

Dr. HERBERT H. ZARETSKY
Dpto. de Medicina de Rehabilitación
Goldwater Memorial Hospital
Centro Médico de la Universidad
de Nueva York

Rehabilitación psicológica y minusvalía física: una perspectiva empírica (II)

La primera parte de este artículo escrito por el Dr. Zaretsky, se publicó en nuestro n.º 19, año 5, tercer trimestre 1985.

En ella, el autor nos esbozaba una breve historia de la Rehabilitación, más concretamente de la Psicología Aplicada a la Rehabilitación.

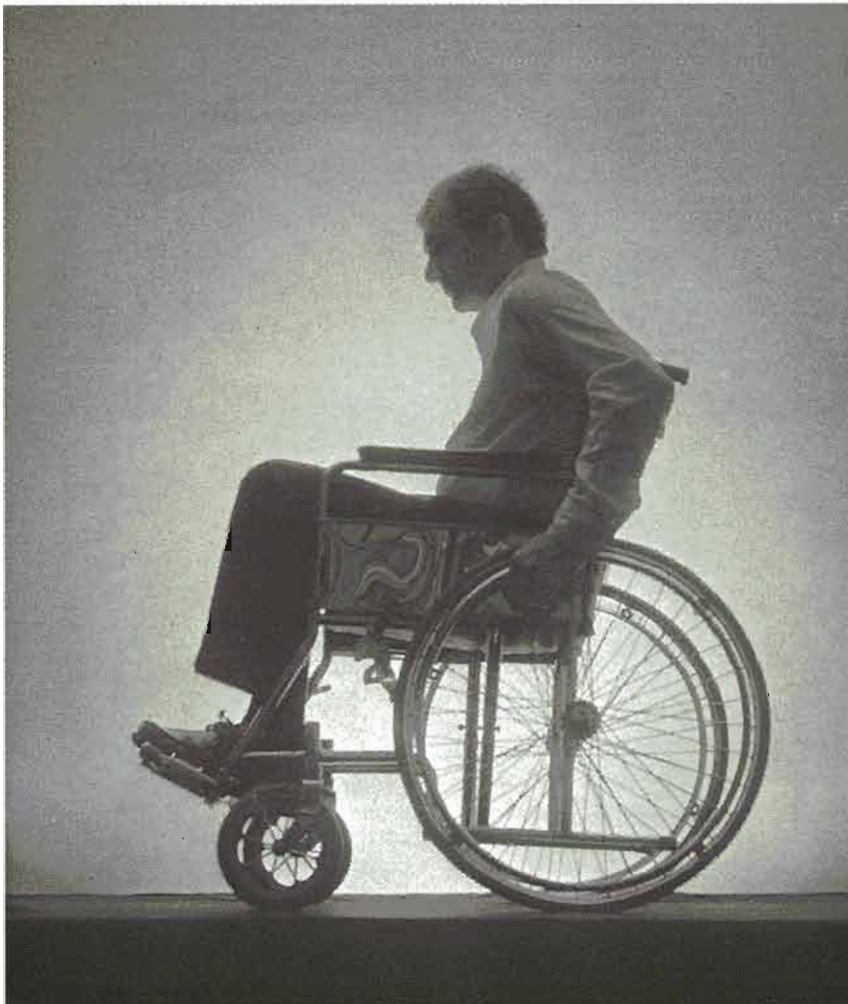
En esta segunda parte, el autor nos introduce en las técnicas fundamentales de psicoterapia empleadas por los psicólogos en el quehacer rehabilitador.

Termina, a nuestro juicio, con una importante e interesante aseveración: que por encima del mundo dividido y conflictivo de nuestros días, la Psicología Aplicada a la Rehabilitación, a través de un proceso de intercambio internacional de ideas y experiencias, procura cumplir su más importante objetivo: ayudar a los pacientes minusválidos a obtener la máxima rehabilitación cualquiera que sea el punto del mundo en el cual vivan.

