Pedro Moruno Miralles • Miguel Ángel Talavera Valverde

Compiladores

Terapia Ocupacional
Una perspectiva histórica
90 años después de su creación

Promueve y Coordina

Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Edita

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Patrocina

Universidad de la Coruña
Facultad de Ciencias de la Salud

Terapia Ocupacional: Una perspectiva histórica
90 años después de su creación

reseña_

A Coruña, 15 de Marzo de 2007.

Con motivo de la conmemoración del 90 aniversario de la Terapia Ocupacional, la Junta Directiva de la Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales queremos agradecer el esfuerzo y dedicación de todas aquellas personas que han hecho posible que este Monográfico de Historia salga a la luz.

Y muy especialmente a ti, Migue, que aún recuerdo cuando en un café me contaste lo que entonces me pareció poco menos que una utopía. Sin duda, ¡lo has conseguido!.

TOG no es sólo la Revista de la Asociación Gallega de Terapia Ocupacional sino un punto de encuentro y unión de profesionales de distintos lugares y culturas.

Ojalá, sigamos creciendo, desde la ambición, pero con el rigor y la ética que nuestra disciplina precisa.

*Así, **hoy**, desde la APGTO, queremos mirar atrás...*

Porque sabemos que nuestra realidad forma parte de la historia, y que con ella recuperamos nuestra esencia y conformamos nuestra identidad.

Del recuerdo, se erige un puente de nostalgia por el que nos deslizamos hasta adentrarnos en su seno, perdiéndonos en los orígenes del tiempo, de nuestro hacer, de nuestra profesión, de nuestros héroes, de los acontecimientos que han revolucionado y asentado nuestra disciplina.

Sí, queremos volver la mirada para que no se esfume el recuerdo de lo que fuimos, de aquello en lo que creímos y por lo que luchamos.

Queremos conocer el ayer para mejorar el mañana, y que el pasado y futuro dialoguen, sucediéndose...

... Porque la historia se construye en el día a día...

... ¡Todos somos parte de este Monográfico!...

¡Feliz Aniversario!.

Dña. Nereida Canosa Domínguez.

Presidenta de la APGTO.

Terapia Ocupacional: Una perspectiva histórica.
90 años después de su creación.

Como citar este libro en sucesivas ocasiones
Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación [monografía en Internet]. TOG (A Coruña): APGTO; 2007 [citado fecha mes y año]. Disponible en: www.revistatog.com

Publicado en www.revistatog.com
ISSN 1885-527X
15 de Marzo 2007

Terapia Ocupacional: Una perspectiva histórica.
90 años después de su creación.

D. Pedro Moruno Miralles

Terapeuta Ocupacional. Doctor en Psicología. Profesor Titular de la Universidad de Castilla la Mancha. CEU. Talavera de la Reina.

D. Miguel Ángel Talavera Valverde

Terapeuta Ocupacional. Área Sanitaria de Ferrol. Coruña. Director de Revista TOG. www.revistatog.com

Promueve y Coordina:

Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Patrocinado:

Universidad de la Coruña
Facultad de Ciencias de la Salud

Catalogación_

Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. **Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación** [monografía en Internet].TOG (A Coruña): APGTO; 2007 [citado fecha mes y año]. Disponible en: www.revistatog.com

Páginas 333
Incluye Bibliografías e Índice
Versión electrónica, imprimible

Imagen de portada por cortesía de Kristin Mahoney.
Grecas de portada y capítulos por cortesía de Pedro Moruno Miralles.

ISSN 1885-527X

Título Original:

Terapia Ocupacional: Una perspectiva histórica. 90 años después de su creación. ©
Occupational Therapy: An historical perspective. 90 years after its creation. ©

Esta primera edición fue publicada el día 15 de Marzo del año 2007 según acuerdo entre Revista TOG, APGTO y la Universidad de la Coruña (en la fase de traducción).

La traducción íntegra al Inglés ha sido posible gracias a la labor de la Universidad de la Coruña, Facultad de Ciencias de la Saúde.

La coordinación de traductores de este texto al inglés ha sido posible gracias la colaboración de Cristina Gutiérrez Borge y su grupo de traductores compuesto por Patricia de la Fuente López, Mar Crespo Bustos, Ana Losa Rincón y Tania Colias Sebastián

REVISTA TOG

www.revistatog.com

CONTACTO CON REVISTA TOG

Visite nuestra página www.revistatog.com

ESPAÑA
Email: miguelrevistatog@yahoo.es
miguel@revistatog.com
revista_tog@yahoo.es

ISSN 1885-527X

La Terapia Ocupacional es una ciencia en constate cambio. Según avanza las nuevas investigaciones y la experiencia teórica y clínica nuestro conocimiento crece. Los compiladores de la obra y los autores de los capítulos han verificado toda la información con fuentes fidedignas, para asegurarse que sea completa y acorde con los estándares aceptados en el momento de la publicación. Aún así, por posible error en la trascripción o en la recogida de datos, se recomienda al lector confirmarlas con otras fuentes. Los compiladores y autores, han realizado todo el esfuerzo posible para localizar a los titulares del copyright del material utilizado. Si por error u omisión no se ha citado algún titular, se subsanará en nota que www.revistatog.com editará en su página web una vez localizado.
Gracias por acceder a www.revistatog.com. Este libro es resultado del esfuerzo de sus compiladores y autores, así como del compromiso de la APGTO, Revista TOG y la UDC (en su fase de traducción).
Para usar el material que se ofrece con este libro es necesario la confirmación de Revista TOG por medio del email miguelrevistatog@yahoo.es y la referencia obligada del libro y de Revista TOG.

Revista TOG mantiene todos los derechos sobre este libro, para cualquier utilización de sus contenidos, tiene que haber permiso expreso de Revista TOG (por medio del mail miguelrevistatog@yahoo.es)

La Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales es la editora de Revista TOG. La idea principal de TOG, mas allá de la Asociación Profesional de la que parta, es conseguir unificar criterios científicos y aunar al mayor número posible de profesionales y ciencias afines, que se sientan identificados con la publicación.
Rev. TOG intenta ser un puente entre los profesionales de América Latina y del resto del mundo con los profesionales que residen en España.
Rev. TOG intenta tener un cuerpo estructural y metodológico concreto para poder ofrecer a sus lectores un rigor científico, convirtiéndose así en una más de las fuentes de conocimiento actual.

Componentes de Xunta directiva de APGTO

Presidenta
Nereida Canosa Domínguez

Vicepresidenta
Raquel Feal González

Secretaria y Tesorera
Cristina Novo Díaz

Vicesecretaria y Tesorera
Minia Pardo

Vocales
Lorena Pier García.
Jesús López Otero

Componentes de Revista TOG
www.revistatog.com

Director de TOG

D. Miguel Ángel Talavera Valverde.

Secretaria

Dña. Marta Blanco Vila.

Comité Redactor

Dña. Nereida Canosa Domínguez.
Dña Lina Mallón Cabanzo.

Comité Asesor

Dña Uxia Gutiérrez Couto.
Dña Azucena Blanco Pérez.
Dña Beatriz Casal Acción.

Comité de Difusión de TOG

Dña. Aloia Lema Tilve
Dña. Silvie Christinat Souto.
Dña. Tamara Ferrer Basanta

Comité de Estilo

Dña Ana Calvo Ferrer.
Dña. Teresa Mejuto Martí.

Equipo de Traducción

Cristina Gutiérrez Borge
Patricia de la Fuente López
Tania Colias Sebastián
Mar Crespo Bustos
Ana Losa Rincón

Web Master.

D. Eladio Fernández Barrigüete

Comité de Honor

Dña. Suzanne Peloquin.
D. Gary Kielhofner.

Comité Científico Nacional

Dña. Adriana Avila Álvarez.
D. Pablo Cantero Garlito.
Dña. Ana Isabel Corregidor Sánchez.
Dña. Nuria Garcia Gonzalo.
Dña. Pilar García Margallo
D. Pedro Moruno Miralles.
Dña. Emilia Navarron Cuevas.
Dña. Cecilia Ruiz Montero.
Dña. Teresa Sánchez Mozo.
D. Salvador Simo Algado.
Dña. Dulce Romero Ayuso.
Dña. Ines Viana Moldes

Comité Científico Internacional

Dña Eva Beatriz Carbone.
Dña. Liliana Paganizzi.
Dña. Claudia Marcela Rozo Reyes.
Dña. Andrea Monzón

Componentes de comisión gestora de la UDC en el patrocinio de este libro

D. Jorge Teijeiro Vidal
D. Sergio Santos del Riego.
Dña. Carmen García Pinto.
Dña. Inés Viana Moldes.
Dña. Adriana Ávila Sánchez.
Dña. Nereida Canosa Domínguez

Terapia Ocupacional: Una perspectiva histórica. 90 años después de su creación. ©

Promueve y Coordina:

Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Patrocinado:

Universidad de la Coruña
Facultad de Ciencias de la Salud

Entidades Promotoras, Editoras, Patrocinadoras y Colaboradoras_

D. Pedro Moruno Miralles y D. Miguel Ángel Talavera Valverde, compiladores de este libro, queremos agradecer el esfuerzo que para la consecución del mismo han realizado las Asociaciones Profesionales de Terapia Ocupacional, los Colegios Profesionales de Terapia Ocupacional, las entidades de promoción de la Terapia Ocupacional y las Universidades donde se desarrollan los estudios de Terapia Ocupacional, así como a todos aquellos que han prestado su colaboración y apoyo a este proyecto.

Agradecemos su colaboración a:

COLEGIOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL

COPTOA
COLEGIO PROFESIONAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES DE ARAGÓN

COLEGIO PROFESIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE ARAGÓN

AEX

COLEGIO PROFESIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE EXTREMADURA

Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra
Nafarroako Lan-Terapeuten Elkargoa
COTONA-NALTE

COLEGIO PROFESIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE NAVARRA

REVISTAS DE TERAPIA OCUPACIONAL

EL DIARIO DE AEXTO

SPANISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY

R.E.I.T.O.

REVISTA ELECTRÓNICA INFORMATIVA DE TERAPIA OCUPACIONAL

REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL GALICIA.
REVISTA TOG

ASOCIACIONES PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL

ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL CASTELLANO LEONESA

ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL GALLEGA

ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

ASOCIACIÓN PROFESIONAL ESPAÑOLA DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES

ASOCIACIÓN VALENCIA DE TERAPIA OCUPACIONAL

UNIVERSIDADES DONDE SE CURSAN LOS ESTUDIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

UNIVERSIDAD CATOLICA DE VALENCIA. San Vicente Mártir

UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS DE MADRID

UNIVERSIDAD DE CASTILLA LA MANCHA TOLEDO

PORTALES DE DIFUSIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

TERAPIA OCUPACIONAL.COM

AYTONA

CONFERENCIA NACIONAL DE DIRECTORES DE ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE TERAPIA OCUPACIONAL

CONFERENCIA NACIONAL DE DIRECTORES DE ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE TERAPIA OCUPACIONAL

autores_

D. JOSE RAMON BELLIDO MAINAR

Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. GSS. Hospital Santa Maria. Servicio de Salud Mental y Drogodepencias y departamento de Formación Continuada. Lleida. España.

D. LUIS MARIA BERRUETA MAEZTU

Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Terapeuta ocupacional en Hospital de día psiquiátrico–1. Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea. Fundación Argibide. Presidente del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Navarra. España.

Dña AZUCENA ORTEGA VALDIVESO

Terapeuta Ocupacional. Profesora de la Diplomatura de Terapia Ocupacional del Departamento de Fisioterapia. Universidad de Granada. España.

D. PABLO A. CANTERO GARLITO

Terapeuta Ocupacional y Educador Social. Ayuntamiento de Plasencia. Centro de Rehabilitación Psicosocial. Extremadura. España.

D. JORGE CASTRO TEJERINO

Doctor en Psicología. Profesor colaborador del departamento de Psicología. UNED. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Dpto. de Psicología Básica I. Historiador de Psicología con experiencia en estudios de investigación en Ciencias de la Salud. Madrid. España.

D. GARY KIELHOFNER

DrPH, OTR. Profesor del Departamento De Terapia Ocupacional College of Applied Health Sciences Universidad de Illinois, Chicago. EEUU.

D. PEDRO MORUNO MIRALLES

Terapeuta Ocupacional. Doctor en Psicología. Profesor Titular CEU Talavera de la Reina. Toledo. Universidad de Castilla-La Mancha España.

D. ÁLVARO PAZOS GARCIANDÍA

Doctor en Antropología y Profesor Titular de la U. Autónoma de Madrid. Experiencia en estudios de investigación en Ciencias de la Salud. Madrid. España.

D. SUZANNE PELOQUIN

PhD, OTR, FAOTA. University of Texas Medical Branch. Galveston. EEUU.

Dña. MARTA PEREZ DE HEREDIA

Terapeuta Ocupacional. Profesora Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. España.

DÑA. DULCE ROMERO AYUSO

Terapeuta Ocupacional. Experta en Neuropsicología. Doctora en Psicología. Profesora a tiempo completo en CEU Talavera de la Reina. Toledo. España.

D. SERGIO SANTOS DEL RIEGO

Presidente de la Conferencia Nacional de Decanos y Directores de Facultades y Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional (CNDEUTO). Presidente de la Asociación Nacional de Profesores Universitarios de Medicina Física y Rehabilitación (APUMEFYR). Catedrático EU, especialista en Medicina Física & Rehabilitación. Vicedecano de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña. España.

D. MIGUEL A. TALAVERA VALVERDE

Terapeuta Ocupacional. Director de Revista TOG. Área Sanitaria de Ferrol. Galicia. España.

Índice_

Entidades.

Autores.

Indice.

Prologo.

D. Pedro Moruno Miralles.

Prefacio.

D. Sergio Santos del Riego.

Agradecimientos

D. Pedro Moruno Miralles

D. Miguel Ángel Talavera Valverde

Sección 01_

Historia de la Terapia Ocupacional

Capítulo 1. HISTORIA, ¿PARA QUÉ?: REFLEXIONES A PROPÓSITO DE LA TAREA HISTORIOGRÁFICA EN EL ÁMBITO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

D. Jorge Castro Tejerino.

Capítulo 2. UNA PERSPECTIVA EN LA HISTORIA, STATUS ACTUAL, Y FUTURO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

D. Gary Kielhofner.

Capítulo 3. IDEAS DIRECTRICES DE LOS FUNDADORES DE LA SOCIEDAD NACIONAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Dña. Suzanne Peloquin.

Capítulo 4. EL LEGADO DE BARTON

D. Miguel Ángel Talavera Valverde.

Capítulo 5. SALUD, POLÍTICAS DE LA VIDA Y SUBJETIVACIONES. ALGUNAS REFLEXIONES PREVIAS AL ANÁLISIS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA SALUD

D. Álvaro Pazos Garciandía

Sección 02_

Historia de la Terapia Ocupacional en España.

Capítulo 6. HISTORIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN ESPAÑA.

Dña. Dulce Maria Romero Ayuso

Capítulo 7. ANTECENDENTES, PRESENTE Y FUTURO DE LOS MOVIMIENTOS ASOCIATIVOS EN TERAPIA OCUPACIONAL EN ESPAÑA.

D. Pablo A. Cantero Garlito.

Sección 03_

Imágenes para la historia.

Capítulo 8. LA INFLUENCIA DEL LIBRO EN LA HISTORIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

D. José Ramón Bellido Mainar.

D. Luis Maria Berrueta Maeztu.

Capitulo 9. SIGLO XX. GUERRAS MUNDIALES Y TERAPIA OCUPACIONAL.

D. Sergio Santos del Riego.

Capítulo 10. HOSPITAL REAL Y GENERAL DE NUESTRA SEÑORA DE GRACIA EN ZARAGOZA.

Dña. Marta Pérez de Heredia.

Capítulo 11. LA EVOLUCIÓN ACADÉMICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL A LO LARGO DE LA HISTORIA

Dña. Azucena Ortega Valdivieso

Prólogo_

D. Pedro Moruno Miralles.

Como citar este capítulo en sucesivas ocasiones
Moruno Miralles, P.Prologo. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación [monografía en Internet]. TOG (A Coruña): APGTO; 2007. p. 16-18 [citado fecha mes y año]. Disponible en: www.revistatog.com

El estudio que les presentamos en estas páginas es fruto del deseo de seguir preguntándonos y reflexionando sobre las llamadas ciencias de la salud y, en particular, sobre la terapia ocupacional.

Desde nuestro punto de vista, revisar una vez más los acontecimientos y las condiciones de posibilidad que fraguaron y sostuvieron los inicios y el desarrollo de la terapia ocupacional, sigue siendo una empresa plena de sentido para los terapeutas ocupacionales en la actualidad. Estudiar nuestra historia implica también cuestionarnos el significado de nuestra práctica cotidiana, sus implicaciones políticas, éticas y estéticas, supone preguntarnos por el sujeto al que nos dirigimos, por la idea de salud a la que apuntamos y la forma en que la ocupación puede influir en ella. Esto es así en la medida en que pensamos que una determinada práctica clínica, en nuestro caso, la terapia ocupacional, no es ajena a las circunstancias en que tiene lugar y, ni mucho menos, neutra

respecto a los sujetos a los que va dirigida. Por tanto, hacer historia es pensarnos en un tiempo y un lugar, para adquirir la perspectiva suficiente que nos permita identificar aquellas influencias que conformaron y conforman hoy nuestro quehacer profesional, así como las consecuencias de nuestras acciones.

A la hora de diseñar la estructura y los contenidos de este estudio, los compiladores hemos tratado deliberadamente de dejar la puerta abierta a diferentes perspectivas y sensibilidades –tanto desde nuestra disciplina como desde otras áreas de conocimiento afines- sobre la forma y cometido de la tarea historiográfica. Por lo tanto, a lo largo de estas páginas encontraran ideas, interpretaciones y planteamientos muy distintos, incluso opuestos, sobre el tema que nos ocupa. Nada más lejos de nuestra intención que sentar cátedra al respecto; todo lo contrario, nos daríamos por satisfechos si consiguiéramos que los textos que les presentamos, sus argumentos y postulados, dieran lugar a un debate sobre el sentido de la historia, las ideas y las prácticas de la terapia ocupacional.

Con esta intención hemos tratado de contar con la colaboración de autores de consolidado prestigio y larga experiencia en el estudio de la historia de la terapia ocupacional. Esta tarea no ha sido sencilla y, desgraciadamente, como podrán corroborar, resultó frustrada. No hemos logrado, por diversos motivos, la participación de autores imprescindibles al abordar el estudio de la historia de la terapia ocupacional. No obstante, sí conseguimos contar con la inestimable participación de Gary Kielhofner y Suzzane Peloquin, sin duda dos referentes fundamentales del estudio de la historia de la terapia ocupacional en Estados

Unidos. Asimismo han colaborado autores pioneros en el estudio de la historia de la terapia ocupacional en España y algunos docentes, investigadores y terapeutas ocupacionales con más inquietudes intelectuales de nuestro país.

No desearía finalizar esta breve introducción sin destacar el excelente trabajo desarrollado por Miguel Ángel Talavera Valverde en la elaboración de este documento, sin su empuje y pasión hubiese sido imposible que este proyecto llegara a buen puerto. A todos ellos me gustaría agradecer desde aquí su generosa contribución.

D. Pedro Moruno Miralles

Prefacio_

ACTUALIDAD POLÍTICA EN LA GESTIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL ESPAÑOLA

D. Sergio Santos del Riego

Como citar este capítulo en sucesivas ocasiones
Santos del Riego, S. Actualidad Política en la gestión de la Terapia Ocupacional Española. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación [monografía en Internet]. TOG (A Coruña): APGTO; 2007. p. 20-38 [citado fecha mes y año]. Disponible en: www.revistatog.com

"Un prólogo es un estado de ánimo. Escribir un prólogo es como afilar la hoz, como afinar la guitarra, como hablarle a un niño, como escupir por la ventana. Uno no sabe cómo ni cuándo las ganas se apoderan de uno, las ganas de escribir un prólogo, las ganas de estos leves sub noctem susurri"

Søren Kierkegaard, Prólogos

La Primera Guerra Mundial fue peor que cualquier otra guerra de la historia pasada. En este conflicto internacional murieron más personas y hubo más heridos y mutilados de guerra que nunca. La discapacidad y la muerte llegaron con las nuevas tecnologías bélicas de forma brutal. Asimismo, la ausencia de satisfacción de las necesidades básicas fue causa de enfermedad y de dependencia. Posiblemente, la frustración y la impotencia generada por la minusvalía dieron pie y engrandecieron a la Terapia Ocupacional (TO). Cada pequeño logro, cada objetivo conseguido, cobraba una enorme dimensión,

tanto en el campo de lo biológico como en lo psico-afectivo y social. Este contexto bélico fue el cultivo en el que la herencia previa y los intereses comunes de mujeres y hombres, con diferentes trayectorias personales, confluyeron rubricando la *"Nacional Society of the Promotion of Occupational Therapy"* (Sociedad Nacional para la Promoción de la TO) en la *Consolation House* en *Clifton Springs* (New York) en 1917. El lugar y la fecha han sido considerados el acto fundacional con proyección de futuro que, durante el siglo XX, traduce, convierte y moderniza el uso terapéutico de la actividad ocupacional propositiva.

El día 15 de marzo de 2007, la TO del Mundo celebra al unísono el 90 aniversario de la creación de la TO y homenajea en los nombres de *George Edward Barton*, *William Rush Dunton*, *Eleanor Clarke Slage*, *Susan Cox Johnson*, *Thomas Bissel Kidner*, *Isabel G. Newton* y *Herbert J. Hall*, a todas las mujeres y hombres comprometidos en este proyecto sin fronteras, histórico, sanitario y social. Esta conmemoración cobra especial relevancia en España, ya que en el transcurso del año 2007 se ha previsto realizar un nuevo giro histórico que solidificará el gran impulso que ha tenido la TO española en los últimos quince años. En un escenario marcado por el proceso de transformación de las enseñanzas universitarias, la TO está viviendo importantes cambios que le están permitiendo desarrollarse como titulación y, por ende, como profesión. España es el país europeo que más ha crecido en esta materia en las dos últimas décadas y las perspectivas futuras son inmejorables. Este crecimiento se observa paulatinamente en todos los campos donde se realiza la actividad

profesional, aunque inicialmente de forma desequilibrada. El aval a dicha afirmación se encuentra tanto en el importante papel que sucesivamente va asumiendo la TO en la atención sanitaria y social española, como en la influencia del cuerpo doctrinal de la profesión en la Clasificación Internacional del Funcionamiento (2001) y en los Sistemas legales europeos de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, sistema cuya translación ha sido aprobada recientemente en España y que será implementado en el año 2007; y por el progresivo compromiso y participación de todos los profesionales y de muchos profesores de TO en los campos de la asistencia, docencia, investigación y gestión. En definitiva, durante el siglo XIX, el asentamiento de la filosofía de actuación de la TO mediante el empleo del tratamiento moral en personas con discapacidad psíquica y en el siglo XX, la TO moderna, ya como tal, centrada progresiva y fundamentalmente en la atención a personas con discapacidad física. Somos observadores privilegiados y sujetos activos de cómo la TO española se va posicionando y consolidando durante el presente siglo, asentando las bases para su desarrollo profesional tanto en la discapacidad como en la marginación social. Además, se ha asumido el reto de adaptar la formación de TO a los principios de la convergencia europea y a las políticas de calidad que se modulan desde la *"European Association for Quality Assurance in Higher Education"* (ENQA). Según documentación emitida por los responsables del Ministerio español de Educación y Ciencia (MEC), pronto será realidad el Real Decreto con las directrices de la nueva Licenciatura de TO (Grado). Así, en el curso 2006-2007, se fomentará la reflexión colectiva y la integración de las competencias profesionales realizadas por la Conferencia

Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de TO (CNDEUTO) junto con las competencias de la *"European Network Occupational Therapy Higher Education"* (ENOTHE). En 2007-2008, cada centro universitario y el contexto socio-profesional de su entorno podrán implementar el nuevo y específico plan de estudios de la Licenciatura de TO adaptado al Espacio Europeo de Educación Superior. Estaremos dispuestos en 2008-2009 para comenzar con la nueva titulación y reconducir –refundar para mejorar- la TO española.

En este efervescente contexto, un grupo de prestigiosos terapeutas ocupacionales españoles, muchos de ellos con responsabilidades universitarias docentes e investigadoras, y otros profesionales afines, han decidido homenajear sin paliativos aquella constitución fundacional con la presente memoria, para favorecer la consolidación de la TO española ante el mundo y para fomentar la conciencia intra e interprofesional y social. Entre otros están Dulce Romero Ayuso, Terapeuta Ocupacional, experta en Neuropsicología, Doctora en Psicología y Profesora a Tiempo Completo del Centro de Estudios Universitarios de Talavera de la Reina; Pablo Cantero Garlito, Terapeuta Ocupacional del Centro de Rehabilitación Psico-social de Plasencia y Educador Social; Pedro Moruno Miralles, Terapeuta Ocupacional, Doctor en Psicología y Profesor Titular del Centro de Estudios Universitarios de Talavera de la Reina; Jorge Castro Tejerino, Doctor en Psicología, Profesor Colaborador en la Universidad Nacional a Distancia (UNED) e Historiador de Psicología con experiencia en estudios de investigación en Ciencias de la Salud; Álvaro Pazos Garciandía, Doctor en Antropología, Profesor Titular de la Universidad Autónoma de Madrid, con experiencia en estudios de investigación en Ciencias

de la Salud; Miguel Ángel Talavera Valverde, Terapeuta Ocupacional del área sanitaria del Ferrol (La Coruña) y director de la Revista TOG; Azucena Ortega Valdivieso, Profesora de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada, Coordinadora de TO ante la CNDEUTO y Tesorera de esta asociación; Marta Pérez de Heredia, Directora del Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Medicina Física & Rehabilitación, Profesora E.U., Terapeuta Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid y Secretaria CNDEUTO; José Ramón Bellido, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social del Hospital de Día de Psiquiatría de Lérida; Luis Berrueta Maeztu, Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social y Presidente del Colegio de TO de Navarra y el que suscribe este texto, Sergio Santos del Riego, Catedrático EU, especialista en Medicina Física & Rehabilitación, Vicedecano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña y Presidente CNDEUTO, junto con otros autores de renombre.

