

Repercusiones sociales del traumatismo craneoencefálico

C. PEÑA GALLARDO

Trabajadora Social. Servicio de Rehabilitación de Secuelas Neurológicas. Hospital de Traumatología y Rehabilitación Vall d'Hebron. Barcelona.

Resumen.—En este artículo tratamos de explicar cuáles son las repercusiones sociales que conlleva el sufrir un traumatismo craneo-encefálico, intentando explicar el por qué es tan importante el que los aspectos sociales se contemplen dentro del tratamiento médico rehabilitador como una fase más hacia la integración y la aceptación de la discapacidad.

Hablaremos de las diferentes problemáticas que surgen durante las distintas etapas por las que pasan los afectados, remarcaremos la gran importancia del entorno y mencionaremos las dificultades de integración no sólo familiar sino también laboral, de los afectados. El objetivo es informar y concienciar a los profesionales y a la sociedad en general de la complejidad del abordaje de esta patología y de la gran escasez de recursos, sobre todo sociales, para dar respuesta a las necesidades de un colectivo cada vez más numeroso.

Palabras clave: *Discapacidad. Minusvalía. Interdisciplinar. Integración. Traumatismo familiar. Necesidad. Adaptación. Cuidador. Contención. Entorno. Aislamiento social.*

SOCIAL REPERCUSSION OF CET

Summary.—In this article, we try to explain which are the social repercussions that arise from suffering an encephalic cranial traumatism, trying to explain why it is so important for the social aspects to be contemplated within the rehabilitating medical treatment as one more phase towards integration and acceptance of the disability.

We will speak of the different problems that arise during the different stages passed through by the subjects, emphasizing the great importance of the environment and we will mention the familial as well as occupational integration difficulties of those affected. Our objective is to inform the professional clinicians and society in general and make them aware of the complexity of the approach to this disease and the great scarcity of resources, above all, social, to provide a response to the needs of an ever more numerous group.

Key words: *Disability. Handicap. Interdisciplinary. Integration. Familial traumatism. Need. Adaptation. Care-giver. Self-control. Environment. Social isolation.*

No es posible entender el alcance social de una lesión cerebral por traumatismo craneoencefálico (TCE), sin aclarar primero que éste va a comportar la adquisición de una discapacidad, un deterioro del organismo que tendrá un impacto importante sobre la función social de quién lo padece. Por tanto, el contexto sociofamiliar del afectado debe ser incluido y tratado en el proceso de rehabilitación de las secuelas por TCE y en esta línea el objetivo de la rehabilitación no es sólo la curación en sí misma, sino «la enseñanza a personas funcionalmente discapacitadas para que puedan convivir con sus discapacidades y a pesar de ellas»¹. Es ayudar al afectado a adaptarse a una discapacidad que se ha presentado de manera brusca y traumática en un momento determinado de su vida. Para lograr su finalidad, la rehabilitación se constituye como un espacio terapéutico interdisciplinar, prolongado en el tiempo y con una atención personalizada, que permita un conocimiento más íntimo del paciente y su entorno, planteando el tratamiento en función de las variables ambientales y personales que en él confluyen, además de las orgánicas¹. El programa terapéutico debe ser individualizado dada la heterogeneidad de las secuelas y los factores ambientales asociados, y también debe contemplar cuáles son los recursos de que dispone la comunidad del afectado para dar respuesta a determinadas situaciones.

Siguiendo en esta línea de interdisciplinariedad, la intervención social, está orientada a incluir dentro del espacio terapéutico los aspectos sociales, trabajando con los afectados y familiares, para que desarrollen sus recursos y efectúen los cambios necesarios que le llevarán a alcanzar una mayor calidad de vida². La atención personalizada permite a los profesionales, entre otras cosas, un mejor conocimiento del paciente y su entorno, valorar las posibilidades o las limitaciones que éste ofrecerá en el momento de la reintegración y consecuentemente gestionar los recursos oportunos para que el individuo se adapte a su nueva realidad.

Como ya apuntábamos al principio, las secuelas por traumatismo craneal constituyen una discapacidad adquirida, una variación del esquema corporal del afecta-

do, que va a repercutir directamente en sus relaciones con el entorno. El TCE es el causante no sólo de déficit físicos sino también cognitivos y comportamentales que suelen ser muy incapacitantes y que tienen un mayor impacto social que la lesión física. Las secuelas físicas son con frecuencia muy evidentes y mensurables, mientras que las modificaciones de comportamiento son difíciles de analizar por el entorno y repercuten directamente sobre la capacidad de relación familiar y sociolaboral, produciendo un mayor impacto sobre las relaciones y la función social del afectado³.