PSICOTERAPIA

Los servicios de rehabilitación no siempre están preparados para tratar los problemas psiquiátricos. Por lo general, los pacientes minusválidos con problemas psiquiátricos se aceptan en un servicio de rehabilitación sólo si su problema principal requiere servicios médicos de rehabilitación más que un tratamiento psiquiátrico, y cuando sus conflictos psicológicos no interfieren ni con su rehabilitación ni con la de otros pacientes. Muchos de los enfermos en vías de rehabilitación necesitan terapia de apoyo al enfrentar la aplastante magnitud de minusvalidez, pero otros reaccionan bien, teniendo en cuenta la seriedad de su limitación. Con fines prácticos, los problemas que requieren tratamiento psicoterapéutico pueden dividirse en dos categorías: problemas psicológicos premórbidos y problemas que son consecuencia emocional de la minusvalidez. Antes se consideraba que la principal función de un psicólogo rehabilitador era la de ayudar a los pacientes a encarar su minusvalidez, pero investigaciones recientes han puesto de manifiesto que gran número de pacientes sufren problemas psicológicos anteriores a su minusvalidez. El ejemplo más convincente se refiere a la minusvalidez traumática, especialmente, una lesión en la médula espinal, en la que factores psicológicos tales como imprudencia e impulsividad, con frecuencia integran el comportamiento que provocó el accidente incapacitante (Carnes, 1967; Fordyce, 1964). Por lo tanto, los problemas que requieren psicoterapia en un centro de rehabilitación tienden a abarcar la totalidad del espectro del comportamiento humano, y las tácticas psicoterapéuticas a emplear comprenden desde el apoyo emocional hasta la psicoterapia intensiva.

Psicoterapia es el término genérico



que designa un tratamiento para desórdenes mentales, basado principalmente en la comunicación verbal y no verbal. Es un método aceptado desde hace mucho tiempo para ayudar a los enfermos a enfrentar desórdenes emocionales, stress y problemas de la vida, y se utiliza con los pacientes minusválidos prestando atención en dicho método a tratar en primer lugar los problemas propios de una minusvalidez física y los cambios que se hacen necesarios en el estilo de vida. Si bien todos los tipos de psicoterapia tienen, en general, ciertos puntos comunes —desahogo, aclaración, educación y reeducación— pueden existir varias formas diferentes de los mismos. La terapia de concienciación tiene por objetivo hacer que el individuo entienda las razones que motivan sus sentimientos y su comportamiento; la intervención de corta duración se propone resolver problemas concretos en situaciones concretas con la mayor rapidez posible; la terapia de apoyo ofrece el respaldo psicológico que el paciente necesita durante un período difícil y la reestructuración cognoscitiva intenta modificar, en forma positiva, la manera de pensar, el razonamiento y el comportamiento de una persona. La elección de estos sistemas u otros métodos depende principalmente de cada uno de los individuos en tratamiento, y de los problemas que se presentan.

PSICOTERAPIA DE GRUPO

Otro de los métodos psicoterapéuticos que frecuentemente se utilizan en la medicina de rehabilitación, es la psicoterapia de grupo. Esta ofrece ciertas ventajas indudables sobre el tratamiento individual. Primero, porque a diferencia de lo que sucede con la terapia individual, el paciente no es el foco central de cada sesión. Segundo, porque los pacientes observan que otros integrantes del grupo sufren dificultades similares que, cuando se expresan dentro del contexto del grupo, se experimentan como dificultades compartidas con otros. Tercero, porque cada miembro del grupo siente el apoyo y la confianza que le infunden sus compañeros; cuando una sesión de grupo es satisfactoria, dicha circunstancia es un aspecto de lo que se denomina terapia de grupo. Típicamente, un grupo sometido a terapia desarrolla un sentido de cohesión que



La psicoterapia de grupo es muy útil para la rehabilitación por múltiples razones. Fundamentalmente el individuo cuya minusvalía es reciente, al participar en una experiencia de grupo puede no sentirse tan aislado en su problema.

sirve para promover el desarrollo emocional, la autocomprensión y la autoestima de cada uno de los miembros del grupo.

La psicoterapia de grupo es muy útil para la rehabilitación por múltiples razones. El individuo cuya minusvalidez es reciente, al participar en una experiencia de grupo puede no sentirse tan aislado en su problema. Con frecuencia, los demás miembros del grupo le ofrecerán soluciones alternativas y/o posibilidades de tratar su invalidez, fundadas en su experiencia personal. Los terapeutas pueden aplicar, asimismo, la técnica de grupo para estudiar aspectos psicológicos referentes a la solución de problemas de minusvalidez, por ejemplo, haciendo que el grupo represente papeles como en la escena o educando a sus miembros sobre aspectos médicos.

