

Psicoterapia e intervenciones terapéuticas en sobrevivientes de lesión cerebral adquirida

Psychotherapy and therapeutic interventions in acquired brain injury survivors

Christian Salas R.¹

The place of psychotherapy in the rehabilitation processes of Acquired Brain Injury survivors is reviewed in this article. The main difficulties that psychotherapy has found to validate itself as a useful tool are summarized. The psychotherapy's primary goals are to facilitate the adherence to rehabilitation and the emotional adaptation to physical, cognitive and behavioural changes. Finally, some directives in the use of this clinical tool are enumerated, differentiating between psychotherapeutic process and therapeutic interventions.

Key words: *Acquired brain injury, holistic neuropsychological rehabilitation, psychotherapy, therapeutic interventions.*

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2008; 46 (4): 293-300

“La enfermedad implica una contracción de la vida, pero tales contracciones no tienen por qué ocurrir. Casi todos mis pacientes, o eso me parece, sean cuales sean sus problemas, le tienden la mano a la vida, y no sólo a pesar de sus condiciones, sino a menudo a causa de ellas, e incluso con su ayuda”¹.

La rehabilitación neuropsicológica de sobrevivientes de Lesión Cerebral Adquirida (LCA) ha evolucionado en los últimos años desde un paradigma “clásico”, centrado en la remediación exclusiva del déficit cognitivo, a un enfoque “holista”². Esta perspectiva considera necesario abordar conjuntamente la compleja interacción

de las múltiples alteraciones cognitivas, afectivas y conductuales que los pacientes presentan en su vida diaria (Tabla 1). En la actualidad, se denomina de “orientación ambiental”³ a los programas de rehabilitación que intentan establecer un ambiente terapéutico que ayude a los pacientes y sus familias a tomar conciencia de los déficits y a trabajar colaborativamente en la remediación, compensación y adaptación emocional a la LCA. Para Prigatano, la rehabilitación neuropsicológica implica articular intervenciones en tres niveles interactivos: a) facilitar la recuperación de funciones cerebrales alteradas por medio del reentrenamiento o uso de componentes no dañados; b) disminuir la discapacidad y los proble-

Recibido: 25 de marzo de 2008

Aceptado: 10 de septiembre de 2008

¹ Neuropsicólogo, Clínica de Neurorehabilitación Los Coihues. Docente Unidad Psicoterapia Dinámica Instituto Psiquiátrico José H. Barak.

Tabla 1. Problemas recurrentemente abordados por un programa de rehabilitación neuropsicológico, post agudo, de personas con LCA (Prigatano, 1986)

- Disminución del funcionamiento motor y psicomotor
- Disminución de la velocidad del procesamiento de la información
- Fluctuaciones en las habilidades atencionales y de concentración
- Impulsividad
- Irritabilidad y baja tolerancia a la frustración
- Comentarios sociales inapropiados
- Expansividad verbal y pensamiento tangencial
- Alteración en la percepción de comentarios y situaciones sociales con los respectivos problemas asociados de depresión, rabia y paranoia
- Alienación de amigos, familiares y pareja debido a conductas inapropiadas, alterando el funcionamiento laboral, marital y ocio
- Evaluación no realista de los déficits neuropsicológicos
- Alteración de la capacidad de nuevos aprendizajes
- Preocupación relativa a “cómo la vida solía ser”, con explosiones de ira, ideaciones suicidas y pérdida de interés y motivación hacia el medio
- Expectativas irreales de parte de los amigos, familia, empleadores e incluso personal médico a causa de que el paciente aparenta verse bien en la superficie
- Posible desenmascaramiento de problemas psiquiátricos no detectados antes de la LCA

mas de participación, mejorando la funcionalidad a pesar de la persistencia del déficit; c) abordar la experiencia subjetiva del paciente en relación a sus pérdidas, ayudándolo en reestablecer una vida que posea sentido a pesar de los efectos de la LCA⁴.

Si bien existe un notable progreso en el diseño de intervenciones que apuntan a restituir funciones cognitivas y disminuir su impacto cotidiano^{5,6}, la comprensión psicológica de lo que significa adaptarse a una LCA parece no haber progresado al mismo ritmo⁷. Este desfase tiene efectos determinantes en el éxito de los programas de rehabilitación. Aunque las técnicas a utilizar para disminuir el déficit, o compensarlo, sean las adecuadas, no podemos ignorar que los pacientes reaccionan personalmente a ellas; en ocasiones se sienten felices de hacerlo, pero también pueden sentirse frustrados de no poder funcionar normalmente^{4,5}. Es así que lidiar con el problema de la pérdida de la normalidad⁸, subrayando la importancia de la experiencia subjetiva del paciente, parece ser un elemento determinante de los programas para maximizar la eficacia de sus intervenciones. Inevitablemente este punto nos lleva al problema de la psicoterapia.

