

READAPTACION PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES CON INCAPACIDAD FISICA PARCIAL*

DR. PIERRE HOUSSA

Director del Centro de Traumatología y Readaptación, Hospital Brugmann, Bruselas

Toda afección física, por benigna que sea en apariencia, puede dar origen a perturbaciones graves en la vida cotidiana. Una pequeña amputación, un detalle puramente estético, constituyen, en ciertas circunstancias, un obstáculo insuperable para la reanudación del trabajo. La falta de confianza en sí mismo que quizás experimenta un individuo a consecuencia de una ligera alteración patológica, representa, a veces, una rémora más grave que la propia lesión.

En consecuencia, el problema de la readaptación de los trabajadores con incapacidad física parcial es de una magnitud insospechada. No sólo alcanza a quienes sufren una incapacidad parcial como resultado de una enfermedad aguda, de una enfermedad crónica o de un accidente, sino también a todos los que, estando en contacto con la industria, sus máquinas, sus productos tóxicos, su ambiente social y profesional, presentan perturbaciones físicas o psíquicas que afectan a su rendimiento y a su capacidad de trabajo.

Dada la evolución social moderna, sería inhumano e inmoral consentir que ciertos trabajadores con incapacidad física parcial se convirtieran en una carga para la colectividad, cuando la readaptación puede darles una vida independiente y un valor económico de importancia en el mercado del trabajo.

Los pacientes sufren siempre una impregnación insidiosa de su enfermedad; poco a poco, ven disminuir sus fuerzas y se va modificando su psicología. Cuando una enfermedad se descubre clínicamente, la afección pudo ya haber causado grandes daños corporales y alterar profundamente la psicología del individuo. Por el contrario, las víctimas de accidentes se ven generalmente sorprendi-

das por un revés del destino, cuando se encuentran en plena salud física y moral. Por lo tanto, en la inmensa mayoría de los casos no presentan, por lo menos al principio, perturbaciones neuróticas.

En consecuencia, en este estudio, que forzosamente ha de ser breve, examinaremos la readaptación de las personas parcialmente incapacitadas por una enfermedad y, más importante aún, la de las víctimas de traumatismos, así como los problemas que plantea la aplicación de esta nueva concepción del arte de la medicina.

OBJETO DE LA READAPTACION

Nadie podría definir la readaptación mejor que lo hizo el finado Doctor Harold Balme:

“La readaptación tiene como fin acortar la convalecencia, preparar moral, social y profesionalmente, al individuo para un mejor género de vida, reducir al mínimo su incapacidad y atenderle hasta que haya recuperado su potencial máximo y esté nuevamente en condiciones de ganarse la vida con toda independencia”.¹

La readaptación no representa una nueva forma de la medicina, sino una disciplina de concepción diferente, que constituye, junto con la medicina curativa habitual y la medicina preventiva, el tríptico perfecto del arte médico.

El profesor Henry Mondor ha dicho que “un médico digno de tal nombre no se contenta con curar las enfermedades, sino que cura también a los enfermos”. En otras palabras, el médico no tiene que limitarse al tratamiento. Es cierto que éste sigue siendo el elemento primordial de la curación, pero su eficacia será todavía mayor si se tiene también en cuenta el futuro familiar y profesional del paciente. La readaptación no

* Publicado en francés en el *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. XIII, No. 4, 1955.

¹ Conferencia pronunciada el 2 de febrero de 1951, en el Consejo Británico de Bruselas.

logra su objetivo más que si se demuestra, al cabo de cierto tiempo después de la vuelta al trabajo, que el hombre ha recobrado su aptitud y que la profesión para la que ha sido rehabilitado le conviene y no le ocasiona ningún dolor, fatiga ni tensión psicológica.

El paciente no debe ser considerado como un ser pasivo y amorfo, que necesita salir de una situación difícil. Vive, siente, piensa, lucha y consume, en su combate contra el mal, sus propias reservas de energía. Tenemos el deber de ayudarlo a volver a ser un miembro productivo de la colectividad. El camino de retorno del lecho al trabajo está sembrado de dificultades tanto físicas como psicológicas, y la estancia en el hospital, que en algunas ocasiones es muy larga, suscita con frecuencia en el enfermo tendencias a la regresión, a la dependencia, a la hipocondría y a las reivindicaciones.

No existe ningún método uniforme de evitar estos peligros. Cada caso es único, y debe ser abordado teniendo en cuenta todas las circunstancias familiares, nacionales, económicas, profesionales y médicas. Si no se aprovechan mediante un ambiente psicológico favorable, los progresos de la terapéutica conducen frecuentemente al fracaso. Pero si se aprecia que la readaptación no se orienta solamente hacia las dificultades físicas del paciente, en la mayoría de los casos se podrán evitar esas neurosis reivindicativas y esos estados de ansiedad, tan difíciles de hacer desaparecer rápidamente. Es esta una nueva responsabilidad a la que deben hacer frente los médicos.