Para algunos pacientes en vía de rehabilitación, las limitaciones físicas requieren una prolongada hospitalización o bien cuidados crónicos. Las sesiones de grupo realizadas regularmente permiten al paciente mantener el sentido de individualidad y valía personal, así como una sensación comunitaria que da significado al ambiente institucional. Estos programas de grupo, especialmente en el caso de personas de edad, ayudan a retardar o revertir los signos de enfermedad orgánica. Las investigaciones sugieren que muchos de los signos behavioristas de deterioro orgánico o demencia senil, que a menudo se observan en los internados, pueden no relacionarse realmente con factores orgánicos sino que reflejan los efectos de privación social, aislamiento, internación y una imagen personal deprimida. Concretamente, se ha iniciado un nuevo programa de psicoterapia geriátrica de grupo en el Goldwater Memorial Hospital de la ciudad de Nueva York, como una modalidad de tratamiento para personas de edad que muestran un comportamiento senil. Los resultados han demostrado hasta el presente: 1) Mejoría en la orientación y la memoria. 2) Aumento en el número y adecuación de las relaciones sociales. 3) Mejoría en el funcionamiento mental. 4) Un notable aumento de independencia en las funciones ADL tales como lavarse, vestirse, comer y ambular. 5) Demostración de mayor responsabilidad personal y mayor capacidad para enfrentar con éxito las situaciones diarias. El resultado evidente de estas conclusiones demuestra claramente que se obtiene un alivio en el cuidado diario

requerido por estos pacientes. (Redlich y Freedman, 1966). La atención apropiada concedida a los factores psicosociales dentro de un contexto de internación, sirve para prevenir muchos de los síntomas conocidos por el así llamado "hospitalismo" o "institucionalización" (Zaretsky y Brucker, 1976).

PSICOTERAPIA FAMILIAR

En el Goldwater Memorial Hospital y como adjunto al proceso general de terapia rehabilitante, se ha iniciado un programa de psicoterapia familiar para asesorar, mantener y propiciar sistemas de apoyo familiar destinado a los pacientes físicamente minusválidos (Katz, 1984). Si el objetivo primordial enfoca la rehabilitación del paciente, se debe tener en cuenta los efectos que la hospitalización y la minusvalidez producen en la familia. La satisfactoria rehabilitación del paciente se ve claramente facilitada si la familia interviene en ella y le presta su apoyo. Sin embargo, la familia puede a su vez necesitar ayuda para encarar psicológicamente las realidades de la enfermedad, minusvalidez y rehabilitación de uno de sus miembros. Este nuevo programa, por lo tanto, aplica una variedad de intervenciones psicológicas para evitar que la familia interrumpa su interés en el paciente, para alentar y apoyar su comprensión y para mantener y/o reanudar la activa participación de la familia en el programa de rehabilitación del minusválido. Al utilizar modalidades individuales y de grupo, el programa de psicoterapia familiar intenta conseguir los siguientes propósitos: 1) Suministrar a la familia los conocimientos y la comprensión necesarios sobre los parámetros propios del paciente. 2) Restablecer una óptima relación entre los miembros de la familia y el enfermo. 3) Ayudar a los miembros de la familia a encarar las reacciones individuales y colectivas ante la enfermedad del paciente. 4) Desarrollar un ambiente de ayuda familiar a fin de facilitar la rehabilitación del minusválido.

TERAPIA BEHAVIORISTA

La aplicación a los minusválidos del grupo de métodos incluidos bajo el título de terapia behaviorista o modificación behaviorista es relativamente reciente. El enfoque básico en este

La Psicología aplicada a la Rehabilitación, dice el Dr. Zaretsky, espera, a través de un proceso de intercambio internacional de ideas y experiencias, cumplir su más importante objetivo: ayudar a los pacientes minusválidos a obtener la máxima rehabilitación cualquiera que sea el punto del mundo en el cual vivan.

caso es el de enseñar, dado que se cree que el comportamiento puede ser desaprendido. Al utilizar un sistema más científico que involucra primariamente un aliento o recompensa frente a un comportamiento deseado, se enseña a los pacientes métodos que facilitan una mayor adaptación para tratar sus propios problemas psicoló-

El fin de la psicoterapia familiar es asesorar, mantener y propiciar sistemas de apoyo familiar destinados a los pacientes físicamente minusválidos, al tenerse en cuenta los efectos que la hospitalización y la minusvalía producen en la familia.

gicos y físicos. El enfoque behaviorista para el tratamiento de los pacientes ha llevado al desarrollo de un nuevo campo: la medicina behaviorista, en la que tales técnicas se aplican en todas las esferas del cuidado de la salud, incluyendo la rehabilitación, y se utilizan no sólo como tratamiento, sino igualmente para prevención de enfermedades y mantenimiento de la salud.