El problema de la psicoterapia con sobrevivientes de LCA

Si bien Alexander Luria y Kurt Goldstein, los padres de la neurorehabilitación, describieron los problemas de personalidad y motivación de los sobrevivientes de LCA, nunca otorgaron un lugar relevante a la psicoterapia³. No obstante, en las últimas décadas, autores como Ben-Yishay, han destacado la importancia del control de respuestas emocionales⁹, y de la conciencia de sí¹⁰, en el desempeño laboral y resultado final de la rehabilitación.

Recientemente la literatura respecto a la efectividad de la psicoterapia con sobrevivientes de LCA ha crecido considerablemente¹¹⁻¹⁹, no obstante, la disponibilidad de servicios psicoterapéuticos en las unidades de rehabilitación es aún escasa⁷. Las razones que explican esta situación son de diversa índole. Judd, señala que esta resistencia es similar a la encontrada en ámbitos de trabajo con personas que poseen dificultades de aprendizaje, asumiendo que la “falta de inteligencia” deja al individuo como un lisiado emocional incapaz de comprometerse con el proceso psicoterapéutico⁷. Otro supuesto apunta a la creencia

de que estos pacientes no podrían beneficiarse de la psicoterapia debido a sus permanentes perturbaciones cognitivas, lingüísticas y afectivas^{7,18,21}. Según Prigatano, los clínicos de orientación neurológica o neuropsicológica han encontrado dificultades en combinar el lenguaje de las funciones y estructuras cerebrales con la psicoterapia. Además, muchos psicoterapeutas parecen haber sobreestimado las diferencias entre personas con y sin LCA, subestimando el grado en que un sobreviviente necesita enfrentar problemas psicosociales como cualquier otro ser humano⁷. Finalmente, otro factor que parece influir en este estado del arte, es la multiplicidad de enfoques psicoterapéuticos y la vaguedad de sus objetivos y métodos²⁰. Debemos agregar que nuestra realidad nacional suma factores como la persistencia de un modelo médico y físico de la rehabilitación, así como también la escasez de psicoterapeutas con una formación clínicamente flexible y neuropsicológicamente adecuada.

La experiencia subjetiva o fenomenológica, el punto de partida

La consideración de la experiencia subjetiva o fenomenológica es un lugar común en cualquier paradigma psicoterapéutico. Sin embargo, en muchos ambientes de rehabilitación aún posee un lugar accesorio, adquiriendo relevancia solamente cuando algo del proceso parece no funcionar. Para Prigatano²⁰, en cambio, el primer principio de toda rehabilitación neuropsicológica reside en “entrar” en la experiencia del paciente, ayudándolo a disminuir su frustración, ansiedad y confusión. Comprender el carácter único del dilema que cada paciente trae consigo, a pesar de las limitaciones que este tenga para comprenderlo y solucionarlo por sí mismo, es un paso esencial en la construcción de una alianza de trabajo no sólo con el psicoterapeuta, sino también con el equipo de rehabilitación. Debemos extender la reflexión de Prigatano aún más, señalando que, entrar en la experiencia subjetiva no sólo permite modular la confusión y angustia, sino además diseñar intervenciones cimentadas en las necesi-

dades cotidianas y existenciales de la personalidad de cada paciente.

Particularidades en la constitución de un motivo de consulta psicológico

Tanto en la etapa de rehabilitación hospitalaria como ambulatoria, generalmente los pacientes no suelen consultar espontáneamente por ayuda psicológica. Al inicio sus principales motivaciones se centran en recuperar el movimiento de sus cuerpos y retomar su vida previa. Esto plantea un panorama particular respecto a la existencia inicial de un motivo de consulta psicológico. Sólo en la medida que transcurre el tiempo y la esperanza de restauración total se desvanece, los pacientes comienzan a tener noticia de que su cuerpo y mente funcionan de forma distinta, y que tales cambios pueden llegar a formar parte de su nuevo ser. Para otros, la conciencia de este cambio nunca llega, generando enormes dificultades para restituir o compensar las alteraciones cognitivas y conductuales.