Desde el punto de vista social, podemos afirmar que un TCE es sobre todo «un traumatismo familiar»⁴, de ahí el importante rol que juega la familia en todo el proceso de rehabilitación, entendiendo por familia, claro está, el entorno afectivo más inmediato. En este punto me parece oportuno hacer una reflexión que ayudará a entender el alcance de esta afirmación. Los avances tecnológicos en medicina han sido espectaculares en los últimos años, permitiendo un mayor índice de supervivencia de las víctimas y un aumento espectacular del número de lesionados que presentan una discapacidad severa. Los afectados por TCE se han convertido en un colectivo con unas necesidades asistenciales muy concretas para las que la sociedad no tiene todavía respuestas, debido a que el soporte institucional, los recursos sociales específicos e incluso los sanitarios en el ámbito de las atenciones socio-sanitarias para pacientes en coma vegetal, no han evolucionado con la misma rapidez que la tecnología. La ausencia de conciencia social sobre la problemática de este colectivo provoca que el cuidado a largo plazo del discapacitado, recaiga inevitablemente sobre la familia con todo el coste emocional y económico que ésto supone⁴. Es indiscutible que el entorno familiar cumple, una función asistencial de primer orden, tanto en la fase hospitalaria como en la del retorno del paciente al domicilio, pero esta función con el transcurso del tiempo, se extiende al resto de los ámbitos de la vida tales como el ocio, las relaciones sociales, la integración laboral, etc.

Durante el tratamiento se debe lograr una alianza entre el equipo, el paciente y la familia, siempre teniendo en cuenta que están sometidos a una situación de estrés muy considerable. La actitud y los sentimientos de los familiares son contradictorios y cambiantes a lo largo del todo el proceso, dependiendo de diversos factores que relacionados entre sí, nos proporcionan datos sobre cuál es el nivel de repercusión sociofamiliar de la discapacidad y consecuentemente de la integración social posterior, para poder así diseñar un plan de intervención. Los factores a los que nos referimos son:

— *La gravedad de las secuelas y pronóstico*⁴. Evidentemente cuanto más severa es la discapacidad más difícil es adaptarse a ella y mayores las dificultades de

aceptación. Lo incierto del pronóstico, característico en los TCE, produce un alto nivel de angustia especialmente en las primeras etapas. Muchas veces los familiares se quejan de no recibir suficiente información por parte de los profesionales y mantienen unas expectativas de recuperación poco reales. En la mayoría de los casos no existe una desinformación real, sino una clara dificultad emocional para comprender y asimilar toda la información. En este punto cabe señalar que cuanto más conocimiento tengan de la situación en todas sus facetas, tanto más capacitados estarán para afrontarla. Los profesionales, deben tener en cuenta que sin una aceptación previa del diagnóstico y las secuelas, es muy difícil abordar las cuestiones de adaptación del entorno y movilizar cualquier tipo de recurso, por eso es tan importante proporcionales la mayor información posible sobre las secuelas, los recursos y los servicios existentes, para que sepan qué van a necesitar y dónde acudir².

— *La evolución de las secuelas en el tiempo*⁴. Durante la fase hospitalaria, se observa que la conducta de los miembros de la familia se corresponde con el estadio que atraviesa el lesionado. No existe un patrón estándar para afrontar la situación, sino que es un proceso de continua adaptación por ambas partes, adoptando y dejando continuamente distintas reacciones durante todo el proceso. Evidentemente los profesionales detectan un alto nivel de angustia en la fase del coma y la intervención debe ir dirigida hacia la contención y el apoyo emocional. Es en la fase subaguda o de rehabilitación con una tendencia hacia la estabilización de las secuelas, donde se debe empezar a trabajar la adaptación a la discapacidad. La reacción de pacientes y familiares en este estadio suele ser de negación de la realidad, con una carga importante de estrés para todos.