A este homenaje se han sumado prestigiosos terapeutas ocupacionales americanos, referentes mundiales de la TO de todos conocidos, como Suzanne Peloquin de la Universidad de Texas (Galvenston) y Gary Kielhofner de la Universidad de Illinois (Chicago). Y múltiples terapeutas y profesores de TO que han querido ser coparticipes de alguna manera en el recordatorio de imágenes para la historia.

Estimo que la existencia de este libro responde a la necesidad y al impulso emocional colectivo que hay en España de efectuar un rendido homenaje a las

actuaciones históricas internacionales en TO y un reconocimiento a las personas y a los principales países implicados en los hitos relacionados. Nos consideramos herederos de muchos de estos avatares y digno es conocer y agradecer el pasado colectivo y recordar sus méritos públicamente. La historia de la TO norteamericana y de algunos países del noroeste europeo es el hilo conductor con el que se entronca la TO española. Conocer la historia es adaptarse y fluir desde ella. Conocer la historia es evitar errores del pasado. Conocer la historia es asumir lo trascurrido. Conocer la historia es mejorar e impulsar el futuro. Conocer la historia es asentarse sobre fundamentos sólidos. Conocer la historia es homenajear a sus agentes activos,...a los trabajadores prestigiosos y a los silenciosos. Conocer la historia es participar. Este libro que conmemora el 90 aniversario de la creación de la TO quiere responder a dichos objetivos con el desarrollo de un temario que cubra aspectos actuales de esta profesión y un álbum fotográfico comentado a título de recuerdo histórico. Para su confección nos hemos servido de tres conceptos claves: discapacidad, historia y compromiso, respetando a su vez el modelo biopsicosocial de aproximación holística al usuario/cliente y el modelo multiprofesional interdisciplinar.

En definitiva, somos herederos también de la historia mundial de TO. Esa historia que fluye del mundo y llega a España en 1961, cuando los Drs. Cecilio González Sánchez, Heliodoro Ruiz García y Manuel Oñorbe Garbayo, pioneros y adelantados de la Medicina Física & Rehabilitación, ponen en funcionamiento la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO) en el Dispensario Nacional de

Rehabilitación de Madrid. Sin embargo, fue la terapeuta ocupacional cubana y comisionada de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Mercedes Abella, quién comenzó a impartir las asignaturas específicas de TO. En 1990, se publica el Real Decreto 1420/1990 en el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en TO y las directrices generales propias. La conversión de la TO en una titulación universitaria ha sido en España de crucial importancia para el crecimiento exponencial que estamos viviendo. Es lícito mencionar que estos cambios son fruto del conocimiento y tienen su génesis en raíces históricas. En la actualidad, la titulación se imparte en dieciocho universidades españolas, en las que se forman novecientas personas por curso. Los centros universitarios que modulan todo nuestro empeño y desempeño son, por orden de creación: la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza, la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, la Escola Universitària Creu Roja –centre adscrit de la Universitat Autònoma de Barcelona situado en Terrassa, el Centro de Estudios Universitarios de la Universidad de Castilla La Mancha en Talavera de la Reina, la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid (Alcorcón), la Facultade de Ciencias da Saúde de la Universidade da Coruña, la Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional de la Universidad de Extremadura en Cáceres, la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Alfonso X el Sabio en Madrid (Villanueva de la Cañada), la Escola Universitària de Ciències de la Salut de la Universitat de Vic, la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada, la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca, el Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle adscrito a la

Universidad Autónoma de Madrid, la Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante), la Facultad de Ciencias de la Salud, la Actividad Física y el Deporte de la Universidad Católica San Antonio de Murcia, la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad de Burgos, la Escuela Universitaria de Magisterio Padre Enrique Ossó de la Universidad de Oviedo, la Facultad de Psicología y Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir y la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga. Los centros universitarios aúnan sus voluntades y esfuerzos en la CNDEUTO, siendo el trabajo conjunto, el compromiso y la dedicación lo que ha favorecido el avance de la TO universitaria en España en los últimos años. Es evidente el hecho de que se avanza más por los esfuerzos sumados que por los aislados y endogámicos. La CNDEUTO surge como asociación en los albores del año 1999 bajo la tutela y buen quehacer de los máximos representantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, siendo ratificada su conformación mediante la aprobación de sus estatutos en reunión celebrada en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza durante ese mismo año. En 2004, la Facultade de Ciencias da Saúde de la Universidade da Coruña asume la cuarta presidencia nacional de esta organización. Es lícito que agradezca públicamente al Decano de la misma, Prof. Dr. Jorge Teijeiro Vidal, que haya demostrado su confianza delegando esta importante función en mi persona, permitiéndome gozar directamente como un actor privilegiado del desarrollo de un proceso único. Desde entonces, se han estrechado lazos con asociaciones internacionales, tales como la *"World Federation Occupational*

Therapy" (WFOT), la ENOTHE y la Conferencia Latinoamericana de TO (CLATO); así como con las asociaciones nacional/autonómicas españolas de profesionales y de estudiantes de TO. En diversas ocasiones, se ha hecho participe la necesidad de creación del área específica de Conocimiento de TO al Consejo Nacional de Coordinación Universitaria (CCU) español, datos que pueden ser consultados en la página web oficial de la CNDEUTO cuya URL es www.udc.es/grupos/cndeuto. Agradecemos desde este preámbulo, en nombre de todos los centros universitarios, el unánime apoyo escrito a esta iniciativa y el voto de confianza otorgado por todos los organismos e instituciones de TO de relevancia internacional y nacional. Desde la CNDEUTO también intentamos diseñar estrategias y sustentar pautas que favorezcan las políticas de calidad y excelencia. En la actualidad, la universidad europea está inmersa en un proceso de transformación y armonización de los sistemas universitarios que se inició formalmente en 1998 con la Declaración de la Sorbonne, a través de una Declaración que firmaron los ministros de Educación de Francia, Alemania, Italia y Reino Unido. Tras este primer paso, se firmó la Declaración de Bolonia un año después, subscrita por 31 Estados, principal documento que expresa las líneas generales por las que se debe desarrollar el Espacio Europeo, y tras múltiples reuniones, la próxima conferencia tendrá lugar en Londres en 2007. Se pretende que en 2010 esté instalado en España un nuevo sistema de educación superior, convergente con 45 países europeos (27 de los cuales conforman la Unión Europea), competitivo y atractivo para los estudiantes, los profesionales y los profesores. Las universidades europeas deben contribuir a mejorar el bienestar social dentro de la llamada *sociedad del conocimiento*. Además, se va

a permitir una mejor adecuación con otros sistemas universitarios en el mundo, como los de Estados Unidos y distintos países de Latinoamérica y Asia. En este contexto, hemos diseñado un titulo de Grado de 240 créditos ECTS que se ha concretado en el "Libro Blanco de TO" de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación española (ANECA). Este nuevo título nos facultará, en un corto plazo de tiempo, para realizar la convergencia adecuándonos al convenido número y calidad de prácticas establecido por la WFOT, a la par que se continúan favoreciendo las políticas de desarrollo de los Postgrados. Los terapeutas ocupacionales españoles podrán acceder a los títulos de Master y Doctor con el sello de la convergencia europea. El terapeuta ocupacional podrá emplear, legalmente y sin discusión, la metodología investigadora, impulsando y ampliando significativamente sus perspectivas profesionales y sus posibilidades científicas. La CNDEUTO ha confirmado unánimemente el deseo de que el título de Grado de TO se concrete en una estructura de 4 años (240 ECTS), informando por escrito a las autoridades competentes del MEC, del CCU y de la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas (CRUE).

Un grupo de universidades europeas en el ecuador del año 2000, asumió el desafío de Bolonia y diseñó un proyecto piloto llamado *"Tuning de las estructuras educativas en Europa"*, que no se encuadra dentro de las Ciencias de la Salud. En España, se experimenta y realiza en la Universidad de Deusto (País Vasco). Este proyecto busca las líneas de referencia que permitan establecer las competencias generales y específicas de las diversas titulaciones y los posibles ámbitos de participación. Los resultados del estudio han sido

descritos como competencias: qué sabe, que conoce y que es capaz de demostrar al finalizar sus estudios universitarios un estudiante de TO. Del conocer al comprender, al saber hacer, al saber estar y al saber ser. Del saber, al saber como, al demostrar como y al hacer. Estos son los objetivos generales. Para la consecución del desarrollo de estos procesos es obligado consultar a todas las asociaciones y miembros implicados. El personal docente e investigador de las universidades, los estudiantes, los profesionales y los empresarios han de pronunciarse sobre las capacidades que esperan de los egresados y averiguar cuáles son las cualidades genéricas y/o específicas de un determinado profesional. El consenso junto con el hecho de documentar todo por escrito son los pilares concretos de las políticas de calidad. Hemos de considerar prioritario este doble principio a fin de garantizar el futuro de los estándares de calidad. Tras esta experiencia inicial, se valoró el hecho de ejecutar este proyecto en el ámbito de las titulaciones integradas en las Ciencias de la Salud. Así, se impulsa la realización del *"Tuning"* en la Diplomatura de TO. La Comisión Europea invita a la ENOTHE a iniciar la tarea en 2003-2004. Esta asociación ejecutó el grueso del trabajo en 2005-2006, desarrollando los perfiles académicos y profesionales, al igual que las competencias, adecuándolos a un programa de Grado dentro del área de Red Temática de TO. Hemos de reseñar que la CNDEUTO había realizado en España, y con antelación a la ENOTHE, un "*Tuning"* de TO por propia iniciativa y con la intermediación de la ANECA, concretándose en la publicación del Libro Blanco de Grado de TO. Estableciéndose un cronograma por los responsables de los altos organismos de España, cuyo fin coincidía con el inicio del proyecto

realizado por la ENOTHE. En el *"Tuning"* español participaron, organizados en cuatro grupos, los catorce centros universitarios existentes en esos momentos, trabajando durante los cursos 2003/2004 y 2004/2005. Como resultado de esta divergencia temporal, las competencias publicadas por la ENOTHE y por la CNDEUTO para TO no fueron exactamente las mismas. ¿Esta divergencia es enriquecedora?. ¿Hemos de respetar la idiosincrasia autonómica que ha expresado diferencias culturales que se evidencian en los resultados? ¿La Convergencia Europea incluye la globalización de los perfiles profesionales, así como de sus competencias?. La respuesta, en palabras de la Profª. Hanneke Van Bruggen, directora ejecutiva de la ENOTHE, es que: *"The essence in Europe is that the OT can handle diversity".* Es lícito mencionar que, en un primer análisis, el principal contraste entre ambos estudios gira en torno a la utilización de una terminología diferente; por ejemplo, la CNDEUTO no habla de investigación en sí, aunque el concepto está implícito en lo que es el método científico y el razonamiento clínico que si son nombrados. Tampoco menciona los ámbitos dónde se aplican (locales, nacionales e internacionales). Si bien es cierto que en el estudio nacional se desglosaron las diferentes disciplinas que aportan conocimientos relevantes para la TO; asunto que no fue abordado en el estudio realizado por la ENOTHE. La CNDEUTO no se centró en ningún modelo teórico. En cambio, la ENOTHE no utiliza el término de adaptación. Además, los modelos utilizados son diferentes, ya que la ENOTHE trabaja según el modelo canadiense, por lo que al usuario lo denomina "cliente". Es decir, existen competencias generales y específicas realizadas tanto por la ENOTHE como por la CNDEUTO. Debe quedar totalmente claro que este hecho no implica ni un

solapamiento ni un enfrentamiento entre ambas asociaciones. Diez de los dieciocho centros universitarios de la CNDEUTO son miembros de la ENOTHE. Además, y con el fin de aunar esfuerzos, se ha decidido continuar fomentando los puentes de comunicación con la ENOTHE. La reunión ENOTHE/CNDEUTO celebrada en la Universidad Católica de San Antonio en Murcia en Marzo de 2006 ha establecido un punto de inflexión en este sentido. Consideramos que no son modelos divergentes, sino complementarios y pensamos que la esencia de los diversos puntos de vista trae consigo un enriquecimiento para la titulación universitaria de TO y, por extensión, para la profesión. Por esto, durante el curso 2006-2007, está previsto ahondar más en el estudio comparativo de ambos modelos por parte de la CNDEUTO, a efectos de que la implementación de los planes de estudio durante el periodo académico 2007-2008 se pueda realizar con lo más sugerente de ambas perspectivas. Los nuevos planes de estudio de Grado de TO se fundamentarán en las directrices del futuro RD de Grado, que el MEC ha previsto promulgar para mediados del año 2007, y en las competencias generales y específicas de TO. Algunos sectores profesionales pueden tildarnos de optimistas. Sin duda, el ritmo de cambio no siempre se ajusta a nuestros deseos, pero hemos de reconocer y dar a conocer nuestros avances, los cuales han de tener relación con la cultura nacional, la idiosincrasia autonómica y estar en consonancia con el entorno europeo.

En España, cuatro mil quinientos terapeutas ocupacionales desarrollan su perfil profesional asistencial en diversos ámbitos: Sanitario, Educativo,

Asesoramiento, Sociosanitario y Docente. La mayoría ejercen en Gerontología, Salud Mental y Rehabilitación Física, por este orden. En el año 1967 se configuró la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO), organización profesional de ámbito nacional, que se integró como miembro activo de la WFOT desde 1972 y participó como miembro fundador del *"Committee of Occupational Therapists for the European Countries"* (COTEC) en 1986. Su objetivo principal es la promoción de la educación, la formación continuada, la difusión y la prestación de asesoramiento legal a sus asociados terapeutas ocupacionales. El auge de la TO española en los últimos tres lustros origina el nacimiento y el desarrollo a nivel autonómico de diversas asociaciones profesionales integradas en la Federación de Asociaciones Autonómicas de TO, aunque cada una presenta y conserva un carácter propio y definido. La organización autonómica más antigua es la APGTO (Galicia) que data del año 1981. Debemos nombrar también: APATO (Andalucía), APTOPA (Asturias), APTOCA (Canarias), APTOCYL (Castilla-León), ACAMTO (Castilla La Mancha), APTOC (Cataluña), APTOE (País Vasco), AEXTO (Extremadura), APTOCAM (Madrid), APTONA (Navarra), AVATO (Valencia), Asociación de terapeutas ocupacionales de Cantabria y Asociación de terapeutas ocupacionales de La Rioja, entre otras. Estas asociaciones autonómicas tienen unos objetivos comunes; cabe resaltar el fomento de la agrupación de los terapeutas ocupacionales y la autoayuda, la formación continua, la asesoría jurídica tanto en ámbito nacional como internacional y la vinculación con otras asociaciones, pero el objetivo primordial podría concretarse en la creación de los Colegios profesionales en las diferentes Comunidades Autónomas cuyo fin es la defensa

de los derechos y los deberes de los terapeutas ocupacionales, para evitar el intrusismo profesional, organizar servicios de asesoramiento jurídico, económico, administrativo, técnico, etc.; así como las actividades y servicios comunes, ordenando la actividad profesional de sus colegiados y estableciendo el registro oficial de profesionales. Actualmente, existen cuatro colegios profesionales de TO en España, a reseñar: Aragón, Navarra, Extremadura y Baleares. Está en proyecto de constitución, muy avanzado, el Colegio de TO de Madrid, solamente a expensas de se realice la última fase de proceso. Y en fases iniciales en Galicia y otras comunidades autónomas españolas. Consideramos que la creación de asociaciones y delegaciones de alumnado en cada centro universitario es primordial. Estas asociaciones han de constituirse sin significación política y con un objetivo común: la promoción y desarrollo de la TO desde los inicios del periodo formativo del futuro egresado terapeuta ocupacional. Además, deben defender los derechos y deberes del alumnado de TO, favorecer la organización de los sucesivos e interesantes Congresos de Estudiantes de TO y la interrelación socio-estudiantil, fomentando la difusión y el conocimiento de la TO. Los Congresos de Estudiantes de TO, por y para los mismos, deben fomentar fundamentalmente la participación activa y el asociacionismo del alumnado. Conviene incidir y cuidar este tipo de iniciativas. Existen asociaciones de alumnos muy activas como las de la Universidad de Zaragoza, la de Granada y la de A Coruña, entre otras. Habría que reflexionar sobre el interés de articular asociaciones de alumnos por centros universitarios o por comunidades autonómicas a efectos de favorecer la aglutinación en una supuesta, futura y deseable Asociación Nacional de Estudiantes de Terapia

Ocupacional (ANETO), con objetivos propios y como pionera y apoyo del resto de asociaciones/organismos profesionales y universitarios. El impulso emocional y conceptual de la TO debe realizarse desde el primer contacto con la titulación universitaria, incluso antes de ejercer la profesión, de modo que se haga realidad ese dicho popular español: "La unión hace la fuerza". Hemos de remarcar que la TO se encuentra en un proceso de cambio vertiginoso y que debe adaptarse a las nuevas situaciones propuestas en el marco convergente europeo para cumplir todos los requisitos solicitados. Si somos capaces de asimilar y relacionar los planes y procedimientos de la convergencia europea, de las políticas de calidad y de los resultados de los diversos *"Tuning"* estaremos en condiciones de participar en un nuevo sistema de enseñanza/aprendizaje moderno, de futuro y europeo. Sin embargo, tal y como refiere la Profª. Drª. Elvira Santos y Pérez, profesora de TO de la Universidad de Salamanca, *"el hecho de promulgar las características y competencias propias, y definitorias de la T.O. no ha de hacernos olvidar que nuestro quehacer profesional se imbrica con el de otras titulaciones/profesiones y que en el seno de la Convergencia Europea nuestra labor final es fruto del trabajo de un equipo interdisciplinar orientado a la atención integral y holística de una persona con disfunciones ocupacionales"*. Con este bagaje, iniciaremos en breve la tercera etapa histórica de la joven TO española (primera etapa 1961-1989; segunda etapa 1990-2006; tercera etapa 2007-ss). Estos cambios ampliarán el abanico de posibilidades para el desarrollo de una TO completa y de mayor calidad.

La memoria se ha divido en dos partes. En la que denominaremos general, presentamos varios artículos realizados por profesionales y profesores españoles junto a invitados internacionales de reconocido prestigio en el ámbito de la TO. La otra, con un marcado carácter retrospectivo y emocional, se desarrolla sobre un álbum fotográfico secuencial e histórico de carácter mundial argumentado por prestigiosos profesionales y profesores españoles.

Algunos de los temas abordados son:

- Historia, ¿Para qué?. Reflexiones a propósito de la necesidad historiográfica en el ámbito de la TO.
- El legado de Barton.
- Evolución académica de la TO a lo largo de la historia.
- La influencia del libro en la historia de la TO.
- Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza: antecedentes de la TO en España.
- Actualidad política en la gestión de la TO española (prólogo).

Con el fin de ser fieles a la pluralidad de los objetivos, los autores han seguido un guión homogéneo y la normativa establecida en la Revista TOG (Revista electrónica de la TO de Galicia).

Queremos agradecer, a modo de epílogo, a la *Facultade de Ciencias da Saúde da Universidade da Coruña* y a su equipo de dirección, el importante apoyo económico que ha ofertado para poder permitir que esta publicación vea la luz en los contextos geográficos de habla hispana y que se abra al poderoso e históricamente influyente grupo de países angloparlantes. Además, a título

personal quiero expresar mi gratitud testimonial a todos cuantos, de una u otra forma, han permitido que España esté inmersa en este "*Totum revolutum"* creativo del que esperamos conseguir una TO de primera categoría y al nivel de los mejores. Mi más sincero reconocimiento a todos los autores que han participado en esta magnífica monografía, aunque la satisfacción personal y colectiva sea mayor por el intenso compromiso que han adquirido para facilitar el desarrollo equilibrado y homogéneo de la TO en sus cuatro pilares: asistencia, docencia, investigación y gestión.

Para finalizar, desde que comencé hace seis años a gestionar regularmente aspectos locales y nacionales de la TO, ha sido un constante propósito personal lograr que mi participación fuera a la vez comprometida e interesante; que contribuyese a que los estudiantes de TO se sintieran motivados y los terapeutas ocupacionales se implicasen, más clara y profundamente, en los aspectos de gestión universitaria de la TO, entre otros, huyendo de personalismos vacuos, y que el contacto intelectual con esa peculiar vía de actuación profesional: la gestión, atrajese en alguna medida la curiosidad de cuantos ven en estos quehaceres algo más que una actividad atosigante y escasamente gratificadora. Mentiría por jactancia o por optimismo si ocultase que no han sido pocas las ocasiones en que he visto fracasar mi empeño, pero faltaría a la verdad si silenciara que mi compromiso con la TO ha resultado francamente atractivo y motivador.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco la colaboración realizada por las alumnas de TO de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de La Coruña, por orden alfabético: Betania Groba González, Lidia Rubio Gayo, Lucía Vilanova Trillo, María Castro Teijeiro y Natalia Yanaína Rivas Quarnetti.

agradecimientos_

A D. Pedro Moruno Miralles, por ser un magnifico compañero de viaje.

A D. Pablo Cantero Garlito, por su esfuerzo en poner palabras a lo que acontece.

A Mariajo por su paciencia en los momentos difíciles y su saber estar en los momentos complicados. Por su visión de la vida y su enorme vitalidad personal.

A Cristina Gutiérrez Borge, coordinadora de traductores, por su esfuerzo. A su equipo compuesto por Patricia de la Fuente López, Mar Crespo Bustos, Ana Losa Rincón y Tania Colias Sebastián.

A la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales (APGTO) por apostar por la creación de Rev. TOG y por mantener este sueño hecho realidad.

A Nereida Canosa por creer que TOG era posible y trabajar duro para que así fuera, “por que creer es poder”.

A Marta Blanco, por resistir todo este tiempo.

Especialmente a Dña **Inés Viana Moldes** y a D. **Sergio Santos de Riego**, por su disposición ante este tipo de proyectos, por su colaboración y esfuerzo en esta publicación y por la realización de las gestiones con la Universidad de la Coruña, Facultad de Ciencias de la Salud.

A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña (FCS-UDC) por su apuesta y consiguiente patrocinio de este monográfico:

A **D. Jorge Teijeiro Vidal** (Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud), por creer en este proyecto, a D. Sergio Santos del Riego (Vicedecano), por su apoyo constante a nuestra disciplina, y a Doña Inés Viana Moldes (Secretaria Académica), Doña Adriana Ávila Álvarez (responsable de Calidad y Convergencia) y Doña Carmen Carmen García Pinto (responsable del Observatorio Ocupacional), por promocionar la Terapia Ocupacional a nivel institucional en nuestra Comunidad Autónoma.

A Todos los Profesores, Terapeutas Ocupacionales y demás, de la FCS que hacen posible que la historia de la Terapia Ocupacional continúe en nuestros días.

Sin duda, la elaboración de este documento no habría sido posible sin el esfuerzo de todos los que han colaborado en él; por ello, nos gustaría agradecer su generosidad a todos los colaboradores que dedicaron su tiempo a pensar y escribir sobre la historia de la terapia ocupacional.

D. Pedro Moruno Miralles
D. Miguel Ángel Talavera Valverde
Compiladores

Sección I_
Historia de la Terapia Ocupacional.

Capítulo 01
HISTORIA, ¿PARA QUÉ?: REFLEXIONES A PROPÓSITO DE LA TAREA HISTORIOGRÁFICA EN EL ÁMBITO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

D. Jorge Castro Tejerino.

Capítulo 02
UNA PERSPECTIVA EN LA HISTORIA, STATUS ACTUAL Y FUTURO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

D. Gary Kielhofner.

Capítulo 03
IDEAS DIRECTRICES DE LOS FUNDADORES DE LA SOCIEDAD NACIONAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Dña. Suzanne Peloquin.

Capítulo 04
EL LEGADO DE BARTON

D. Miguel Ángel Talavera Valverde.

Capítulo 05
SALUD, POLÍTICAS DE LA VIDA Y SUBJETIVACIONES. ALGUNAS REFLEXIONES PREVIAS AL ANÁLISIS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA SALUD

D. Álvaro Pazos Garciandía

Capítulo 01

HISTORIA, ¿PARA QUÉ?: REFLEXIONES A PROPÓSITO DE LA TAREA HISTORIOGRÁFICA EN EL ÁMBITO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

D. Jorge Castro Tejerino

Como citar este capítulo en sucesivas ocasiones
Castro Tejerino J. Historia, ¿para qué?: reflexiones a propósito de la tarea historiográfica en el ámbito de la terapia ocupacional. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación [monografía en Internet]. TOG (A Coruña): APGTO; 2007. p. 42- 105 [citado fecha mes y año]. Disponible en: www.revistatog.com

RESUMEN En este trabajo nosotros defendemos por qué la mirada al pasado de la terapia ocupacional es fundamental para el ejercicio de la profesión. En cualquier caso, sus objetivos no pueden limitarse a un trabajo de reconstrucción que revela las supuestas raíces de identidad de la disciplina. Es necesario un análisis genealógico más amplio orientado al proceso de construcción de la subjetividad moderna que empieza en el siglo XIX. Nosotros nos referimos a una subjetividad dotada de una interioridad constitutiva y, al mismo tiempo, fragmentado en las múltiples identidades y actividades que necesitan dirección. Actualizar el proceso de alianzas históricas alrededor de este modelo es fundamental para entender, aquí y ahora, el trabajo que el terapeuta lleva a cabo. Realmente, una atención genealógica a los valores y funcionamientos históricamente involucrados en la práctica diaria nos permite decidir en las agendas de la intervención y cambiarlos.
PALABRAS CLAVE DESC Historia; Terapia Ocupacional; Genealogía y heráldica; Actividades cotidianas; Variaciones dependienes del sujeto
PALABRAS CLAVE DEL AUTOR Historia de la terapia ocupacional, genealogía, agencialidad, ocupación significativa, subjetividad moderna

ABSTRACT In this work we defend why the look to the occupational therapy's past is fundamental for the exercise of the profession. In any case, its aims cannot be limited to a reconstructive work that reveals the supposed identity roots of the discipline. It is necessary a wider genealogical analysis oriented to the process of construction of the modern subjectivity that begins in the 19th century. We refer to a subjectivity endowed with a constitutive interiority and, at the time, broken into multiple identities and activities that need management. To upgrade the process of historical alliances around this model is fundamental to understand, here and now, the work that the therapist carries out. Actually, a genealogical attention to the values and operations historically incrusted in the daily practice allows us to decide on the intervention agendas and to change them.
DESC KEYWORDS History; Occupational Therapy; Genealogy and Heraldry; Activities of Daily Living ; Subject Variations
KEYWORDS History of occupational therapy, genealogy, agency, meaninful occupation, modern subjectivit.