Cuando un enfermo o un herido ve abrirse ante sí las puertas del hospital, penetra en un mundo enteramente nuevo. El trabajo y las responsabilidades personales ceden el paso al reposo forzado, a la espera pasiva, a la calma obligatoria del cuerpo y del espíritu. De todos es conocido el ambiente particular del hospital o de la clínica: una actividad que no se interrumpe ni de día ni de noche, unas hileras de camas blancas, unas paredes claras de una nitidez perfecta, una iluminación que tan pronto es muy intensa como

muy tenue, un horario riguroso y monótono como el tictac de un reloj.

En ese marco anónimo, unos seres físicos y mentalmente débiles se pasan las veinticuatro horas del día en espera de una u otra cosa: Primero las curas, luego las visitas de los parientes portadores de consuelo o de una intensificación de la inquietud, después el médico, investido de un poder mágico, cuyas palabras se escuchan con viva atención para buscar en ellas nuevo aliento, y, por último, la enfermera, esperada unas veces con impaciencia y otras con temor. Por ello, no carece de razón el haber denominado "pacientes" a los enfermos, pues, como ya se ha dicho otras veces, éstos pasan un 5 % de su tiempo sufriendo y un 95 % aburriéndose.

En consecuencia, es preciso reanudar el estudio de los problemas de la readaptación, desde el principio.

"Aplicar una terapéutica es tratar de suprimir la enfermedad o sus síntomas. El tratamiento pone punto final a un capítulo de la patología vivido por el paciente. Evidentemente, hacemos bien en considerar al enfermo como un ser humano, en compadecerlo y en reconfortarlo. También el médico es humano. Pero el hecho mismo de que nuestra formación tenga más de libresca que de humana, hace que el enfermo se transforme, demasiado fácilmente, en un caso y que, por deformación profesional, nos sintamos propensos a olvidar, ante el interés patológico, al hombre en su propia vida, en el centro de su propio universo individual y social. Y, desde el momento en que terminan las manifestaciones y la causa de la enfermedad, nos quedamos satisfechos como si ya no se nos pudiera pedir nada más. Creo que debemos hacer algo más".

Así se expresó el profesor Leriche,^a hablando del ejercicio de la cirugía como disciplina general. Pero si nos adentramos en el terreno de la traumatología, sus palabras tienen un alcance todavía mayor, todavía más verdadero, pues, con frecuencia, un traumatismo va seguido de este cortejo de consecuencias siniestras: abandono temporal

^a Leriche, R.: *La chirurgie. Discipline de la Connaissance*, Nice, p. 129, 1949.

o definitivo de la profesión, inactividad forzada, paro y pobreza, para todo lo cual los recursos exteriores ofrecen pocos remedios.

El cirujano especializado en traumatismo, más todavía que el dedicado a la cirugía general, no puede limitarse a los métodos mejores y más rápidos de curación médica. No puede descuidar la importancia que, para el porvenir profesional del paciente, tienen, en primer término, la lesión y, además, las reacciones psicológicas que ésta le origine.

LOS PRINCIPIOS DE LA READAPTACION

1. *El trabajador con una incapacidad física parcial representa un valor social momentáneamente inmovilizado*

Desde el primer momento, el cirujano debe estudiar, no sólo los medios inmediatos y ulteriores de limitar los desórdenes funcionales, sino, sobre todo, el porvenir profesional del interesado. Debe tener presente que el paciente es un ser humano al que es preciso poner nuevamente en condiciones de defenderse y de volver a ocupar el puesto que le corresponde en una colectividad en la que, en muchos casos, ha de encontrar dificultades.

Examinemos, por ejemplo, el caso de una mecanógrafa víctima de un accidente al nivel del codo. La evolución ineluctable será la anquilosis de esta articulación en una posición llamada "funcional", es decir con la mano situada verticalmente, si se respetan las normas clásicas. Para que la lesionada pueda volver a practicar la dactilografía después de su curación, el cirujano deberá tender a poner la mano de la lesionada en pronación. La posición "funcional" no es un concepto absoluto, sino que depende esencialmente de la profesión, y, para la articulación citada, un leñador deberá ser inmovilizado casi en una posición recta a fin de que pueda volver a ejercer su profesión.

Se impone decir aquí algo acerca de las amputaciones. La amputación no representa solamente una disminución física, sino que constituye un severo traumatismo psicológico que compromete gravemente, a los ojos

de la víctima, la realización de sus legítimas aspiraciones.