— *El lugar que ocupa el afectado en la estructura familiar*⁴. Aquí estaríamos hablando del *rol*, entendiendo como tal aquella función que realiza un individuo dentro de la estructura familiar. La presencia de un deterioro físico, comporta de entrada una pérdida de la función social del individuo que la padece, por lo tanto, el entorno debe reorganizarse para asumir las funciones que el afectado realizaba y restablecer así el equilibrio perdido. En la lesión cerebral hay modificaciones del comportamiento que atañen a la motivación y la capacidad de juicio y que también comportan una pérdida del rol social. En el núcleo familiar pueden surgir dificultades en el polo psicológico para cambiar planes, y reorganizar tareas. La redistribución de roles es más o menos difícil según la función que hasta entonces desempeñaba el afectado en la dinámica familiar. Nos estamos refiriendo, a si el lesionado es el cónyuge femenino, el masculino, un hijo, etcétera. La reorganización tiene como finalidad

preservar la integridad familiar y por supuesto, la de determinar quién será el *cuidador principal*. En este sentido la función del equipo asistencial está dirigida a ayudar a determinar quién asume «el mando» de la situación y a tener especial cuidado del cuidador ya que, generalmente, además de la función asistencial, asume el rol perdido del afectado.

La solidez anterior del tejido familiar⁴. Este factor hace referencia específicamente a las relaciones afectivas y la dinámica familiar premórbida. Si previamente la relación afectiva y la convivencia están deterioradas o son conflictivas, la reacción de los familiares es fría y reacia a las modificaciones. Esto suele manifestarse en la falta de colaboración y participación en el proceso de rehabilitación, así como en la dificultad para definir qué miembro de la unidad familiar asume el papel de cuidador y evidentemente, en el momento del alta hospitalaria, pueden surgir conflictos para la reinserción familiar. Por el contrario, si la estructura familiar es sólida y estable, la familia se implica en el proceso, desempeña un papel irremplazable en todo el tratamiento, y proporciona al paciente unos estímulos enormes que favorecen su recuperación³.

Durante el ingreso hospitalario, que suele ser largo, pueden surgir problemas de tipo jurídico, financiero, administrativo, etc. Podemos decir que son problemas coyunturales, pero que interaccionan y que se han de tener en cuenta. Las repercusiones económicas y los problemas financieros como consecuencia de la disminución de ingresos, unidos a los gastos extraordinarios derivados del largo ingreso, constituyen un problema importante para la mayoría de las familias, sobre todo para aquellas en las que el TCE, es consecuencia de un accidente que no implica una cobertura más allá de las propias del Sistema Nacional de la Seguridad Social. Por todos es sabido, que las indemnizaciones de las compañías aseguradoras suelen ser millonarias en caso de secuelas importantes. Esto es un hecho muy beneficioso para aquella persona que tiene esta opción, ya que en ocasiones, un individuo es más o menos discapacitado en función de las limitaciones que el entorno le ofrece. Está claro que los recursos económicos ayudan a paliar muchas de estas limitaciones. La adaptación del entorno a la discapacidad, y la supresión de barreras arquitectónicas continúa siendo hoy un tema económico que grava directamente sobre los afectados. La ausencia de una política social basada en la igualdad de derechos de todos los ciudadanos y no en la «casi beneficencia», crea agravios comparativos entre los afectados, ya que ante un mismo nivel de secuelas y un mismo estado de necesidad, unas personas tienen todas las posibilidades materiales para organizar su vida y facilitar la normalización, y otras carecen absolutamente de medios para alcanzar el mismo objetivo. Ya hemos señalado al principio que el TCE, es una

patología nueva, desconocida por la sociedad, y con unas características y necesidades muy particulares para las que todavía no se han creado los recursos públicos suficientes. La labor de los profesionales en este sentido, es colaborar con las asociaciones de afectados para elaborar un perfil de necesidad y conseguir que las administraciones públicas contemplen dentro de sus políticas sociales la particularidad del colectivo y las necesidades reales, con el fin de conseguir recursos sociales específicos o adaptar los que ya existen.

Se puede decir que unas de las fases más críticas de todo el proceso es cuando se plantea el alta hospitalaria; se produce una ruptura con el equipo y se pueden sentir abandonados, lo viven como el final del proceso, cuando en realidad, es el comienzo de una nueva vida con la discapacidad. En este momento los familiares y pacientes suelen pedir un *retraso del alta hospitalaria³* como una manera de mantener las esperanzas de recuperación y retrasar el difícil momento de asumir toda la responsabilidad en el cuidado del afectado, o en el caso de él, enfrentarse con su nueva vida. Hay familias que son capaces de movilizarse hacia el objetivo adecuado durante la fase aguda, pero la mayoría, sólo toman conciencia de su realidad cuando han desaparecido los apoyos que ofrecía la institución hospitalaria, una vez ya se hayan en su domicilio.