EMPECEMOS POR EL FINAL (DE LA HISTORIOGRAFÍA)

En 1992 se publicó el libro titulado *El Final de la Historia y el último hombre*, donde el politólogo liberal Francis Fukuyama exponía la visionaria tesis de que la democracia liberal suponía la consecución del estadio más desarrollado y deseable del progreso humano. Con su título, nuestro autor trataba de ilustrar la idea de la cancelación de la historia en sí misma como gran proceso socio-político. No eran pocas las perspectivas postmodernas que, en los mismos años que Fukuyama concretaba su propuesta, extrapolaban la imagen periclitada al terreno de la historiografía; esto es, de los métodos narratológicos implicados en la re-construcción del pasado (puede verse Palti, 1998). Sin embargo, en este territorio, conocido con la denominación genérica de "giro lingüístico", las implicaciones eran más sutiles y también más devastadoras que las previstas por Fukuyama: en el extremo, implicaban la futilidad e inutilidad de cualquier intento de aprehender el pasado. Más aún, toda reconstrucción histórica quedaba supeditada a los intereses y prejuicios derivados del presente y del grupo o individuo que la proponía. Así las cosas, la cuestión no era ya que la historia humana hubiera alcanzado un final más o menos óptimo, sino que la historia nunca había existido como la suponían los historiadores; esto es, como lectura legítima de un pasado más o menos inespecífico. No es de extrañar que, en algunos ámbitos sociales, políticos y académicos, se extrajera un corolario que la propia propuesta de Fukuyama ayudaba a evidenciar: habiendo tocado su techo histórico, lo natural era que el ser humano reorientara todo esfuerzo epistemológico a solucionar problemas

presentes; o, lo que es lo mismo, a terminar a de ajustar los engranajes de la maquinaria democrática y liberal. Entonces, ¿para qué la historia?

Precisamente, ésta es la pregunta que, explícita o implícitamente, se detecta en todas las disciplinas que, entre mediados del siglo XIX y principios del XXI, mejor se han ajustado a las demandas de los diferentes liberalismos. Se trata de disciplinas que exhiben un compromiso eminentemente aplicado, entre las que, sin duda, hay que contar con aquellas que muestran una vocación terapéutica para con la "salud" –física y mental- del "sujeto" humano. Medicina, farmacia, fisioterapia, psicología clínica, enfermería y, por supuesto, terapia ocupacional[1] (TO a partir de ahora) son áreas donde parece surgir automáticamente la perpleja pregunta por el "porqué" o el "para qué" de los contenidos históricos en su currículo aptitudinal. Sin embargo, sospecho que la densidad retórica de la pregunta no es la misma en todos los casos. En las áreas más cercanas a la medicina, me atrevo a adivinar que la pregunta no llega ni a formularse de manera explícita, seguramente porque el interrogante es irrelevante y, por tanto, la respuesta es evidente: "para ningún fin aplicado" o, lo que es lo mismo, "para nada". Complementariamente, cualquier preocupación por la historia sólo se observa de forma honorífica y erudita; es decir, como un resto museístico del prurito humanista que caracterizó a la agenda ilustrada de la modernidad. Creo que sólo esto soporta que en los curricula de las disciplinas médicas sigan existiendo algunos contenidos históricos, bien difuminados en la introducción a las materias más teóricas o

[1] El desarrollo de este trabajo se encuadra dentro del proyecto de investigación SEJ2005-09110-C03-03/PSIC financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia.

bien aisladas en asignaturas marginales, esto es, desconectadas de la lógica integral del currículo u ofertadas en forma de materias optativas.

Es significativo que algo muy parecido ocurra en el ámbito de "ciencias duras" como la física. En este sentido, no está de más recordar aquí el famoso "caso Sokal", físico teórico que, empleando la retórica propia del "giro lingüístico", logró colocar un disparatado artículo titulado *Hacia una hermenéutica transformativa de la gravedad cuántica* en una de las revistas más prestigiosas de estudios de la ciencia. Sokal publicitó su hazaña posteriormente ridiculizando la arbitrariedad y retoricismo de las aproximaciones hermenéuticas, las mismas que fundamentan la historiografía del "giro lingüístico", en beneficio de la rigurosidad y precisión de las "ciencias duras" (Sokal, 2002). Por extensión, se puede deducir el compromiso complementario de las ciencias duras con una perspectiva realista o empírica sobre la historia, la misma que previó el positivismo (ver, por ejemplo, Hempel, 2005). Se trata de una perspectiva que, siendo rigurosa con lo sucedido en el pasado, lo diseca y lo coloca en anaqueles para que pueda ser observado. La mirada que se trata de incitar es la del extrañamiento del tiempo y, más que su versión nostálgica, aquella otra que permite percibir la "distancia de progreso" que caracteriza el saber del presente respecto del ejercido en el pasado. Sin duda, no necesitan las ciencias duras, como tampoco la medicina, un tipo de historiografía diferente a la que se practicaba a mediados el siglo XIX –de ahí su crítica despiadada a la fundamentada en el "giro lingüístico"-; quizá, porque, a fecha de hoy, no necesiten de forma imperativa ningún tipo de historia.

Anamnesis: el pasado oficial según la terapia ocupacional

No dudo de que disciplinas como la psicología clínica, la enfermería o la TO compartan en buena parte la visión del trabajo historiográfico que acabamos de comentar. Mi sospecha, a pesar de todo, es que, en estos casos, la función del argumento histórico, su valor y peso, aún más o menos arrinconado en manuales o asignaturas introductorias, no se limita a un puro resto ritual. Creo que cumple una función crucial en la constitución de esas disciplinas y la trabazón de sus supuestos; un papel que no es independiente del hecho de que, sobre todo tras la Segunda Guerra Mundial, todas ellas tengan que recurrir a marcos teóricos externos a su propia práctica para tratar de fundamentar sus proposiciones y protocolos de actuación (para el caso de la TO, ver, por ejemplo, Kielhofner, 1992). Parece evidente que la suposición que guía estas alianzas disciplinares es que tales marcos, idealmente extraídos de la psicología, la sociología, la filosofía y, por supuesto, la medicina, son aparentemente más potentes o "legítimos" desde el punto de vista epistemológico. Precisamente en estos interregnos retóricos de inseguridad epistemológica, búsqueda de legitimidad científica y afirmación identitaria y profesional se revela la función de la historia; es donde, de hecho, a diferencia de lo que ocurre en la medicina y la física, su presencia es ya imperativa. El caso de la TO es paradigmático a este respecto ya que la prospección histórica se presenta explícitamente como una búsqueda identitaria; al menos en las perspectivas más críticas o en aquellas que tratan de ir más allá de una apuesta estrictamente reconstructiva (ver, por ejemplo, Crepeau, Cohn y Schell, 2005; Kielhofner, 1992; Gómez Tolón, 1997; Moruno, 2002)

Concretando: la narración histórica funciona como el bálsamo identitario que asegura la progresiva depuración o descubrimiento de un domino de realidad que, sin que a nadie sorprenda, coincide con las respuestas ofrecidas por la profesión en cuestión. Por supuesto, las formas de argumentación, implicaciones ideológicas y tramas pueden ser muy diversas y dar lugar a múltiples perfiles narrativos, esto es, maneras variadas de contar la historia (para estas cuestiones puede verse White, 1992[2]; para ejemplos aplicados a la historia de la psicología ver Rosa, Blanco y Huertas, 1998 y Castro, Jiménez, Morgade y Blanco, 2001). Pero, como estructura temática general, lo habitual es que aparezcan episodios organizados en torno a un mítico momento fundacional y a un largo y costoso camino de afianzamiento disciplinar. Sin duda, esto también ocurre en las historias oficiales de la medicina y la física (ver por ejemplo Mason, 1984-1986; Laín Entralgo, 1994 o López Piñero, 2005); narraciones donde el origen disciplinar se inscribe sin reservas en el principio de los tiempos para luego desplegarse a través de un camino de progreso continuo y acumulativo, un crecimiento prácticamente exponencial en lo que toca a las etapas más recientes en el tiempo. Lo que ocurre con la historiografía de la enfermería, la psicología clínica y, por supuesto, la TO es que, precisamente, tratando de replicar esa misma estructura, terminan ofreciendo una hipertrofia narrativa e identitaria. Más que imitar, caricaturizan el periplo de las "ciencias" consolidadas.

[2] Siguiendo a S. Peper, White habla de cuatro tipos de "argumentación formal": formalista, organicista, mecanicista y contextualista. De K. Mannheim toma cuatro clases de "implicaciones ideológicas": conservadurismo, liberalismo, radicalismo y anarquismo. Las tramas, refiguradas a partir de la obra de N. Frye, son el romance, la comedia, la tragedia y la sátira. A partir de estas tres grandes categorías, White es capaz de identificar los componentes estructurales de cualquier relato histórico.

Cierto es que hay historias de la TO –como de la enfermería o la psicología clínica- menos ingenuas o más críticas a la hora de dejarse llevar por el lustre de un pasado triunfal. Pero es difícil encontrar narraciones que superen la tentación de recurrir, como mínimo, a lo añejo como marca de autenticidad y relevancia disciplinar. Buen síntoma de ello es la exhibición recurrente de un presentismo extremo que puede llegar a retrotraer la solera conceptual o interventiva de la disciplina hasta límites insospechados; y no hablamos ya de analizar "La ocupación como medio terapéutico en la antigüedad" (Durante, 1998), sino al hecho de considerar que esa misma ocupación sea un "*factor esencial para explicar la evolución del hombre. Incluso,* (...) [como] *hecho determinante del proceso de hominización*" (Gómez Tolón, 1997; p. 33). Por supuesto, el propio artefacto historiográfico se ocupa de mitigar la ansiedad profesional que puede llegar a producir tamaña herencia y responsabilidad histórica, de tal manera que "*La historia nos sugiere que la profesión de TO emerge, a finales del siglo XIX, como parte de una caer en cuenta del valor de las ocupaciones como tratamiento*" (Durante, 1997; p. 32). Cabe suponer, por tanto, que la historia venía confabulándose para decantar, finalmente, la realidad de una disciplina que subyacía a la propia condición humana.

Por mi parte, sospecho que la reivindicación de tal abolengo tiene algo, si no de resolución de complejo de inferioridad, sí de síntoma o "lapsus". Creo que el exceso prospectivo revelaría, bien a las claras, el "malestar en la cultura"[3] de la TO -y aún de todas las ciencias de la salud- con su propia

[3] La aplicación del concepto de "cultura" para tematizar el ámbito disciplinar de la ciencias humanas y, específicamente, la psicología ha sido ampliamente explorado por Florentino Blanco (2002). Por otro lado, el uso concreto de la idea de "malestar en la cultura" en relación con un

entidad disciplinar. Y, por supuesto, la cuestión no se agota en la "invención" de ese pasado mítico. De hecho, la historización del propio momento fundacional de la disciplinal profesional, acaecida en el siglo XIX a decir de las crónicas, pronuncia aún más los síntomas de la incomodidad identitaria. Es, precisamente, en la narrativización de esta etapa crucial donde se detectan algunos de los "lapsus" más interesantes, síntomas de la incómoda imagen que la disciplina proyecta actualmente sobre sí misma. Para tratar de ilustrar el malestar que venimos apuntando vamos a escoger dos de los síntomas, si no importantes, sí más evidentes: el institucionalismo y la desarticulación disciplinar.

Institucionalismo

Habitualmente, la crónica histórica de la medicina o la física supone un catálogo de descubrimientos teóricos y tecnológicos que se superan progresivamente a sí mismos. Frente a este escenario epistemológico, la mayor parte de los episodios relevantes narrados en relación con el pasado de la enfermería, la psicología clínica y la TO tienen que ver, de forma abrumadora, con acontecimientos institucionales.

En el caso de la TO, encontramos a este respecto textos como el de Paterson (2002), quien construye la trama principal de su exposición a través de epígrafes específicamente dedicados a la "Institucionalización y desinstitucionalización" o a las "Asociaciones de terapia ocupacional". Lo más habitual, en cualquier caso, es el clásico recurso historiográfico a los próceres –

ámbito disciplinar ya lo hemos utilizado en trabajos anteriores. Véase, por ejemplo, Blanco y Castro (1999).

personajes que son dotados con capacidades y valores ideales para funcionar como autoridades y modelos[4], caso de Philippe Pinel, Thomas Fowler, William Tuke o Adolf Meyer entre los precursores de la TO y Eleanor Clarke Slagle, Susan E. Tracy, William Rush Dunton Jr., George Edward Barton, Sir Robert Jones o Margot Fulton entre los fundadores- y su circunscripción a acciones eminentemente institucionales (crear y organizar asilos y hospitales, fundar sociedades, promocionar e impartir cursos, alcanzar cargos directivos, escribir libros, etc.) que se consideran cruciales. Aunque sería deseable una investigación sistemática para ilustrar esa tendencia historiográfica, nos puede servir de ejemplo el trabajo recientemente reeditado de Schwartz, quien abre el epígrafe titulado "Ideas fundadoras" refiriendo que "*Quienes se reunieron Cliton Springs, Nueva York, el 17 de marzo de 1917, para fundar la National Society for the Promotion of Occupational Therapy* [...] *estaban unidos por la fuerte creencia en el valor terapéutico de la ocupaciones*. [...] *Los cinco fundadores que asistieron a la reunión fueron William Rush Dunton, hijo, Eleanor Clarke Slagle, George Edward Barton, Susan Cox Johson y Thomas Bessell Kidner. Aunque Susan E. Tracy y Herbert James Hall no asistieron a dicha reunión, se los consideró fundadores por su liderazgo en la promoción de las ocupaciones* " (Schwartz, 2005; p. 5)[5].

[4] Señalemos sólo a título ilustrativo de este extendido recurso historiográfico el comentario que Gómez Tolón, con una decidida vocación identitaria, dedica a la "fundadora" Eleonor Clarke Slagle "(...)*representa en la historia de la terapia ocupacional el paradigma profesional. Representa la personificación del profesional de la terapia ocupacional y la figura que pone en marcha las señales de identidad del terapeuta ocupacional*" (Gómez Tolón, 1997; p. 45).

[5] En realidad, los ejemplos centrados en personajes históricos concretos son la tónica común a este respecto. Reseñemos sólo como ejemplo los logros que Durante enumera en relación con William Rush Dunton Jr., qui3n, en palabras del autor, "*está considerado como el padre de la disciplina*": "*Como psiquiatra, ya en 1895, utilizaba la TO como tratamiento de los pacientes mentales. Influido por Tracy, condujo en 1911 una serie de clases sobre la recreación y las*

El dibujo de este tipo de escenarios institucionales suele realizarse en detrimento de las acciones epistémicas (descubrir, teorizar, experimentar, desvelar, observar sistemáticamente, etc.). En el mejor de los casos, éstas terminan asimiladas a territorios conceptuales muy amplios, bien relacionados con difusos aspectos precursores o bien con una genérica historia de las ideas (ver, por ejemplo, Gómez Tolón, 1997; Reed, 1993; Reed y Sanderson, 1999, Durante, 1998). En descargo, puede argumentarse que la lógica eminentemente aplicada y profesionalizante de la TO, su propia necesidad declarada de una fundamentación teórica importada de otras disciplinas, no invita a seguir demasiados rastros epistemológicos que se puedan defender como genuinamente propios. Lo más cercano en las narraciones son las referencias históricas al diseño interventivo y los protocolos de actuación profesional (tratamiento moral, entrenamiento en hábitos, avances tecnológicos, etc.; ver, por ejemplo, Creek, 2002) o a los valores y principios implicados (humanidad, humanismo, moralidad, etc.; ver, por ejemplo, Reed y Sanderson, 1999). Y, aún así, en lugar de ajustarse al argumento del progreso y la acumulación –típico en los recorridos epistemológicos de las ciencias médicas o físicas-, tales cuestiones se engranan en una retórica del testimonio o la revelación (observar fortuitamente, creer, darse cuenta, experimentar por sí mismo, etc.)[6].

---

ocupaciones para enfermeras en el Sheppard and Enoch Pratt Asylum de Baltimore. En 1912 fue puesto a cargo del programa de ocupaciones y recreación de la misma institución. En 1915, el Dr. Dunton publicó el primer texto completo de TO, "Occupational therapy –a manual for nurses". (Durante, 1998; p. 34).

[6] En muchas ocasiones, tal retórica llega a evocar claramente la cultura milagrera que, en conexión con el omnipresente principio del *made self man*, caracteriza el núcleo del protestantismo anglosajón. A modo de ejemplo, aquí extractamos unos párrafos que Paterson (2002) recoge literalmente de la obra "fundadora" de W. Hallaran: "*Un hombre joven* (...)

Sin duda, el hecho de que este tipo de retórica eclipse a la del progreso y la acumulación está estrechamente relacionado con que el acontecimiento institucional se convierta en un territorio historiográfico nuclear: en él pueden cristalizar cuestiones valorativas o testimoniales, someterlas a una posible articulación profesionalizante y, en último término, a una organización disciplinar susceptible de ser públicamente aceptada. A este respecto, resulta muy significativo el ilustrativo episodio fundacional habitualmente narrado en relación con la figura George Edward Barton: "(…) *un arquitecto que llegó a comprender el valor de la ocupación a través de sus propios esfuerzos para curarse de la tuberculosis y la parálisis. Como encarnación de su concepción de un ambiente correcto para la curación, Barton creo la Consolation House –escuela, taller y oficina vocacional, etc.-* […] *Barton murió en 1923, pero la Consolation House fue su gran legado a la terapia ocupacional*" (Schwartz, 2005; p. 6; un comentario muy semejante puede encontrarse en Peloquin, 1991). Incluso como resultado de una sublimación de profundas convicciones personales, si hay una institución orientada a una práctica concreta ya nadie puede dudar de que algo relevante habrá que tratar al respecto.

El institucionalismo, en cualquier caso, no se limita a formar parte de estrategias conminatorias encubiertas. Si, como ya hemos señalado, la historia se observa como una herramienta clave para la construcción identitaria y los

---

quedó a mi cuidado en un estado de manía acusada y continuó así a lo largo de tres meses completos sin mejoras. (…) *demostraba imbecilidad mental y bordeaba muy de cerca la demencia; fue imposible excitar en él el más mínimo interés* (…) *cuando por accidente se le descubrió entreteniéndose, con algunos colores rudimentarios sobre las paredes de su apartamento* (…) *Se le preguntó si sabía dibujar y él, habiendo mostrado cierto conocimiento de este arte, se le prometieron inmediatamente otros colores para mejorar lo que estaba haciendo siempre y cuando se comprometiera a utilizarlos. Fue evidente que esto provocó una inmediata felicidad en su semblante*." (Hallaran, 1918; cit. Paterson, 2002; p. 6).

episodios institucionales son algunos de sus mejores argumentos, es lógico que tales dinámicas terminen por presentarse explícitamente como pilares de la fundamentación disciplinar de la TO. El texto de Schwartz que nos viene sirviendo de prototipo también ofrece un comentario claro en este sentido: "*La especialización también fue recomendada por aquellos que creían que aumentaría su nivel entre otros profesionales de la salud. La AOTA buscó lazos más estrechos con la American Medical Association en la esperanza de aumentar la credibilidad científica y médica de la profesión*" (Schwartz 2005; p. 9). Nótese que en el texto trascrito lo que hace ganar credibilidad a la profesión es estrechar un lazo institucional relacionado con el poder político-disciplinar, no tanto la resolución de su condición o naturaleza epistemológica. En realidad, el campo de batalla se ha desplazado por urgencias históricas inminentes; a decir de Woodside y su influyente artículo de 1971, porque "*La terapia ocupacional psiquiátrica podría dejar de existir porque otras profesiones están absorbiendo rápidamente nuestros conocimientos; el público cree que le ofrecen los mismos servicios que nosotros brindamos y están vendiendo sus programas a otros profesionales y al público más eficazmente que nosotros*" (Woodside, 1971; p. 229). Posiblemente, la inminencia de este peligroso escenario explique llamamientos como el de la Carta de Ottawa[7] para que se empleen medios de difusión pública como periódicos, revistas, foros electrónicos, folletos, etc.; todo ello orientado a "(…) *que los profesionales de terapia ocupacional sean persuasivos desde el punto de vista político para*

[7] La carta de Ottawa se propuso durante la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud que se celebró en la ciudad del mismo nombre en 1986. Se elaboró para lograr el objetivo "de salud para todos" en el año 2000, suponiendo el compromiso de todos los estamentos y fuerzas político-sociales.

lograr ambientes y sistemas justos desde el punto de vista ocupacional, que busquen oportunidades para informar a todas las personas acerca de la relación entre ocupación y salud, y que desarrollen programas fuera de los sistemas de asistencia de la salud" (Wilcock. 2005; p. 31).

Así las cosas, la realidad profesional y la necesidad de ganar grados de reconocimiento social por la vía de la gestión política e informativa, terminan confabulándose para conducir el trabajo historiográfico hacia un callejón sin salida: a falta de argumentos epistemológicos concluyentes, los textos invitan al terapeuta a que se arme de razones institucionales; razones que se convierten en prácticamente exclusivas para defender la pertinencia social del ejercicio profesional. Por esta vía, la "reivindicación institucional" termina siendo, si no un contenido explícito del currículum, sí un presupuesto irrenunciable de la educación, adoctrinamiento y socialización de los terapeutas ocupacionales. Por ello, la historiografía va tejiendo hitos institucionales que, obviando las relaciones epistémicas de la TO con su objeto de trabajo, terminan decantando la quintaesencia identitaria de la disciplina y de los iniciados en ella. Sin embargo, como vamos a ver en el próximo epígrafe, la dimensión teórica no está completamente ausente en estos juegos malabares.

Desarticulación disciplinar

La lógica de progreso que rige la estructura narrativa de la historia de la física o la medicina no suele acompañarse de estados de crisis o desarticulación disciplinar demasiado continuados en el tiempo. De formularse un escenario de ese tipo, se trata más bien de preparar la irrupción inmediata, incluso

sorpresiva, de un cambio radical de la situación o, lo que es lo mismo, una revolución (ver Kuhn, 1975 y, para el caso específico de la física, 1993). Muy al contrario, y a pesar de los ingeniosos intentos de autores como Kielhofner (1992) por replicar la estructura revolucionaria[8], la sensación que transmiten las historias de la TO, como también las de la enfermería y la psicología, son la de una de un estado de desarticulación teórico-epistemológica constante.

Habitualmente, al mismo tiempo que las historias de la TO van apuntalando el esqueleto institucional, deslizan una persistente sensación de incomodidad epistemológica a ese respecto. Si exploramos el texto matriz que venimos empleando, el de Schwartz, encontramos tanto atribuciones a momentos o agentes históricos puntuales, caso de los propios fundadores que

[8] Kielhofner es un autor que trata de trazar la historia de la TO desde la perspectiva kuhniana de las revoluciones científicas y el cambio de paradigma; todo lo cual le lleva a establecer una serie de fases sucesivas en el desarrollo de la disciplina (el tratamiento moral del siglo XIX, articulado en torno al ajuste ambiental; la ocupación de principios del siglo XX, orientada a la gestión y organización del tiempo a partir de una concepción holística del sujeto; el mecanicismo médico de los 40 y 50, confiado al reduccionismo y a una remediación de base fisiológica; y, por fin, la etapa actual, donde cobra valor la significatividad de la tarea y la interdisciplienariedad). En realidad, lo que hace Kielhofner es relacionar escenarios socio-históricos con la emergencia de tendencias "ocupacionalistas" específicas. A pesar de la importancia que Kuhn atribuye a los condicionantes socio-históricos, su tesis fundamental supone que es la acumulación de irregularidades explicativas la que se resuelve, finalmente, en la emergencia revolucionaria de una nueva opción de mayor poder comprensivo. A menos que supongamos un estado preparadigmático continuo, es conflictivo aplicar este rasgo fundamental de las tesis kuhnianas a una disciplina que, como la TO –y a otras muchas ciencias sociales y de la salud-, ha venido conviviendo largamente con muchas ideas y alternativas explicativas e interventivas; algunas de ellas abiertamente contradictorias. Además, como bien reflejan los propios ejemplos ofrecidos por Kielhofner, los cambios en la disciplina no suponen complejas desarticulaciones acaecidas en su seno como reflejo diferido de otros condicionantes externos. Más bien estos mismos condicionantes son decisivos por sí solos para cambiar el rumbo de la disciplina, sin necesidad de reflejarse en crisis internas a los presupuestos teórico-prácticos. Más adecuada, en este sentido, parece la opinión de Paterson de que "(…) *el uso terapéutico de la ocupación ha fluctuado en relación con factores sociales, médicos y económicos*" (Paterson, 2002; p. 4) (en inglés en el original, la traducción es mía). En definitiva, creemos que lo más adecuado para tratar la trayectoria de la TO desde un punto de vista metahistoriográfico no son tanto los cambios revolucionarios de paradigma como las sucesivas crisis político-sociales que ha atravesado la sociedad occidental entre el final del siglo XIX y el del XX (una articulación del desarrollo de la terapia a través de escenarios político-sociales críticos también puede detectarse en el texto de Swartz, 2006 o Reed y Sanderson, 1999; sobre todo en lo que toca al cambio de un modelo humanista y moralista a otro científico y médico).

