehabilitación³. Según los especialistas los familiares son los verdaderos afectados, ya que la persona vuelve a depender totalmente de ellos, cuando antes del accidente hacía una vida independiente. Supone uno de los mayores desafíos al que se puede enfrentar una familia, por su carácter repentino y brutal, por la sensación de injusticia, de incredulidad. Es un momento terriblemente difícil, el periodo de la unidad de Cuidados Intensivos y la hospitalización puede ser muy largo, por lo que la participación de la familia con su apoyo, estímulo y cariño, dan cierta sensación de seguridad al afectado.

Cuando la persona afectada es dada de alta, la necesidad de cuidados continuados necesita de una reorganización, cambio de papeles en la casa, asumir nuevas responsabilidades y la realización de nuevas tareas. Uno de los miembros de la familia se tiene que convertir en el pilar principal asumiendo el papel de interlocutor ante los profesionales y cubriendo las necesidades físicas y emocionales de la persona con lesión cerebral.

A la familia le puede resultar muy difícil comprender las secuelas cognitivas y de comportamiento del lesionado cerebral, por lo que recurren al apoyo de profesionales para una mejor comprensión y afrontamiento de este tipo de secuelas y la comunicación con grupos de apoyo para poder liberar las emociones y comenzar el proceso de aprender a vivir en estas circunstancias. Hay un cambio en las expectativas de futuro, cambio en los aspectos económicos; vivir en un estado permanente de intranquilidad, sensación de vulnerabilidad, sentimientos de culpa, soledad, depresión, son comunes en estas situaciones.⁴ Por tanto es importante

³ ANDERSON, V.A., et al. (2005). Outcome 30 months after traumatic brain injury in identifying factors contributing to child and family. *Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 76, 401-408 Disponible en internet: www.medicrit.com/Revista/v2n7_05/v2n7_107.pdf pag. 1-21

⁴ ANDERSON, V.A., 2005. *Ocipt*, Pág 1-6

que la familia logre identificar los recursos que emplean

y a partir de ello puedan mejorar las estrategias ya existentes o adquirir nuevas que le permitan superar satisfactoriamente todas las dificultades y eventos traumáticos que tengan lugar dentro de su dinámica familiar.

Materiales y métodos

La presente investigación es Cualitativa de tipo Fenomenológico. La muestra del estudio estuvo constituida por 3 informantes que cumplieron con los criterios de inclusión y los cuales se seleccionaron utilizando el muestreo por conveniencia, permitiendo así llevar a cabo la realización de las entrevistas a profundidad según Mays Pope. Previamente se elaboró un cuestionario con las preguntas a desarrollar en la entrevista para la obtención de la información y alcanzar el objetivo propuesto, además, como instrumento de ayuda se utilizó una grabadora de voz (Con previa autorización del informante) y notas metodológicas para facilitar el desarrollo de la misma y posteriormente un mejor análisis de la información.

Las entrevistas se llevaron a cabo en el hogar de las familias participantes del estudio garantizando un ambiente que les proporcionara comodidad física, emocional y afectiva sin omitir juicios al significado de cada experiencia. El análisis de los datos se realizó aplicando los pasos según Janice M. Morce transcripción y lectura de entrevistas (análisis de contenido) codificación, identificación, definición y operacionalización de las categorías y definición etiquetas para cada categoría.

Objetivos

General

Conocer las diferentes estrategias de afrontamiento empleadas por las familias ante las secuelas generadas en los pacientes que sufrieron trauma cráneo encefálico.

Específicos

*Describir las estrategias de afrontamiento utilizadas por la familia con posterioridad al evento traumático.

*Conocer que incide en las respuestas de las familias frente a las secuelas del evento traumático.

*Describir los cambios en el proceso de afrontamiento familiar.

Resultados y discusión

La población de informantes estuvo constituida por 3 mujeres cuidadoras principales de pacientes que sufrieron trauma craneoencefálico en el primer semestre del 2008, con edades que oscilan entre 35-45 años; las cuales viven en el área urbana de Cúcuta con un nivel socioeconómico bajo (estrato 1) y quienes aceptaron voluntariamente participar en la investigación. Se les brindó información clara y precisa acerca de los propósitos y beneficios de la misma. Se realizaron 7 entrevistas en total (Informante 1: 3, Informante 2: 2, Informante 3: 2).