La técnica de las amputaciones, tan sencilla en apariencia que no parece dar margen al perfeccionamiento ni a la discusión, merece que se le preste atención por las repercusiones que puede tener sobre el porvenir profesional del paciente. La amputación debe dejar al amputado un muñón de forma tal que le permita soportar sin molestias las tensiones y los esfuerzos resultantes del contacto con el miembro artificial, evitando así las reamputaciones que, con excesiva frecuencia, suelen ser necesarias. El mantenimiento de la musculatura a una tonicidad que permita evitar la atrofia de los grupos musculares exige una aplicación perfecta y precisa de las técnicas operatorias y de los cuidados postoperatorios.

Provisto, al principio, de una prótesis provisional, el paciente deberá comenzar su readaptación profesional lo más pronto posible, a fin de que no adquiera una mentalidad de enfermo. En cuanto al miembro artificial definitivo, debe ser lo mejor y lo más sencillo posible, y compensar, hasta el máximo, la pérdida sufrida, dando al paciente una apariencia normal.

2. *Hay que conseguir que el paciente acepte plenamente la terapéutica propuesta y que colabore en su aplicación*

Leriche dijo: "A mi juicio, una de las necesidades de la cirugía de nuestro tiempo es ese espíritu de la terapéutica que, a la par que cuida la enfermedad, atiende al hombre en los problemas de su vida".^a

La terapéutica curativa deberá estar en relación con la profesión del paciente, al que se deberá explicar el por qué de las medidas que se adopten. Es indispensable que el enfermo conozca los fundamentos de las instrucciones dadas por el médico. Si esas instrucciones se explican en forma sencilla y comprensible, el paciente estará en condiciones de dar su conformidad y se someterá, con plena confianza, a la intervención

^a Leriche, R.: *La Chirurgie. Discipline de la connaissance*, Nice, 1949, p. 134.

correctiva, asumiendo él mismo la responsabilidad de ésta. De ese modo, el acto operatorio se soporta mejor, en general, y sus consecuencias son tanto más llevaderas.

3. *La actividad medida y progresiva, elemento esencial de la reeducación muscular, es la clave de la readaptación física*

Tanto en los casos quirúrgicos como en los que no lo son, la electroterapia servirá de ayuda terapéutica. Tendrá como finalidad primordial la eliminación de los dolores que se oponen a la movilización espontánea del enfermo y le impiden lograr la calma. Entre los agentes naturales, se utilizará la electricidad en diversas formas, el calor, el agua, la parafina; pero esta terapéutica pasiva ocupará un lugar secundario en un programa que, por el contrario, se debe componer primordialmente de actividades parecidas a las que normalmente se realizan en la vida.

Si bien la electroterapia es irremplazable por sus efectos sobre los músculos, completamente trastornados por una lesión, tengamos en cuenta que actúa sin ninguna participación voluntaria del paciente. Tal método refuerza, de este modo, la pasividad de éste y, en todo caso, no puede ejercer ninguna acción sobre los mecanismos centrales de la persona.

Por no ofrecer la electroterapia posibilidades de actividad, se podrá recurrir a la hidroterapia, a la cinebalneoterapia y a la cinesiterapia.

La hidroterapia, bajo la forma de hidromasaje, de baño de inmersión o de piscina de marcha, requiere el movimiento y el esfuerzo personal del paciente. Sumergido en el agua, un individuo pierde alrededor de 9/10 de su peso. Al no tener que contrarrestar este peso, el músculo, aunque débil, puede provocar algún movimiento. Esta actividad renaciente, por débil que sea, detiene a la irremediable atrofia, permite la recuperación paulatina y garantiza, finalmente, la restauración muscular.

Aunque sea mínimo, el movimiento produce efectos de considerable importancia. Las investigaciones electromiográficas han

mostrado que el movimiento más elemental, el más sencillo, pone en juego un número extraordinariamente grande de neuronas, de fibras y de grupos musculares: la abducción del auricular hace que participen los músculos de los canales de la parte opuesta del tronco. El envío del estímulo nervioso que gobierna un movimiento en un músculo inmovilizado bajo un armazón enyesado, pone al músculo en un estado de precontracción y, al provocar en él una reacción circulatoria, retarda su amiotrofia.

La hidroterapia prepara al individuo, cuya musculatura atrofiada por el reposo ha quedado suficientemente restaurada, para el tratamiento de la cinesiterapia, que constituye una etapa esencial de la reeducación muscular. Esta terapéutica física se aplica desde el período del encamamiento o, en todo caso, desde el día siguiente al del traumatismo. En ese momento, el tratamiento procura favorecer la circulación sanguínea y linfática, aumentar los cambios respiratorios, mantener el tono muscular, estimular la movilización espontánea de las articulaciones indemnes e influir favorablemente sobre la moral del paciente, sugiriéndole, en su inmovilización forzosa, las ideas de movilización, de movimiento, de actividad. Pero los esfuerzos de la hidroterapia han de contar con el apoyo de la acción psicológica del cinesiterapeuta.