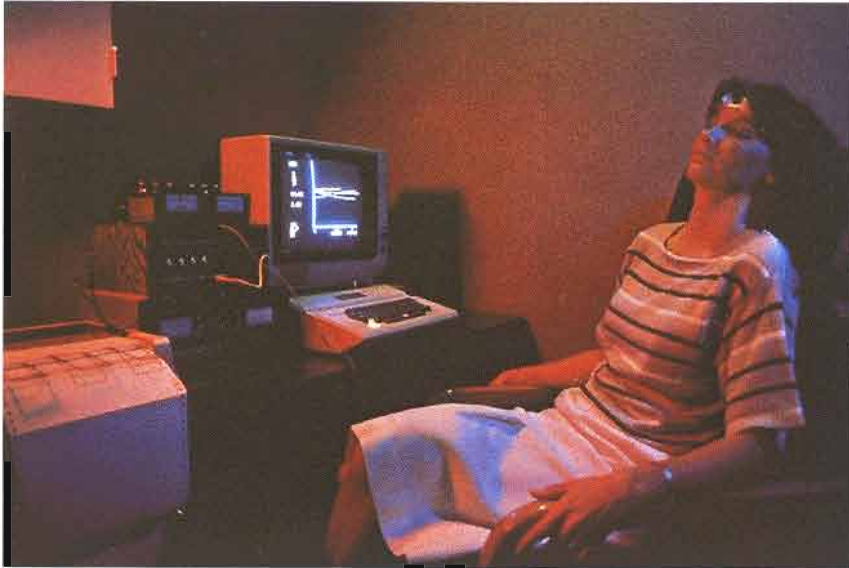
EL DOLOR CRONICO

En los ambientes de rehabilitación es frecuente oír a los pacientes quejarse de dolores crónicos. Entre los minusválidos, existen casos asociados con el dolor, que incluyen la espasticidad muscular, el síndrome de hombro-mano, la neuralgia de trigémino, el gas abdominal y el dolor imaginado del miembro inexistente en los amputados. Cualquiera que sea la causa, el dolor afecta de diversas maneras a la rehabilitación. Impide la actividad terapéutica, produce pérdida de sueño y fatiga, requiere una pausa en la rehabilitación y/o intervención quirúrgica y/o intervención farmacológica y acarrea dificultades interpersonales entre el paciente y el equipo rehabilitador, como resultado de la irritabilidad y excesivas exigencias de atención y medicación por parte del enfermo. Los psicólogos han empleado una variedad de técnicas para ayudar al paciente a tratar con éxito su problema del dolor. Son métodos multidimensionales de refuerzo que también utilizan medicamentos para aumentar el sentimiento de bienestar y disminuir la sensación de dolor, enseñar cómo relajarse, y emplean varias estrategias cognoscitivas como el "biofeedback" y la acupuntura (Rusk, 1958; Fordyce, 1976; Grzesiak, 1977; Zaretsky, Lee y Rubin, 1976).

BIOFEEDBACK

(Retroimagen biológica)

El "biofeedback" es probablemente la más moderna modalidad terapéutica en el campo de la rehabilitación, y todavía se está lejos de haber definido claramente todas sus aplicaciones. Según Ince (1976), el "biofeedback" puede definirse como: la utilización de la representación de actividades fisiológicas en forma externa, como claves para la regulación de tales actividades" (pág. 257). Ince continúa diciendo que el "biofeedback" ha sido



Los problemas que requieren psicoterapia en un centro de rehabilitación tienden a abarcar la totalidad del espectro del comportamiento humano, y las tácticas psicoterapéuticas a emplear comprenden desde el apoyo emocional hasta la psicoterapia intensiva.

utilizado con mayor frecuencia para "reeducación muscular, eliminación de la cefalalgia por tensión o migraña, tratamiento de arritmias cardíacas, eliminación de elocución subvocal durante la lectura, disminución de la presión arterial en los pacientes hipertensos y disminución de ataques" (pág. 257).