Otro factor que influye en la emergencia de un motivo de consulta son las dificultades propias del proceso de adaptación emocional que implica la reconstrucción del Self. La puesta en marcha del proceso de duelo impone por sí misma enormes tensiones afectivas, requiriendo utilizar en muchos casos mecanismos defensivos (negación, escisión, proyección) o estrategias de coping (pensamiento mágico, evitación) para sostener el equilibrio psíquico amenazado por ansiedades catastróficas. Y si el daño neurológico ha comprometido además zonas cerebrales vitales a funciones psicológicas necesarias para la elaboración del duelo²², el desafío de adherir al proceso de rehabilitación, y utilizar el espacio de ayuda psicológico, adquiere proporciones aún mayores.

Definición y objetivos del proceso psicoterapéutico en sobrevivientes de LCA

En términos generales la literatura parece acordar que el objetivo principal de un proceso

psicoterapéutico con sobrevivientes de LCA se centra en mejorar sus niveles de conciencia, aceptación y realismo¹⁴. Si bien en muchas ocasiones es necesario disminuir diversas sintomatologías reactivas al suceso traumático de adquirir una lesión cerebral, no debe olvidarse que el eje de las intervenciones radica, *en un comienzo*, en ayudarles a comprometerse activa y positivamente en el logro de metas¹⁷. Sólo después de lograr esto podemos adentrarnos en responder cómo el sobreviviente puede reconstruir sus relaciones interpersonales y restaurar su sentido de identidad³.

Una de los grandes errores de los psicoterapeutas es suponer que problemas emocionales, como la ansiedad y depresión, deben ser abordados inmediatamente, constituyéndose en el foco inicial y exclusivo del trabajo psicológico. No respetar el timing en el desarrollo del proceso afectivo, o las prioridades del paciente, es un motivo recurrente de ruptura de alianza de trabajo³. Por otro lado, psicólogos que centran sus esfuerzos exclusivamente en la esfera cognitiva, desatendiendo aspectos emocionales o de personalidad, no logran contener y regular las primitivas ansiedades de los pacientes²³, fallando también en facilitar un enfrentamiento emocionalmente más adaptativo y la redefinición de la identidad²⁴.

Como principios del abordaje psicoterapéutico con sobrevivientes de LCA podemos señalar:

a) *El terapeuta siempre debe considerar el delicado balance entre generalidad e individualidad del paciente*²⁴. Muchas veces los equipos de neurorehabilitación etiquetan a los pacientes, por ejemplo, como frontales, afásicos o anosognósicos. Así como ninguna lesión se ubica en el mismo sitio, o posee la misma extensión, ningún cerebro posee tampoco la misma red de conexiones, porque la historia vital que lo ha moldeado a través del tiempo es inevitablemente particular²⁵. Además, si utilizamos el ejemplo del paciente "frontal", bien sabemos que ningún paciente frontal es idéntico a otro; hay pacientes frontales más concretos, apáticos, desorganizados o desinhibidos. Y es más, un paciente frontal desorganizado con rasgos de personalidad infantiles, podrá utilizar al terapeuta y el equipo como base de explora-

ción y refuerzo, mientras que un paciente frontal desorganizado con rasgos narcisistas quizás experimente el ofrecimiento de ayuda como la contundente evidencia de sus fallas.

b) *La psicoterapia necesariamente debe poseer un enfoque ecléctico*²⁴. El terapeuta debe tener la suficiente formación y flexibilidad para incluir en su rol el entrenamiento de funciones cognitivas y técnicas compensatorias, la manipulación ambiental, así como también la comprensión conductual, cognitiva y psicodinámica del paciente.

c) *El terapeuta debe comenzar su trabajo por el área (emocional, cognitiva o conductual) de menor resistencia, facilitando la sensación de dominio*²⁴. Pacientes con rasgos de personalidad centrados en la resolución de problemas y no en el contacto afectivo pueden sentirse inicialmente más cómodos fortaleciendo la alianza de trabajo, por medio del reentrenamiento cognitivo de ciertas capacidades funcionales (ej. la rehabilitación de la capacidad de retener la información leída en un diario). Otros, emocionalmente más desestructurados al comienzo, pueden sentir que cualquier ejercicio cognitivo les refleja sus dificultades, aumentando su nivel de angustia. En estos casos, incluso las evaluaciones cognitivas de rigor pueden ser experimentadas como una amenaza, debiendo ser estratégicamente postpuestas.