"[...] *reconocieron la importancia de poder establecer científicamente la eficacia de la terapia ocupacional para que la profesión fuera bien reconocida*" (Schwartz, 2005; p. 7); como apuntes metahistoriográficos generales, en la línea de afirmar que "*Indudablemente, la profesión necesitaba desarrollar un cuerpo de conocimiento que describiera plenamente la naturaleza de la ocupación*" (Schwartz, 2005; p. 10). Los ejemplos y exhortaciones en esta dirección se repiten en múltiples textos (ver, por ejemplo, Mosey, 1986; Moruno, 2002; Gómez Tolón, 1997, Kielhofner, 1995) y se entretejen para, explícita o implícitamente, terminar ligando la crisis desarticuladora al propio origen y, con él, a la propia naturaleza o, más bien, identidad de la disciplina.

Tomando como referencia este perpetuo estado de desarticulación, las narraciones historiográficas tienden a buscar tanto motivos de la situación como posibles respuestas. Lo primero da lugar, lógicamente, a la constatación de los límites impuestos por un dominio que, desde su supuesta fundación, se ha orientado eminentemente a la práctica y, en consecuencia, se ha fragmentado en múltiples frentes y fundamentos interventivos. Esta sensibilidad se detecta claramente en Mosey (1986) y, sobre todo, en Moruno (2003) cuando afirma que desde el origen mismo de la profesión conviven distintas formas de concebir el valor terapéutico de la ocupación y, por tanto, diversas maneras de utilizarla; sobre todo en lo que tiene que ver con una orientación más global, físico-aptitudinal o mental-actitudinal de la propuesta interventiva.

Sin embargo, una vez que los autores entran en disquisiciones teoréticas, emerge un motivo desarticulatorio subyacente más general cuyas consecuencias conminatorias y teóricas son más amplias que las señaladas.

Éste se relaciona con la "retórica de la complejidad" en relación con el fenómeno abordado. Los ejemplos son múltiples[9], pero creemos que la actitud se plasma de forma paradigmática en el innegociable compromiso y fidelidad histórica de la TO a la compleja integridad u holismo del fenómeno humano. Así, Reed y Sanderson , al tratar la crisis del tratamiento moral y sus valores en beneficio del medicalismo, denuncian que: "*Como los asilos empezaron a ser dirigidos por doctores-administradores, que habían sido formados en la nuevas teorías médicas basadas en la causalidad fisiológica de la enfermedad mental en lugar de psico-sociológica, el papel de los legos decreció. A pesar de la desaparición del asesoramiento moral como aproximación interventiva, las ideas no murieron. Muchas resurgieron de nuevo en las nuevas disciplinas de la enfermería, trabajo social y terapia ocupacional. Las creencias y valores fundamentados en el humanitarismo, humanismo, holismo, hábitos y orden en la vida cotidiana, influencias ambientales y motivación intrínseca fueron todos reensambladas dentro de estas tres nuevas profesiones*" (Reed y Sanderson, 1999; p. 17) (en inglés el original, la traducción es mía). Todavía el exitoso modelo biopsicosocial, propuesto contemporáneamente por Mosey, condesa la inveterada e irresuelta esperanza de estar comprendiendo y actuando sobre el hombre entendido como un todo. De hecho, en comentario de Gómez Tolón, tal modelo pasa por ser "(...) *la conclusión lógica de la historia anterior, gestada en el pensamiento de la Ilustración, y el punto de partida de todos los intentos actuales tendentes a conseguir una visión del hombre en su dimensión*

[9] En nuestro texto guía puede leerse, por ejemplo, que "*Los académicos han adaptado diseños de investigación de las ciencias y las ciencias sociales y utilizaron tanto datos cualitativos como cuantitativos para captar la complejidad de la ocupación y del proceso de la terapia ocupacional*" (Schwartz, 2005; p. 11).

integrada en el mundo a través de la ocupación. La interacción entre los tres sistemas: cuerpo-mente-sociedad ofrece una vía de eficacia terapéutica comprobada a través de la actividad" (Gómez Tolón, 1997; p. 50)

Por supuesto, ni la supuesta pervivencia del humanismo en el seno de la TO ni el recurso al modelo de Mosey finiquita el problema del holismo y la complejidad humana. Los textos vuelven una y otra vez sobre la búsqueda de respuestas dirigiéndose, en la mayoría de las ocasiones, a la ayuda teórica que puedan haber prestado otras disciplinas. En este espacio se ubica, al mismo tiempo, la búsqueda de fundamentación conceptual y la frustrante sospecha de que ninguna disciplina puede agotar ya el problema de lo que el ser humano es. Seguramente por ello los ámbitos de saber implicados sean múltiples y diversos, de tal manera que los autores pueden afirmar que "*La terapia ocupacional deriva sus conceptos fundamentales de múltiples fuentes. Algunos han tenido mayor influencia que otros pero todos son útiles. Entre sus raíces históricas están el tratamiento moral, el pragmatismo, el movimiento de las artes y oficios, la influencia de los cuáqueros, el movimiento de higiene mental, el movimiento de las Settelment Houses, el entrenamiento manual y los equipos de rehabilitación*." (Reed y Sanderson, 1999; p. 14; en inglés el original, la traducción es mía).

En cualquier caso, a pesar de estas extensísimas nóminas conciliadoras, el eclecticismo no es una opción. La mayoría de los textos reflejan cómo las disciplinas implicadas en la fundamentación de la TO se escinden e incluyen en diversas tipologías. Aunque sólo sea como recurso esquemático y simplificador, las podríamos condensar en dos: las aportaciones teóricas que, de la mano de

la medicina, conseguirían para la TO las exigencias mecanicistas y deterministas exigidas a cualquier ciencia (caso de la psiquiatría, incluso del psicoanálisis y el conductismo; ver Mosey, 1986, Paterson, 2002 y Gómez Tolón, 1997); y los que, de la mano de la filosofía, preservarían los supuestos morales y creativos del humanismo subyacente a labor terapéutica (caso de la filosofía idealista e, incluso, en derivas espiritualistas relacionadas con la experiencia estética; ver, por ejemplo, Reed, 1993; Reed y Sanderson, 1999 y Moruno, 2003). No vamos a detenernos aquí en estas cuestiones porque más abajo volveremos sobre ellas. Lo que ahora nos interesa es advertir cómo la identidad del terapeuta ocupacional queda estigmatizada y escindida entre dos compromisos conceptualmente incompatibles pero programáticamente irrenunciables.

Ubicado en esa encrucijada, y como no podía ser de otra manera, parece que el terapeuta sólo puede aspirar a encontrar respuestas integradoras en el omnipresente terreno institucional. Es más, teniendo en cuenta el calado epistemológico del problema, parece que este terreno sólo puede ser uno muy concreto, el mismo al que debe aspirar cualquier ámbito que busque, más allá de la profesionalización, su reconocimiento y sustantivización como “disciplina”: nos referimos al terreno académico. Los textos historiográficos suelen señalar las décadas de los 70, los 80 y los 90 como el momento en que se inicia el proceso de academización que culmina -con vocación teorética, primero, e investigadora y experimental, inmediatamente después- en la Ciencia Ocupacional (ver, por ejemplo, Moruno, 2002 o Schwartz, 2005). Idealmente, gracias a este proceso se deberían obtener garantías de que se está reglando un campo de actuación propio, una especialidad que administra una región

concreta de la realidad. Sin embargo, lo cierto es que la academización no ha evitado la inquietud epistemológica. Si acaso ha hecho más evidente el precario basamento de la TO subrayando la dependencia de otras disciplinas y multiplicando la propuesta de modelos, sistematizaciones y niveles teóricos (para una revisión y valoración tanto de las ventajas como problemas provocados por la profusión de modelos ver Moruno, 2002 y 2003); una cuestión que, seguramente, refleja los propios desencuentros entre las disciplinas de referencia (por ejemplo, entre la medicina y las Ciencias Sociales) o, incluso, entre las diversas alternativas teóricas que conviven en su seno (por ejemplo, en psicología, el conductismo, el psicoanálisis y el constructivismo).

Así las cosas, la institucionalización académica, más que a desterrar, ha venido a constituir y sustantivizar la crisis desarticuladora de la TO. Seguramente, esto explique que las moralejas al cierre de muchas narraciones históricas demoren las resoluciones óptimas a un medio o largo plazo. En ellas se constituyen y vaticinan imágenes de virtuales cierres disciplinares en que la TO alcanza, finalmente, su absoluta madurez. Los aspectos épicos y visionarios de ese tipo de mensajes son evidentes. Para Wilcock: "*Los problemas de hace unos 30 años permanecen como disuasivos en la actualidad, y la reorientación exigirá un esfuerzo enorme y un enfoque diferente del liderazgo en términos de definiciones de ejercicio profesional, requerimientos de educación, investigación apoyada y comentario informado y crítico hacia el mundo exterior. Para los terapeutas ocupacionales que realicen la transición, será necesario el compromiso y el espíritu precursor de los fundadores*". (Wilcock, 2005; p. 36). Por su parte, Gómez Tolón plantea que "*La historia de la terapia ocupacional*

comienza, en este momento, a unirse a la naciente ciencia ocupacional. La ciencia ocupacional se ha venido desarrollando de manera implícita en las últimas dos décadas, pero es ahora cuando se presenta como una referencia explícita y cuando se asocia intencionadamente al estudio de la terapia ocupacional. (…) *Podemos encontrarnos en un momento en el que se produce el replanteamiento de todo el contenido teórico de la terapia ocupacional a la luz de la nueva ciencia ocupacional*". (Gómez Tolón, 1997; p. 54-55). Por último, podemos citar la sensación de Schwartz de que "*Estar en el comienzo del desarrollo de una profesión es excitante y atemorizante. Significa admitir que existe mucho que no podemos conocer, y aceptar que pueden ser necesarios largos años de arduo desarrollo de la investigación y la preparación del terapeuta ocupacional profesional* (…) *Va a llevar tanto tiempo comenzar a cambiar hasta darnos cuenta de este potencial y generar una base de conocimientos como le ha llevado a la medicina y al derecho* […] *Aún debemos cumplir plenamente con este desafío y confiar en las generaciones futuras para completar la tarea. En este trabajo todos estamos unidos por un nexo común: la creencia compartida en el valor de la ocupación*" (Schwartz, 2005; p.12). La esperanza expresada por Schwartz condensa bien la estrategia retórica y conminatoria de los cierres; una estrategia que mantiene el estatus de la TO actual gracias a una buena salud institucional en lo profesional y académico y a un desplazamiento hacia el futuro de los conflictos teórico-epistemológicos.

En los cierres, por tanto, se dan la mano los dos ejes historiográficos – saliencia institucionalista y estado de desarticulación- que mejor revela la función identitaria ligada a la narrativización del pasado en el caso de la TO. La

generación, por esa vía, de una memoria colectiva entre los terapeutas ocupacionales implica prioritariamente reforzar la pertinencia de la disciplina a través de la evidencia institucional, tanto en lo profesional como en lo académico; todo lo cual no evita que las narraciones trasluzcan una inquietud teórico-epistemológica de base que, en el extremo, puede dar al traste con la pertinencia, si no la existencia, de la propia labor del terapeuta. Por eso son necesarios terapeutas convencidos; profesionales que sobre todo "crean en el valor de la ocupación".

Por supuesto, las cuestiones tratadas en los textos historiográficos no se agotan en los dos ejes articulatorios mencionados, ni siquiera en la lógica conminatoria que derivábamos de ellos. Si seguimos leyendo entre líneas podemos detectar cómo las narraciones que hemos analizado también transportan y manejan ideas que, transcendiendo la agenda identitaria, nos revelan un marco socio-histórico más complejo en el que entender la emergencia y reconocimiento de la TO actual. Trataremos de ofrecer algunos apuntes sobre tal marco en el próximo apartado.

Un sujeto moderno (muy) ocupado

Una pregunta que en algún momento ha podido asaltar al lector que ha seguido el argumento hasta aquí es si la mirada hacia el pasado ya sólo puede oscilar entre la historiografía erudita y taxidérmica de las disciplinas que gozan de prestigio y posición social y la historiografia hipertrofiada y revindicativa de las disciplinas que rezuman complejo de inferioridad identitaria y epistemológica. En realidad, si me he logrado explicar bien, se entenderá que

poco importa depurar la historia verdadera y dilucidar si estamos ante el devenir de una disciplina triunfante o fracasada. Lo interesante, más bien, es detectar las necesidades historiográficas exhibidas en cada caso particular y analizar el uso de la historia, su genuino "para qué". De hecho, esta sensibilidad crítica puede y debe hacerse extensible a las disciplinas que, como la medicina o la física, gozan de una supuesta historia exitosa.

Por supuesto, tratar de entender las condiciones de posibilidad que gestan el presente de cualquier disciplina exige que las típicas narraciones reconstructivas sean enajenadas, reubicadas en una dimensión más amplia, reflexiva y problematizadora de la que se puede permitir cualquier agenda identitaria. Y recurrir a tal ángulo en el caso concreto de la medicina es fundamental para reposicionar el foco analítico y repensar la relación mantenida entre todas las disciplinas de la salud –incluyendo la TO- y su supuesto objeto de estudio e intervención; a saber, el hombre moderno. Existen múltiples trabajos en esta última línea desde que Canguilhem (1986 y 2004) o Foucault (1986 y 1967) inauguraran sus programas genealógicos y críticos sobre las ciencias médicas. Atentos al lugar de privilegio que el ámbito médico ha ocupado en el mundo occidental, estas líneas han ofrecido una perspectiva que va más allá del mensaje de progreso ligado al paulatino "descubrimiento" de las funciones orgánicas humanas. Para esos autores, tanto o más importante es la posición que la medicina ha ganado entre las disciplinas capaces de asesorar el gobierno del sujeto y de ordenar su normalidad y anormalidad. Desde esta perspectiva, la medicina implica un ejercicio de poder orientado a mantener un *estatu quo* individual y colectivo a partir de la distinción entre lo insalubre o

enfermo y lo sano. Históricamente, toma cuerpo en una suerte de tecnologías e instituciones que, arropadas bajo el supuesto de cientificidad –concretamente bajo su aparente potencia predictiva y prescriptiva-, se convierten en administradoras legítimas de la salud, de lo que es bueno para el ser humano (para un desarrollo de estos aspectos en el caso de la TO, puede consultarse Gómez Tolón, 1997; aunque su perspectiva es mucho más tibia que la de Foucault a la hora de valorar la labor asistencialista del estado sobre la felicidad del individuo y el progreso social). En cualquier caso, la cuestión médica sólo es un síntoma de un proceso socio-histórico mucho más complejo.

Este último remite al marco más amplio de la construcción y gestión de la subjetividad propia de la modernidad. Aquí hablamos ya del proceso de transformación que se opera sobre la concepción del ser humano en el siglo XIX y que, básicamente, corre paralelo a los procesos de cambio socio-histórico que tienen como resultado la forja de los estados-nación modernos. Las revoluciones políticas, científicas y sociales que se inician a finales del siglo XVIII y que se proyectan hasta la segunda mitad del siglo XX exigen una nueva forma de "ser" humano, una nueva subjetividad que, como acertadamente ha señalado Florentino Blanco (2002), está ya condenada a subsistir en un estado continuo de crisis. En el caso de la TO, los textos historiográficos documentan perfectamente este estado de crisis perpetua cuando señalan los procesos inmigratorios masivos –típicos en el ámbito norteamericano-, la popularización de la tesis de la supervivencia del más apto, los movimientos de reforma social, la Primera Guerra Mundial, etc. (para estas cuestiones se puede ver Kielhofner, 1995; Reed y Sanderson, 1999, Peloquin, 1989, 1991 y Mosey, 1986). En

coherencia con ese escenario, Blanco nos presenta sujetos instalados en un mundo cuya estabilidad y orden racional, a diferencia del medievo, no está ya garantizado por la divinidad. Características de esta nueva subjetividad son, por tanto, las múltiples áreas de fraccionamiento o, en palabras de Gergen (1991), "saturación" del yo y de su actividad. Las líneas de fractura corren a lo largo tanto de la emergencia de un individualismo radical –distribuido, a su vez, entre los polos de lo público y lo privado, la razón ilustrada y el sentimiento romántico, el ocio y el trabajo, etc.- como de una profunda refiguración del pacto social –distribuido, por su parte, en la división del trabajo social, la barbarie y la civilización, las elites y el pueblo, etc.-.

Autores como Nikolas Rose (1996) o el propio Florentino Blanco (2002) han querido ligar esta dispersión crítica con la propia inestabilidad epistemológica de la psicología, aunque quizá lo más apropiado sería abrir la lente a toda la "cultura de la salud" y su malestar; o lo que es lo mismo, dar cabida a todas las disciplinas que Foucault engloba en el "campo psi". Ciertamente, el momento socio-histórico que venimos tratando corresponde con una revolución en las ciencias humanas en la que la psicología se erige como disciplina puente. Logra colocarse en un lugar crítico para gestionar la subjetividad o, como mínimo, asesorar a los agentes políticos y científicos que pueden tomar decisiones al respecto. Por esa vía, la psicología se convierte en el gozne aparentemente resolutivo de múltiples conflictos teóricos (cuerpo y alma, filosofía y ciencia, mecánico y volitivo, individuo y masa, etc.) y aspiraciones aplicadas y tecnológicas (psicología, del trabajo, psicología de la educación, psicología clínica, psicología jurídica, etc.). A pesar de todo, es

evidente que el escenario de la crisis de la subjetividad moderna también viene a ser colonizado, desde compromisos eminentemente prácticos, por disciplinas como la enfermería, el trabajo social y, por supuesto, la TO. De hecho, como la psicología, la TO tiene que bregar con fraccionamientos fundamentales, entre lo individual y lo colectivo, del sujeto moderno: el ocio frente al trabajo, el sentimiento frente a la razón, el cuerpo, frente al alma, etc. Así las cosas, es difícil discutir que la medicina consiga la posición efectiva de poder institucional en la gestión del Yo moderno y que la psicología ocupe un lugar nuclear en su justificación teorética. Pero también es evidente que la TO posee coordenadas propias, una longitud y una latitud, en esa zona crítica en la que se está inventando y fraccionando el ser humano contemporáneo. La saliencia del acontecimiento institucional y la desarticulación disciplinar, que analizábamos en el epígrafe anterior, reflejan, precisamente, los inauditos equilibrios realizados para poder entrar al reparto de los pedazos de esa tarta.

Llegados a este punto, podemos redefinir la mirada hacia el pasado de la TO a partir de su relación con la construcción de la subjetividad moderna. Si mantenemos esta referencia en nuestro horizonte analítico, podemos recurrir perfectamente a los textos historiográficos al uso, identificar los rasgos teoréticos que se reclaman como propios y distintivos de la disciplina y reubicar su sentido en el contexto general de las prácticas articuladas en torno a la salud. Concretamente, vamos a detenernos en el eje en torno al que se articula la apuesta interventiva de la TO, la “ocupación significativa”, desglosándolo en los dos pilares que sustentan su núcleo teórico-metodológico”. Sin duda,

significatividad y ocupacionalismo son cuestiones que aparecen de manera constante y recurrente en las narraciones históricas.

Significatividad

Desde el punto de vista de Crepeau, Cohn y Schell, "*En el centro de la terapia ocupacional está el compromiso de enfocar a la persona como agente activo que busca realizar actividades diarias importantes*" (Crepeau, Cohn y Schell, 2005; p. 28). En una línea muy similar, Wilcock define la TO como "*el arte y la ciencia de ayudar a todas las personas a participar en las actividades diarias que son importantes para ellas y para su salud y bienestar*" (Wilcock, 2005; p. 34). Del mismo texto de Wilcock podemos extractar un párrafo de la famosa Carta de Ottawa donde se señala la importancia de "*aumentar las opciones disponibles para que la personas ejerzan más control sobre su propia salud y sus ambientes, y que hagan elecciones que conduzcan a la salud*" (OMS, carta de Ottawa, cit. en Wilcock, 2005; p.). En todos estos casos, podemos observar cómo los profesionales de la TO consideran que quizá su objetivo fundamental sea velar por la libertad de elección, decisión y acción del sujeto individual como vía regia para la consecución de salud, bienestar y felicidad. Ahora bien, cabe suponer que esa supuesta cualidad agencial del sujeto, el lugar donde parece arraigarse su propia condición de individuo reflexivo, no sea algo tan natural como hemos llegado a pensar.

Nikolas Rose (1996) ha señalado que uno de los puntos fundamentales de la agenda moderna es la creación de un espacio interno en el ser humano; un lugar capaz de dar cobijo a los supuesto de individualidad, autenticidad y

volición. Todo ello se pondría, además, al servicio de orientar al sujeto a los tres valores más fomentados por las democracias occidentales; precisamente, la felicidad, el bienestar y la salud. Quizá la tarea fundamental de todas las disciplinas implicadas en el "campo psi" fue, precisamente, garantizar, tanto desde el punto de vista teorético como tecnológico, este espacio. Efectivamente, desde principios del siglo XIX una de las cualidades que comparte la estructura de todos los saberes decimonónicos es el trato con los fundamentos, interiores e inaprensibles a simple vista, del ser y el devenir (puede verse Foucault, 1999). Conceptos como *historia*, *evolución*, *espíritu*, *carácter*, etc. vienen a reflejar esa preocupación radical por las simas genealógicas y ontológicas del ser. El esfuerzo teorético supone tratar de tematizar el lugar primigenio de la identidad y la actividad humana; o, lo que es lo mismo, las condiciones de autenticidad, peculiaridad y, sobre todo, agencialidad exigidas al tipo de sujeto que se inaugura en el siglo XIX.

La medicina, desde su panóptico hospitalario, no tendrá problema en asimilar ese lugar al entramado anatómico-fisiológico del ser humano. Por su parte, la filosofía, todavía máxima garante de la *Weltanschauung* –síntesis unificadora de las todas ciencias- en el domino académico, enarbola el concepto de espíritu como espacio de la incertidumbre, la genialidad, la originalidad o el libre albedrío. Mientras, la tarea característica de las novedosas y flamantes Ciencias Sociales decimonónicas será, precisamente, intentar resolver el tránsito entre esos dos poderosos discursos; algo que condicionará tanto los puntos de vista teoréticos -los de la psicología general o la sociología- como los prácticos e interventivos -los de la psicología aplicada, la enfermería o la TO-.

Posiblemente, cuando la historiografía de la TO convierte el holismo en una cualidad irrenunciable de la disciplina no hace más que replicar el intento precario por preservar la unión antropológica de los dos antagonistas formulados, respectivamente, por el positivismo médico y el idealismo filosófico. Lo que también cabe decir de esta unión es que funciona, más bien, como un presupuesto metahistoriográfico. Al menos, las narraciones nunca documentan con precisión encuentros de tales antagonistas, más bien todo lo contrario. Lo que se suelen señalar son las fricciones (sirvan de ejemplo las narraciones de Caplan, 1969; Moruno, 2003; Gómez Tolón, 1997 y Reed y Sanderson, 1999).

Los desencuentros entre ambas perspectivas suelen ubicarse particularmente en el terreno de la emotividad, en la forma de evaluar la supuesta base afectiva del ser humano. Así, por ejemplo, Gómez Tolón señala cómo el tratamiento moral ideado a principios del siglo XIX por Philippe Pinel "*pretende la superación del factor emocional que acompaña a cada enfermedad* [de tal manera que] *Análisis, razonamiento y planificación son principios necesarios para la utilización del tratamiento moral"* (Gómez Tolón, 1997; p. 42). Este tipo de ejemplos engrana bien en la construcción de una vertiente del pasado ligada a la tesis mecanicista y proyectada sobre la sensibilidad psiquiátrica y, como bien muestra Gómez Tolón, del tratamiento moral en la TO. Suele remontar la tradición empirista de Locke, Condillac y Hume para destacar un fundamento sensista y, por extensión, fisiológico y cerebral de la actividad humana. Desde este punto de vista, las impresiones del ambiente determinan las ideas, contenidos y procesos cerebrales. Precisamente, la experiencias impactantes y descoordinadas producirían excesos e interferencias

emotivas, perniciosas para un adecuado procesamiento cognitivo y, por ende, un comportamiento normal.

Alternativamente, se pueden detectar comentarios que plantean que "*Los terapeutas deben conocer los sentimientos y las intenciones humanas, así como el significado más profundo de las vidas de las personas* (...)" (Crepeau, Cohn y Schell, 2005; p. 29). Este proyecto es el referente de una segunda vertiente histórica relacionada con las tesis espiritualistas y asimilada a la sensibilidad humanista e, incluso, religiosa y, concretamente, cuáquera de la TO. La idea básica es que tras la enfermedad se encuentra siempre el sentimiento y la emoción propiamente humanos, y por ello es pertinente la atención al sujeto aunque la cura sea imposible

Sin duda, ambas líneas historiográficas se levantan sobre la diatriba crucial de la subjetividad moderna, sobre todo desde que el romanticismo a finales del siglo XVIII y principios del XX convirtiera lo sentimental en la auténtica base constitutiva y definitoria de la vida y experiencia humana, tanto en sentido individual (el genio o el héroe romántico) como colectivo (el espíritu o el alma de los pueblos). Ocurre que, andando el siglo, evolucionismo y psico-fisiología mediante, la emotividad también empieza a revelar un lado oscuro preñado de irracionalidad y puro instinto. El sentimiento que antes nos acercaba a lo divino –el genio, la creatividad- también puede ser el eslabón con el mundo animal –la degeneración, el automatismo-. Complementariamente, la normalidad quedará definida como un amplio y equilibrado territorio entre ambas posibilidades. Esto es perfectamente coherente con la agenda de la modernidad, la cual necesita básicamente sujetos moderados cuando no

"mediocres", tan creativos o libres para elegir en un mundo globalizado como alienados y mansos para convivir en el estado del bienestar. ¿En qué consiste si no la felicidad tal y como se entiende en las democracias de hoy en día? Desde el inicio del siglo XIX hasta hoy en día, la retórica de los sentimientos ha ido constituyendo, por tanto, la identidad, autenticidad y agencialidad de lo humano, convirtiéndose, de paso, en la base diagnóstica sobre la que hay que operar –potenciando, reprimiendo y transformando los afectos- para poder construir subjetividad normal o, como plantearía Norbert Elias (2000), "civilizada".

