

EXPRESION DE LOS AFECTOS EN LAS PERSONAS AFASICAS¹

Jorge G. Cantis

Resumen

En este trabajo se aborda la problemática de la expresión de los afectos en las personas afásicas. Se toman en cuenta los afectos derivados del tipo específico de alteración orgánica (lesión cerebral), los derivados de la situación traumática y los que son premórbidos, vinculados con la estructura de personalidad. Se plantea que la limitación o dificultad en la expresión de los afectos en las personas afásicas es consecuencia de la lesión o del estado postraumático. Quizá derive de ambos factores. En el trabajo se considera la afasia en relación con los afectos, en la psicoterapia, con la estructura psíquica, con el trauma y con la familia. También se toma en cuenta el componente innato expresivo y la organización psicósomática preexistente.

Summary

This paper approaches affects expression issue in aphasic people. Affects derived from a specific kind of organic alteration (Cerebral injury), affects derived from traumatic situations and pre-morbid affects related with personality structure.

The statement is that limitation or difficulty in the affects expression in aphasic people is a consequence of the injury of post-traumatic situations. ¿Maybe derived from both factors? Worked-out issues are: affects and aphasia, psychotherapy and aphasia, personality structure and aphasia, trauma and aphasia, family and aphasia.

The innate expressive component and the pre-existent psychosomatic organization are also studied.

Introducción

La afasia es definida como una perturbación de la comunicación a consecuencia de una lesión cerebral. En la afasia se manifiestan dificultades tanto para comprender el lenguaje de los otros, como para producir el propio lenguaje. Ello se puede manifestar en una o varias de las cuatro modalidades del lenguaje: expresión, comprensión, oralidad y escritura. Además de las perturbaciones en la comunicación aparecen déficits motores y/o visuales, los cuales van a depender del tipo y de la localización de la lesión cerebral.

¹ Este trabajo constituye un avance de tesis en el marco del Doctorado en Psicología Clínica.
E-Mail: cantisj@sinectis.com.ar. Docente de grado en UBAy de posgrado en UCES y U. San Martín.

En el tratamiento de las personas afásicas hubo una tendencia a poner el acento en la recuperación de los déficits motores, neuropsicológicos y neurolingüísticos, sin tomar en cuenta el estado psicológico de los afectados, sobre todo sus vivencias emocionales. En la última década se ha prestado atención a la reeducación de la persona afásica teniendo más en cuenta su estado psicológico, lo cual conduce a destacar la importancia de sus vivencias emocionales y sus reacciones psicológicas.

Es importante indagar la reacción emotiva y cómo ésta influye en el éxito o fracaso de los tratamientos de reeducación. Muchas veces es difícil discriminar si los afectos expresados por la persona afásica provienen de la lesión específica, de su reacción emotiva frente a la afasia o si son causados por la lesión cerebral. Los cambios en la afectividad observados en los afásicos podrían tener dos orígenes: estar provocados por la lesión o ser reactivos a la situación de pérdida de la comunicación. Es posible que la detección y el tratamiento de los estados afectivos de la persona afásica lleven a mejorar su calidad de vida y a lograr un procesamiento más activo de la enfermedad.

El objetivo central de este trabajo es investigar la expresión de los afectos en las personas afásicas. Para ello es necesario mencionar que hay afectos derivados del tipo específico de alteración orgánica (lesión cerebral), afectos derivados de la situación traumática y afectos que son premórbidos, vinculados a la estructura de personalidad preexistente.

Para investigar los afectos en las personas afásicas es importante tener en cuenta su cualidad, intensidad, duración y modalidad. Respecto de la cualidad de los afectos, tenemos en cuenta: la apatía, la indiferencia, la angustia, la depresión, los miedos, el aislamiento, la autoagresividad, la euforia y la furia. La intensidad de los afectos se manifiesta por la vía social y la vía intracorporal. La vía social se expresa a través de lo visual y lo auditivo y la vía intracorporal a través de la motricidad involuntaria (sudoración, aceleración del ritmo cardíaco). La duración de los afectos puede ser fugaz, transitoria y crónica. La modalidad expresiva de los afectos puede darse a través del lenguaje mímico y gestual, la postura corporal, la actividad gráfica y la palabra.

El objetivo de este trabajo no es determinar la etiología de los afectos, ni su contenido ni su origen sino su manifestación, que tiene patrones de origen innato. En las personas afásicas los caminos hacia la expresión de los afectos pueden estar o no averiados hacia el exterior o el interior.