La vuelta a casa necesita de entrada, trabajar adecuadamente la integración familiar; se debe producir una reorganización de las tareas para y en torno al afectado y evidentemente adecuar el espacio a la discapacidad para que el individuo y sus familiares puedan desarrollar una vida social, familiar e incluso laboral, lo más normalizada posible³. Durante el ingreso, el trabajador social, junto con el resto del equipo asistencial, informa a los familiares y afectados sobre las posibles ayudas económicas públicas, para la supresión de barreras arquitectónicas, ayudas técnicas y prestaciones ortopédicas, servicios de atención domiciliaria, centros de día, e incluso equipamientos residenciales, centros socio-sanitarios, etc., gestionando muchos de estos recursos y acompañando a la familia en todo el proceso. De todas maneras, por la particularidad del TCE, hemos de puntualizar que muchas de estas informaciones no implican una actuación por parte de los afectados hasta que no regresan a su entorno habitual y toman conciencia de sus limitaciones. Hay una negación de la evidencia y unas falsas expectativas de recuperación, inherentes al diagnóstico incierto de este tipo de lesión, que hacen que los afectados pasen por un proceso bastante largo, antes de aceptar la realidad y poner sus recursos en movimiento. Para compensar el largo ingreso hospitalario y facilitar la integración progresiva en el domicilio, desde el hospital se recomienda el alta de fin de semana con el objetivo de que el paciente y los familiares valoren directa-

mente en su entorno cuáles son las dificultades que tendrán y las afronten de forma realista. Las dificultades que surgen se hablan posteriormente con el equipo y éste puede dar una orientación concreta e individual más ajustada a la necesidad de cada afectado. El alta hospitalaria no es un alta médica en la mayoría de los casos; los pacientes continúan el proceso de rehabilitación en el ámbito ambulatorio, lo que permite realizar también el seguimiento social e ir trabajando las dificultades a medida que éstas surgen y a medida que los afectados lo piden. Se intenta paliar así la sensación de abandono y desprotección que sienten cuando se rompe el vínculo con el entorno hospitalario. Desde los profesionales, se está detectando que, a falta de alternativas, los afectados crean relaciones de dependencia con los recursos sanitarios e intentan prolongar los tratamientos de rehabilitación, como única manera de mantener las expectativas de recuperación. Sería fácil romper este vínculo patológico si se dispusiera de una red adecuada de equipamientos y recursos sociales con un objetivo menos terapéutico y más integrador, que contemplase como continuidad del tratamiento médico la reinserción socio-laboral y el soporte al entorno.

El alta hospitalaria es especialmente conflictiva cuando el coma persiste y se considera éste como un estado irreversible. El paciente en estado vegetativo, requiere de un tipo de cuidados sanitarios que son difíciles de proporcionar en los domicilios, y necesita de unos recursos personales y económicos de los que no todas las familias disponen. Para situaciones como éstas, nuestro sistema sanitario dispone de los llamados centros socio-sanitarios: Son equipamientos sanitarios de la red pública de asistencia pensados para la atención del enfermo crónico con dificultades de soporte del entorno. Dicho así parece que la solución es ideal, pero no es del todo cierto. Estos centros atienden un perfil de población anciana, entre la que ubicar un coma vegetal joven, puede plantear dificultades de aceptación por parte de la familia. El coste económico que implica la atención de este tipo de pacientes también es una variable que estos centros tienen en cuenta a la hora de admitir un ingreso de estas características, ya que tienen un concierto económico muy concreto con la administración pública.

Al principio, hemos incidido en que las secuelas cognitivas tienen un mayor impacto sobre la relación social; el TCE presenta alteraciones del comportamiento secundarias a su lesión, siendo la agresividad una de las más frecuentes. Los trastornos de carácter junto con los déficit cognitivos dan lugar a un cambio de personalidad que hace difícil la conservación de las amistades previas, por lo que la red social del paciente poco a poco va disminuyendo y los familiares y amigos se distancian cada vez más⁴. Esto lleva al afectado