d) *Facilitar cognitivamente y afectivamente el procesamiento de la información respecto a las vivencias del paciente*. Hemos señalado que la disminución de la ansiedad y confusión de los pacientes es un elemento central del trabajo psicoterapéutico con sobrevivientes de LCA. En muchas ocasiones, estas emergen debido a que la persona no sabe por qué su mente está tan lenta, por qué olvida, o por qué queda en blanco cuando intenta llevar a cabo una secuencia de pasos para vestirse. Construir un modelo explicativo junto al paciente, respecto a su accidente, la zona lesionada, las consecuencias esperables y las posibles formas de manejarlas, es una intervención central en casi todos los programas de rehabilitación con orientación ambiental y ha mostrado alta eficacia en la disminución de sintomatología reactiva y en el aumento de la conciencia de enfermedad. La en-

trega de la información debe ser realizada de acuerdo a la disponibilidad afectiva del paciente a escucharla y a los recursos cognitivos para comprenderla e integrarla. La constante repetición de la información, el uso de esquemas gráficos y cuadernos de notas, son todas estrategias de utilidad para este fin.

Psicoterapia e intervenciones terapéuticas

La naturaleza de los procesos de neurorehabilitación exige considerar la necesidad de diferenciar entre *procesos psicoterapéuticos* e *intervenciones terapéuticas*. Como hemos señalado, existen pacientes que espontáneamente presentan un motivo de consulta. Otros pueden construirlo en la medida que se confrontan con sus necesidades afectivas y problemas cognitivos. Hay también pacientes que requieren meses o años para tomar conciencia respecto a la perdurabilidad de sus limitaciones, exigiendo que el terapeuta no los confronte y más bien se alíe a sus expectativas restaurativas. En todas estas situaciones, en diversos momentos y a diversos ritmos, podemos observar la *constitución de un paciente psicológico*, que permite el inicio de un proceso psicoterapéutico. No obstante, existen muchos otros casos donde, debido a rasgos premórbidos de personalidad o a severas alteraciones cognitivas y conductuales –desorientación, confabulación, anosognosia, apatía, alteraciones de lenguaje o memoria–, la instauración de un proceso psicoterapéutico no es posible. Es aquí donde el concepto de intervenciones terapéuticas adquiere todo su sentido.

Entenderemos por intervenciones terapéuticas la amplia gama de acciones –modificaciones ambientales, psico-educación o estrategias compensatorias– que el equipo puede llevar a cabo desde la *comprensión psicológica profunda* de la experiencia subjetiva del paciente sobre sí mismo y sobre su relación con el mundo. A pesar de que éste no pueda adherir activamente al proceso de rehabilitación. Como ha señalado Sacks¹: todo organismo –y todo paciente, diríamos aquí– presen-

ta *reacciones para restaurar, reponer, compensar y preservar su identidad*. Por muy extrañas que estas reacciones parezcan, debemos comprender su estructura y dinamismo, ofreciendo los recursos y apoyos necesarios para facilitar la tendencia espontánea a preservar esa identidad y equilibrio psíquico. En otros términos, la falla en los procesos cognitivos, que evolutivamente existen para lidiar con la realidad interna y externa, no elimina la tendencia natural del organismo a relacionarse con el ambiente. Consideremos el caso del Sr F como un ejemplo respecto a la utilidad de comprender la experiencia subjetiva del paciente para diseñar intervenciones ambientales. El Sr F es un hombre de 80 años con un extenso infarto temporal, parietal y frontal derecho. Presenta severas alteraciones en la memoria de trabajo y un clásico síndrome de hemisferio derecho: negligencia, anosognosia, confabulación y misoplejia²².

T: ¿Qué consecuencias le dejó el accidente (según el, accidente de automovilístico)?

P: Dolor de piernas.

T: ¿Nota algo distinto en como funciona su cabeza?

P: El cerebro tiene problemas, porque se me olvidan las cosas, se me pone en blanco toda la mente. Fuertes dolores en la cabeza. Un estado de sobresalto. Ando con miedo, a nada especial. Ya no salgo solo, me siento desprotegido solo. Es algo raro, no me pasaba antes, tener que andar con cuidado. Se puede llamar miedo.

T: ¿Hace cuanto tiempo que tiene estos problemas físicos?

P: Hace 12 meses

T: ¿Y cómo lo ha llevado?

P: Últimamente vendiendo cosas, acciones. He buscado que las pérdidas no sean totales, vender activos y dejarlo en el pasado no más.

T: ¿Y cómo se encuentra ahora?