Afectividad y afasia

En la literatura especializada existe muy poco material sobre trastornos emotivos y de la personalidad específicamente asociados con la afasia. De la bibliografía existente, la mayoría se refiere a los desajustes emocionales que se producen como consecuencia de la lesión (Sarno, 1981). Kurt Goldstein (1942) se concentró en el pro-



blema de lo que identificó como **reacción catastrófica**, característica de muchos pacientes con afasia. Sostuvo que, más que a una falta de adaptación, se debía a una dificultad del paciente para mantener la “homeostasis biológica”. Basó esta conclusión en la inmediatez entre la reacción catastrófica y la anosognosia (falta de conciencia de la dificultad).

Posteriormente, Gianotti (1972) clasificó las reacciones emocionales en cuatro grupos. Uno de ellos incluye siete reacciones bajo el encabezamiento de **reacciones catastróficas**, otro grupo abarca cinco estados emotivos caracterizados como **estados depresivos**; un tercer grupo abarca cuatro **reacciones de indiferencia** y un cuarto grupo, por fin, corresponde a **otras reacciones**, como confabulaciones, engaños y aversión por las situaciones que denotan inseguridad. Los pacientes con lesión en el hemisferio izquierdo manifiestan síntomas catastróficos o de angustia-depresión, con más frecuencia que los pacientes con lesiones en el hemisferio derecho, quienes presentan reacciones de indiferencia. Parecería que el hemisferio izquierdo está más asociado a secuelas psiquiátricas que el derecho y que las lesiones en el área temporal son más importantes que las que se producen en las áreas frontal, parietal u occipital.

Molhy y Burstein (citados por Lewis y Rosenberg 1982) señalan que la lesión cerebral debilita la estructura del yo y provoca una desintegración de la identidad que se manifiesta en sentimientos de vulnerabilidad, fragilidad y desesperación. Las necesidades emocionales del paciente afásico deben abordarse para que tanto él como su familia logren un resultado más satisfactorio de la rehabilitación.

Schvell (1976) afirma que casi todos los pacientes afásicos muestran cierta labilidad emocional durante el período agudo. Esta labilidad se manifiesta en risa y/o llanto inmotivado, extemporáneo. Lewis y Rosenberg (1991) describen dos disturbios psicológicos: ansiedad y problemas de la identidad y la autoestima. La ansiedad aparece con frecuencia relacionada a la mayor conciencia de invalidez, pero depende también de las características individuales de cada individuo y de la etapa de la vida en que se presenta el trauma. Para estos autores la disminución de la autoestima y la depresión pueden ser el resultado de una escasa motivación para la rehabilitación. A menudo se suele excluir de la rehabilitación a los pacientes que presentan escasa motivación.

Lishmon (1973) observó secuelas psiquiátricas en lesiones del hemisferio izquierdo, señalando que éstas incluyen cambios en la personalidad, el temperamento, psicosis y discapacidades neuróticas. Notó que las discapacidades neuróticas eran las más comunes. Estas incluían reacciones depresivas, estados de angustia (algunos con fobias), reacciones neurasténicas, histerias de conversión, neurosis obsesivas y una variedad de dolencias somáticas.

Por mi parte planteo que la limitación o dificultad en la expresión de los afectos en las personas afásicas es consecuencia de la lesión y del estado postraumático. Quizá derive de ambos factores. El enlace entre el estado afectivo y su manifestación es de carácter innato, universal. Hay una relación innata neuronal entre el estado afectivo y una expresión, y también hay una capacidad para descifrar esa expresión en los demás. El desarrollo de esta disposición innata puede quedar interferido por una alteración orgánica.

Psicoterapia y afasia

La intervención psicoterapéutica, sugerida por Lewis y Rosenberg (1982), se centra en ayudar a que el paciente exprese su angustia y dirija su atención a las habilidades que ha preservado, para poder hacer una conexión entre el yo presente y el pasado, con el objetivo de dar tiempo al paciente para elaborar la pérdida.

Pickett (1991) señala el uso de la psicoterapia de lo imaginario en la rehabilitación de lesiones cerebrales. Este abordaje pretende ayudar al paciente a elaborar los sentimientos de pérdida ocasionados por la lesión cerebral y al mismo tiempo a adaptarse, de la forma más creativa posible, a su discapacidad. Este autor considera que el imaginario es particularmente provechoso en la rehabilitación, porque el uso de la imaginación es un proceso relativamente simple que permite al individuo realizar una completa experiencia sensorial. Esto puede ayudar a la memoria en general y puede utilizarse para estimular áreas cerebrales que no han sido dañadas y para ayudar a la recuperación de las áreas afectadas.