Ahora bien, ¿cómo operamos sobre un fundamento que la modernidad ha definido, precisamente, por su inaprensibilidad, por sus instalación en lo más recóndito de la vida?. Si la medicina se centra en el cuerpo, la psicología en las medidas de la mente o la enfermería en la estructura del cuidado, la TO va a solucionar el problema derivando su programa terapéutico hacia la actividad desempeñada por el sujeto y, muy particularmente, a su "significado". Así, hasta en el pasado más remoto de la profesión siempre se podría detectar un interés constante porque "*El concepto básico de que la ocupación (actividad significativa y con un propósito) pueda ser una fuerza positiva para influir sobre el estado de salud de un individuo*" (Durante, 1998; p. 35). De esta manera, parece claro que, en la actualidad, sólo puede pensarse que: "*En todos los casos, los profesionales de la terapia ocupacional están interesados en permitir a las personas participar tan plenamente como sea posible en la sociedad y realizar sus metas individuales. El objetivo primordial de la terapia ocupacional es mejorar la salud y la calidad de vida de las personas a través de la*

participación en ocupaciones importantes y revestidas de significado" (Crepeau, Cohn y Schell, 2005; p. 28).

Es evidente que todas las perspectivas coinciden en destacar la "significatividad", aunque también es claro que no todas entienden lo mismo por ella. En realidad, en esas posiciones volvemos a encontrar la tensión del antagonismo emotivo que venimos planteando. Por un lado, aquellas que parecen ubicar la capacidad decisoria del sujeto, su "agencialidad", en entresijos anatómico-fisiológicos; todo lo cual deriva las opciones interventivas hacia el comportamiento observable desplegado. Por extensión, la significatividad queda asimilada al objetivo –material o terapéutico- de la tarea o, más bien, a lo que el terapeuta considera el objetivo de la tarea –el "propósito" que maneja, sobre todo, la TO del ámbito anglosajón-.

Los ejemplos a este respecto se multiplican en los textos. Históricamente, Creek encuentra un antecedente directo en Pinel y su idea de que "*la más firme y posiblemente la única garantía de conservación de la salud, las buenas costumbres y el orden, es la ley de un trabajo mecánico, rigurosamente ejecutado*" (Creek, 1997; 1p. 17). También en relación con las "raíces históricas de nuestra profesión", Durante detecta numerosas definiciones de la TO, pero aseverando que "*Sea cual sea el período en que se haya hecho cualquiera de ellas, hay un punto en común a todas: la actividad, utilizada de manera propositiva, puede facilitar un cambio positivo en el nivel funcional de una persona*" [de tal manera que] *El propósito en la actividad significativa es producir una respuesta calculada del paciente ante la actividad que se aplica a sus objetivos de tratamiento*" (Durante, 1998; p. 37). Así, en el

escenario contemporáneo: *"La actividad en el ejercicio tiene un fin en sí misma, no tiene un significado previo a su utilización terapéutica. El significado, entendido como sentido, sólo lo adquiere el ejercicio al ser diseñado y utilizado con la finalidad del adiestramiento o terapia*" (Gómez Tolón, 1997, p. 43). De hecho, el esquema que privilegia la tarea afecta a fundamentaciones tan profundamente subjetivistas como la psicoanalítica, al menos si consideramos como representativa la posición de Wilma West y su idea de que "*La actividad sirve como un proceder basado en el ensayo y error para desarrollar las destrezas del yo…*" (citado en Gómez Tolón, 1997; p. 49).

Desde estas perspectivas, parece que hay una aspiración histórica y constante para lograr manipular el significado de la tarea y, lo que es más importante, al margen del propio sujeto. De hecho, nótese que en la mayoría de los ejemplos ofrecidos este último no está contemplado, y cuando sí lo es –en el caso del psicoanálisis- se le intenta convertir en un mero receptáculo de la intervención. En realidad, éste es el meollo de la cuestión. El sujeto no ha desaparecido de las propuestas, tan sólo ha quedado elíptico como sistema cognitivo y sensitivo-motriz sobre el que ha de obrar la propia estructura de la tarea y, particularmente, su finalidad. La emotividad constitutiva del sujeto queda así supeditada al ajuste medio-ambiental o, en el peor de los casos, combatida en sus excesos y desmesuras afectivas.

Lógicamente, la propuesta alternativa a la ya revisada tiene que caer del lado del sujeto, de sus valores y emociones más auténticas. La instancia agencial del sujeto se estructura en relación con lo que tiene importancia para él, con motivos internos o con lo que él decide que es o debe ser su vida. En

ello encontramos el "significado" que nos hace actuar en una dirección concreta. Ciertamente, tal perspectiva no implica necesariamente contradicciones con las posiciones centradas en la tarea[10]. Pero se distancia abiertamente de ellas en lo que tiene que ver con la ponderación tanto del elemento anatómico-fisiológico como de la lógica remediativa-paliativa de la tarea. Por un lado, lo anatómico-fisiológico funciona ahora como antagonista patológico. Es aquello que tara el posible desarrollo de una personalidad integral y con capacidad para decidir libremente o, al menos, creativamente, originalmente, imprevisiblemente, en definitiva, de forma no mecánica –como sí cabría atribuir a nuestro organismo- (ver, por ejemplo, Moruno, 2002; Peloquin, 1991). Por otro lado, esta propuesta observa la orientación estrictamente remediativa o paliativa como una limitación a las actividades automatizadas, mecánicas y repetitivas. Éstas, centrándose meramente en la rehabilitación de músculos u órganos dañados, asimilan la TO a la fisioterapia (ver Kielhofner, 1995; Moruno, 2002).

Quizá por ello algunos planteamientos centrados en la significatividad subjetiva han encontrado en el arte y el juego actividades interventivas ideales; cuestión que los textos historiográficos remontan a la influencia del movimiento de las artes y oficios y al "Settlement Movement" norteamericano (ver a este respecto, Moruno, 2003; Reed y Sanderson, 1999; Schwartz, 2005; Moix, 1991). Esto no sólo responde a que, a modo de marchamo identitario, estas actividades permitan distanciar los métodos propios de la TO de la tutoría del

[10] De hecho, ambas perspectivas son habituales en los mismo textos. Por ejemplo, Durante, que destacaba el valor de los componentes significativos de la tarea, también hace hincapié en la "*utilización de los necesidades, valores e intereses de los pacientes para la estimulación de la actividad constructiva"* (Durante, 1998; p.38).

modelo médico. Lo que se destaca sobre todo es su supuesta facilidad para catalizar las potencias expresivas del sujeto. Por supuesto, también aquí hay que establecer matices, dado que incluso las tareas cercanas a lo estético y lo lúdico pueden caer del lado de una interpretación remediativa, mecanicista y automatizadora; todo ello, al margen de cualquier aspecto creativo. En este sentido, no son pocas las narraciones historiográficas que remontan el pasado remoto reclamando para la historia de la TO protocolos gimnásticos, actividades recreativas o labores manuales o entrenamientos artesanos ajustados a aquella interpretación (ver, por ejemplo, Durante, 1998; Reed y Sanderson, 1999). Sin embargo, lo habitual es que, si una actividad se considera eminentemente artística, defina una frontera clara entre la mera rehabilitación física o automatización muscular y la sumisión del cuerpo a una tarea capaz de exhibir o hacer cristalizar la subjetividad más pura.

Nuevamente, la cuestión se localiza en las mismas raíces históricas reivindicadas por la TO; y así, a decir de los textos, la "fundadora" Eleonor Clarke Slagle ya señalaba cómo "(...) *La artesanía es muy usada generalmente, no sólo porque sea muy diversa, cubriendo un campo que va de lo más elemental al mas alto grado de habilidad; sino también, y fundamentalmente, porque su desarrollo está basado en impulsos primitivos*". (cit. en Gómez Tolón, 1997; p. 45). Esa misma actividad artesana y manual es la que, según otro de los "fundadores", Hall, convierte al ser humano en verdadero creador; es más, lo acerca a la fuerza creadora del mundo (ver a este respecto Kielhofner, 1995). Ni que decir tiene que detrás de estas dos alternativas expresivas está aquella base emotiva sustantivizada por el pensamiento decimonónico; aquella que,

tematizando la simas de la auténtica subjetividad, podía subyacer tanto a nuestra naturaleza más primitiva –en este caso en la versión positiva del buen salvaje- como a nuestra potencial divinidad. Por supuesto, el correr de los tiempos va diversificando y ofreciendo imágenes alternativas para el principio engranado en las actividades artísticas y manuales; entre las ligadas a la TO, la originalidad y responsabilidad individual, el disfrute de la tarea, la preservación de las capacidades y el orgullo del artesano o la superación del padecer y el sufrimiento. Como exploraremos en el siguiente epígrafe, se trata de imágenes que en buena medida se formulan por oposición a la lógica mecanicista de la sociedad industrial (ver Reed y Sanderson, 1999 o Mosey, 1986). Lo que nos importa ahora de ello es que, bajo tal perspectiva, el arte se convierte en una vía regia para superar cualquier tipo de alienación; o lo que es lo mismo, para que el sujeto llegue a ser más libre y feliz (sobre estos aspectos ver, por ejemplo, Moruno, 2002; Gómez Tolón, 1997)

Elegir el arte, lo lúdico o el trabajo manual creativo como alternativa terapéutica no supone, por tanto, y como bien advierte Moruno (2002), una toma de postura anecdótica, frívola o excéntrica en TO[11]. Como mucho, supone una opción un tanto "pasada de moda" en lo que tiene que ver con sus supuestos teóricos. Efectivamente, aunque las historiografías de las Ciencias Sociales al uso suelen olvidarlo, a lo largo del siglo XIX el dominio estético se convirtió en un campo de pruebas fundamental para explorar los límites de la

[11] Hoy en día, el ascendente médico y fisicalista dentro de la propia TO ha eclipsado en buena medida el uso de actividades artísticas y creativas como métodos específicos de la disciplina; precisamente, por carecer de entidad científica. El descrédito ha provocado que, aunque el arte convoque numerosos lugares comunes en las introducciones y textos teórico-historiográficos, apenas se implemente en herramientas interventivas.

subjetividad moderna y sus funciones (puede verse a este respecto Castro, Pizarroso y Morgade, 2005). Lo que sucede es que el mismo arte contemporáneo, vanguardias, experimentalismo y postmodernidad mediante, ha venido a subvertir esa lógica proponiendo sus propios modelos de sujeto; si bien es cierto que algunas disciplinas, y no sólo la TO, han hecho caso omiso de ello, bien manteniendo sus tesis sobre la expresividad estética o, simplemente, orientando sus esfuerzos analíticos o tecnológicos hacia áreas menos subversivas para con la "subjetividad" o la "realidad".

Así, si el arte es una referencia tecnológica para la TO, lo es en la medida que sirve de vehículo para el principio de agencialidad significativa; es decir, en la medida que está comprometida con la autenticidad y originalidad del sujeto. Y esto hace posible que, sosteniendo una concepción holística del ser humano, la TO haya decidido, en buena medida, renunciar a muchas de las "ventajas explicativas" de la agencialidad mecanicista típica del modelo médico. Sin duda, hay que suponer detrás de esa decisión histórica el miedo a ser fagocitada institucionalmente por la institución médica, pero también su compromiso puramente moderno con un espacio interno de despliegue creativo. Especularmente, quizá también sea este el motivo de que, como ocurre con otras disciplinas de la salud, la potente institución médica acepte convivir con ella, aunque, eso sí, sólo en lo que tiene que ver con sus dimensiones meramente asistencialistas. Sea como fuere, tanto el imperio mecanicista de la medicina como la estrategia creativa de la TO, sólo están reflejando las dos caras del mismo sujeto de la modernidad. Ambas son imágenes agenciales susceptibles de control y ordenación. Y lo que es más

importante, ambas son necesarias para poder, si no superar, sí sobrellevar las múltiples contradicciones y tensiones producidas por la experiencia fragmentaria que aquella demanda. Pero esto nos lleva a un territorio más amplio que exploraremos en el próximo epígrafe.

Ocupacionalismo

En línea con la reificación de la subjetividad moderna, terapeutas ocupacionales como Crepeau y colaboradores pueden plantear que "*las personas son más auténticas en sus aspectos humanos cuando participan en una ocupación*" (Crepeau, Cohn y Schell, 2005; .p. 30). Como hemos señalado siguiendo a Nikolas Rose (1996), esta idea de autenticidad, típica de todas las disciplinas que a lo largo del siglo XIX se van a articular en torno al fenómeno humano, está estrechamente ligada a la propuesta y construcción de un espacio de interioridad y unicidad en el seno del sujeto. Sin embargo, el propio Rose advierte del despliegue de un proceso correlativo y especular que actúa, hasta cierto punto, en la dirección contraria; esto es, la de una subjetividad distribuida en múltiples identidades, actividades u "ocupaciones". Efectivamente, reflejos de este segundo proceso podemos encontrar en el mismo texto de Crepeau y colaboradores cuando señalan que "*La ocupación en terapia ocupacional proviene del uso más antiguo de la palabra, y significa de qué modo las personas emplean u "ocupan" su tiempo. Como tal, la terapia ocupacional se refiere a todas la actividades que ocupan el tiempo de las personas y que dan significado a sus vidas"* (p. 28); más aún, estos autores llegan a hablar del "(...) *proceso imaginativo a través del cual las personas*

crean nuevas identidades ocupacionales", de tal manera que "... *las ocupaciones de las personas son fundamentales para su identidad y* (...) *pueden reconstruirse a través de sus ocupaciones*" (Crepeau, Cohn y Schell, 2005; p. 28-29).

En la tesis metahistoriográfica de Rose, esta subjetividad distribuida se liga estrechamente a la generación de mecanismos externos de gobernación que garantizarían la lógica funcional del estado moderno occidental y, en el límite histórico, de su versión democrático-liberal[12]. En realidad, esta perspectiva engloba la propia invención del "sujeto individual" al envolverlo en un entramado tecnológico más complejo; una red en la que la propia idea de subjetividad se convierte en el medio a través del cual el sujeto interioriza o, más bien, se convierte en un "plegamiento" de las alternativas de la realización social previstas por el orden colectivo y el estado (la idea de plegamiento aparece originalmente en Foucault, aunque es elaborada y desarrollada por Deleuze, 2003 y el propio Rose, 1996).

Sin duda, es cierto que desde los inicios del siglo XIX el estado liberal que viene a sustituir los viejos modelos monárquicos tiene como tarea

[12] En algún trabajo hemos criticado el excesivo presentismo de Rose al relacionar la deriva de la psicología, en sentido amplio, con la búsqueda del tipo de sujeto deseado por las modernas democracias occidentales (Vid.: Castro y Lafuente, en prensa). En realidad, la psicología decimonónica, con su capacidad polimórfica, estuvo en condiciones de responder a múltiples demandas y sistemas socio-políticos, desde el fascismo hasta el comunismo, pasando por la lógica colonial. Sí es cierto que las circunstancias histórico-sociales privilegiaron desde las décadas de los treinta y los cuarenta una trayectoria disciplinar sensible al modelo de sujeto anglosajón. A la vista de sus narrativas históricas, esto también sería válido para la TO; muy concretamente en lo que toca a la sustitución del tratamiento moral –humanista e integrador para con el paciente- por el internamiento psiquiátrico -centrado en la etiología fisiológica en detrimento de la psicológica y ambiental- (para estas cuestiones se puede ver Kielhofner, 1995; Reed y Sanderson, 1999; Peloquin, 1989). Entre los condicionantes socio-históricos particulares de tal circunstancia hay que tomar en cuenta las propias transformaciones socio-políticas de la sociedad norteamericana. Un buen síntoma de ello fue el abandono del pragmatismo social de autores como Dewey en beneficio de las perspectivas mecanicistas y, al tiempo, individualistas del neoliberalismo.

fundamental administrar la identidad y actividad de sus sujetos. En buena medida, son esos programas más que ningún otro motivo los que generan la pluralidad de subjetividades o identidades disponibles para un ciudadano que habita una realidad social de múltiples caras. La instancia subjetiva –anatómico-fisiológica o emotivo-psicológica- que custodiaba la capacidad de decisión del individuo se traduce, ahora, a las posibilidades de dispersión funcional de la actividad del sujeto. La tarea del estado es, precisamente, gestionar esa actividad, ordenarla dentro del proyecto social para que funcione en relación con la cohesión y la productividad del grupo. En cierto sentido, las potentes teorías sociológicas de la división del trabajo social o la lucha de clases son tanto análisis descriptivos como gramáticas prescriptivas de la acción para ese escenario. Correlativamente a ellas, aparecen las metáforas energéticas que tratan de retraducir, cuando no coligar, las tesis espiritualistas o fisiologicistas de la volición humana. La energía o la fuerza de trabajo se puede vender, comprar, empeñar o malgastar, se puede, en definitiva, gestionar en múltiples frentes[13].

No es coincidencia que, andando el siglo, las modernas disciplinas del hombre y la salud empiecen a mostrar derivas teóricas y aplicadas paralelas a cada una de las identidades o actividades fragmentadas que idealmente cabía

[13] Nos parece muy significativo a este respecto la recuperación literal del concepto de "energía" como una manera de coligar las supuestas necesidades de los legos en materia de TO con las soluciones que pueden llegar a aportar los profesionales. En concreto, ésta ha sido una estrategia promocional seguida recientemente por Wilcock (2005). En su estudio muestra cómo el sujeto de la calle establece una estrecha relación entre salud y energía. En torno a esta última se suelen articular cuestiones como vitalidad física y psicológica, entusiasmo por el trabajo, posibilidad de poder hacer lo que se desea cuando se desea, alerta mental, felicidad, placer o, incluso, espiritualidad. Wilcock llega a plantear la identidad de lo energético con lo ocupacional, hasta el punto de que "*Aunque la ocupación es considerada como parte de la trama ordinaria de la vida, es tan penetrante en todos los aspectos de la vida que es fácil ignorar su relación con la salud*" (Wilcock, 2005; p. 35).

gestionar. Por supuesto, es en el terreno aplicado donde las costuras de la actividad del sujeto se hacen más evidentes y donde la empresa de la TO se disemina siguiendo la estela de los múltiples ámbitos profesionales. Hablamos, claro está, de lugares clave para gestionar y controlar la subjetividad moderna: el trabajo, la educación, la jurisidicción y, sobre todo, la clínica[14] con su capacidad para administrar la brecha entre anormalidad y normalidad o, en su nomenclatura medicalista, la salud y la enfermedad (el peso histórico de la salud mental en la TO es más o menos explícito en todos los textos: para una opción explícita en este sentido, ver, por ejemplo, Paterson, 2002). Particularmente en el caso de la TO, las narraciones historiográficas destacan un rasgo disciplinar distintivo relacionado con una gestión saludable –valga decir normalizadora- del tiempo y energía implicado en las diversas actividades diarias. Así, es un lugar común entre los historiadores de la TO reclamar como antecedente fundamental de la disciplina a Adolf Meyer y su idea de "*que los ritmos de la vida (trabajo, juego, descanso y sueño) debían mantener un equilibrio y que este equilibrio se conseguía por el hacer y la práctica habitual, con un programa de vida saludable como base para un sentimiento o emoción saludable. Dado que él sentía que el deterioro del hábito era, en parte, causa de la enfermedad mental o un síntoma de ésta, creía firmemente que el uso*

[14] A nadie escapa el paralelismo con el desarrollo de las aplicaciones de la psicología en el escenario moderno. Es más, las semejanzas no se agotan en los aspectos prácticos y alcanzan también los teóricos. La deriva histórica de la TO ha arrastrado incardinada una concepción fragmentaria del sujeto que prácticamente replica la de la psicología; y esto tanto en lo que toca a la multiplicidad de teorías explicativas disponibles -la teoría kuhniana que Kielhofner (1992) aplica al devenir de la TO ya había sido empleada en psicología por Caparrós (1980) y Leahey (1982)- como a la propia estructuración del modelo de sujeto manejado (la moderna propuesta de niveles explicativos –físico, biológico, procesamiento de información, socio-cultural, valoración-simbólico, etc.- de autores como Reed y Sanderson, 1999, sigue fielmente la de cualquier manual introductorio a la psicología, véase sobre este punto, Castro, Blanco, Jiménez y Morgade, 2001).

sistemático de intereses y del tiempo era una parte fundamental de la terapia" (Durante, 1998; p. 33; ver también Gómez Tolón, 1997). Lógicamente, lograr cierto ascendente sobre esta cuestión ha sido crucial a la hora de apuntalar la identidad de la profesión frente a otras disciplinas de la salud[15]; de tal manera que, por ejemplo, para Reed y Sanderson: "*En particular, la terapia ocupacional se centraría* [a diferencia de disciplinas cercanas como la enfermería o el trabajo social] *en el hábito y orden de la ocupación de la vida cotidiana*" (Reed y Sanderson, 1999; p. 17; en inglés el original, la traducción es mía)[16]. Pero lo

[15] La "administración del tiempo" es un rasgo identitario que, concretamente, permite tomar distancia respecto de la enfermería. Si frente a la fisioterapia se exhibe la significatividad subjetiva de la tarea, frente a la enfermería se muestra la preocupación por la gestión del "cuidado" más allá de la enfermedad y el contexto de convalecencia.

[16] Wilcock ha llevado a un extremo presentista e, incluso, anacrónico la reivindicación de ese rasgo al remontar la relación entre salud y gestión del tiempo de actividad hasta, prácticamente, el origen de la humanidad. Transcribimos una amplia cita en el contexto de la importancia que tiene para Wilcock la idea de que la salud se crea cuidándose a sí mismo y a los otros y pudiendo tomar decisiones y teniendo el control sobre las propias decisiones vitales (Wilcock, 2005). Según los "hallazgos" de sus propias investigaciones históricas: "*cuando las personas vivían naturalmente, de forma similar a otras especies, la naturaleza propiamente dicha imponía regímenes ocupacionales de autosalud. La ocupación por la propia salud en el ambiente natural es un mecanismo de supervivencia integral que debemos considerar conscientemente en el ambiente artificial en el cual muchas personas viven ahora. Este ambiente artificial ya no brinda oportunidades del mismo tipo o en la misma medida para atender la propia salud; pero durante miles de años, cuando la vida era decididamente más impredecible y tenía menos limitaciones, las personas participaban en una serie ocupacional continua de actividad y descanso de acuerdo con la variación diurna y las estaciones. Para sobrevivir, las personas se enfrentaban con muchas y variadas dificultades a fin de satisfacer sus requerimientos diarios y dependían del colectivo social de la comunidad en la que vivían. Los individuos, a menudo en consulta con sus familias y otros miembros de la comunidad, determinaban qué ocupaciones los hacían sentir mejor cuando estaban enfermos, sea que su salud mejorase con el descanso o la actividad. Es probable que también hicieran uso de sus aparentes capacidades inventivas para adaptar las ocupaciones o las herramientas con el objetivo de permitir que llevaran a cabo las actividades de la vida diaria a pesar de la disfunción. No fue hasta fines del siglo XIX cuando el personal médico entrenado comenzó a reemplazar estos enfoques legos del mantenimiento de la salud*" (Wilcock, 2005; p. 34). Lo valioso del argumento de Wilcock es, principalmente, la detección de una rearticulación de la actividad y, con ella, de la concepción del ser humano en el escenario moderno. Wilcock también advierte perfectamente la emergencia en el siglo XIX de disciplinas específicamente orientadas a la gestión y ordenación del tiempo del que dispone el sujeto. En cualquier caso, desde nuestro punto de vista, la emergencia de profesiones orientadas a estas cuestiones tiene que ver más con la búsqueda de un acomodo institucional que aproveche las demandas y problemas del modelo de convivencia y subjetividad propuesto por los agentes sociales relevantes de la modernidad. Más complejo nos parece defender razones derivadas del abandono de un escenario "natural" para pasar a otro "artificial", o del avance "científico" en la comprensión de la naturaleza y necesidades del ser humano como tal.

más interesante es que, con su interés por la gestión del tiempo y la energía de la vida cotidiana, la TO vuelve a reubicarse en uno de los goznes estructurales del sujeto moderno: concretamente, en aquel que ordena la actividad diaria en torno a la distinción nuclear entre tiempo de trabajo, ligado al esfuerzo y la producción y respaldado por los presupuesto agenciales del automatismo y mecanicismo, y tiempo de ocio, ligado al reposo y la recreación y soportado por los presupuestos agenciales creativos y contemplativos.