a una falta de ubicación en el medio y a un deterioro progresivo de las relaciones familiares; el traumatismo familiar se acentúa, la capacidad de la familia que existía al principio para enfrentarse a la situación, se deteriora con el transcurso del tiempo, los problemas aumentan y la familia se siente impotente para hacer frente a todo esto, cayendo inevitablemente en el «aislamiento social»⁵. Es necesario ayudarles a potenciar al máximo los contactos sociales y la adquisición de nuevas experiencias para reencontrar un rol social. Es muy conveniente que los afectados más graves tengan un acceso fácil a residencias temporales para que el cuidador pueda descansar. Esta modalidad de recurso está contemplada para la descarga familiar de personas al cuidado de ancianos, enfermos crónicos, y estados vegetativos, pero no para la particularidad del TCE con trastornos de conducta. Estos trastornos son conocidos por los especialistas como «síndrome orgánico de la personalidad» y son de difícil abordaje; la conducta se asemeja a la de un enfermo mental, sin serlo. Los equipamientos de la red de salud mental son en la actualidad los que podrían responder mejor a la necesidad de tratamiento de estos pacientes.

El perfil del TCE, suele ser el de una persona muy joven, que tras el accidente sigue manteniendo unas *necesidades de ocio y ocupación del tiempo libre*³, que contrarresten la falta de iniciativa y apatía que conlleva su lesión. En esta línea los centros de día y los talleres ocupacionales son una buena alternativa de descarga para la familia y una terapia positiva para el propio afectado, ya que le permite mantener relaciones sociales fuera del ámbito familiar. A pesar de todas las dificultades presentadas, la mayoría de los pacientes se reintegran en sus familias⁶, si bien, como ya dijimos, la capacidad de contención familiar se va deteriorando, con el tiempo, se generan dinámicas familiares conflictivas en donde el cuidador se muestra cada vez más incapaz para sostener la situación. El aislamiento social, cada vez más evidente, no favorece la mejora de la situación.

La reinserción social no consiste sólo en conseguir una independencia funcional y una correcta reinserción familiar; la *reinserción laboral* es uno de los aspectos más importantes en la mejora de la calidad de vida tanto del afectado como de su familia. La edad, el sexo, el grado de discapacidad y el trastorno neuropsicológico, los factores laborales y la capacitación profesional previa, son indicadores para la posterior reinserción laboral. La mayor o menor dificultad de integración laboral en nuestro medio, está también determinada por los escasos recursos de la comunidad para dar soporte a este proyecto⁶. Si existen en nuestra estructura leyes específicas para dar soporte a la integración de las personas con minusvalía (Ley de Integración Social del Minusválido, 1982) y organismos oficiales dispuestos a aplicarla. En Cataluña se dispone de centros ocupacio-

nales que a pesar de seguir la normativa de programación individual, no son adecuados para la mayoría de TCE con una discapacidad severa física y mental. También existe la figura del trabajo protegido, como un sistema de integración laboral que ayuda a las personas con una discapacidad a integrarse en un medio empresarial normal. De todas maneras este recurso necesita de una oferta de trabajo en un momento en que el acceso al mercado de trabajo es difícil incluso para las personas sin discapacidad, tanto más lo será para alguien que suele presentar dos tipos de minusvalía como es el caso del TCE.

Oficialmente existen en Cataluña, los Equipos de valoración de la capacidad laboral residual y ocupacional (EVO), que son los encargados de establecer el perfil del recurso de integración según la particularidad y la necesidad de cada individuo. Intervienen a demanda del interesado para valorar cuál es la capacidad laboral o ocupacional residual, ver en qué tipo de centro encajaría, y cuáles son las plazas disponibles en cada momento⁷. Este equipo multidisciplinar, depende del «Departamento de Benestar Social» y están ubicados en las dependencias de los Centros de Atención al Disminuido (CAD), que también dependen del mismo departamento. Otro de los servicios de reinserción laboral que existe, son los Servicios Sociales de Integración Laboral (SSL) de dependencia municipal. Los SSL funcionan como servicios de apoyo especializados que tienen como objetivo la integración de los discapacitados en el sistema laboral. Realizan tareas de valoración, información y orientación profesional, cubriendo así mismo, áreas de formación y asesoramiento legal. En esta misma línea, el Ayuntamiento de Barcelona a través del Instituto Municipal de Disminuidos dispone de un Equipo de Asesoramiento Laboral (EAL) para los residentes en Barcelona ciudad, con unas funciones y competencias muy similares a los servicios anteriores. Hay que señalar que diferentes fundaciones privadas y asociaciones de afectados, tienen servicios de asesoramiento laboral específicos para sus colectivos, pero con disponibilidad de atender en la misma necesidad a otro tipo de personas que precisan una atención especial.