Brumfitt (1989) observa las respuestas emotivas del afásico en relación con las características de su duelo. El proceso que realiza el afásico para lograr comprender su nueva situación es arduo y puede demorar por su falla en la comunicación. El autor establece también paralelos entre el trauma que sufre un afásico y el hecho de que puede ser plenamente consciente de cómo fue su vida anterior. La percepción de la identidad del pasado crearía un vehículo útil para ayudar al paciente a establecer una nueva identidad.

En mi experiencia clínica con pacientes afásicos es fundamental ofrecerles la posibilidad de reencontrarse con sus propios estados afectivos expresados ante otros. En tal caso disminuye la expresión orgánica del afecto, sobre todo si el paciente afásico se encuentra con un interlocutor empático.

Estructura de personalidad premórbida y afasia

Goldstein (1952, 1959) se ocupó del efecto del daño cerebral en el lenguaje y la personalidad, así como de la reacción catastrófica, y desarrolló conceptos que incluían lo que llamó la actitud abstracta, que no siempre se manifiesta en pacientes con lesión cerebral y es responsable de cambios en la personalidad. Dado que la actitud



abstracta se refiere a la habilidad cognitiva, parecería ser un ejemplo del impacto causado por la función intelectual en la personalidad.

Rollin (1987) destaca la importancia de los problemas psicológicos previos a la enfermedad y las dificultades que deben enfrentar los terapeutas para que la rehabilitación progrese. Tratar de comprender qué le ha pasado a la persona antes de su afasia, puede ser la clave para lograr un cambio de conducta.

Por mi parte, describo (Cantis, 1998) la importancia de determinar cuál es la estructura de personalidad previa a la afasia, y qué aspectos preexistentes se están potenciando en esta nueva situación que se introduce como elemento patógeno en el nivel psíquico. La secuencia que deriva en esta situación se inicia con la pérdida de todas o algunas de las funciones físicas (lenguaje, motricidad, cognición y capacidades sensoriales), continúa con la pérdida transitoria o definitiva de roles y culmina finalmente en la pérdida de poder. Con respecto a esta última, nos referimos no solamente a la pérdida de roles sino también a que en muchas profesiones u oficios las palabras tienen una función de acto ligado con la transformación de la realidad. La pérdida de estas palabras genera la pérdida de auto-
ridad.

En las personas en las que la afasia derivada de accidente cerebrovascular encontramos en común, la mayoría de las veces, una organización psicosomática preexistente. En esta organización psicosomática hallamos una imposibilidad de ligadura de la pulsión, que conduce a una estasis de la necesidad.

En los afásicos el efecto se manifiesta en principio como orgánico, como insuficiencia somática y ello repercute después en lo psíquico. La economía pulsional viene devastada desde adentro. El paciente se encuentra en un significativo estado de inermidad, con la claudicación del sentir, con la falta o pérdida parcial o profunda de la vitalidad interior. Es necesario ligar este estado anímico con su modalidad subjetiva preexistente. Por ejemplo, es común que los familiares en las entrevistas verbalicen: “en realidad siempre fue muy callado”, o “en público se metía para adentro”, o “no era de hablar demasiado”. Se hallan entonces indicios de una perturbación previa de la expresión de los afectos ante un interlocutor empático.

Trauma y afasia

Del análisis de la bibliografía anteriormente citada se infiere que es necesario determinar los efectos psicológicos del trauma y la re-emergencia de los estados psíquicos pre-mórbidos (en el marco teórico de las neurosis postraumáticas) que, junto con los trastornos neuropsicológicos y neurolingüísticos, crea una realidad problemática compleja. En un comienzo la lesión cerebral modifica al individuo, anula su energía

psíquica y le ocasiona trastornos de conducta. Si bien le crea ciertos cambios que se producen según transcurren los meses, se observa cómo esta modificación se va integrando a la afectividad de cada uno.

Refiriéndose a situaciones traumáticas, Maldavsky (1993) dice que “hay un dolor que no cesa, con una abolición de la conciencia (y la subjetividad) que deja una fijación duradera”. Tenemos que estar atentos en forma preventiva a que la persona afásica no quede fijada a esta situación. Es un período en que el paciente está apático, abúlico, embarullado, indiferente y en estado de sopor. Estos estados afectivos son equivalentes a los sentimientos de las neurosis traumáticas. Al respecto Krystal (1988) afirma que en estas condiciones se da una carencia de palabras para expresar los estados afectivos. Por su parte, Lifton (1979) investigó las neurosis traumáticas en personas afectadas por la bomba de Hiroshima, estudió la vivencia traumática y describió el estado de *numbing*, de estar en el limbo. Tal es el estado de vivencia traumática de la persona afásica en los primeros meses.