Ulteriormente, esta terapéutica se aplica de un modo colectivo a los pacientes afectados de lesiones iguales o parecidas, lo que les permite comparar los resultados y que cada individuo pueda ver en los demás los progresos que él no ha realizado todavía.

Es conveniente consignar en gráficas los progresos conseguidos, pues el examen de esos diagramas constituye un gran estímulo para los pacientes. De ese modo, éstos comprenden mejor la utilidad de los ejercicios prescritos y no se olvidan tan fácilmente de su estado anterior.

Finalmente, se organizan juegos colectivos: al distraerse, los pacientes, estimulados por la competencia, ejecutan movimientos que no hubieran realizado "en frío", y

frecuentemente se asombran al darse cuenta de que los han llevado a cabo.

El cinesiterapeuta procura mantener, dentro de la moderación necesaria, un saludable espíritu de emulación y de optimismo constructivo.

4. *El trabajo dirigido debe ser constructivo para coordinar la readaptación física y la readaptación psíquica*

Hay otra terapéutica de recuperación máxima de las aptitudes residuales basada en la actividad de los pacientes. Se trata de la terapéutica mediante el trabajo dirigido, llamada en los países anglosajones "terapia ocupacional". Esta permite absorber la atención del individuo haciéndole ejecutar un trabajo terapéutico. De ese modo, el paciente participa también en su tratamiento, tanto física como psíquicamente.

Este desplazamiento de la atención es favorable por el hecho de que la lesión deja muy pronto de ser objeto constante de las reflexiones del paciente. El individuo se interesa en cosas distintas de su afección y no vuelve a ver el cortejo de imágenes desagradables que ésta suscita en su espíritu. Observemos, de paso, que lo mismo ocurre en la vida corriente; un trabajo, por sencillo y rutinario que sea, tiende a desalojar de la memoria tanto las pequeñas preocupaciones como los grandes disgustos.

Las actividades preconizadas deben variar según los casos, e inspirarse en el resultado terapéutico que se desee conseguir. En consecuencia, no pueden ser caprichosas ni aplicarse a cualquier persona. Por el contrario, han de remediar la lesión física, reforzar los músculos atrofiados, aumentar la amplitud de los movimientos articulares y enseñar, por ejemplo, a realizar con una mano mutilada un trabajo determinado, para que el paciente se dé cuenta de las aptitudes profesionales que le quedan.

Por lo tanto, la elección del material de un servicio de ergoterapia se ha de fundar en consideraciones de rendimiento y tratamiento. Esto no quiere decir que se necesite un material superabundante o extraordina-

riamente variado; sino que basta con que los diversos instrumentos de que se disponga se presten a las modificaciones mínimas, precisas para permitir diferentes movimientos adaptados a la corrección que se pretenda conseguir en cada caso.

Este método tiene sobre todo la ventaja de absorber la atención del paciente, que llega así a repetir, casi infatigablemente, un mismo movimiento. Si se desea, por ejemplo, fortalecer la musculatura de los miembros inferiores, resultará, sin duda, mucho menos cansado cortar madera con una sierra de pedales que pedalear sobre una bicicleta fija de cara a una pared. Se pueden idear unos mecanismos análogos para aplicarlos a cualquier movimiento. Incluso durante el período de encamamiento, antes de que el individuo pueda reintegrarse a los talleres, se pueden utilizar pequeños aparatos, adaptados al lecho, para que efectúe un trabajo interesante que interrumpa la monotonía de las largas horas de inmovilidad. En tal caso, la fuerza motriz no proviene del lesionado sino de la corriente eléctrica.

Esta "terapéutica de distracción", cuyo efecto es en esencia psíquico, preparará al paciente, sobre todo mentalmente, para el empleo de la ergoterapia. A su vez, ésta no debe ser considerada más que como una etapa hacia la *readaptación profesional*.

Se comprende, pues, que el establecimiento de un programa de readaptación exija una preparación pronta y minuciosa. Desde el principio de la enfermedad, el médico debe procurar resolver el problema de la futura orientación profesional del paciente. Esta cuestión debe debatirse con franqueza con el interesado, a quien se debe informar con toda claridad del grado de recuperación que puede esperar. No hay, en efecto, nada tan nefasto como las ilusiones excesivas que pueden forjarse los enfermos si no se les instruye inmediatamente sobre la realidad estricta.

Han sido muchos los tuberculosos pulmonares curados, aptos para ganarse la vida al salir del sanatorio, que han visto deteriorarse su salud por no encontrar un empleo

compatible con su estado que les asegurase los ingresos necesarios. ¿No cabe decir que, en tales casos, incumbe al médico una parte de la responsabilidad?. Si el empleo que el paciente encuentra es incompatible con su condición se habrán echado a perder muchas semanas y meses de tratamiento, que hubieran podido aprovecharse mediante otra preparación profesional.