El afrontamiento de las familias se puede estructurar en 3 fases (ANA MARIA MONTILLA año (2006) "El Paciente y la Familia ante la Enfermedad")⁵ que se complementan y se viven de manera secuencial, las cuales se inician con una **Desorganización**, continua con una situación de **Recuperación** y se llega a una **Reorganización**; donde permiten al cuidador familiar descubrir e identificar los recursos y estrategias ya sea centradas en el problema o centradas en la emoción (La escala de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping, WOC) de Folkman y Lazarus)⁶, que emplearán para comprender y aceptar los cambios no solo en su

vida sino en la vida de las personas que tienen a su cuidado y la influencia que tiene sobre ellos en su funcionamiento familiar; con el fin de mantener, restablecer u optimizar la salud de su ser querido (Cohen y Lazarus, Afrontamiento Familiar)⁷.

Sin embargo existen factores que hacen cambiar la respuesta de este cuidador y que incide en la utilización de una u otra estrategia de afrontamiento y a su vez interactúa con una serie de sentimientos que pueden llegar a hacer más arduo e inefectivo este proceso.

Desorganización: perplejidad a lo inesperado... Para cada familiar o cuidador principal este afrontamiento tiene particularidades pero se puede afirmar que todos viven un proceso que inicia con una **Desorganización** donde la noticia del evento toma por sorpresa al cuidador, genera **miedo, incertidumbre y angustia**; al no saber cómo actuar ni que realizar para solucionar el problema. Siendo muy frecuente que somaticen la situación y termine por afectar su salud alterando su patrón del sueño, su apetito y mostrándose ansiosos. **I1:E2**^{*} "Pues a ver mamita uno al principio no sabe ni cómo actuar me dio miedo perder a mi hija al no saber que le había pasado, si ella iba a quedar con algún daño, que iba a ser de ella, si su vida iba a ser igual, eso es muy difícil que le lleguen con una noticia así a uno".

I2: E1^{**} "Imagínese yo nunca en la vida había visto al marido mío así cuando yo lo vi a mí me dio mucho miedo de verlo así con esa cara huy Dios mío yo que hago, lléveselo rapidito para donde sea, para donde usted quiera, yo no lo quiero ver, a mí se me subió la tensión imagínese a mí me dieron nervios de todo"

I2: E1^{**} "Imagínese yo nunca en la vida había visto al marido mío así cuando yo lo vi a mí me dio mucho miedo de verlo así con esa cara huy Dios mío yo que hago, lléveselo rapidito para donde sea, para donde usted quiera, yo no lo quiero ver, a mí se me subió la tensión imagínese a mí me dieron nervios de todo"

Para el familiar es indispensable el dedicarse por completo a su ser querido, prescindir de su trabajo y demás actividades; viéndose comprometida su vida personal, aspiraciones e independencia; siempre con el afán de optimizar y conseguir el bienestar del mismo. **I1:E3**^{***} "Dejé de trabajar, me tocó olvidar mi trabajo por estar pendiente de ella, perdí mi trabajo pero gracias a dios recuperé a mi hija. Dejar la casa sola mi hogar solo por ir a atenderla a ella. Ya cuando ella llegó acá a la casa también me olvidé de todo, estaba pendiente de lo que ella necesitaba lo que ella me pedía, yo le hacía la comida y le daba"

⁵MONTILLA Fernández Ana María, ponencia "el paciente y la familia ante la enfermedad" 28 de junio de 2006 Disponible en internet <http://www.aehc.es> pág. 1-9

⁶ LAZARUS, r.s. y FOLKMAN, s. (Traducción española Estrés y procesos cognitivos, 1986, Barcelona: Martínez Roca. Disponible en Internet: www.medicrit.com/Revista/v2n7_05/V2N7_107.pdf pág. 1-8

Citado

⁷ARRARAS Juan Ignacio "El afrontamiento de la enfermedad. Servicio Navarro de Salud. UNED Pamplona. GARRIDO Emilio. Hospital San Juan de Dios. Universidad Pública de Navarra Disponible en Internet: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero. Pag.1-12.

* Informante 1 Entrevista 2

** Informante 2 Entrevista 1

***Informante 3 Entrevista 3

El contar con suficiente dinero y recursos para alcanzar a cubrir todas las necesidades en estas situaciones es sin duda importante. La carencia de recursos económicos para suplir alimentación y demás requerimientos para la recuperación ante las secuelas inminentes de este evento traumático hacen que la persona al cuidado del afectado no se adapte con facilidad y el proceso de afrontamiento sea más duradero. **I1:E3** “a Dios gracias todo lo del accidente una parte lo cubrió lo del seguro de la moto y otra parte unos ahorritos que yo tenía, pero después me vi a gatas para conseguir lo de la papita (mueve sus manos en dirección de su boca) porque imagínese yo perdí mi trabajo, y pues como usted sabe somos las dos y no hay nadie que nos colabore. Ya eran dos cosas... por un lado la recuperación de mi Sandrita y lo otro la plata para la comida nooo; porque ella no podía comer lo mismo que yo y me tocaba conseguir otras cositas que me le ayudaran a recuperarse mas rapidito como los remedios eso hizo más difícil la situa; porque esas dos pensaderas no me dejaban dormir porque lo poquito que tenía ya se me estaba acabando...”.