Respecto del concepto del trauma podemos remitirnos a Freud (1926), quien sostiene que es básicamente económico y deriva de la imposibilidad de tramitación de incitaciones endógenas y exógenas. En el primer caso sobreviene una estasis de la necesidad, de la autoconservación, mientras que en el segundo surge un dolor que no cesa.

Las personas afásicas vivencian su dificultad como un trauma que viene desde adentro, como un estallido interno, muy habitualmente por accidente cerebrovascular. He afirmado (Cantis, 1998) que este estallido es vivido como un estado de violencia sufrido desde adentro. Entonces el trauma es interior-exterior. El trauma quiebra la coraza de protección antiestímulo, la cual aparece vuelta hacia el interior. En la persona afásica se encuentra debilitada y quebrada su coraza de protección antiestímulo y esto genera una serie de reacciones emocionales. En la primera etapa los pacientes se encuentran en un estado de indiferencia mecánica, todo está detenido, no hay nada de acontecer psíquico, funcionan como en automático. El paciente circula entre dormido y despierto. En este momento el trauma barre con todo. Todo trauma es desubjetivante, elimina la energía psíquica, la subjetividad. Por eso es importante reflexionar acerca de la modalidad subjetiva del afásico previa a la lesión cerebral: si bien el trauma cambia todo, después poco a poco se va asimilando a lo previo (Cantis, 1996).

En síntesis planteo que en estas condiciones existe un estado inicial en que todo queda paralizado, y luego empieza a haber algún tipo de procesamiento. Ello conduce a que nos preguntemos cómo intervenir en ese momento de parálisis física y psíquica. En esta primera etapa, en que el paciente se encuentra en un *shock* orgánico es difícil sustraerlo de ese estado y nuestro abordaje consiste en acompañarlo verbalizando



esta situación. Hay otros en que el paciente está duraderamente en estado de *shock* orgánico y es necesario un abordaje específico para poder sacarlo de este estado. También he observado pacientes que salieron del estado de shock orgánico, en cuyo caso la meta clínica es acompañarlo para que pueda ligar esas experiencias vividas y vincularlas con su estado psíquico previo y su nueva calidad de vida.

Familia y afasia

Existen otros abordajes interesantes, como la terapia familiar que se utilizó para aliviar algunas de las dificultades de adaptación que experimentan el paciente y su familia. Soderstrom y colaboradores (1988) presentan un modelo de intervención en crisis con terapia familiar para pacientes adultos con lesiones cerebrales. Las familias forman parte del proceso de recuperación y por ello deben recibir también ayuda profesional.

El primer paso por dar en la intervención con las familias de personas con daño cerebral es la realización del diagnóstico de sus problemas y la evaluación de sus necesidades. Rosenthal y Glecker (1986) destacan tres componentes principales en este proceso: a) análisis de la historia familiar previa, b) identificación de la severidad y de la evolución probable de los déficits físicos y cognitivos (yo agregaría: también de los afectos de la expresión), c) detección de las señales que ofrece la familia y que parecen reflejar la necesidad de intervención.

Fernández Guinea y Muñoz Céspedes (1997) plantean cinco procedimientos de intervención con la familia: 1) información y educación, 2) consejo familiar, 3) terapia familiar, 4) tratamiento de problemas específicos en otros miembros de la familia, 5) creación y promoción de asociaciones de autoayuda.

Respecto de la terapia familiar, De Pompei y Zarski (1994) plantean que el objetivo es modificar la comunicación y los patrones de interacción no adaptativos que se producen dentro del grupo familiar y favorecer relaciones más satisfactorias y gratificantes. El centro de la terapia es el sistema familiar como un todo más que el paciente con lesión cerebral.

Como lo desarrollé en el apartado anterior, hay una neurosis traumática correspondiente a la persona afásica, en quien observamos un empobrecimiento en su economía pulsional, un estado de sopor y una alteración del quimismo vital. En las familias de personas afásicas se produce también una perturbación de la economía pulsional, con lo cual aludimos al concepto de neurosis traumática familiar (David Maldivsky, 1993). Esta perturbación pulsional se extiende a todos los miembros de la familia e impacta en cada uno de ellos de manera muy diversa. Encontramos intercambios interpulsionales entre distintos somas (o sea que la vida pulsional no está cerra-

da en el propio soma). Esto cuestiona hasta dónde un cuerpo es una entidad cerrada, ya que más bien hay una imbricación química entre los organismos.