Esto, que es cierto en cuanto a los enfermos pulmonares, lo es también en lo que respecta a los numerosos pacientes que, por una lesión o una enfermedad, quedan durante largo tiempo fuera del círculo del trabajo. Al salir del período de inacción total, durante el que se han visto tan bien asistidos tanto por el médico como por los familiares, los pacientes que han sufrido una larga enfermedad no se atreven a creer en la integridad de su capacidad física y profesional.

En consecuencia, estimamos que, mediante un programa bien concebido, se debe llegar a la mejor solución de los problemas afines relativos a las horas de descanso, la ergoterapia, la reeducación, la orientación y la readaptación profesionales. El plan tiende a imponer una serie de esfuerzos gradualmente progresivos, tanto desde el punto de vista mental como desde el punto de vista físico. Primero el trabajo en la cama, para ocupar los ocios, después el trabajo en la sección de ergoterapia para que el paciente se readapte al esfuerzo, y seguidamente al trabajo en el taller.

Para trazar el programa conviene tener en cuenta, en primer término, la previa profesión del paciente. En general, lo más conveniente es dejar que el individuo continúe, en la medida de sus posibilidades, ejerciendo su anterior profesión, puesto que conoce las dificultades y las ventajas de ésta. Al proceder así, se respetarán las aspiraciones que el paciente ha tenido durante una época de su vida, y se le permitirá conservar un caudal de conocimientos adquiridos en el transcurso de años de trabajo y que representan un capital nada desdeñable. Actualmente, la industria ofrece

tal diversidad y tal gama de especializaciones que el trabajador puede reintegrarse frecuentemente a su antiguo oficio, lo que le evita bastantes decepciones.

Si esto no es posible y hay necesidad de buscar una nueva orientación, conviene proceder con cautela, dada la complejidad del problema y el número de obstáculos existentes. Es necesario, por ejemplo, ponerse en guardia ante ciertos trabajos de artesanía que, en realidad, no constituyen más que una salida fácil. A veces, son aceptados con excesiva celeridad por pacientes que aspiran a encontrar pronto una tarea remuneradora. Así ocurre especialmente con las labores textiles. En efecto, mediante el empleo de ciertos dispositivos, los trabajos de esta clase se prestan fácilmente al tratamiento de lesiones muy dispares; por ello se hace amplio uso de esas ocupaciones en los centros de readaptación. El paciente que se ejercita en esas labores textiles con un fin terapéutico, pero que no está encargado del montaje de las cadenas ni de la composición de los diseños, puede experimentar el deseo de consagrarse a esa nueva ocupación, que es relativamente fácil y que, en determinados países, ofrece numerosas oportunidades. Sin embargo, para disipar esta ilusión de la facilidad del trabajo conviene hacer que, lo más pronto posible, el paciente componga personalmente los diseños y monte las cadenas, con lo que se dará cuenta de todas las dificultades que existen y que no son fáciles de notar a primera vista. Conviene, asimismo, recordarle que, para llegar a ser un artesano tejedor, se necesitan por lo menos tres años de estudio, una cierta cultura y disposiciones artísticas.

ORIENTACION PROFESIONAL

Es preciso reconocer que, en el momento actual, las técnicas de que se sirve esta nueva ciencia distan mucho de ser satisfactorias, por lo que sus resultados siguen siendo inciertos.

Sin embargo, en Bélgica, un grupo de especialistas en medicina del trabajo efectúa,

desde hace algunos años, estudios encaminados a trazar el perfil médico-psicotécnico de los trabajadores, que es una combinación del perfil fisiológico individual—mera representación de las aptitudes funcionales de un individuo en relación con el trabajo—y del perfil psicotécnico—esquema de los datos relativos a las aptitudes profesionales. Este documento lo han de preparar, conjuntamente, el ingeniero psicotécnico y el médico, y en él aparece, en realidad, un retrato completo del individuo examinado y de sus posibles aptitudes par el trabajo.

Para juzgar la adaptación perfecta de un trabajador a su trabajo y hacer que la función esté en armonía con el hombre que la realice, el equipo médico en cuestión ha de conocer las exigencias de todos los puestos de trabajo. Ha de realizar paralelamente un estudio de las funciones, estableciendo de ellas unos perfiles de función o profesio-gráficos. Estos estudios se realizan sobre el terreno, en el propio taller, donde se observa al individuo en su trabajo, se analizan sus actividades y se toma nota de todas las particularidades cuyo conocimiento haya de facilitar la redacción de la monografía de la función y la elaboración final del perfil profesio-gráfico. Este elemento básico permitirá elegir al hombre correspondiente a una función determinada comparando, por superposición, los dos perfiles: el individual, que fija los máximos posibles, y el profesio-gráfico, que indica los mínimos necesarios.

Concebida así, la orientación profesional es, respecto a la elección de una profesión, lo que el laboratorio de clínica médica es para el examen médico: el laboratorio no se permite formular diagnósticos, pero constituye uno de los elementos indispensables para establecerlos.