I2:E1 “nosotros teníamos unos ahorritos pero fuimos gastando gastando pero el hijo nos colaboró hasta los dos meses y prácticamente él era el que nos daba la comida y nos decía que todo lo que necesita tome, porque en el momento como hace papá y si el chino nos ayudo mucho”. “Pues miija me toco vender la plancha y la cadena pues con eso aportamos para lo que usted necesita, entonces en el momento pues vendí eso y así me fui poco a poco superando hasta que pasó un poco la sacada de plata”

Obligándolos a dirigir sus energías a resolver la situación en que se encuentra y realizar estructuras mentales (**Planificación; Confrontación**) de su realidad.

I1:E3 “Pues la verdad miija le soy sincera, yo me armé de valor y le metí la ficha a esto... Saqué fuerzas de donde no las tenía, para empezar a planear y cranearme como le iba a meter la ficha y quien me iba a ayudar porque esto es muy muy duro no crea, es que para solucionar esta situación me ha tocado planear unas jum, esto es algo que uno no se espera, tanto así que nos consigue con los calzones abajo”.

Recuperación. Apoderarse de la realidad... A medida que incursionan en el proceso de afrontamiento se da una **Recuperación**. Se experimenta y se acepta la realidad, optando por la búsqueda de información con los profesionales de la salud, siguen esforzándose por apoyar incondicionalmente en el proceso de rehabilitación de su ser querido. **I1:E3** “Si mami yo la llevé a donde un psicólogo gastamos como setenta mil, después la llevamos para allá donde los locos que dicen; también la llevé para que le hicieran otro examen y nada los médicos decían que eso era del golpe: y ella como quedo un poquito falla de las vistas le hicimos unos exámenes de eso y no que no tenía nada. Entonces yo le dije mamita no gastemos mas plata porque eso es del golpe; esperemos y tengamos paciencia que algún día tiene que recuperarse”. “Ella ya dice que ve mejor, yo le hago mucho el juguito de uchuva y así la llevo dándole juguito de eso”.

El no contar con una adecuada relación afectiva con sus familiares más cercanos, es bastante influyente, provoca en la persona inseguridad, soledad y tristeza al darse cuenta que a pesar de la situación tan estresante

y compleja en la que se encuentra no perciben unión ni apoyo familiar y mucho menos en sobrellevar el problema; haciendo que se rompa definitivamente las relaciones afectivas que antes eran precarias. **I1:E3** “Yo no cuento con el apoyo de mi familia; y si, pues yo se que nunca hemos tenido muy buenas relaciones, yo no esperaba nada de ellos; pero es que ni mis hijos; yo tengo otro tres hijos y ellos son muy despegados de mi; yo pensé que al vermen así desesperada, preocupada; porque uno vive conmigo; pero que eso no les remuerde la conciencia eso les da igual. Yo he adelgazado mucho pues por la misma situación que estoy; pues pensé que ellos me ayudarían; pero que no es así. Por ahí la mayor que fue uno o dos días al hospital pero después que Sandra mi chinita volvió a la casa”. No quedándole otra opción que optar por **La Búsqueda De Apoyo Social** (ajeno a la familia), en amigos como el personal de salud, con el objetivo de contar con suficiente información comprender el estado de salud actual y comportamiento del individuo a su cuidado.

I1:E3 “Desde cuando la sacamos del hospital yo seguí averiguando más cosas con los médicos... Fue un proceso difícil el ayudarla a recuperar totalmente, aquí tuvo que ver mucho su amiguita y yo que fuimos su apoyo emocional e incondicional”.