Es evidente que estamos ante dos facetas que, siendo ambas necesarias para la sustentación del proyecto de sujeto de la modernidad, no siempre resultan fácilmente conciliables. Por supuesto, como fiel reflejo de la paradoja moderna, el innegociable presupuesto holista que la TO ejerce sobre la actividad humana trabaja en la dirección de reunir y la equilibrar ambas. Así, en los textos historiográficos encontramos cómo ya con la aportación fundacional de Adolf Meyer "(...) *el tratamiento se volvió una mezcla de placer y trabajo que incluía actividad productiva y recreación*" (Durante, 1998; p. 33); circunstancia que alcanza la redacción contemporánea de la carta de Ottawa y su afirmación protocolaria de que "*trabajo y ocio deben ser una fuente de salud para las personas*" (cit. en Wilcock, 2005; p. 37). Hay, en efecto, una intención simétrica a ese respecto que recorre la agenda programática a de la TO. Pero, en no pocas ocasiones, ocurre que la gestión de la actividad exige sopesar el valor –utilitario, moral, etc.- de cada una de las dos facetas expuestas y de sus presupuestos agenciales. En esto casos los desequilibrios de la balanza hacia uno u otro lado se hacen manifiestos e, incluso, se reflejan en la misma reconstrucción histórica de la disciplina; si bien puede ser de forma sutil –como

cuando Durante (1998) recupera la obra de Herbert J. Hall y su división de las ocupaciones entre las de diversión o entretenimiento, dirigidas a pacientes en estadios avanzados o incurables de la enfermedad, y remediadoras, orientadas a pacientes que encontraban un valor terapéutico y económico en el trabajo restaurativo (Durante, 1998; p. 33)-, sensible –como cuando Paterson (2002), tratando la relación decimonónica entre individualismo, trabajo y mundo industrial, describe el uso de pacientes físicamente aptos para el trabajo en las cocinas, lavanderías, granjas y jardines de los asilos y su relación con motivos económicos y, al tiempo, terapéuticos- o declarada y manifiesta –como cuando Moruno (2002), al analizar la función del trabajo en el seno del tratamiento moral del siglo XIX, lo asimila a un medio coercitivo para ordenar la actividad productiva del sujeto; todo muy en la línea de los intereses de clase social media-alta-.

En realidad, a esta gradación e, incluso, polarización de actitudes hacia el fundamento laboral u ocioso de la TO, subyace una confrontación más genérica de dos modelos de mundo –y tempos de actividad correlativos- que también son típicamente modernos. Efectivamente, desde mediados del siglo XIX ya es clara la diatriba planteada entre una opción naturalista –nostálgica y con cierta simpatía por la estabilidad inmovilista del antiguo régimen- y otra industrialista –prefigurador del capitalismo y partidaria de la continua movilidad socio-económica-.

Las aproximaciones más críticas de la historiografía de la TO han intuido bien la profunda imbricación del segundo modelo con la moral protestante. Desde ese punto de vista, autores como Moruno (2003), Gómez Tolón (1997),

Reed (1993) o Paterson (2002) han defendido que los primeros pasos de la disciplina a través del tratamiento moral de Pinel se caracterizan por observar la organización de las tareas como una manera de alcanzar una rectitud ética, como una manera de responder a las expectativas de orden y productividad previstas en el modelo burgués. El significado y componente agencial de la tarea, ya lo sabemos, no se ubica aquí del lado de la supuesta subjetividad individual, sino de un ajuste adecuado de sus valores y tareas al medio social. Sin duda, a esta perspectiva subyace la exitosa tesis sociológica planteada hace casi un siglo por Weber (1997), según la cual la emergencia del orden socio-económico moderno se produce a partir de la conexión entre los ideales del calvinismo protestante (rectitud moral) y los el capitalismo (producción y mercado).

Ciertamente, muchas de las narraciones historiográficas que hemos consultado consideran que es legítimo articular la significatividad de la terapéutica ocupacional en ese ámbito. Sin embargo, en la mayoría de ellas también puede detectarse una línea crítica que delimita un segundo territorio. En él se conecta la parte más importante del desarrollo de la disciplina con la consecución progresiva de grados de libertad para la agencialidad del sujeto. Principalmente, esto se pone en relación con un tempo de vida más lento y una actividad más sencilla, rural y artesanal. Bajo esta perspectiva, es indudable, late el modelo "naturalista" de mundo que comentábamos más arriba. Sus raíces histórico-culturales son variadas e incluyen los ecos rousseaunianos del buen salvaje, la matriz humanista del romanticismo europeo, el espiritualismo norteamericano de Emerson o Thoreau o incluso, una vertiente alternativa del protestantismo que la historiografía de la TO apenas se ha limitado a advertir en la saga cuáquera de los Tuke[17]. La mayoría de estas perspectivas coinciden en alabar las virtudes de la vida del ámbito rural –

[17] No deja de llamar la atención que, a pesar del ejemplo ofrecido por los Tuke (ver, por ejemplo, Reed y Sanderson, 1999), la única influencia de la cultura protestante que han perseguido la mayoría de los textos historiográficos de la TO sea la que deriva de las tesis weberianas; a saber, de la relación entre calvinismo, trabajo y salvación. El segundo modelo de mundo que aquí venimos explorando también se engrana en la moral protestante decimonónica, aunque en una tendencia diferente a la popularizada por Weber. Sería pertinente una exploración más detenida de la que podemos abordar aquí en relación con estos dos

dibujada como más abierta y bucólica que el escenario urbano; ver, por ejemplo, Reed y Sanderson (1999)- y, en coherencia con ella, la completud de un individuo que ya sólo puede entenderse en armonía, incluso fusión, con su entorno grupal y natural inmediato[18]. Por supuesto, tal y como ya hemos comentado, aquí cobra pleno sentido el papel otorgado al juego, las artesanías o las ocupaciones estéticas; en definitiva, el movimiento de artes y oficios bajo el que figuras como John Ruskin o William Morris "(...) *buscaban mejorar los efectos negativos de la industrialización al recomendar el retorno a una vida más sencilla en la que el cuerpo y la mente pudieran participar en ocupaciones que dieran por resultado objetos finos de artesanía manual*" (Schwartz, 2005; p. 7).

Como ilustra la cita, parece lógico que este tipo de compromiso se oponga al tempo, tipo de actividad y, en definitiva, artificiosos lastres de mundo industrial y urbano; en concreto, a sus convencionalismos sociales, producción en serie, utilitarismo y obsesiva idea de progreso. De hecho, estas características se ubican en la línea de fractura crucial entre las dos ideas de mundo que venimos comentando e, incluso, se proyectan sobre la historiografía de la TO para decantar, en algún caso, la imagen de dos sensibilidades interventivas francamente contradictorias. Gómez Tolón quizá haya sido uno de los autores que más ha insistido en la diatriba y, posiblemente, el que mejor ha vislumbrado y remontado motivos históricos para fundamentarla. Desde su

protestantismos; sobre todo en lo que tiene que ver con sus aportaciones diferenciales a la construcción de la subjetividad moderna.

[18] En relación con esta sensibilidad, los episodios recuperados por la TO para ilustrar el peso del lazo comunitario son recurrentes. Hablando de un personaje como Elizabeth Casson, Paterson (2002) plantea cómo se esforzó por que en su casa de acogida tanto pacientes como plantilla se sintieran como parte integrante de un todo y contribuyeran, de acuerdo con su capacidad, a la buena marcha del mismo. La idea fundamental era que todo el mundo debía ser esencial y, por tanto pudiera sentirse valioso y valorado. Reed y Sanderson (1999), rastreando las raíces históricas de la TO, destacan la conexión del mundo rural con el cuidado de la comunidad y la naturaleza. Estos autores también han advertido la relación del puritanismo cuáquero con la generación de una comunidad igualitaria, solidaria y ligada en hermandad; sobre todo en lo que tenía que ver con los miembros menos afortunados por motivos de salud. De hecho, si el tratamiento moral de Pinel se interesaba por el ajuste del individuo a la sociedad, en el caso del cuáquero Tuke parece que es el grupo el que debe ajustarse a las del sujeto desfavorecido. A todas estas cuestiones cabría añadir la filosofía del Settlement Movement, donde la terapia funciona como desarrollo de los vínculos sociales y nexo de unión entre el enfermo y los referentes culturales de su comunidad (ver Moix, 1991; Moruno, 2003).

perspectiva, "*La condición de castigo que envuelve al trabajo, en la tradición judeo-cristiana, viene marcada de manera clara y rotunda* [en el Génesis]. *El trabajo sólo aparece como alienación que limita la autonomía del hombre*". Alternativamente, en el Renacimiento pareciera que "*destaca la nobleza y superioridad de las actividades artísticas sobre otras ocupaciones. La obra de arte es la manifestación de la actividad creativa del hombre y su utilización es un método para plasmar la necesidad de transcendencia que toda persona lleva dentro de sí*" (Gómez Tolón, 1997; p. 35). La actualización que Gómez Tolón realiza de este panorama es lapidaria: "*En nuestro siglo, la aparición del trabajo en cadena con la pérdida de la satisfacción de la obra terminada y las consecuencias que esta pérdida tiene para la propia identidad de la persona, ha contribuido a la acentuación de la anomia como denominador común a muchos ciudadanos del momento presente*. (...) *La ocupación, como factor de autonomía y de realización de los deseos personales mantiene una constante lucha con el contenido de alienación del trabajo*" (Gómez Tolón, 1997; p. 36)

En este extremo nos encontramos una oposición radical entre dos tempos y tipos de activad que competen al sujeto moderno. Consecuentemente, algunas opciones terapéuticas, como la señalada de Gómez Tolón o, también, la de Moruno (2002), parecen querer invitarnos a pensar en los beneficios derivados de la faceta lúdico-artesanal u "ociosa" -en la medida que deriva del tiempo que el sujeto emplearía en lo que Foucault denomina el "cuidado de sí" (Foucault, 1991 y 1995)-. Desde este punto de vista, lo que interesa a la TO es la búsqueda de un tipo de actividad que se sintonice con la subjetividad individual más auténtica y, por ende, más humana.

Sin embargo, no podemos olvidar que el escenario contra el que, en el extremo, se gesta esta alternativa, el urbano e industrial, también hizo valer, en algún momento, su propia teoría de la actividad y del tempo de la ocupación. Y lo que es más importante: con ella también articuló la contrafigura negativa del modelo de vida que subyace a las tesis terapéuticas reivindicadas por Gómez Tolón o Moruno. Y no de modo ingenuo o puramente reactivo. De hecho, ya a finales del siglo XIX y principios del

XX los propios agentes sociales afines al industrialismo (positivistas, liberales, incluso socialistas) detectaron los mismos desajustes denunciados por la sensibilidad "naturalista" y "artesanal", haciendo especial hincapié en los efectos perniciosos del desplazamiento del campo a las ciudades (desarraigo, pérdida de referentes culturales, alienación, etc.) y su potencial cualidad enfermiza (atrofia, abulia, improductividad, etc.) o criminal (marginalidad, vicio, delincuencia, conflictividad social). Sucede que, a pesar de ello, los partidarios del progreso industrial observaron las actividades y tempos de la clásica vida rural y artesana como el mal mayor. En ella detectaban la pervivencia de un modelo de vida anquilosado, afín al reaccionarismo socio-politico en tanto que sustentadora de los valores proteccionistas y paternalistas y, al tiempo, arbitrarios y jerárquicos del antiguo régimen monárquico. De hecho, buena parte de los problemas sociales comentados a propósito del escenario industrial se conectaron con la inflexibilidad de los tempos y actividades típicamente rurales. El traslado a las ciudades de una vida ociosa, despreocupada, sumisa, obtusamente gregaria e incapacitada para abrirse al cambio sólo podía arrojar un resultado disfuncional. Sin duda, esta última cuestión tiene muchas más ramificaciones e implicaciones socio-históricas de las que podemos comentar aquí, pero lo que sí es evidente es que, en algún momento, el industrialismo se observó como la superación de un modelo social más injusto; un modelo que atenazaba la supuesta libertad del sujeto individual en los engranajes de una estructura social jerárquica e inmovilista. La utopía industrial, independientemente de su versión capitalista o socialista, consistió, en algún punto, en tratar de liberar las potencialidades de cualquier hombre con iniciativa y deseo de superación, todo ello al margen de su origen natalicio y social. A ese respecto, la alienación era el precio a pagar mientras se esperaba que el modelo alcanzara, vía evolución o revolución, su madurez y estabilidad.

Así las cosas, creemos que, nuevamente, al tratar la gestión de la energía, los tempos y actividades del ser humano –la liberación y ordenamiento de las fuerzas ocultas del sujeto-, la historiografía de la TO se encuentra ante el juego de contradicciones críticas que definen la construcción de la subjetividad moderna. Como hemos tratado de reflejar, en este caso la dispersión se liga a la necesidad de calificar y administrar la actividad normal y anormal entre el ideal socio-cultural del sincopado convencionalismo urbanita y del sosegado armonicismo naturalista; todo ello sin perder de vista las contrafiguras negativas que se dedicaron mutuamente cada una de estas alternativas. La

tensión entre ellas es la misma que muestra la disciplina y la que transmiten sus reflexiones historiográficas cuando otorgan la condición de "ocupación significativa" tanto a las tareas laborales como a las artísticas. Particularmente, si con la tarea estética se pretenden alcanzar la realización plena de la subjetividad individual es inevitable, simultáneamente, hipertrofiar la gran baza antropológica que jugó la modernidad a la hora de preparar, controlar e implementar las múltiples ocupaciones que tenía previstas para "su" nuevo sujeto. Dicho de otra manera, cuando la TO deriva sus baremos de evaluación hacia índices subjetivos o personalistas, relacionados con el bienestar percibido, la felicidad o cuestiones semejantes, no sólo está rechazando valientemente el determinismo y reduccionismo del modelo médico. También está haciéndole el juego al tipo de "gobernabilidad" deseado por las democracias liberales de occidente (Rose, 1996) –el pliegue de opciones y formas de gestión ya previstas; todo ello bajo la ilusión de elección- y, por ende, al final de la historia proclamado, como veíamos al principio de este artículo, por Fukuyama.

El cultivo del individualismo, la significatividad subjetiva y la libertad, sustentadas tras la tesis del entretenimiento, la diversión y el disfrute del ocio, es la mejor coartada para gestionar un mundo que, superando las expectativas de orden social previsto por el pensamiento político-filosófico de finales del siglo XIX y principios del XX, se ha fiado a la productividad y el consumo en la era del mercado libre. No de otra manera puede entenderse que la carta de Ottawa inste a los terapeutas a observar la *creatividad* como un valor a cultivar en el ámbito de *trabajo*, o que las perspectivas esteticistas defiendan el orgullo, dignidad, moral, significatividad y, en definitiva la salubridad del trabajo

artesanal utilitario frente al desempeñado en la fábrica. No de otra manera puede entenderse, en definitiva, que las áreas de intervención que la Asociación Americana de Terapia Ocupacional considera legítimas para la disciplina engrosen una monstruosa lista que incluye actividades de la vida diaria, trabajo, educación, ocio y juego (dentro de las que se incluirían actividades de tipo artístico y expresivo) y participación social.

Después de todo lo comentado, esperamos que haya quedado claro que hay algo en el pasado de la TO que, más allá de los apuntalamientos identitarios, resulta fundamental para comprender lo que estamos haciendo aquí y ahora con ella. La historia se convierte en inherente a la disciplina. Pero no por agotarse en los sucesivos episodios institucionales que la legitiman como profesión o dominio académico en el escenario contemporáneo, sino, sobre todo, porque transporta en sus prácticas, en sus protocolos de actuación o en el diseño de sus herramientas la historia crítica misma del sujeto-objeto con el que pretende estar tratando. Así, cuando interviene no responde exactamente a una demanda natural (orgánica o espiritual) de ese sujeto, sino que, como una memoria práctica, más bien sanciona e implementa activamente las categorías que lo configuran, que constituyen algo denominado subjetividad y su forma. Y esto es un efecto que la TO comparte con otras disciplinas, con todas aquellas que, como la psicología, la enfermería, la sociología o la antropología, revelan implícita o explícitamente un malestar epistemológico correlativo a la crisis perenne en la que se haya ubicado el sujeto moderno. Quizá porque

constituyan su mismo núcleo, después de, como dice Foucault (1999), haberlo inventado.

Resolver para qué sirve la historia en TO supone, por tanto, desestimar la tarea estrictamente reconstructiva y presentista –la de la Historia con mayúscula- y tomar en cuenta las condiciones de posibilidad para que la disciplina funcione como lo hace hoy en día. Hay ya algunas direcciones interesantes en ese sentido dentro de la propia historiografía de la TO, perspectivas críticas que se interesan por vincular la emergencia de ideas terapéuticas a las condiciones sociales ideológicas concretas (Moruno, 2003), por contextualizarlas en marcos de sentido teórico y filosófico más amplio (Gómez Tolón, 1997) y reconocer la herencia del pasado en las formas actuales de investigación, práctica y definición de los problemas (Crepeau, Cohn y Schell, 2005). Pero, aun en esos caso, es preciso insistir en que la mirada al pasado no puede agotarse en el interés por conocer las características y fundamentos que la conformaron y siguen patentes en la actualidad. La historia sigue siendo, en ese caso, una mera referencia que no se actualiza en la práctica cotidiana. Es sólo el marco pasado donde observar la TO y darle sentido, la manera de seguir justificando una opción identitaria[19], terapéutica o, en el mejor de los casos, caer en el ingenuo y solipsista "mejor autoconocimiento" de la "historiografía cultural" más complaciente (ver, por ejemplo, Daniel, 2005 y Castro y Lafuente, en prensa).

[19] Como bien ilustra el propio Gómez Tolón, la tendencia principal es desarrollar "(…) *un pensamiento intensivo acerca de la naturaleza y significado de la terapia ocupacional. La búsqueda de los elementos de la identidad de la profesión es, en este momento, uno de los campos de estudio más desarrollados. El estudio de la ocupación y de la adaptación como conceptos fundamentales de la teoría de la terapia ocupacional polarizan gran parte de los intereses de la investigación actual*" (Gómez Tolón, 1997; p. 51).

Desde nuestro punto de vista, la actualización de la mirada al pasado debe superar la preocupación por saber de dónde venimos y quién somos para alcanzar un pensamiento crítico sobre adónde vamos; sobre todo después de que la convulsión postmoderna haya dejado pocas alternativas identitarias a las que aferrarnos como sujetos individuales y también como profesionales. Por supuesto, la mirada al pasado sigue siendo inevitable, aunque creo que es más preciso referirse a ella como mirada genealógica más que histórica. Con ello enfatizamos el interés por atender a los orígenes, cambios, transformaciones, olvidos y persistencias en el entorno discursivo y práctico de la TO que llega a la actualidad; teniendo en cuenta, además, un campo de dispersión funcional mucho más amplio del supuesto por la historiografía al uso. Sobre estas cuestiones hablaremos en el epígrafe final.

Genealogía ¿para qué?: deconstruir para rehabilitar

Si se revisa la estructura del argumento metahistoriográfico que hemos desplegado hasta aquí puede terminarse con la sensación de que la mirada al pasado defendida supone dos tareas relativamente desconectadas: una, referida a la forma de la narración historiográfica, pretendería desvelar los trucos retóricos en que se embarcan los historiadores para justificar la existencia de una identidad disciplinar; la segunda, relativa los conceptos o ideas transportados, buscaría reubicarlas en marcos prácticos y de sentido mucho más amplios. En realidad, en la tarea genealógica que proponemos no es posible separar forma y contenido. Ambas son interdependientes. Al mismo tiempo que se deconstruye la función identitaria y los mecanismos de poder

implicados en las narrativas oficiales, se deja al descubierto la naturaleza inestable, genuinamente histórica, de lo que quiera que entendamos por TO. El resultado nos condena no ya como historiadores, sino como "autoridades" reconocidas de la salud a una reflexividad radical; esto es, a mantener una vigilancia constante sobre la precariedad e inestabilidad constitutiva de nuestros presupuestos y nuestras prácticas cotidianas.

Así las cosas, restaurar la mirada hacia el pasado implica incorporarlo activamente en el presente. Supone considerar siempre las imágenes y tecnologías del sujeto históricamente asentadas y sobre las que, aquí y ahora, estamos desplegando tareas que se han configurado, también históricamente, junto a aquéllas. Evidentemente, hay consecuencias disciplinares cruciales e inevitables derivadas de esa actitud reflexiva; consecuencias que, aunque sólo a título tematizador y sumario, apuntaremos en relación con los dos horizontes de sentido que contempla, aunque sólo sea arquetípicamente, cualquier espacio de saber moderno: el teórico-analítico y el práctico-interventivo.

Horizonte teórico-analítico

El primer horizonte se confronta con el supuesto histórico de que la TO trabaja con una idea integral u holística del sujeto y su actividad. Se trata de un compromiso que, paradójicamente, los terapeutas evocan constantemente en nombre de la reparación de resquebrajamientos clásicos del cuerpo y el espíritu, la subjetividad y la tarea, etc. Posiblemente, para la TO, preservar esas escisiones y la consiguiente promesa unificadora ha sido clave a la hora de operar en todos los frentes del nivel interventivo (justificación,

institucionalización, diseños, tecnificación, etc.)[20]. Sin embargo, también cabe sospechar que, más allá de los intereses ligados las escisiones de la subjetividad moderna, el supuesto holista refleja que la TO ha sido consciente de la desmesurada imprevisibilidad e incomensurabilidad de la experiencia humana. Distinguir, por ejemplo, entre la estructura de la actividad y las intenciones del sujeto sólo ha sido un modo precario de acercarse al problema de cómo acotar la experiencia. Creo que, a este respecto, la mirada genealógica puede ofrecer cuando no soluciones definitivas, sí aproximaciones novedosas y aportaciones programáticas.

La genealogía llama la atención sobre el hecho de que el momento presente se configura a partir de la confluencia y entrecruzamiento de múltiples vectores diacrónicos y sincrónicos; vectores constituidos por un acervo combinado de valores, operaciones, técnicas, esquemas, narraciones, prejuicios, etc. Este cúmulo de elementos, transportados ya en la actividad concreta que estemos realizando, no estabiliza la identidad de un fenómeno (un cuadro clínico, una intervención, un protocolo concreto de actuación, el objetivo de la TO, las limitaciones funcionales del sujeto) sino que, muy al contrario,

[20] La historiografía de la TO ofrece episodios recurrentes a propósito de la relación entre lo holístico, la fractura del sujeto y la promesa reunificadora de la TO. Hablando de una de las fundadoras, Eleanor Clarke Slagle, Durante subraya cómo: *"La interdependencia de los componentes físico y mental fue un ingrediente esencial para realzar la terapia (esto es: la necesidad de graduar la actividad de simple a compleja; la necesidad de establecer el hábito de la atención y construir sobre él)*" (Durante, 1998; p. 34). En ese mismo sentido puede citarse el credo para terapeutas publicado por Dr. William Rush Dunton Jr. en el que se incluían puntos como *"Que todo ser humano debe tener ocupación física y mental" o "Que las mentes, los cuerpos y las almas enfermas pueden sanar a través de la ocupación"* (cit. en Durante, 1998; p. 34). Por otro lado, la propia TO es perfectamente consciente de que el compromiso holista no se explota en toda sus consecuencias o virtualidades; aunque, bien es verdad, las denuncias y críticas redundan nuevamente sobre la adecuación de las herramientas y protocolos prácticos. En palabras de Wilcock: "(...) *a pesar del compromiso idealista de la profesión con el holismo, se puede argumentar que muchos de sus miembros se han limitado al tratamiento de los síntomas o la adaptación, en lugar de considerar la gama completa de necesidades ocupacionales individuales necesarias para la salud y el bienestar*" (Wilcock, 2005; p. 35).

difumina sus límites. El fenómeno es tomado propiamente como experiencia compleja.

Todo lo dicho supone reinterpretar el viejo holismo más allá de la reunión de pares e, incluso, de la propia idea de sujeto o subjetividad. Ahora, el foco de atención que la genealogía ofrece a la TO se coloca, genuinamente, en el conjunto de la actividad, en sus elementos constreñidores –los que estabilizan una zona para su reconocimiento aquí y ahora- y en sus puntos de fuga –los que empiezan a difuminarla en la zona fronteriza compartida con otras actividades estabilizadas-. Conceptualizaciones de unos y otros elementos pueden encontrarse en múltiples teorías de la mediación, tanto en el sentido semiótico y artefactual de la tradición vygotskiana (ver Wertsch, 1991, Cole, 1996), como en el sentido institucional y tecnológico de la focaultiana (ver Foucault, 1991)[21]. A grandes rasgos, las operaciones implicadas en el lenguaje,

[21] Ciertamente, las perspectivas de la TO más sensibles a la historiografía crítica y a la reflexión epistemológica han detectado bien cómo el objetivo fundamental de la disciplina se encuentra en la actividad. Así, una autora como Durante llega a plantear cómo: "*La base filosófica de la TO descansa sobre la actividad propositiva. Conocer y comprender desde el principio hasta el fin de esa actividad es crucial para el terapeuta ocupacional*" (Durante, 1998; p. 37). En esta misma línea, algunos autores han rastreado fundamentos teórico-epistemológicos pertinentes tanto en el pragmatismo norteamericano de James y Dewey como en el constructivismo soviético de Vigotsky o Leontiev (ver Reed y Sanderson, 1999; Moruno, 2003; Gómez Tolón, 1997). A este respecto, Gómez Tolón ha señalado cómo "(...) *en este momento hay importantes fundamentaciones teóricas, como la consideración de la reestructuración del medio mental interno a través de la actividad ocupacional, y consideraciones prácticas, como la metodología, de tratamiento en terapia ocupacional mediante el estudio de la zona de desarrollo próximo, que hunden sus raíces en las teorías de Vygotski*" (Gómez Tolón, 1997; p. 38). Sin embargo, la sustantivación de una agencialidad (intención, propósito, motivación, impulso, etc.) individualista y subjetiva, así como el declarado compromiso con su "cuidado", esto es, con la concepción moderna de "salud", limitan mucho el horizonte de desarrollo, problematización e investigación sobre la cuestión de la actividad. Al final todo se reduce a la necesidad humanista de "(...) *pensar sobre la actividad como medio de ayudar a la gente a alcanzar, mantener o volver a la vida productiva*". (Durante, 1998; p. 38), lo que lleva a que la Asociación Americana de Terapia Ocupacional destaque principalmente el "*uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad. Puede incluir adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la máxima independencia y aumentar la calidad de vida*" (cit. en Durante, 1998; p. 31). En este mismo sentido, hay que interpretar que la preocupación de Gómez Tolón (1997) por la "experiencia" termine canalizándose al terreno competencial y a la realización de los deseos o

la institucionalización y la tecnificación configuran y gramaticalizan las posibles formas que toma la acción y que la hacen reconocible en un escenario socio-cultural dado. Así, siguiendo de cerca a Foucault, ahora podría plantearse que la historia de(l) ser humano es la historia de sus tecnologías; o, lo que es lo mismo, de los recetarios que la cultura pone en circulación –a través de instituciones más o menos difusas (ver Berger y Lukman, 1966)- para ordenar la actividad de los individuos y los colectivos que la integran. Pero, recordémoslo una vez más, la actividad siempre es excesiva, siempre rebasa los diques socio-institucionales –y, por supuesto, individuales- y es en esas zonas de incertidumbre o des-control donde emergen las anomalías y las novedades. Desde una perspectiva que, como la nuestra, pone en crisis la propia idea de subjetividad, esas singularidades no pueden ya observarse como expresiones resultantes de un fuero interno individual y constreñido o, lo que es lo mismo, de la intención del sujeto. Más bien son nuevos ámbitos de acción que están por reglar y que, de hecho, pueden llevar a una redefinición de todo el sistema de actividad -y de sus correspondientes subsistemas- en que se han generado. Así las cosas, nuestra propuesta genealógica no sólo camina de la mano de las perspectivas mediacionales sino que, en la línea de las aproximaciones laturianas (ver Latour, 1992 y Latour y Woolgar, 1995) propone una aproximación analítica donde los límites del agente y la herramienta, el pasado y el presente, empiezan a difuminarse. Todos forman parte de una estructura operacional sobre la que intentamos desplegar nuestra prospección y análisis –y

---

intereses del sujeto. De todo ello deriva la presentación de los modelos de Davidson, Burke y Kielhofner, ampliamente comprometidos con la teoría del self, la conciencia de sí, la volición del sujeto particular y el intencionalismo, como el paradigma a seguir.

que, en el límite debe ser integrado también en el sistema que se trata de analizar- (para un revisión de estas cuestiones ver Sánchez-Criado y Blanco, 2005).