Panting, Merry y Kreutzer (1982) han indicado que cuando la persona afectada es uno de los cónyuges, las relaciones familiares presentan menos posibilidades de adaptación a los cambios que cuando la persona afásica es alguno de sus hijos. Para la pareja supone tener que adaptarse a un nuevo estilo de vida, muy diferente a las expectativas que sus integrantes tenían respecto de la vida futura en común. Además, deben soportar mayores responsabilidades domésticas, financieras y legales. Ponsford (1995) comenta que los cónyuges parecen ser menos capaces de tolerar una conducta infantil e irritable de su pareja. Por supuesto que todo esto está relacionado con los vínculos previos a la aparición de la lesión cerebral del partenaire enfermo.

Por mi parte, describo (Cantis, 1995) los efectos psíquicos en los hijos de padres afásicos. En primera instancia se observa una inversión de la función y la capacidad de *revêrie*. En esta situación surge un “niño-padre”, con la inversión de la capacidad de *revêrie*, en cuanto a quién hace de cuerpo maduro para el otro.

En segunda instancia se observa una sobreadaptación del niño o adolescente respecto del progenitor desvalido, pero también hay otra alternativa, que es la identificación con el desvalido y que lo lleva a buscar que lo compadezcan como al progenitor desvalido o que la lástima al progenitor se vuelva y se transforma en autolástima. La autolástima está relacionada con la autocomplacencia en el lamento, que implica también despertar pena en el otro. Igualmente, se advierte la dificultad del hijo por desgarrarse de ese lugar de autocomplacencia. En el autolamento encontramos sentimientos de vergüenza, cinismo, humillación y envidia. En esta situación el hijo está en la misma línea del familiar desvalido, solicita que le digan “pobrecito”. Una de las metas clínicas es transformar los sentimientos de los hijos de lástima, en sentimientos de amor y ternura, para lo cual a menudo es necesario que tome conciencia de su propia frustración, su enojo y su tendencia a aplacar al progenitor desvalido.

Conclusión

En los cuadros neurológicos los desórdenes emocionales son numerosos y no siempre es fácil diferenciar lo que procede de una implicancia anatomofuncional del sistema límbico de lo que deriva de un problema psicológico asociado o reactivo al mismo. Hay semiologías emocionales neurológicas focales y no focales. Hasta la fecha la investigación ha estado vinculada a la lesión, a la reacción de pérdida o a la reacción emotiva o psicológica por la claudicación del lenguaje o la discapacidad. Las investigaciones nos informan que hay un tipo de emoción diferente según la lesión, la localización y la naturaleza de la misma (Laurent B. Thomas C, 2000). Tenemos que tener en cuenta cuáles son los recursos para expresar los afectos. No es el origen de



los afectos lo que nos interesa, sino el terreno complementario, que es la manifestación.

La expresión de los afectos se da por dos grandes vías: la dirección intracorporal, que se resuelve por alteración interna y puede conducir a manifestaciones neurovegetativas, de cualquier tipo (desde las afecciones psicósomáticas a sentimientos de asfixia, de taquicardia), la conexión con el mundo, aunque muchas veces las dos orientaciones van juntas. Es posible pensar, además, que sobre todo en aquellos pacientes que llegaron al daño cerebral por una alteración psicósomática, ya esta vía de la alteración interna que conduce a las modificaciones corporales estaba preseleccionada.

Una de las metas clínicas en el abordaje de las personas afásicas es tratar de encontrar las vías para que el paciente exprese su afectividad con la mayor riqueza simbólica disponible, recurriendo y apelando a la vista y al oído del otro. Para ello es necesario tomar en cuenta que los afectos en las personas afásicas se expresan por vía facial, y por la postura corporal, mientras que la palabra a menudo está intoxicada, asemántica.

Como cierre planteo que para una mirada de la afectividad en las personas afásicas tenemos que tener en cuenta: la alteración orgánica (lesión cerebral), el componente innato (que conduce a expresar las emociones por determinadas vías y a interpretar las manifestaciones ajenas), la estructura de personalidad premórbida y su organización psicósomática preexistente. Encontramos a menudo una combinatoria entre un estado tóxico y un estado traumático. Por tal motivo es necesario abordar constantemente en las personas afásicas el estado de desvitalización anímica, con el arrasamiento de la fuerza vital y su impacto mecánico y que va creando una economía pulsional devastada.