P: Mi vida más tranquila, pero he estado muy delicado, tengo secuelas que investigan los médicos todavía (...) mareos que me duran 3 a 4 días. No me dejan sólo en la oficina, siempre tengo que estar con alguien, no puedo manejar de noche, quieren que vaya con otro chofer.

T: ¿Usted necesita andar con otra persona? ¿Se refiere a sus cuidadoras?

P: Me acompañan a la oficina, hacen las veces de secretarías. Mantienen la agenda.

T: ¿Y cómo ve la cosa para adelante?

P: *Volver a mi vida como era. No preocuparme por mi oficina, ni por el movimiento, tener gente, el medio nos da* (esto refiere a la buena situación económica, y a la ayuda de sus hijos en la empresa).

Considero útil, al análisis de la interacción la perspectiva utilizada por Feinberg²⁶, al abordar lo que él denomina *Perturbaciones neurológicas del Self*. Feinberg señala que el análisis de los reportes verbales de estos pacientes se asemeja a la lectura psicoanalítica de un sueño o a la interpretación de una película o novela, permitiendo acceder a aquellos aspectos de su autoconcepto y motivaciones, de las cuales no están concientes. El Sr F era un hombre extremadamente activo, quien a pesar de su edad era el patriarca que velaba y protegía aún a sus hijos ya adultos. No es extraño entonces que describa como algo “raro” su experiencia de sentirse él asustado, desprotegido y frágil (*el estado de sobresalto, o tener que andar con cuidado*). El afecto que lo inunda es el miedo, pero también hay algún registro desplazado de la pérdida (*he buscado que las pérdidas no sean totales*) y de sus mecanismos de enfrentamiento (*dejar lo sucedido en el pasado*). Si bien parece sentir que ha perdido la conducción de su vida (*ir con otro chofer*), aún lucha por sostener su lu-

gar, transformando a las cuidadoras en secretarías que lo ayudan en sus tareas directivas. Su intensa preocupación por las finanzas de la empresa, la seguridad y el bienestar de la familia son asimismo escenarios, si bien confabulatorios, que sostienen una experiencia coherente de sí mismo en el mundo. Asombrosamente, algo en él presente también una salida. Adaptarse a los cambios de la LCA implica *no preocuparse por la oficina y tener gente* que ahora haga el trabajo.

Comprender la experiencia del Sr F permite personalizar la confabulación, como un intento del organismo en preservar su identidad, por medio del sostenimiento de un sentido de continuidad en el tiempo de la experiencia, y la generación de explicaciones coherentes para la conducta y los eventos ambientales²⁷. Sólo así parece ser posible para el Sr F regular la cotidiana ansiedad de fragmentarse, o de no tener orientación alguna²⁸.

Si entendemos la vivencia de confusión y terror, producto de la incapacidad de procesar nueva información y orientarse por sí mismo, la construcción de un ambiente estable y una rutina predecible adquieren una innegable cualidad terapéutica. La disminución de la ansiedad, confusión y agitación es ostensible, por ejemplo, cuando se anticipa verbalmente al Sr F las acciones que se realizarán al desplazarlo de un lugar a otro (*estamos subiendo a un auto para ir a la clínica*), o al movilizar partes de su cuerpo en las terapias físicas (*ahora lo tomare de la cintura para ayudarlo a ponerse de pie*).

Resumen

En este artículo se revisa el lugar de la psicoterapia en los procesos de rehabilitación de sobrevivientes de Lesión Cerebral Adquirida. Se resumen las principales dificultades que ha encontrado la psicoterapia para validarse como una herramienta útil. Los objetivos principales de la psicoterapia son facilitar la adherencia al tratamiento y la adaptación emocional a los cambios físicos, cognitivos y conductuales. Finalmente, se enumeran algunas directrices en el uso de esta herramienta clínica, diferenciando además entre procesos psicoterapéuticos e intervenciones terapéuticas.

Palabras clave: Lesión cerebral adquirida, rehabilitación neuropsicológica holista, psicoterapia, intervenciones terapéuticas.