Horizonte práctico-interventivo

El hecho de que ya no podamos hablar de una identidad estable, de que ésta se encuentre distribuida en los diversos ámbitos de actividad y sometida a un continuo cambio virtual o efectivo, tiene consecuencias decisivas para el segundo horizonte de sentido que señalábamos. Obliga a tener claro que si suspendemos nuestro juicio sobre la pertinencia socio-histórica de la tarea que estamos desempeñando, aquí y ahora, como autoridades de la salud, lo hacemos por demandas pragmáticas inmediatas o por pura estrategia política. De hecho, maniobrar en tiempo presente con la intervención que acometemos sería imposible si, en el proceso, en lugar de dejarnos atravesar por la estructura históricamente establecida de la tarea, procuráramos atender a las múltiples posibilidades y vías de cambio disponibles para la actividad. Ahora bien, el simple hecho de que, en algún momento, podamos ser conscientes de esto supone, como mínimo, caer en la cuenta de que ya no hay garantías epistemológicas definitivas (no digamos morales) sobre las que fundamentar nuestra actividad terapéutica. Contemplada “desde afuera”, la actividad sólo revela bifurcaciones, nuevas pavimentaciones o cambios de dirección en los puntos del camino donde la realidad social se confabuló, puntualmente, en la forma de una decisión concreta. Gracias a esta mirada, detectamos un territorio inconmensurable donde se entreteje la política, la teoría y la práctica y donde,

en último término, emerge el criterio, la decisión o la orientación de la tarea. Y lo hace, ahora ya sí, como compromiso con una forma de (entender) la vida. Así las cosas, el criterio de lo correcto o lo verdadero puede exigir el ejercicio de la racionalidad y la objetividad, pero sin que se pierda de vista que la racionalidad sólo puede ser un proceso –no un lugar ideal- y la objetividad un punto de llegada –no un presupuesto de partida-.

Si el terapeuta quiere bregar mínimamente con estas cuestiones puede ser interesante que tenga especialmente presentes dos decursos genealógicos. Ambos funcionarían, literalmente, como "memorias operativas". Uno es el de la biografía del propio terapeuta, que implicaría sus prejuicios, sus motivaciones, su experiencia y testimonio particular derivado de la práctica cotidiana. Analizar estas cuestiones supone modelizar y objetivar la estructura de su compromiso moral con la intervención; "moral", eso sí, entendido aquí no a la manera humanista sino de forma operacional, como una caja de herramientas culturales que deben ser sometidas a vigilancia y puesta a prueba continua. La segunda memoria operativa implica tomar en consideración no sólo la estructura de las operaciones materiales y valorativas desplegadas por el terapeuta, sino la de las agendas socio-culturales e institucionales que, históricamente, las han venido soportando.

Seguramente, repensar la TO por estos cauces supone embarcarse abiertamente en debates y tareas de amplio alcance multidisciplinar. En ellas, las ideas de salud, bienestar, sujeto, intención o terapia quedan suspendidas y sometidas a juicio crítico; más aún, permiten problematizar la propia idea de sociedad que estamos alimentando y manteniendo en nuestra práctica

profesional. En ese mismo sentido, cuando hablo de “tareas multidiciplinares” no estoy tratando de defender que la TO debería encaminarse a un flamante y enriquecedor eclecticismo articulado en su propio seno (cuestión que, hasta cierto punto, sí se entreve en la perspectiva de autores como Kielhofner, 1995). Hablo de un debate en que todas las disciplinas “oficiales”, incluyendo la TO, estén dispuestas a arriesgar aspectos políticos cruciales; a saber, la propia identidad profesional e institucional que la sustente. Así, el miedo de muchos teóricos de la TO a que la disciplina desaparezca si no consigue articular un cuerpo de conocimientos son fundados (ver Moruno, 2002). Pero no porque la disciplina esté retrasándose a la hora de formular uno propio, capaz de resolver por fin lo que distingue TO de otros métodos de tratamiento que puedan solaparse en los medios o los fines. Muy al contrario, cualquier aportación teórica o aplicada desarrollada en el entorno de la TO –como también de la psicología, la sociología, la enfermería, etc.- debería confluir en un encuentro interdisciplinar donde fuera posible validar y descartar posibilidades; decidir, prioritariamente, sobre lo que todos entendemos por actividad humana.

Evidentemente, existe la alternativa de profundizar en un diseño disciplinar propio, construido al margen de la importancia o la lógica del objeto de estudio o tratamiento al que nos enfrentamos. Ahora bien, creo que insistir en esta otra dirección, buscar la aceptación y el reconocimiento social como disciplina autónoma, supone aspirar, como techo, a una inscripción más cómoda de la TO en instituciones y sociedades gobernadas por el ámbito

médico[22]. En él, los terapeutas ocupacionales podrán cumplir un cómodo papel asistencialista y seguir participando del gran diseño del hombre moderno; un hombre, no lo olvidemos, que ya no necesita para nada la historia.

Subrayaré para terminar que, muy al contrario de lo supuesto por Fukuyama, considero que la mirada al pasado es fundamental; aunque, eso sí, posiblemente esté necesitada de una reorientación sustancial. Desde mi punto de vista, los objetivos historiográficos y teoréticos no pueden agotarse en el interés por profundizar en la búsqueda de unas supuestas raíces identitarias. En ese caso, lo que interesa prioritariamente es el desarrollo de estrategias y legitimaciones teoréticas que se ponen al servicio de la consecución de un fin político-institucional; esto es, la construcción de un cubículo profesional. La mirada al pasado debería atender, más bien, a la estratificación diacrónica de operaciones, valores y articulaciones institucionales que han ido decantando la práctica e institucionalización de la TO tal y como la entendemos hoy en día; sobre todo teniendo en cuenta la supeditación de ese proceso a la idea de un sujeto fragmentado y una actividad necesitada de gestión. Creemos que

[22] Este objetivo aparece literalmente en la agenda programática de los textos historiográficos. Durante, hablando de la situación de la TO en España, plantea cómo "*En las últimas décadas, en los distintos hospitales de la red pública, tanto generales como monográficos, se incluye la figura del terapeuta ocupacional en las distintas unidades de psiquiatría*" (Durante, 1998; p. 36). En un línea más reivindicativa, estratégica y ambiciosa, encontramos a Wilcock y su idea de que: "*la intervención poblacional exige compartir el poder con otros sectores más importantes aún: y éstos abarcan a las comunidades y a la propia población. (…) Será fundamental desarrollar una relación laboral con políticos, planificadores sociales, cuerpos de investigación y los medios de comunicación*" (Wilcock, 2005; p. 36). Alternativamente, también pueden encontrarse mensajes más genéricos y épicos. Es el caso de Crepeau y colaboradores cuando proponen al terapeuta ocupacional que "*Cuando empiece su carrera, el desafío que le planteamos es luchar por lograr los ideales de la profesión*" (Crepeau, Cohn y Schell, 2005; p. 30). Como hemos señalado, hay formas metodológicas más precisas y enriquecedoras de tomar en cuenta tanto el contexto institucional de la TO como la historia personal del terapeuta a la hora de repensar la agenda de la disciplina.

analizar estas cuestiones es fundamental a la hora de embarcar a los profesionales de la TO en una empresa más amplia, ambiciosa y fundamental: el estudio de la actividad humana a través del trabajo práctico, la observación directa y el estudio ecológico. En último término, sólo observando estas tareas a través de la lente genealógica podemos decidir sobre la pertinencia de las agendas interventivas consecuentes; agendas que, como sabemos gracias a la genealogía, cambian decisivamente y a cada momento lo que todos entendemos por ser humano.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer la invitación del Doctor Pedro Moruno Miralles para participar en este libro. Además de la confianza depositada en el desarrollo de este artículo, tengo que agradecer su total disponibilidad y colaboración en la revisión crítica del mismo. Igualmente agradezco la ayuda de la doctora Elena Battaner en las labores de corrección. En cualquier caso, los planteamientos e ideas que finalmente aparecen en él se deben en exclusiva a la decisión y responsabilidad del autor.

Bibliografía

1. Berger, P.L., & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality*. New York: Doubleday.
2. Blanco, F. (2002). *El cultivo de la mente: un ensayo histórico-crítico sobre la cultura psicológica*. Madrid: Antonio Machado.
3. Blanco, F.; Castro, J. (1999). La descripción de la actividad epistémica de los psicólogos en los manuales de Historia de la Psicología. *Revista de Historia de la Psicología,* 20 (3–4), 59–72.
4. Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.
5. Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico*. Madrid: siglo XXI.
6. Caparrós, A. (1980). *Los paradigmas en psicología*. Barcelona: Horsori.
7. Caplan, R.B. (1969). Background and theory of moral treatment. En R.B. Caplan *Psychiatry and the Community in Nineteenth-Century America: The Reccurring Concern with the Enviroment in the Preventino and Treatment of Mental Illness*. New York: Basic Books.
8. Castro, J. (2005). Compendio de Historia Cultural: teorías, práctica y palabras clave, de U. Daniel (reseña). *Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Psicología*, 35 (2), 18-20.
9. Castro, J.; Jiménez, B.; Morgade, M.; Blanco, F. (2001). La función de los mitos fundacionales en la promoción de una identidad disciplinar para la psicología. *Revista de Historia de la Psicología*, 22 (3–4), 297–309.
10. Castro, J.; Pizarroso, N.; Morgade, M. (2005). La psicologización del ámbito estético entre mediados del siglo XIX y principios del XX. *Estudios de Psicología*, 26 (2), 195-220
11. Castro, J.; Lafuente, E. (en prensa). Westernalization in the mirror: on the cultural reception of Western psychology. *Integrative Psychological and Behavioral Science*.
12. Cole, M. (1996). *Cultural Psychology*. Cambridge, Ma.: Harvard University Press.
13. Creek, J. (1990). Occupational Therapy and Mental Health. Edinburgh: Churchill Livingstone.
14. Crepeau, E.B.; Cohn, E.S.; Schell, B.B. (2005). Práctica de la terapia ocupacional. Práctica actual de la terapia ocupacional. En E. Crepeau., E. Cohn

y B. Schell (eds.) *Willlard and Spackman: Terapia ocupacional*. Madrid: Panamericana, 27-30, (10ª ed.).

15. Daniel, U. (2005). *Compendio de Historia Cultural: teorías, práctica y palabras clave*. Madrid: Alianza
16. Deleuze, G. (2003). *Foucault*. Barcelona: Paidós.
17. Durante, P. (1998). Historia, filosofía y principios fundamentales de la práctica de la terapia ocuapcional en salud mental. En P. Durante, P. y B. Noya (ed.) *Terapia Ocupacional en Salud Mental: principios y práctica*". Barcelona: Masson, 31-41.
18. Elias, N. (2000). The civilizing Process. Oxford: Blackwell Basil.
19. Foucault, M. (1986). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada* médica. México: siglo XXI.
20. Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
21. Foucault, M. (1995). *Historia de la sexualidad 3. La inquietud de sí*. Madrid: siglo XXI
22. Foucault, M. (1991). *Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós/ICE-UAB.
23. Foucault, M. (1999). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Madrid: siglo XXI.
24. Fujuyama, F. (1992). *El final de la Historia y el último hombre*. Barcelona: Planeta.
25. Hempel, C.G. (2005). *La explicación científica. Estudios sobre filosofía de la ciencia*. Barcelona: Paidós.
26. Gergen, K. (1991). *The Satured Self*. New York: Basic Books.
27. Gómez Tolón, J. (1997). *Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional*. Zaragoza. Mira Editores.
28. Kielhofner, G.A. (1992). *Conceptual foundations of occupational therapy*. Philadelphia: F.A. David Company.
29. Kielhofner, G.A. (1995). *A model of human occupations: theory and aplication*. Baltimore: Williams and Wilkins.
30. Kuhn, T.S. (1975). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económico.
31. Kuhn, T.S. (1993). *La revolución copernicana*. Barcelona: Planeta-Agostini.
32. Laín Entralgo, P. (1994). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat.

33. Latour, B.; Woolgar, S. (1995). *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*. Madrid: Alianza.
34. Latour, B. (1992). *Ciencia en acción*. Barcelona: Editorial Labor.
35. Leahey, T.H. (1982). *Historia de la Psicología*. Madrid: Debate.
36. López Piñero, J.M. (2005). *Historia de la medicina*. Madrid: Alba libros.
37. Mason, S.F. (1984-1986). *Historia de las ciencias*. Madrid: Alianza editorial.
38. Moix, M. (1991). Introducción al trabajo social. Madrid: Trivium.
39. Moruno, P. (2002). *Razonamiento clínico en terapia ocupacional: un análisis del procedimiento diagnóstico*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid (tesis inédita).
40. Moruno, P. (2003). Una perspectiva histórica de la terapia ocupacional. En D. Romero y P. Moruno (ed.) *Terapia ocupacional: teoría y técnica*, Barcelona: Masson.
41. Mosey, A.C. (1986) Psychosocial Components of Occupational Therapy. Filadelfia: Lippincott-Raven.
42. Palti, E.J. (1998). *Giro lingüístico e historia intelectual*. Universidad Nacional de Quilmes.
43. Paterson, C.F. (2002). A Short history of occupational therapy in psychiatry. En J. Creek (ed.) *Occupational Therapy in mental health*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 3-13 (3ª ed.)
44. Peloquin, S. (1989). Moral treatment: contexts considered. *American Journal of Occupational Therapy,* 43 (8): 537-544.
45. Peloquin, S. (1991). Occupational therapy service: individual and collective understandings of the founders, part 1. *American Journal of Occupational Therapy* 45 (4): 352-360.
46. Reed, K.; Sanderson, S. (1999). *Concepts of occupational therapy*. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins (4ª ed.).
47. Reed, K. (1993). Los comienzos de la terapia ocupacional. En: H. Hopkins y H. Smith (ed.) *Terapia ocupacional: Willard y Sparman*. Piladelphia: Lippincott-Raven (8ª ed.)
48. Rosa, A.; Blanco, F.; Huertas, J.A. (1998). Uses of historical knowledge: an exploration of the construction of profesional identity in students of psychology. En J. Voss y M. Carretero (eds.) *Larning and Reasoning in History.* London: Woburn Press.

49. Rose, N. (1996). *Inventing Ourselves: Psychology, Power and Personhood.* Cambridge: Cambridge University Press.
50. Sánchez-Criado, T.; Blanco, F. (2005). Los constructivismos ante el reto de los Estudios de la Ciencia y Tecnología. *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana*, número especial (noviembre-diciembre). En: http://www.aibr.org/antropología/44nov.
51. Schwartz, K. B. (2005). Historia de la terapia ocupacional. En E. Crepeau, E. Cohn. Y B. Schell (eds.) *Willard and Spackman: Terapia ocupacional*. Madrid. Panamericana, 5-13. (10ª ed.).
52. Sokal, A. D. (2002). *Imposturas intelectuales*. Barcelona: Paidós.
53. Weber, M. (1997). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Barcelona: Península.
54. Wertsch, J. (1991). *Voices of the Mind*. Cambridge, Ma.: Harvard University
55. Press.White, H. (1992). El contenido de la forma: narrativa, discurso y representación histórica. Barcelona: Paidós.
56. Wilcock, A. (2005). Práctica de la terapia ocupacional. Intervenciones poblacionales centradas en la salud para todos. En E. Crepeau, E. Cohn. Y B. Schell (eds.) *Willard and Spackman: Terapia ocupacional*. Madrid. Panamericana, 30-45 (10ª ed.).
57. Woodside, H.H. (1971). The development of occupational therapy, 1910-1929. American Journal of Occupational Therapy, 25, 226-230.

Capítulo 02

UNA PERSPECTIVA EN LA HISTORIA, STATUS ACTUAL, Y FUTURO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

D. Gary Kielhofner

Como citar este capítulo en sucesivas ocasiones
Kielhofner, G. Una perspectiva en la historia, status actual, y futuro de la terapia ocupacional. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación [monografía en Internet]. TOG (A Coruña): APGTO; 2007. p. 106-134 [citado fecha mes y año]. Disponible en: www.revistatog.com

RESUMEN Este escrito sostiene la opinión que el auge de la terapia ocupacional puede entenderse que ocurrió en cuatro épocas. Cada una de estas épocas involucra los esfuerzos de líderes en el campo a ocuparse de un lance de honor particular único para esa época. Un ejemplo de un modelo conceptual emergente de práctica es ofrecido para ilustrar las clases de esfuerzos a las que son necesarios responder la época actual
PALABRAS CLAVE DESC Mediciones, Métodos y Teorías; Modelos Teóricos; Práctica Institucional; Práctica profesional; Terapia Ocupacional
PALABRAS CLAVE DEL AUTOR La teoría, la práctica, modelos

ABSTRACT This paper argues that occupational therapy's development can be understood as occurring in four epochs. Each of these epochs involves the efforts of leaders in the field to address a particular challenge unique to that epoch. An example of an emerging conceptual practice model is offered to exemplify the kinds of efforts that are needed to respond to the current epoch
DESC KEYWORDS Measurements, Methods and Theories; Models, Theoretical; Institutional Practice; Professional practice; Occupational Therapy
KEYWORDS theory, practice, models

Introducción

La terapia ocupacional se está rápidamente aproximando a ser una profesión centenaria. El campo comenzó a tomar forma en los inicios del siglo 20 en América Del Norte. Desde que se fundó la terapia ocupacional se ha convertido en una profesión mundial y ha pasado a través de un número de cambios importantes. Estos cambios serán rastreados para extraer lecciones importantes sobre dónde ha estado y donde necesita ir en el futuro.

Métodos

Desde que el objetivo de este papel es sacar conclusiones acerca de las instrucciones actuales y futuras para este campo desde lecciones acerca del pasado, echaré mano de los métodos de análisis histórico y la crítica estudiosa para lograr una interpretación extensa del estado de este campo. Los datos para este escrito es la literatura del campo incluyendo fuentes primarias, secundarias e históricas. Después del análisis histórico, usaré una ilustración de caso para demostrar mi aseveración crucial sobre cómo el campo puede dirigir estos cambios contemporáneos.

Resultados

La terapia ocupacional puede ser entendida desarrollándola en una serie de épocas. Durante cada época, los líderes de terapia ocupacional han dirigido un cambio esencial que se confrontó por el campo durante esa época. Sin embargo, los esfuerzos para dirigir los cambios cruciales han dejado de hacer otras cosas o han creado nuevos cambios que la subsiguiente época necesitó

para dirigir y corregir. En lo siguiente identifico las primeras tres épocas a través de las cuales el campo ha pasado y la época en la cual el campo está a punto de embarcarse.

La Primera época: Esbozando las Fundaciones Filosóficas de Campo

El primer cambio de la terapia ocupacional fue esbozar la fundamental necesidad y la naturaleza del campo. En respuesta a este cambio, los anteriores líderes del campo articularon una forma nueva y única de mirar y ocuparse del problema de personas cuyas aptitudes estaban deterioradas. Definieron un servicio nuevo basado en el reconocimiento de la ocupación centrada en la salud de seres humanos y que la interrupción de la ocupación en colaboración con la enfermedad y la incapacidad podría dañar las mentes de personas y los cuerpos (1-3). Estos primeros líderes también reconocieron que la ocupación fue particularmente satisfactoria como una herramienta terapéutica para la regeneración de las funciones perdidas desde entonces precisó un ejercicio de funciones en las cuales la mente y el cuerpo estaban unidos produciendo ambos beneficios físicos y psicológicos para el paciente. En definitiva, la primera época articuló una filosofía que identificó la terapia ocupacional como un campo que apreciaba la importancia de la ocupación en la vida humana, dirigiendo los problemas de la liberación ocupacional, y utilizando la ocupación como una medida terapéutica. Mientras los líderes de esta época colocada debajo de una importante fundación filosófica del campo, dejaron el campo abierto para la crítica acerca de su falta de profundidad en teoría e investigación.

La Segunda Época: La Integración de una Perspectiva Científica

A finales de los 1940s y los 1950s, la terapia ocupacional vino bajo presión a establecer una prueba de justificación razonada científica y empírica para la práctica. En particular, la medicina que dominó el ámbito de cuidado de la salud tuvo dificultad apreciando el acercamiento integral y filosóficamente encallado de la terapia ocupacional. La terapia ocupacional buscó lograr un reconocimiento mayor a través de la medicina por incorporación neurológica, músculo - esquelético, y los conceptos intra- físicos en el campo como una base para explicar el proceso terapéutico. (4-10).

De manera importante, fue durante este período que el modelo de práctica del primer campo articulado emergió: modelo sensorial de integración, modelo de biomecánica y avances diversos del neuro - desarrollo mental que eventualmente formaron un modelo motor de control. Estos modelos suministraron una comprensión más profunda de cómo las estructuras físicas y mentales y los procesos facilitados o de actuación limitada potenciaron la terapia ocupacional para modificar deterioros motores, sensoriales y psicológicos. También, organizando el conocimiento del campo en un modelo de práctica, líderes en el campo pudieron crear estructuras nuevas que fueron de ayuda para conectar teoría y práctica. La Dra. Jean Ayres, quien permaneció como practicante, mientras crea la teoría y la investigación de conducción (11-12) ilustra cómo fueron los modelos desarrollados durante esta era. Ella primero identificó un problema que los terapeutas confrontaron en la práctica, para el cual los terapeutas tuvieron un conocimiento inadecuado. Luego, ella

usó sus antecedentes en la terapia ocupacional y la psicología para identificar conceptos que ayudarían a iluminar esos problemas y qué hacer sobre ellos. Ella probó sus ideas acerca de la naturaleza del problema en la investigación y sobre cómo ocuparse de esos problemas en ella y en otros días de rutina de trabajo clínico e investigación directa. Fue una erudita que trató de mejorar práctica de la terapia ocupacional a través de su teoría y esfuerzos de investigación.

Los beneficios positivos de la segunda época también trajeron con ellos algunos problemas nuevos. La alianza con la medicina desvió el campo de su misión original, y eclipsó la idea más seminal del campo, la importancia de la ocupación como una medida de restauración de la salud (13). Se alegó que la terapia ocupacional pusiera en peligro su existencia abandonando el entendimiento que engendró la profesión (13) y que el campo careció de un armazón integrador para vincular sus especialidades diversas (14). (Ver tabla nº1)

La Tercera época: Un Retorno Para la Ocupación

En los años 1960 y 1970 Reilly y otros desarrollaron un grupo de conceptos que aspiraban a recapturar los conceptos originales del campo de ocupación que se perdió durante la segunda época (15-18). Con el tiempo, el tema de resurgir conceptos e ideales originales de terapia ocupacional como una forma de integrar las especialidades del campo comenzó a hacerse eco por otros en el campo (19-20).

Tabla 1. Cuatro épocas de la terapia ocupacional, sus desafíos clave y los campos de respuesta

Época	Desafío Clave	Respuesta
Uno	Perfilar la necesidad fundamental para, y la naturaleza del campo.	Se articuló una filosofía que identificó la terapia ocupacional como campo que apreció la importancia de la ocupación en la vida humana, abordó los problemas de la retirada ocupacional, y usó la ocupación como una medida terapéutica.
Dos	Establecer el fundamento científico para la práctica	Incorporar conceptos neurológicos, musculoesqueléticos e intrafísicos, tomados de la medicina en este campo como base para explicar el proceso terapéutico; desarrollo de los primeros modelos (biomecánicos, integración sensorial, y control de desarrollo neurológico/motor.
Tres	Dirigir la pérdida de identidad en el campo	Un retorno al enfoque de ocupaciones como tema integrante del campo; creación de múltiples nuevos modelos orientados en la ocupación; propuesta de desarrollo de la ciencia ocupacional.
Cuatro	Dar el salto de la teoría y la práctica	Enfocando el aprendizaje en la práctica y un retorno a los modelos de desarrollo de la práctica fuera del contexto de la práctica

En este contexto el Modelo de Ocupación Humana fue el primero desarrollado para poner la dirección abierta en el conocimiento sobre cómo hacer una práctica enfocada profesionalmente. MOHO fue, así, el primer modelo para reflejar el regreso a un foco en la ocupación en práctica (21-24). Tres practicantes que habían estudiado con Reilly (uno de ellos siendo este autor) comenzaron en 1975 a aplicar conceptos ocupacionales en su práctica diaria. Se encontraban regularmente, discutan sus avances para practicar y eventualmente presentaban y escribían sobre un modelo (MOHO) que integró un número de conceptos ocupacionales según el modo en que se trabaja en la práctica. De manera muy interesante, este modelo fue desarrollado en el

contexto de la práctica, como el bio-mecánico previo, neuro-desarrollo mental / control motor y modelos sensoriales de integración. Fue uno de los últimos modelos en emerger del trabajo de personas que desempeñaban primordialmente el rol de practicante.