Gracias a este método, el grupo de especialistas belgas ha conseguido ya situar profesionalmente a obreros que sufren serias cardiopatías congénitas y que habían sido sistemáticamente rechazados por los servicios médicos de varias fábricas. Estimamos que si los psicotécnicos se limitasen a trazar

los perfiles de las funciones, no se discutiría con tanta frecuencia la validez de sus exámenes y éstos permitirían orientar satisfactoriamente a los trabajadores aptos. En cuanto a los trabajadores parcialmente incapacitados, debemos reconocer que, aparte de la experiencia descrita anteriormente, son muy pocas las cosas hechas a su favor.

LA REINTEGRACION PROFESIONAL

Misión y métodos de trabajo del personal del centro de readaptación

Todas las observaciones hechas en el centro de readaptación por los distintos jefes de servicios se presentan y discuten en el curso de unas reuniones llamadas de "síntesis", y en reuniones del personal dedicadas a la reintegración profesional de los readaptados.

En las *reuniones de síntesis* se congregan el médico, la trabajadora social, el consejero de orientación profesional y el consejero de readaptación. El primero presenta el balance médico del individuo. La trabajadora social expone los detalles de la encuesta social, con sus ramificaciones administrativas y jurídicas. El consejero de orientación profesional da cuenta del resultado de sus exámenes psicológicos y psicotécnicos. El consejero de readaptación desempeña un doble papel: señala las posibilidades económicas y las condiciones de empleo en los diferentes sectores del mercado de trabajo, teniendo en cuenta las dificultades inherentes a la colocación de personas parcialmente incapacitadas.

Cada miembro de este grupo desempeña, pues, una función bien definida. Una vez practicado el reconocimiento, el *médico* se debe abstener de formular un diagnóstico de carencia y, por el contrario, debe establecer un balance de las aptitudes residuales. Su pronóstico de las secuelas de un accidente ha de emitirlo pensando en la futura reanudación de actividades. Tiene que evaluar las posibilidades de reemplazo dentro de los límites de la readaptación funcional y profesional. Para ello, el médico del grupo ha de

mantenerse en relación con el médico encargado del tratamiento y con el médico de la empresa. Este conoce prácticamente las ocupaciones y sus exigencias, los movimientos y el ritmo de trabajo, así como el ambiente psicológico. Mediante un estrecho contacto con todos los miembros del grupo, el médico de éste podrá calibrar el papel y apreciar la función de cada uno.

A la *trabajadora social* incumbe la tarea de dirigir la encuesta, de consignar en su expediente todos los datos que le parezcan útiles, y, sobre todo, de formarse una opinión personal de cada individuo y de su familia, para exponerla en el momento de la discusión y de la busca de una solución. Tiene que estar familiarizada con los oficios, con los puestos de trabajo, con los movimientos requeridos por cada tarea y con la psicología profesional. Ha de poseer una formación de ayudante industrial y tiene que esclarecer la situación administrativa de los interesados. Para desempeñar eficazmente su papel en la readaptación, es preciso que adquiera una verdadera especialización.

La tarea que, en la readaptación, corresponde al *consejero de orientación profesional* es muy particular. Dicho consejero tiene que averiguar cuáles son las aptitudes manuales e intelectuales del paciente, así como sus condiciones de carácter, y ha de sondear asimismo sus posibilidades de adaptación teniendo en cuenta el hecho de que, con mucha frecuencia, se trata de un adulto que ya tiene experiencia de la vida, de un trabajador que ha ejercido ya una o varias ocupaciones.

El *consejero de readaptación* posee una larga experiencia de los medios de trabajo y una gran comprensión humana, acompañada de una autoridad indiscutible. Ha de conocer bien el mercado de mano de obra y sus recursos locales.

A las reuniones de síntesis se suman otras de un carácter más médico; las *reuniones de personal*, en las que participan los jefes de los diferentes servicios. Se dan a conocer a éstos las decisiones terapéuticas, inspiradas por el estado físico del paciente, y las

perspectivas profesionales, trazadas durante las reuniones de síntesis y discutidas previamente con el interesado, a fin de que cada uno de ellos pueda contribuir, en su respectiva esfera, a la consecución del objetivo final.

Importancia del servicio social

No se puede concebir un programa de readaptación sin un servicio social.

Desde la entrada del paciente en el centro de readaptación, la trabajadora social se dedica a librarlo de toda preocupación familiar, a fin de que piense solamente en su propia curación.

Durante todo el tiempo de permanencia del paciente en el centro, la trabajadora social vela por su bienestar y organiza principalmente salidas colectivas, que no son una mera distracción, sino motivo para que el incapacitado realice un esfuerzo de adaptación física y psicológica. Las nuevas dificultades que se han de vencer durante esas salidas dan a los pacientes idea de sus propias posibilidades y les hacen apreciar los progresos que, por lo general, se van realizando.