I2: E2 “Alfredo (amigo de la familia) fue muy especial con nosotros, porque como ya lo conocíamos de hace rato, entonces yo le comenté entonces me dijo no tranquila, no miija yo le ayudo en lo que más pueda y siempre en cada momento que yo lo necesitaba, el estaba con nosotros ahí”

Además de luchar y esforzarse por enmascarar por así decirlo su realidad, ocultando sus verdaderos sentimientos, utilizando el **autocontrol** para mantenerse en equilibrio emocional y no permitir que sus inquietudes y preocupaciones afecten al individuo a su cuidado. **I1:E3** “No crea miijita yo me controlo mucho, no lloro ni me muestro débil delante de ella yo si tengo algo presente y es que yo soy para ella un apoyo; y pues me toca tragarme todo mi dolor y desesperación; a veces me gustaría salir corriendo y no volver más, gritar y que alguien me entienda o acostarme y no pensar en nada mas, pero la preocupación por Sandra no me deja; yo lloro sola y no puedo echar pa fuera todo y eso me está ahogando; a quien le digo yo algo (llanto). Porque es que esto es duro es como si no tuviera fin; como me gustaría que mi esposo anduviera aquí conmigo al menos el me escuchara y me ayudara”.

I2: E2 “eso a mí me daba como angustia, me sentía cansada y aburrida de estar soportando esto y eso es muy aburridor estar atendiendo a una persona enferma y mas que le toca a uno solo de aquí para allá, entonces uno en ese momento se siente cansada, le provoca a uno es como arrancar y salir corriendo”

Reorganización. Consolidación y nueva perspectiva de su escenario. Ya en esta última fase la familia experimenta mayor **tranquilidad, seguridad y fortaleza** como respuesta a la estabilización de la nueva situación familiar. **I1:E3** “Ahora me siento bien mamita porque la tengo a mi lado y sé que estoy con mi hija vee; cuando mi hija tuvo el accidente yo pensé que se me iba a morir; dios me dio mucha fuerza mami”. Pues ahora me siento más tranquila, veo con más claridad las cosas a comparación del principio, volví a vernos como una familia chiquita de 2 como siempre lo hemos sido. Claro todavía sigo viendo de sus cosas y pendiente de que si se siente mal...” la magnitud y gravedad de la enfermedad alivia al cuidador, el cual reconoce y acepta de una vez por todas las realidades y

trata de vivirla, **resaltando lo positivo del evento**. “Yo corrí con suerte de que el accidente de Sandra no fuera tan grave; porque yo había escuchado que esos golpes en la cabeza dejan mongólicos a la gente y hasta paralíticos, no me quiero ni imaginar que hubiera hecho. Y pues eso me ha aliviado un poco porque no fué sino un golpe y se recuperó”. La verdad lo único bueno que le he visto a este accidente es que ha aquietado a esta muchacha porque miya esa era una que se me iba todos los viernes y no me regresaba a veces sino hasta el domingo toda borracha y vuelta nada, ni me avisaba donde iba a estar ni con quien; Dios mío bendito yo no pegaba un ojo de la angustia donde estará esta muchachita y era que no me hacía caso y se largaba con ese tiesto de moto. Ahora al menos es un poco consciente se va en ella pero si va jartar viene y la guarda”

I2:E2 “pues el cambió mucho porque en el momento de que el sufrió eso, el ya el día sábado siempre salía se iba a tomarse sus cervecitas, entonces ya ahorita no, ya cada mes se toma su cerveza, ya ha cambiado mucho, ya le da muchos consejos a los amigos, le da consejos a los hijos”

Esta investigación cualitativa con abordaje fenomenológico permitió acercarse a la realidad y experiencia personal de cada familia en el proceso de afrontamiento; y así comprender este fenómeno y su significado, al mismo tiempo que contribuye generando teoría propia a la disciplina de enfermería.

Conclusiones

La familia se convierte en un elemento pilar en la recuperación prolongada de la personada lesionada y las adaptaciones a la discapacidad. Las personas que se encuentran frente al cuidado de la persona que ha sufrido el traumatismo craneoencefálico por lo general son mujeres amas de casa, las cuales disponen de su vida y habilidades para brindar lo mejor de sí; cubriendo las necesidades físicas y emocionales de esta.

El proceso de afrontamiento se puede estructurar en 3 fases que se complementan y se viven de manera

secuencial: Desorganización, Recuperación y Reorganización; cambiando a lo largo del tiempo y varía como resultado de la severidad del mismo, el grado de perturbación del sistema familiar y el uso de recursos disponibles (intrafamiliares, amigos y profesionales).

Se puede concluir que los factores que hacen cambiar la respuesta de este cuidador e influye en el momento de elegir cuál de los 2 tipos de estrategias utilizar (centradas en el problema o centradas en la emoción) son principalmente: situación socioeconómica, relaciones familiares y gravedad de la enfermedad.