Descriptores

afasia / alteración orgánica / afecto / estructura de la personalidad / estado postraumático / trauma.

aphasia / organic alteration / affect / personality structure / post-traumatic state / trauma

Bibliografía

Azcoaga, Juan E. (1997) *Neurolingüística y fisiopatología (afasiología)*, Bs. As., Ed. El Ateneo, 1997.

Berg, Franzen. (1990) *Exploración del deterioro orgánico cerebral*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1990.

Brumfitt Shelagh. (1995) *The treatment of aphasia from theory to practice*, California. Code + Muller Singular Publisline Group, Inc.



Cantis, Jorge. (1995) "Efectos psíquicos en los niños, de los déficits orgánicos de sus progenitores", *Actualidad Psicológica*, Buenos Aires, Nº 218.

(1996). "Intervención psicoterapéutica individual como apoyo al tratamiento de rehabilitación de la persona afásica", Ponencia presentada en el Tercer Congreso Internacional de Afasia y Cuarta Asamblea General de la Asociación Internacional de Afasia (Würzburg, Alemania).

(1998). "Afasia o el ingreso abrupto al mundo de la discapacidad", *Actualidad Psicológica*, Bs. As. Nº 256.

Carrión, León. (1994) *Daño cerebral*, Madrid, Siglo Veintiuno.

De Pompei, R., y Zarski. (1994) "Assessment of the family", en J. Williams y T. Kay (eds), *Head Injury: A Family*.

Fain, M. (1992) "La vie opératoire et les potentialités de névrose Traumatique", *Revue Française de Psychosomatique*, nº 2.

Fernández Guinea, S. y Muñoz Céspedes, J. M. (1997) "Las familias en el proceso de rehabilitación de las personas con daño cerebral sobrevenido", *Revista electrónica de psicología*, volumen 1, Nº 1.

Iruela, L. M. (1995) *Daño cerebral traumático, neuropsicología y calidad de vida*, España, Fundación Mapfre Medicina.

Kelly G. A. (1955) *The psychology of personal constructs*, New York, Norton.

Krystal, H. (1988) *Integration and Self-Healing*, Ney Jersey, The analytic prees.

La Fond, Ponzio (1991) *El afásico: comunicación y daño cerebral*. Bs. As. La Colmena.

Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1971) *Diccionario de psicoanálisis*, Labor, Barcelona.

Laurent, B; Thomas-Anterion, C. (2000) *Troubles Emotionnels et lésions cérébrales*. Collection eu Neuropsychologie "La Psychopathologie. Une approche cognitive et neuropsychologique". Solal Editeur, Marseille.

Lewis L, Rosenberg SJ. (1990) "Psychoanalytic psychotherapy with brain-injured adult psychiatric patients of Journal of Nervous and Mental disease".



Lifton, R. J. (1979) *The broken connection*. New York. Simon & Schuster.

Maldavsky, David. (1993) "Metapsicología de las neurosis traumáticas", *Revista de Psicoanálisis*, Vol. N° 1. Buenos Aires, Argentina.

(1994) *Pesadillas en vigilia*. Amorrortu Ediciones. Buenos Aires.

Panting y Merry (1982) The long term rehabilitation of severe head injuries with particular reference to the need for social and medical support for the patients family - rehabilitation.

Pickett, E. (1991) Programme development: Imagery psychotherapy in head injury trauma rehabilitation. *Brain injury*.

Ponsford. (1995) *Traumatic brain injury. Rehabilitation for everyday adaptative living*.

Rollin, WJ. (1987) *The psychology of communication disorders in individuals and their families*, Englewood Cliffs NJ, Prentice Hall.

Rosenthal, M. y Geckler, C. (1986) "Family therapy issues in neuropsychology", en D. Wedding, A. M. Horton y J. S. Webster (Eds), *The neuropsychology handbook: clinical and behavioral perspectives*, New York, Springer Publishing Co.

Sarno, J. (1981) "Emotional aspects of aphasia", in Sarno MT (Ed), *Acquired Aphasia*. New York. Academic Press.

Schwell. (1976) *Afasia en adultos*, Panamericana. Bs. As.

Soderstrom, S., Fogelsjoo, A., Fugi-Meyer, K. S., Stenson, S. (1988) "A programme for crisis-intervention after traumatic brain injury". *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*.

Primera versión: 16 de octubre de 2001

Aprobado: 11 de enero de 2002