Los orígenes del "biofeedback" se encuentran en la teoría del condicionamiento, y muy especialmente en la teoría operativa. La razón fundamental del "biofeedback" es que la actividad fisiológica que por lo general no forma parte de la conciencia del paciente, se puede hacer consciente mediante registros psicológicos electrónicos muy sensitivamente supervisados que luego se amplifican y se retransmiten al enfermo en forma de claves visuales o auditivas. Como resultado, el paciente adquiere un medio para interpretar las claves relacionadas con su físico y para transformarlas a través de diversas estrategias internas que, mediante el "feedback", comprueba que tienen éxito. Los resultados de tales estrategias demuestran la eficacia del tratamiento de "feedback". Con él se pueden fortalecer músculos débiles y relajar músculos espásticos. (Conviene hacer notar aquí que muchos problemas de dolor provienen de la espasticidad muscular, no sólo de los brazos y piernas sino también del cuello, hombros, mandíbula y cuero cabelludo, que pueden provocar cefalalgia.) De hecho, Ince (1983) ha descrito casos estudiados recientemente en los que se utilizó el tratamiento de EMG "biofeedback" en un centro de rehabilitación. A los

pacientes con lesiones en la médula espinal que sufren hipotensión postural, se les ha enseñado a aumentar su presión arterial, mientras que a los hipertensos se les ha demostrado cómo pueden disminuirla. Los enfermos que padecen arritmias cardíacas, pueden aprender a regular su pulso. La incontinencia intestinal debida a problemas del colon ha sido tratada con excelentes resultados. Los pacientes que sufren migrañas o la enfermedad de Raynaud, han aprendido a elevar la temperatura de su piel y con ello reducir o eliminar los problemas.

Los ejemplos del empleo del "biofeedback" para la rehabilitación, incluyen los trabajos de Brudny y sus asociados (1974), quienes mediante el empleo del "feedback" electromiográfico de la musculatura esternocleidomastoidea, pudieron tratar con éxito la torticollis espasmódica. Otros pioneros dentro de este campo son Brucker e Ince (1977) que han conseguido obtener el control voluntario de la presión sanguínea en casos de hipotensión postural en un paciente con lesión en la médula espinal. El valor de este estudio radica en sus consecuencias respecto del control voluntario adquirido de funciones atribuidas al sistema nervioso autónomo. Tales funciones generalmente se clasifican como involuntarias e imposibles de modificar mediante procedimientos externos. Otros ejemplos del empleo del "biofeedback" para rehabilitación son, el empleo del Monitor de Peso para Piernas, que ayuda al enfermo a controlar las fuerzas de las extremidades inferiores cuando se trata de estar de pie o de

levantar pesos; el Monitor de Largo de Paso, que facilita al paciente claves útiles para mejorar su ambulación (Herman, 1973; Taylor, 1974). Aprender a regular las funciones fisiológicas personales es similar a aprender cualquier otra técnica. Requiere adquirir el conocimiento de lo que se debe hacer para tener éxito y luego practicar lo aprendido hasta llegar a dominarlo. Por ello, aunque el "biofeedback" hasta ahora sólo ha influido levemente sobre los métodos de rehabilitación, en el porvenir demostrará que puede ofrecer nuevas y numerosas aplicaciones para ayudar a los minusválidos.

EVALUACION PSICOLOGICA

Otra de las funciones tradicionalmente asociadas a las tareas de un psicólogo son las de evaluar, medir y diagnosticar psicológicamente. Además de ser un experto entrevistador, el psicólogo ha sido formado para poder practicar una variedad de tests psicológicos que suministran una evaluación y reevaluación del estado de rehabilitación del paciente, y para proveer una valoración psicodiagnóstica diferencial que incluye el status orgánico o neuropsicológico. Los tests tales como la escala de inteligencia adulta, de Wechsler; el test gestalt visual-motor de Bender, el inventario sobre personalidad multifacética de Minnesota, el inventario sobre personalidad de Eysenck, el espacio en blanco de frase incompleta, y el Rorschach, así como el test de percepción temática, son instrumentos comúnmente utilizados por el psicólogo reha-

bilitador para sus evaluaciones. En el Goldwater Memorial Hospital de la ciudad de Nueva York, se ha utilizado un formulario especialmente estructurado de percepción psicológica a fin de evaluar a los pacientes antes de ingresarlos para su rehabilitación. Este método suministra al psicólogo rehabilitador un marco sistemático que le sirve para evaluar las dimensiones psicológicas importantes e indispensables para obtener una rehabilitación máxima (Paradowski, 1977).