El TCE, como cualquier otro tipo de disminución, se puede beneficiar de estos servicios, pero siempre se deberá tener en cuenta que este colectivo presenta una variabilidad de déficit así como una percepción psicológica de sí y de su situación, que en ocasiones no se corresponde con la realidad, y que comporta muchas dificultades de adaptación en el entorno laboral u ocupacional. Es una discapacidad tan complicada que necesitaría de ayuda muy específica, con una gran variedad de enfoques y servicios para poder integrarse profesionalmente. La falta de apoyos estructurales para la integración socio-laboral no contribuye a me-

jorar una situación ya gravosa de por sí; debería existir un proyecto global de integración laboral pero que tuviera en cuenta la particularidad del TCE. El objetivo es conseguir la mayor autonomía para el individuo a través de la reinserción laboral, con unas actividades profesionales adecuadas y que le permitan elegir un proyecto de futuro.

Esta dificultad en la reinserción laboral en nuestro medio, está también determinada por la existencia de barreras urbanísticas y arquitectónicas y la falta de transporte adaptado, que constituyen unas de las dificultades más graves para el acceso al lugar de trabajo, y que los afectados suelen resolver a título individual, con un coste económico muy importante. Este problema incide directamente sobre el principio de autonomía del individuo y es consecuencia del bajo nivel público de concienciación y comprensión del problema.

A modo de resumen o conclusión querría señalar que no existe en nuestro sistema un ajuste entre la necesidad real y los recursos disponibles para los pacientes con daño cerebral traumático. Las secuelas de esta lesión deben ser reconocidas como una discapacidad específica, ya que las repercusiones que conlleva, son de tal complejidad que exigen de servicios especializados según las etapas y según la gravedad. Para ello, es necesario desarrollar programas específicos dirigidos a sensibilizar a la administración y la sociedad en general, para que el problema se reconozca como tal. Sólo con la toma de conciencia social de que realmente el TCE es un problema de nuestra sociedad, de todos, conseguiremos la creación de nuevos recursos y servicios tanto sociales como sanitarios que faciliten una adecuada integración. En este sentido, el papel de las asociaciones de afectados y el apoyo de los profesionales es irremplazable. Es importante que en el tratamiento de esta patología se compartan los roles entre las distintas disciplinas; es fundamental la coordinación y el tratamiento continuado de los afectados y sus familiares, para facilitar que las personas puedan recuperar el control de su vida de manera satisfactoria. La continuidad en el tratamiento del TCE, es uno de los problemas más acuciantes que los profesionales que trabajamos en este ámbito, hemos podido constatar; hay que tener en cuenta que en cada etapa de la recuperación las necesidades son distintas, e incluso cuando la cronicidad de las secuelas ya está establecida, el soporte social y sanitario a las familias sigue siendo muy necesario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Romano MD. Diagnóstico psicosocial y servicios sociales. En: Krusen I, Hammon F, Kotke F, Leman J. «Medicina física y rehabilitación». 4th ed. Saunders 1990; p. 173-83.

2. Peña C. TCE y reinserción sociofamiliar. Seminario EBIS, Barcelona, 1996.
3. Peña C. Repercusión de la discapacidad en la familia. Jornada sobre afectividad y discapacidad. Barcelona, 1997.
4. Harvey L, Roig MT. Coloquio Europeo sobre la familia del traumatizado craneoencefálico. Resumen y conclusiones. Bruselas, 1987.
5. Boucard M, Labarthe J Richer E Cuaderno para familiares de personas con traumatismo craneal «Fase de readaptación y reinserción». Federación Española del Daño Cerebral (FEDACE).
6. Ticó N, Ramón S, García F, Bori I, Martínez C, Ameli-via A. Reincisión sociofamiliar y laboral en pacientes con secuelas de traumatismo craneoencefálico. Rehabilitación (Madr) 1998;32:39-44.
7. Muñoz JM, Ruano A, Moreno F. Evaluación e integración laboral de personas afectadas por daño cerebral traumático. Guía de buenas prácticas. FREMAP España, 2002.
8. Programa Helios II. Guía Europea de buenas prácticas. Bruselas: Comisión Europea (DGV). Rehabilitación del daño cerebral. Bruselas, 1996.
9. Associació Catalana de Traumàtics cranioencefàlics. La familia ante un caso de traumatismo craneoencefálico.

Correspondencia:

Unidad de Trabajo Social
 Hospital de Traumatología y Rehabilitación
 Vall d'Hebron
 Pso. Valle de Hebron, 119
 08035 Barcelona