Estos paseos restablecen el contacto con la colectividad que, si bien no es hostil a los inválidos, suele manifestar al verlos una curiosidad y una piedad a las que es preciso que éstos se acostumbren. Ese primer contacto con el mundo exterior resulta menos penoso por la presencia del personal. Los médicos y las enfermeras, los cinesiterapeutas, los ergoterapeutas, los miembros del personal administrativo e incluso del personal subalterno que los acompañan se esfuerzan, como siempre, en tratar a los incapacitados como a individuos normales.

El papel de la trabajadora social, siempre necesario, adquiere una importancia preponderante cuando el paciente sale del centro. En ese momento, ha de encargarse de buscar trabajo al readaptado y de observar el comportamiento de éste. La observación de los pacientes reintegrados a la colectividad es fuente de fructíferas enseñanzas para todo el personal y constitu-

ye el único método valedero para controlar los efectos de la readaptación.

La trabajadora social debe informar y convencer a los patronos, ayudar a los readaptados tanto en el medio profesional como en el familiar, a fin de estar en situación, en el momento oportuno, de remediar cualquier desfallecimiento, siempre posible. Es impresionante el hecho de que el incapacitado sufra con mayor frecuencia por la incomprensión de quienes le rodean que por la propia enfermedad o lesión padecida. Por ello, es importante advertir y educar a la familia antes de que el paciente regrese al hogar, a fin de que encuentre en ella la misma comprensión que le mostró mientras estuvo hospitalizado.

READAPTACION DE ENFERMOS

Tales son los diversos aspectos del programa de readaptación de heridos. En cuanto a los enfermos, es evidente que el programa no se podrá aplicar hasta después de haberse estabilizado la lesión patológica. El trabajo dirigido se habrá de planear para la readaptación al esfuerzo, más bien que para remediar una deficiencia muscular. No obstante, también en estos casos hay que seguir las reglas ya expuestas.

EMPLEO PROFESIONAL

La finalidad lógica de todo programa de readaptación es el empleo profesional. A este respecto, estamos de acuerdo con Van Dries en que se deben eliminar del vocabulario de la readaptación los términos "reclasificación social", que ponen de relieve la desventurada situación y la posición de inferioridad que, durante tanto tiempo, affigieron a los inválidos. Una denominación positiva estaría más en consonancia con la nueva concepción del problema. Van Dries sugiere que, para designar esta última fase, se utilice la expresión "promoción profesional", que no encierra ninguna idea peyorativa de inferioridad, sino que, por el contrario, evoca la idea de perfeccionamiento y de acceso a un puesto superior.

En efecto; a quien esté parcialmente inca-

pacitado hay que darle el medio de elevarse en la escala social y, para ello, hay que enseñarle la profesión que exija el máximo de aptitudes y permita obtener la mayor remuneración, dentro de las que pueda ejercer de un modo permanente—tanto desde un punto de vista físico como intelectual—en las condiciones ordinarias de organización del trabajo.

La readaptación para el aprendizaje de una labor de artesanía debe ser la excepción, justificada solamente por la naturaleza de la incapacidad, y a condición, en todo caso, de que, el interesado posea las cualidades intelectuales necesarias, pues de otro modo se expondrá a un fracaso.

EL CLIMA PSICOLOGICO DE LA READAPTACION

Hemos visto que, en la readaptación, la acción terapéutica es, a la vez, física y mental. El paciente debe vivir en un ambiente de optimismo y de trabajo, y adquirir la certeza de que se curará y podrá trabajar.

Todo el personal debe mantener ese ambiente. Los miembros del personal son, en todos los planos, colaboradores directos de los médicos. Toman una parte activa en la ejecución del programa y se dan plena cuenta de la importancia de su labor. Aun conservando plenamente su personalidad, deben prescindir de todo prurito de amor propio individual en lo que respecta al logro del objetivo común preestablecido. En otras palabras: deben actuar inspirados por el *esprit d'équipe*.

El éxito no es jamás obra de un solo individuo, sino fruto de una estrecha colaboración entre todos los miembros del grupo, que integran un conjunto competente, homogéneo y consagrado, sin reservas, a la tarea que tiene asignada.

Pero, además del espíritu del personal, hay que contar con la *moral del paciente*. Si no se adoptan las medidas terapéuticas requeridas en el plano social y el psicológico, todo individuo gravemente afectado en su integridad física pasará por una fase de depresión más o menos seria, que puede

llegar a ser crónica y a comprometer gravemente su reclasificación social.