OTROS PROGRAMAS ESPECIALES

En el Servicio de Psicología del Goldwater Memorial Hospital, el reconocimiento de la complejidad del progreso del paciente en un proceso de rehabilitación prolongada, con frecuencia requiere la elaboración de programas de tratamientos especializados. No solamente se brindan los programas más arriba descritos, sino que se han iniciado otros que, por estar basados sobre la experiencia clínica, son necesarios para el tratamiento de rehabilitación global del paciente. Entre tales programas se hallan los siguientes: el *Programa de terapia sexual*, cuyo objetivo es suministrar información y ayuda, así como terapia individual y de grupo, para ayudar a los pacientes a entender y revalorar sus opciones sexuales; el *Programa de incremento de comunicación*, que es un programa de psicoterapia especialmente estructurado para los pacientes con deficiencias de comunicación, pero intelectualmente aptos y que utiliza la elaboración de nuevos dispositivos electrónicos de comunicación particularmente apropiados para pacientes con anartria y disartria. Otros programas incluyen tratamientos para el alcoholismo, intervención psicológica especializada para pacientes que sufren esclerosis múltiple y tratamiento antistress para el personal y pacientes seleccionados.

En resumen, el psicólogo rehabilitador es un miembro integrante del equipo de profesionales rehabilitadores que trabajan para conseguir que los minusválidos se conviertan en personas físicamente funcionales, más ajustadas psicológicamente y adaptadas en forma satisfactoria. Aunque las etapas reactivas y de adaptación a una minusvalidez descritas en el presente trabajo constituyen un marco útil para examinar los diferentes enfoques en-



caminados al logro de una rehabilitación satisfactoria, es necesario recordar que cada paciente es un caso único que requiere una evaluación y tratamiento terapéutico individuales. Aún más, es necesario insistir en que por óptimo que sea el tratamiento físico del enfermo, los factores psicológicos limitan la efectividad de tales cuidados destinados a conseguir la rehabilitación que se desea. El psicólogo rehabilitador experto en diagnóstico, psicoterapia, modificación behaviorista, control del dolor y aplicación del "biofeedback", agrega una dimensión necesaria y crucial al cuidado de la salud de los físicamente incapacitados.

Si bien este trabajo encara principalmente los conceptos y la técnica derivados de las experiencias clínicas en rehabilitación dentro de los EE. UU., es necesario señalar qué factores culturales cruzados pueden llegar a limitar la aplicabilidad de estos enfoques psicológicos en el caso de la rehabilitación de pacientes de otros países. Es obvio que el psicólogo rehabilitador necesita mayor información y experiencia sobre el efecto de las variables culturales y sociales a fin de establecer con certeza la posibilidad de aplicar a los minusválidos de todas partes del mundo, el contenido de este trabajo. El campo de la psicología de rehabilitación espera, a través de un proceso de intercambio internacional de ideas y experiencias, cumplir su más importante objetivo: ayudar a los pacientes minusválidos a obtener la máxima rehabilitación cualquiera fuere el punto del mundo en que vivieren.