Se identificó que Las estrategias de afrontamiento más utilizadas y consideradas en gran medida por estas familias son: Confrontación, Planificación, Autocontrol, Búsqueda De Apoyo Social, Aceptación Y Reevaluación Positiva. Tienen como objeto conservar la organización familiar, promover el bienestar y darle solución a la crisis presente.

Cada familia tiene preferencias individuales en la utilización de una u otra estrategia de afrontamiento ante diferentes situaciones dependiendo de su dominancia, aprendizaje, naturaleza del estresor y circunstancias en las que se produce; interfiriendo o potenciando el proceso de afrontamiento. Encontrándose mayor utilización de las estrategias centradas en la emoción.

El impacto del evento traumático predispone a las familias las cuales experimentan una serie de sentimientos y síntomas a lo largo del proceso de afrontamiento; alterando su bienestar tanto físico, biológico y psicológico (falta de apetito, pérdida de peso, ansiedad, alteración del patrón del sueño, miedo, incertidumbre, angustia, positivismo, tranquilidad, seguridad y fortaleza.)

La carencia de recursos económicos junto con las precarias relaciones familiares son factores determinantes en el proceso de afrontamiento de estos cuidadores principales; puesto que hacen más

difícil sobrellevar la problemática e intervienen en el grado de cohesión y adaptabilidad de los mismos.

Un afrontamiento adecuado y equilibrio emocional demanda gran participación de los familiares: optar por la búsqueda de información en los profesionales de la salud, aceptación de su realidad y mentes abiertas a distintas posibilidades terapéuticas; así como continuar apoyando emocionalmente y en los cuidados básicos a la persona lesionada afectando de forma directa la capacidad de afrontamiento.

Para estas familias el apoyo social no hace referencia a sentirse querido, protegido y valorado. No es tanto la red "física" o número de personas cercanas sino el apoyo percibido por parte de la persona, tener alguien cercano en quien confiar y apoyarse. Es por esto que se convierte en una de las estrategias más utilizadas por estas familias y las valoran como más eficaces para afrontar situaciones difíciles.

Una percepción y actitud optimista permiten a estas familias evaluar los posibles aspectos positivos que tengan o haya tenido el evento traumático dentro de su dinámica y funcionamiento familiar.

Bibliografía

- (1)ALDERMAN, N., Fry, R.K. y YOUNGSON, H.A. (1995). National Head Injury Foundation (NHIF-1989) Improvement of self-monitoring skills, reduction of behaviour disturbance and the dysexecutive syndrome: comparison of response cost and a new programme of self-monitoring training. *Neuropsychological Rehabilitation*, pág. 193-221.
- (2)ANDERSON, V.A., et al. (2005). Outcome 30 months after traumatic brain injury inIdentifying factors contributing to child and family. *Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 76, 401-408 Disponible en internet: www.medicrit.com/Revista/v2n7_05/V2N7_107.pdf pag. 1-21
- (3)ARRARAS Juan Ignacio y GARRIDO Emilio. El afrontamiento de la enfermedad. Servicio Navarro de Salud. UNED Pamplona. Hospital San Juan de Dios. Universidad Pública de Navarra Disponible en Internet: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero.Pag.1-12.
- (4)LAZARUS, r.s. y FOLKMAN, s. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company. (Traducción española Estrés y procesos cognitivos, 1986, Barcelona: Martínez Roca. Disponible en Internet: www.medicrit.com/Revista/v2n7_05/V2N7_107.pdf pág. 1-8
- (5)MC CUBBIN h, LARSEN a. y OLSON, d. (1981). F COPES. Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales. Universityof Minnesota: St. Paul. Disponible en Internet portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-12_127-141.pdf –pag 1-31
- (6)MONTILLA Fernández Ana María. Jornadas de hepatitis c en valencia. ponencia "el paciente y la familia ante la enfermedad" 28 de junio de 2006 Disponible en internet <http://www.aehc.es> ág. 1-9
- (7)MORENO Pedro, BLANCO Carmen. Epidemiología y clasificación del daño cerebral. En *Neuropsiquiatría del daño cerebral*. Ed. I.Quemada; C.Pelegrin; J.M. Muñoz,1996.Ed.Prou Disponible en internet: www.medicrit.com/Revista/v2n7_05/V2N7_107.pdf pag1-5.
- (8)ROCA Pérez m. apoyo Social. su significación para la salud humana. La Habana, Cuba: Editorial Félix Varela; 2000. Disponible en Internet: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero. pag 1- 16.
- (9)ROY Callista. Modelos teóricos en enfermería. www.enfermeriajw.cl/teoristas/Callista_Roy2.ppt-1-8