La intensidad del traumatismo psicológico depende de numerosos factores, principalmente de la gravedad del trastorno funcional, de la edad del paciente, de su situación familiar, su nivel social y económico, sus facultades mentales y sus condiciones de carácter. Por ello la conducta que se deba seguir y los medios de prevención variarán en cada caso. Aunque la intervención del psicólogo es a veces necesaria, en la mayoría de los casos el ambiente de trabajo en el centro y la influencia tónica de cada uno de los miembros del grupo a los que el paciente ve trabajar para su readaptación bastan para infiltrar en éste la ambición y la combatividad necesarias.

En cuanto se abordan los problemas de la reclasificación profesional, el *estado de ánimo de los patronos* se convierte en algo casi tan importante como el de los pacientes. Contratar a un incapacitado por piedad no es mucho mejor que negarle un empleo. Si bien los médicos del trabajo están en general persuadidos de que una incapacidad física no representa precisamente una incapacidad profesional, no puede decirse que los patronos estén tan convencidos. De nada sirve decirles que los individuos readaptados trabajan tan bien como los demás, desde el punto de vista del rendimiento y de la calidad, que, ordinariamente, se dan entre ellos menos casos de falta al trabajo, que sufren menos accidentes y que son más estables en los empleos. La única manera de convencer a los patronos consiste en pedirles que, como se hace con cualquier otro trabajador, admitan a prueba a un readaptado y le den ocasión de demostrar sus cualidades. Pero, en la mayor parte de los casos el incapacitado tiene que luchar en la actualidad contra prejuicios muy arraigados.

La falta de confianza en los trabajadores físicamente incapacitados, que por lo general se encuentra en los jefes de las empresas, los escasos conocimientos que tiene el público en general en cuanto a las posibilidades de los incapacitados, la desconfianza con que

frecuentemente se acoge a estos hombres, cuyo deseo de trabajar suele interpretarse como manifestación de afanes reivindicadores, todo ello ha creado una opinión desfavorable, contra la que habrá que luchar durante largo tiempo antes de que se llegue a reconocer por todos que los readaptados poseen aptitudes manuales y profesionales por lo menos equivalentes, si no superiores, a las de los individuos normales.

Hay que alzarse ante una injusticia social de esta naturaleza. Por ello, con toda la voluntad, toda la tenacidad y toda la persuasión de que seamos capaces, debemos pedir a la prensa y a los poderes públicos que nos presten su concurso para conseguir que estos hombres recobren plenamente el puesto digno que les corresponde en la esfera del trabajo.

CONCLUSION

Si la reclasificación social del incapacitado se apoya en las sólidas bases de la readaptación, el triunfo de los nuevos métodos y la eliminación de los prejuicios no serán más que una cuestión de tiempo. Así se pondrá en práctica la Declaración Universal de los Derechos Humanos en la que se reconoce que:

“Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.

“Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por igual trabajo.

“Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana, y que será complementada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.” (Artículo 23)

Los principios de la Declaración se aplicarán, finalmente, a todos aquellos que, a consecuencia de un accidente o de una enfermedad, no hayan recuperado la integridad de sus funciones físicas, para no excluirlos, como antes, de la colectividad del trabajo.

Los trabajadores con incapacidad física parcial pueden encontrar de nuevo un puesto

honroso entre los demás obreros, como lo demuestran rotundamente los éxitos obteni-

dos en el campo de la readaptación. Es este un hecho que no se debe ignorar ni olvidar.

REHABILITATION OF PHYSICALLY HANDICAPPED WORKERS (*Summary*)

The problem of rehabilitation of handicapped workers covers those handicapped by acute as well as chronic diseases and accidents, and also all those whose working capacity, physical or mental, is reduced by the working conditions. Rehabilitation should start as soon as possible; and even when the treatment of an illness or an accident begins, the functional and the professional rehabilitation should be planned. It is extremely important to have the full collaboration of the patient during therapy and also in the process of rehabilitation. When physical training is used to restore or improve muscular activities it may be useful to measure the increasing activity, for this will at the same time, stimulate the patient to further collaboration in the rehabilitation process. When it is necessary for the sick or injured worker to change his work or profession, the choice of the new work and of the vocational guidance should be made very carefully. Light jobs may be an easy solution, but it is important to choose a job which will give satisfaction to the worker.

For professional rehabilitation and vocational

guidance, it is very useful to find out the physical and mental ability of the worker in addition to his professional skill and compare this with the result of the job analysis, which indicates the physical and mental demands of the work. It is important to pay attention to social rehabilitation. The social worker plays an important role, especially during this period of rehabilitation and in the follow-up.

To achieve good results from the rehabilitation process, it is necessary to create a positive attitude in the patient as well as in the employer. Many employers have little confidence in the working capacity of the handicapped. This negative attitude should be changed, since the handicapped worker, after efficient rehabilitation and when adapted to his new work, will usually give the same quality of work as the normal worker, with the same rate of absenteeism, or even less. Accident frequency and labour turnover may be less than that of the average worker. The handicapped worker should, when the rehabilitation is complete, be given the same chance, as the normal worker, of employment and of demonstrating his working capacity.