Referencias

1. Sacks O. El hombre que confundió a su mujer con un sombrero. Barcelona: Ed. Anagrama. 2002.
2. Salas C, Báez M, Garreaud A, Daccarett C. Experiencias y desafíos en rehabilitación cognitiva: ¿Hacia un modelo de intervención contextualizado? Revista Chilena de Neuropsicología 2007; 2: 21-30.
3. Prigatano G P. Disordered mind, wounded soul: The emerging role of psychotherapy in rehabilitation after brain injury. Journal of Head and Trauma Rehabilitation 1991; 6 (4): 1-10.
4. Prigatano G. Neuropsychological Rehabilitation and Psychodynamic Psychotherapy. En Morgan, J. (Ed.) Handbook of Clinical Neuropsychology. Swets and Zeitlinger Publishers. (En prensa).
5. Mateer C. Introducción a la Rehabilitación Cognitiva. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana 2003; 22: 11-20.
6. Wilson B. Case Studies in Neuropsychological Rehabilitation. Oxford University Press. 1999.
7. Judd D, Wilson S L. Psychotherapy with brain injury survivors: An investigation of the challenges encountered by clinicians and their modifications to therapeutic practice. Brain Injury 2005; 19 (6): 437-49.
8. Prigatano G P. 1994 Sheldon Berrol, M.D., Senior Lectureship: The problem of lost normality after brain injury. Journal of Head and Trauma Rehabilitation 1995; 10 (3): 87-95.
9. Ben-Yishay Y, Prigatano G P. Cognitive Remediation. En: Rosenthal M, Griffith E R, Bond M R, Miller J D, eds. Rehabilitation of the Adult and Child with Traumatic Brain Injury. Philadelphia, Pa: F. A. Davis Co. 1990.
10. Ben-Yishay Y, Rattok J, Lakin P, *et al.* Neuropsychologic rehabilitation: Quest for a Holistic approach. Semin Neurol 1985; 5 (3): 252-8.
11. Gracey F, Oldham P, Kritzing R Finding out if "The 'me' will shut down": Successful cognitive-behavioural therapy of seizure-related panic symptoms following subarachnoid haemorrhage: A single case report. Neuropsychological Rehabilitation 2007; 17 (1): 106-9.
12. Dewar K B, Gracey F. "Am not was": Cognitive-behavioural therapy for adjustment and identity change following herpes simplex encephalitis. Neuropsychological rehabilitation. 2006; 16: 57-60.
13. Bennett T, Raymond M. Emotional consequences and psychotherapy for individuals with mild brain-injury. Applied Neuropsychology 1997; 4: 55-61.
14. Klonoff P. Individual and group psychotherapy in milieuorientated neurorehabilitation. Applied Neuropsychology 1997; 4: 107-18.
15. Cicerone K. Psychotherapeutic interventions with traumatically brain-injured patients. Rehabilitation Psychology 1989; 43: 105-14.
16. Bennett T. Individual psychotherapy and minor head-injury. Cognitive Rehabilitation 1989; 7: 20-5.

17. Cicerone K. Psychotherapy after mild traumatic brain injury: Relation to the nature and severity of subjective complaints. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1991; 6: 30-43.
18. Ball J. Psychotherapy with head-injured patients. *Medical Psychotherapy* 1998; 1: 15-22.
19. Bennett T. Neuropsychological counselling of the adult with minor head-injury. *Cognitive Rehabilitation* 1987; 5: 10-6.
20. Prigatano G. A Brief Overview of four principles of neuropsychological rehabilitation. En Christensen, A. & Uzzell, P. (Eds.), *International Handbook of Rehabilitation* (pp. 115-125). New York: Kluwer Academic/plenum Publishers. 2000.
21. Judd D P, Wilson S L. Brain injury and identity the role of counseling psychologists. *Counseling Psychology Review* 1999; 14: 4-16.
22. Kaplan-Solms K, Solms M. *Estudios Clínicos en Neuropsiconálisis*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica. 2005.
23. Freed P. Meeting of the minds: Ego reintegration after traumatic brain injury. *Bulletin of the Menninger Clinic* 2002; 66 (1): 61-78.
24. Miller L. *Psychotherapy of the Brain-Injured patient*. New York: W.W. Norton & Company. 1993.
25. Siegel D. *The developing mind. How relationships and the brain interact to shape who we are*. The Guilford Press: New York. 1999.
26. Feinberg T. Our brains, our selves. *Daedalus* 2006; 135 (4): 72-80.
27. Blechner M. Commentary on "Confabulation in Dementia: Constantly Compensating Memory Systems. *Neuro- Psicoanálisis* 2007; 9 (1): 17-22.
28. Winnicott D. La integración del yo en el desarrollo del niño. En: los procesos de maduración y el ambiente facilitador. *Estudios de una teoría del desarrollo emocional*, 1993. Buenos Aires: Paidós.

Correspondencia:
 Christian Salas Riquelme
 Laguna Sur 6561, Estación Central, Santiago.
 Fono: 4657900. Fax: 4657902.
 E-mail: csalas@loscoihues.cl.