BIBLIOGRAFIA

- BRUCKER, B. S. e INCE, L. P.: Biofeedback as an experimental treatment for postural hypotension in a patient with a spinal cord lesion (Biofeedback como tratamiento experimental de la hipotensión postural en un paciente con lesión de la médula espinal). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1977; 58, 49-53.
- BRUDNY, J.; GRYNBAUM, B. B. y KOREIN, J.: Spasmodic torticollis: treatment by feedback display of the EMG (Tortícolis espasmódica: tratamiento mediante exhibición de imágenes en feedback del EMG). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1974; 55, 403-408.
- CARNES, G. D.: Personality abnormalities among patients on a physical medicine and rehabilitation service (Anormalidades de la personalidad entre pacientes de un servicio de medicina y rehabilitación física). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1967; 48, 180-184.
- Constitution (rev.): The Div. of Rehabilitation Psychology of the American Psychological Association (El Servicio de Psicología de Rehabilitación de la Asociación Americana de Psicología). *Rehabilitation Psychology News*. 1979; 7 (3), 11-18.
- DEMBO, T.; LEVITON, G. y WRIGHT, B.: Adjustment to misfortune a problem of social psychological rehabilitation (Adaptación al infortunio. Un problema de rehabilitación psicológico-social). *Artificial Limbs*. 1956; 3, 4-62.
- FINK, S. L.: Crisis and motivation: a theoretical model (Crisis y motivación: un modelo teórico). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1967; 48, 592-597.
- FORDYCE, W. E.: Personality characteristics in men with spinal cord injury as related to manner of onset of disability (Características de la personalidad en individuos con lesión de la médula espinal en relación con el origen de la minusvalidez). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1964; 45, 321-325.
- GRAYSON, M.: Psychiatric aspects of rehabilitation (Aspectos psiquiátricos de la rehabilitación). *Rehabilitation Monograph II*.

1952; Institute of Physical Medicine and Rehabilitation, New York University-Bellevue Medical Center.

9. GRZESIAK, R. C.: Relaxation techniques in treatment of chronic pain (Técnicas de relajamiento en el tratamiento del dolor crónico). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1977; 58, 270-272.

10. GRZESIAK, R. C. y ZARETSKY, H. H.: Psychology in rehabilitation: professional and clinical aspects (La psicología de la rehabilitación: aspectos profesionales y clínicos). En R. Murray y J. C. Kijek (Eds.), *Current perspectives in rehabilitation nursing*. St. Louis: The C. V. Mosby Co., 1979.

11. HERMAN, R.: *Augmented sensory feedback in the control of limb movement* (Feedback sensorial aumentado en el control del movimiento de miembros). Trabajo presentado en la Tercera Reunión Anual de la Sociedad de Neurología. San Diego, 1973.

12. INCE, L. P.: *The rehabilitation medicine services* (Los servicios de medicina de rehabilitación). Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1974.

13. INCE, L. P.: *Behavior modification in rehabilitation medicine* (Modificación behaviorista en la medicina de rehabilitación). Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1976.

14. INCE, L. P.: The Role of Rehabilitation Psychologists in the Treatment of Disease and Disability (La función de los psicólogos rehabilitadores en el tratamiento de la enfermedad y la minusvalidez). *Rehabilitation Psychology*. Vol. 27, N. 4, 1982, 195-202.

15. INCE, L. P.: The Utilization of EMG Biofeedback for the Treatment of Premorbital Facial Muscle Tension (La utilización del biofeedback EMG en el tratamiento de la tensión muscular facial premórbida). *Biofeedback and Self-Regulation*. 1983; Vol. 8, N. 3, 377-381.

16. KATZ, J. F.: Family Therapy in a Rehabilitation Setting (Terapia familiar en un entorno de rehabilitación). *Family Systems Medicine*. Summer 1984; Vol. 2, N. 2, 227-229.

17. KUBLER-ROSS, E.: *On death and dying* (Sobre la muerte y los moribundos). New York: Macmillan, 1969.

18. PARADOWSKI, W.: The reliability of a scaling system for the psychological evaluation of admissions to a rehabilitation medicine service (La fiabilidad de un sistema de graduación para la evaluación psicológica del ingreso en un servicio de medicina de rehabilitación). *Rehabilitation Psychology*. 1977; 24, 59-67.

19. REDLICH, F. C. y FREEDMAN, D. X.: *The theory and practice of psychiatry* (Teoría y práctica de la psiquiatría). New York: Basic Books, 1966.

20. RUSK, H. A.: *Rehabilitation Medicine* (Medicina de rehabilitación). St. Louis: C. V. Mosby, 1958.

21. SHONTZ, F. C.: Reactions to crisis (Reacciones ante la crisis). *Volta Review*. 1965; 67, 364-370.

22. TAYLOR, D. R.: *Electronic devices for the enhancement of rehabilitative therapy*. (Dispositivos electrónicos para la promoción de la terapia de rehabilitación). Trabajo presentado en la Conferencia sobre dispositivos mecánicos para la rehabilitación. Boston, 1974.

23. TRIÉSCHMANN, R. B.: Coping with disability: a sliding scale of goals (Adaptación a la minusvalidez: escala variable de objetivos). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1974; 55, 556-560.