Como el tema de la ocupación tuvo una mayor aceptación y aún más en el campo, fue especialmente defendida en círculos académicos. Así, se hizo popular para desarrollar nuevo modelos profesionalmente orientados. Muchos de estos modelos fueron desarrollados para no llenar aberturas en el conocimiento pero para establecer únicas perspectivas institucionales o nacionales. A diferencia de los modelos previos en el campo que se desarrollaron del contexto de práctica, estos modelos nuevos fueron típicamente desarrollados por departamentos académicos específicos en universidades que solicitaron articular su propia y única perspectiva fuera de grupos o comités haciendo un intento por desarrollar un consenso nacional acerca de la práctica. Como consecuencia, el campo ahora tiene varios modelos profesionalmente orientados y otros nuevos que están siendo propuestos. (Vea, por ejemplo, 25-27).

El problema con el auge de estos modelos es doble. Primero, porque estos modelos no emergieron para poner la dirección en esclarecer huecos en el conocimiento, coincidían en el contenido. Así, resulta difícil distinguir lo que es único acerca de un modelo dado. Esto puede crear problemas para los terapeutas nuevos que típicamente tienen que aprender varios modelos y como

un resultado no puede permitir aprender a fondo. En segundo lugar, porque estos modelos no tuvieron sus orígenes en la práctica y tienen conexiones tenues para practicar, ésta es un hueco creciente entre nuestras teorías y nuestra práctica. De hecho hay pruebas con las que los practicantes están más cómodos y usan los modelos antiguos desarrollados durante la segunda época (biomecánica, integración sensorial, control motor) junto con el modelo de ocupación humana (28).

Durante la tercera época el foco de atención del campo en la ocupación también ha dirigido a algunas personas en el campo a argumentar a favor de una ciencia ocupacional básica. Cuando fue propuesto originalmente, la ciencia ocupacional fue definida como "la disciplina científica que provee explicaciones del humano como un ser ocupacional" (29, p. 300). Posteriormente fue propuesta como nueva disciplina, separada pero nunca apoyada la aplicación científica de la terapia ocupacional (30). Desde entonces se ha argumentado para incluir a los trabajos aplicados como parte de la ciencia de la ocupación (25,30) mientras otros continúan describiendo la ciencia de la ocupación como un esfuerzo para generar más conocimientos básicos acerca de la ocupación (31). Lo que en su postura, defensores de la ciencia ocupacional continúan argumentando el conocimiento generado acerca de la ocupación que afectará positivamente a la práctica de la terapia ocupacional (25,31). Sin embargo, otros han cuestionado el valor de ciencia de la ocupación para la práctica (32-36). Otros han señalado que mientras el concepto de ocupación claramente se

ha convertido hoy en el foco central en la literatura del campo, universalmente no se refleja en la práctica (37-40).

En resumen, mientras la tercera época ha sido importante para devolver al campo a su compromiso original para la ocupación, éste ha terminado en la proliferación de conceptos ocupacionales que tienen muy limitados la práctica. Muchos estudiosos de la terapia ocupacional están aislados de la práctica y ellos desarrollan conceptos e investigan que no esté reducido en la práctica (41). Así mientras la tercera era ha devuelto el campo a centrarse en la ocupación, también ha creado un hueco creciente entre la práctica del campo y su teoría.

La Cuarta época: Una beca de Práctica

Algunos colegas y yo hemos comenzado a enfrentarnos sobre cómo puede cerrar el campo su precario hueco entre teoría y práctica (y, adentro la moda relatada, entre académicos y practicantes). Hemos propuesto el concepto de una beca de práctica (42,12). Un elemento clave de la beca de práctica es este objetivo para mejorar la práctica de terapia ocupacional buscando entender mejor las necesidades de las personas a las que la terapia ocupacional sirve, y las formas en las cuales podemos dirigir más eficazmente estas necesidades (12). La beca de práctica también estrecha la idea de que esas que finalmente usarán el conocimiento deben ser socios en su generación. La beca de práctica, de esta manera, comienza con la premisa que los investigadores y los teóricos (i.e., Los académicos) en el campo deben trabajar hombro a hombro con practicantes para no sólo generar e indagar en la teoría del campo e sino que también para avanzar en la práctica. Consecuentemente, la beca de práctica

hace énfasis en que el conocimiento de la terapia ocupacional debería dejar de hacer colaboraciones entre los roles académicos y prácticos. En tanto una beca de modelo colaborador suministra herramientas para realzar la comprensión de los problemas de la práctica (e.g., principios y normas metodológicas que dirigen cómo el conocimiento puede practicar proposiciones para lo que deberíamos saber y, aplicando la teoría a la vida real, enriquecen la comprensión y el auge de la teoría. En un modelo tan colaborador, lo teórico, empírico y práctico es entretejido. El conocimiento no viene simplemente por conocimiento acerca de algo, sino por el conocimiento de cómo hacerlo. Es una nueva forma de conocimiento en acción. Esto, en resumen, es la vista orientadora de una beca de práctica.

Como indiqué antes el Modelo de Ocupación Humana fue desarrollado por practicantes. Así, junto con los modelos de la segunda época que también emergieron de prácticas, este modelo tiene la ventaja de ser ubicado en las realidades de terapia ocupacional de todos los días. No obstante, como el modelo se ha desarrollado y muchos de aquellos que trabajan en el modelo (incluyéndome) están en papeles académicos, hemos tenido que tener el cuidado de mantener en ejercicio este modelo encallado. Trabajando con ambos colegas, académicos y prácticos, he hecho énfasis en que el Modelo de la Ocupación Humana debe ser castigado en situaciones de la vida real diaria. (43-44).

En honor a la verdad, la cuarta época apenas ha comenzado y no todos los líderes en el campo han estrechado la idea a la que nuestras energías deben estar enfocados cerrando la brecha entre teoría y la práctica. Por consiguiente, sólo el paso del tiempo aclarará lo que ocurre en esta época. Lo que quiero ilustrar después es donde pienso que deberíamos ir dirigiendo los cambios de esta época. Haré eso facilitando un ejemplo del desarrollo de un nuevo modelo de práctica de terapia ocupacional que responde a los cambios de la cuarta época. Ilustraré el resurgimiento y el auge inicial de este modelo y brevemente supervisaré sus rasgos principales. Después de haber hecho eso, regresaré a una consideración de lo que este modelo nuevo ilustra acerca del conocimiento de los cambios de la cuarta época.

La Relación Intencional: El Resurgimiento del Modelo de la Cuarta Época

El modelo de relación intencional es un modelo práctico conceptual detallado en el próximo texto por Taylor (45). Como un psicoterapeuta practicante que unió el campo de terapia ocupacional, Taylor reconoció que mientras el campo habló de la importancia del uso terapéutico de si mismo, tuvo muy limitado la publicación del conocimiento en este tema. Así, se dispuso a entender la naturaleza esencial de la relación terapéutica en la práctica de terapia ocupacional y qué conceptos podrían iluminar esto. Ella primero revisó la literatura de terapia ocupacional para obtener una idea de la manera de pensar histórica acerca del uso terapéutico de si mismo en el campo.

Luego, con colegas condujo una campaña a escala nacional de terapeutas ocupacionales practicantes en USA (46). También contribuyó con colegas en el Reino Unido para completar un estudio similar en una base regional (47). Los objetivos de estos estudios determinarán cómo los terapeutas ocupacionales vieron la relación terapeuta-cliente, para identificar variables que desafían la relación terapeuta-cliente, y para resumir las estrategias interpersonales que los terapeutas usaron para responder a tales desafíos. Los resultados de los escrutinios revelaron que, a través de establecer prácticas y de poblaciones del clientes, la práctica frecuente de los terapeutas ocupacionales encuentra clientes que demuestran una gran variedad de dificultades emocionales, conductivas, e interpersonales. Los terapeutas ocupacionales colocaron en una prioridad muy alta sus interacciones con los clientes identificando el uso terapéutico de de si mismos como el factor determinante de los resultados de la terapia. Al mismo tiempo, también consideraron que su entrenamiento y conocimiento de campo en esta área fue inadecuado. Los descubrimientos de estos estudios de practicantes confirmaron la necesidad de un modelo que se pudiera dirigir más directamente al uso terapéutico de si mismos.

Trabajando dentro del marco de la beca de práctica, Taylor quiso hacer más pequeño el hueco que encontró en los ideales expresados en la literatura sobre el uso terapéutico de uno mismo y lo que actualmente ocurre en los encuentros terapéuticos. Consecuentemente, comenzó a organizar ideas que reflejaban los resultados de su investigación acerca de las expresiones de practicantes sobre los dilemas y desafíos afrontados en el uso terapéutico sobre uno mismo así

como también sus descripciones sobre la manera en la que ellos intentaron manejar estas circunstancias.

Luego, emprendió una serie de estudios de casos cualitativos de terapeutas ocupacionales que fueron identificados por sus miradas hacia como lograr la excelencia en el uso terapéutico sobre uno mismo. Esta búsqueda la tomó para América Del Norte, Sudamérica, Europa y el Oriente Medio como extensamente entrevistó y observó a estos terapeutas ocupacionales y a sus clientes. Fuera de estos esfuerzos ella comenzó a forjar un modelo conceptual de práctica. En cada etapa, regresó a su grupo de practicantes expertos para colocar su contribución y sus ideas en las ideas emergentes. El modelo que Taylor ha creado refleja las circunstancias de la práctica y los trazos otra vez demostrando excelencia en la práctica de la terapia ocupacional así como también las propias experiencias de Taylor como un practicante de psicoterapia. Es un modelo que ha emergido de la misma estructura terapéutica de encuentros terapéuticos usados sobre uno mismo, como ocurre en la práctica de la terapia ocupacional.

El Modelo de Relación Intencional

Taylor (45) empieza reconociendo la naturaleza única del uso sobre uno mismo en la terapia ocupacional donde el foco central es el compromiso ocupacional como se muestra en la Figura 1.

Señala que la plantilla de terapeutas ocupacionales emplea un número de estrategias terapéuticas, usualmente arraigado en los modelos existentes de

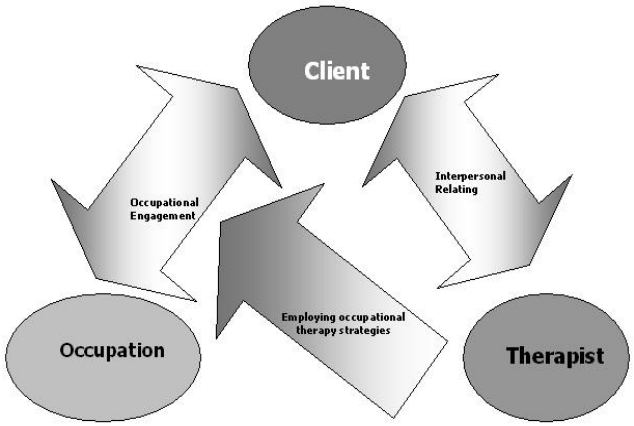


Figura 1. La relación única entre el cliente, el Terapeuta Ocupacional y la ocupación en la terapia ocupacional

práctica, para facilitar el compromiso del cliente en la ocupación. Sin embargo, aprecia que promocionando el compromiso ocupacional no existe aislamiento de un mayor proceso de relatar lo ocurrido entre cliente y terapeuta.

Así, el modelo de relación intencional explica que la relación entre cliente y terapeuta es parte del proceso global de terapia ocupacional. Tal es así que complementa la existencia de modelos prácticos conceptuales de terapia ocupacional.

Los elementos del Modelo de Relación Intencional

Este escrito sólo puede proveer una visión general esbozada del Modelo de Relación Intencional. Estos que están interesados en un tratamiento más cabal deberían consultar La Relación *Intencional: Los usos terapéuticos sobre uno mismo en la Terapia Ocupacional* (45). Como se muestra en la Figura 2, el modelo de relación intencional (IRM) mira la relación terapéutica como algo implícito en cuatro elementos centrales:

1. El cliente

2.Los acontecimientos interpersonales que ocurren durante la terapia

3. El terapeuta.

4. La ocupación.

El cliente

El cliente es el punto de referencia de este modelo. Es responsabilidad del terapeuta trabajar para desarrollar una relación positiva con el cliente y responder apropiadamente cuando los acontecimientos interpersonales ocurren. Para desarrollar esta relación y responder apropiadamente para el cliente, un terapeuta debe trabajar para saber las características interpersonales del cliente. Según IRM, las características interpersonales de un cliente pueden ser comprendidas de acuerdo a dos dimensiones:

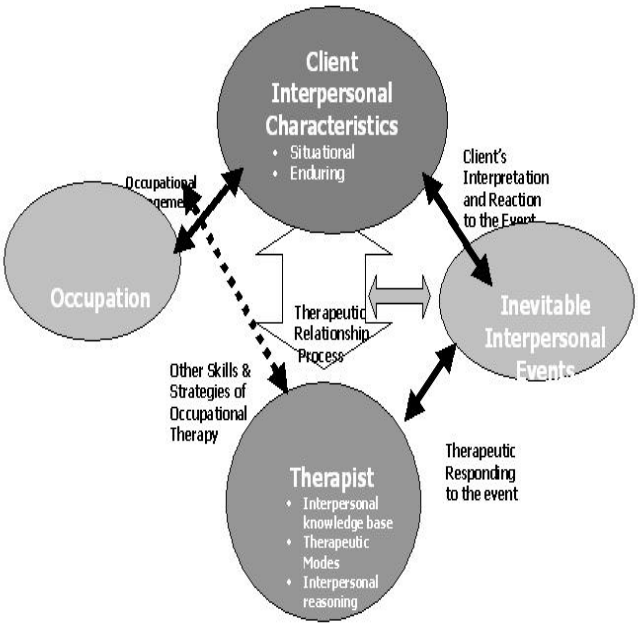


Figura 2. Un modelo de la relación intencional en terapia ocupacional

a) Las características situacionales que son inconsistentes acerca de cómo se comporta un cliente típico y constantemente cuándo interactúa

con otros y que refleja la reacción emocional intensa de un cliente para una situación específica (e.g., El deterioro, el dolor, las barreras externas). Las características situacionales son probablemente para salir a la superficie cuando interfieren con la habilidad del cliente para involucrarse en las actividades de terapia planificadas.

b) Soportar características que son aspectos más estables y coherentes del comportamiento interpersonal del cliente. Resistir características interpersonales incluye cosas como el estilo preferido de un cliente para comunicarse, aptitud para la confianza, necesidad de control, la orientación general para relacionarse, y la forma usual de responder a los cambios, desafíos, o frustraciones.

Distinguiendo las dos categorías de características interpersonales hay que informar del entendimiento de los terapeutas sobre el cliente a fin de que las respuestas terapéuticas pueden estar apropiadamente hechas a medida y moduladas. La forma en la cual un terapeuta elige responder a ambas es vital para la relación terapéutica.

Los acontecimientos interpersonales de terapia

Los acontecimientos interpersonales de terapia son comunicaciones que ocurren naturalmente, reacciones, procesos, tareas, o condiciones generales que tienen lugar durante la terapia y eso tiene el potencial de restar mérito o fortalecer la relación terapéutica. Lo siguiente son algunos ejemplos de acontecimientos interpersonales:

- El terapeuta hace preguntas o comentarios que el cliente percibe como intrusivos, o emocionalmente difíciles de encarar),
- Un cliente ostenta emociones fuertes en la terapia (por ejemplo un cliente anciano que empieza a llorar durante la transferencia de formación o un cliente niño que llega corriendo al terapeuta y la abraza en medio de una actividad motora sensorial),
- Una circunstancia difícil surge en la terapia (por ejemplo, un cliente que se avergüenza porque pierde el control de su vejiga, o se frustra o se vuelve miedoso en medio de una actividad), y
- El terapeuta y el cliente difieren respecto al objetivo de la terapia (e.g., Un cliente que insiste sobre una meta en la que el terapeuta cree no es alcanzable, o el terapeuta recomienda una meta que el cliente rechaza).

Cuando estos y otros acontecimientos interpersonales de la terapia ocurren, su interpretación por parte del cliente es un producto del conjunto único de características interpersonales del cliente. Los acontecimientos interpersonales son parte del constante toma y daca que ocurre en el proceso de terapia. Ellos son distinguidos de otros acontecimientos o procesos en los que fueron cargados con potencial para cualquiera de las respuestas emocionales que ocurren o más tarde se reflejan. Porque estos acontecimientos son inevitables en cualquier interacción terapéutica, un terapeuta que practican según el modelo intencional de relación responde a estos acontecimientos inevitables de un modo que conduce a la reparación y fortalecimiento de la relación terapéutica.

El terapeuta

Taylor (en prensa) hace énfasis en que el terapeuta es responsable de hacer un esfuerzo bastante razonable para hacer funcionar la relación. Específicamente, el terapeuta es responsable de traer tres capacidades interpersonales principales una relación:

- Una habilidad interpersonal base,
- Modos terapéuticos (o estilos interpersonales), y
- Aptitud para el razonamiento interpersonal.

La habilidad interpersonal base está formada de un conjunto de habilidades que son juiciosamente aplicadas por el terapeuta para fortalecer una relación funcional de funcionamiento con el cliente. Estas habilidades interpersonales son:

- La comunicación terapéutica (i.e., las habilidades verbales y no verbales de comunicación, la escucha terapéutica, la autoafirmación, proporcionando clientes con dirección y retroalimentación, y buscando y respondiendo para la retroalimentación del cliente)
- Entrevistando habilidades (i.e., estar vigilante e intencional acerca de la forma en cuál uno acomete el proceso de preguntar a un cliente) y el interrogatorio estratégico (i.e., haciendo preguntas de una manera que guíe al que responde a pensar más ampliamente o diferente),
- Estableciendo relaciones con los clientes (i.e., construyendo un entendimiento mutuo, hermanando el estilo terapéutico de uno para las demandas interpersonales del cliente, dirigiendo las emociones fuertes del cliente y la competencia cultural),

- Entendiendo a las familias, los grupos y sistemas sociales,
- Trabajando eficazmente con supervisores, patrones, y otros profesionales (conociendo cómo comunicarse con otros profesionales acerca de los clientes y entendiendo la dinámica de poder y los sistemas de valor)
- Entendiendo y manejando comportamientos interpersonales difíciles (sabiendo cómo responder a los comportamientos que implican manipulación, dependencia excesiva, síntomas focalizados, resistencia, liberación emocional, rechazo, dificultad de entendimiento mutuo y confianza, y hostilidad),
- Ocuparse de empatías rotas y conflictos o divisiones de entendimientos entre cliente y terapeuta,
- El comportamiento profesional, valores, y éticas, y
- El cuidado a si mismo del terapeuta y su desarrollo profesional (conociendo y dirigiendo sus propias reacciones emocionales con los clientes y siendo responsable de esas reacciones, una aptitud general para la introspección, una habilidad para dirigir su vida personal y buscar apoyo cuando sea necesario, y la aptitud para mantener una perspectiva teniendo en cuenta los resultados del cliente.

La segunda aptitud interpersonal que un terapeuta trae para la relación cliente-terapeuta es su modo o modos terapéutico/s primario/s. Un modo terapéutico es una manera específica de relacionarse con el cliente. De su investigación

sobre terapeutas expertos, Taylor (45) identificó seis modos terapéuticos los cuales son mostrados en la Tabla 2.

Tabla 2. Los Seis Modos Terapéuticos en la Práctica basados en Taylor

Modo	Definición
Defender	Asegurarse que los derechos del cliente están reforzados y los recursos están seguros. Podría requerir servicio como mediador, facilitador, negociador, reforzador, u otro tipo de defensa con personas y agencias externas.
Colaborar	Esperar que el cliente sea un participante activo y equitativo en la terapia. Asegurar la máxima elección, libertad y autonomía.
Empatizar	Seguir esforzándose por comprender los pensamientos, sentimientos y comportamientos de los clientes a la vez que se suspende el juicio. Asegurarse que el cliente verifica y experimenta el entendimiento del terapeuta como verídico y válido.
Alentar	Infundir esperanza en un cliente. Celebrar el pensamiento o comportamiento de un cliente a través del refuerzo positivo. Transmitir una actitud de alegría, festividad y confianza.
Instruir	Estructurar las actividades de terapia y ser claros con los usuarios respecto al plan, secuencia y eventos de la terapia. Facilitar instrucciones claras y retroinformación sobre la actuación. Establecer límites en las respuestas de comportamiento de un cliente.
Resolver-Problemas	Facilitar un pensamiento pragmático y resolver dilemas perfilando las elecciones, planteando las cuestiones estratégicas y proporcionando las oportunidades para el pensamiento comparativo o analítico.

La investigación de Taylor sobre terapeutas expertos también identificó que los terapeutas naturalmente usan modos terapéuticos que son consecuentes con su personalidad fundamental y que terapeutas expertos se inclinan a usar un rango más ancho de modos. Así, el modelo de relación intencional puso énfasis en la importancia de llegar a ser cada vez más cómodo utilizando cualquiera de los seis modelos de flexibilidad y de forma intercambiable dependiendo de las necesidades del cliente. Los terapeutas capaces de utilizar los seis modelos de

flexibilidad y comodidad y corresponder a esos modos para el cliente y la situación, están descritos como tener un estilo interpersonal multi-modo.

Taylor (45) discute que la elección de un terapeuta y una aplicación de un particular modo terapéutico o conjunto de modos deberían depender en gran parte de las características interpersonales perdurables del cliente. Además, ciertos acontecimientos o acontecimientos interpersonales en la terapia pueden demandar un cambio de modo (i.e., un cambio consciente en la manera de relacionarse con el cliente). Los cambios de modo son frecuentemente requeridos en respuesta a acontecimientos interpersonales en la terapia. Por ejemplo, si un cliente percibe los intentos de un terapeuta en la resolución de problemas para ser insensible o no quedar marcado, entonces el terapeuta estaría acertado si cambia el modo de resolución de problemas hacia un modo que empatice a fin de que pueda obtener una mejor comprensión de la reacción del cliente y la raíz del dilema.

La tercera aptitud interpersonal del terapeuta implica la aptitud de involucrarse en un proceso interpersonal de razonamiento cuando un dilema interpersonal se le presenta a sí mismo en la terapia. El razonamiento interpersonal es un paso acertado del proceso por el cual un terapeuta decide qué decir, hacer, o expresar como reacción a que ocurra un dilema interpersonal en la terapia. Este incluye desarrollar una vigilancia mental hacia los aspectos interpersonales de la terapia anticipándose al dilema que podría ocurrir, y pretender analizar y evaluar opciones para responder.

La ocupación deseada

El componente de cierre del modelo de relación intencional es la ocupación deseada. La ocupación deseada es la tarea o la actividad que el terapeuta y el cliente han seleccionado para la terapia. Taylor (45) hace notar que la selección de la ocupación y el soporte para el compromiso ocupacional estarán primordialmente informados por otros modelos prácticos conceptuales de terapia ocupacional como el modelo biomecánico, el modelo sensorial de integración, o el modelo de ocupación humana.

La función primaria del modelo de relación intencional es facultar al terapeuta a manejar la dinámica interpersonal entre el cliente y el terapeuta que también ocurre como parte del proceso de terapia. Estas influencias dinámicas interpersonales del compromiso ocupacional también sirven como en un ámbito en la cual las reacciones emocionales que resultan o influencian el compromiso ocupacional puede ser positivamente gestionadas.

Discusión

El uso terapéutico sobre uno mismo es un aspecto fundamental de la práctica de la terapia ocupacional que tiene implicaciones significativas para el curso y los resultados de la terapia. El nuevo modelo de relación intencional de Taylor (45) demuestra que iniciar y mantener una relación que da soporte al compromiso ocupacional es un proceso complicado y dinámico que debe ser intencional para que responda de manera máxima al desarrollo interpersonal

del cliente necesitado en la terapia. Este modelo conceptual de práctica únicamente se ocupa de los aspectos interpersonales de terapia ocupacional.

Debate

En este escrito he sostenido la opinión que el desarrollo de la terapia ocupacional puede ser comprendido como ha ido ocurriendo en cuatro épocas. Cada uno de estas épocas implicaron los esfuerzos de líderes en el campo dirigiéndose a cambios particulares. Cuando uno examina estas épocas es espectacular que los esfuerzos para direccional los nuevos cambios en cada época resultaron, en extensión, un olvido de algunas de las lecciones importantes de las épocas previas. Por ejemplo, los líderes de la segunda época que trataron de aumentar la base científica del campo y crear los modelos de práctica conceptual, perdieron de vista la importancia de la filosofía fundadora que se centró en la ocupación. A los líderes en la tercera época les parece haber olvidado la importancia de la teoría de permanecer en la práctica. El cambio de la cuarta época será recordar todas nuestras lecciones históricas. Estas lecciones son, creo, como sigue:

- El campo debe quedar puesto en la ocupación y no debe olvidarse que el corazón de la terapia ocupacional es compromiso en la ocupación,
- La importancia de modelos de práctica conceptual para guiar nuestra práctica siempre deben ser respetados y fomentados,

- La razón para desarrollar un modelo de práctica siempre debe emerger fuera de problemas en práctica y huecos en el conocimiento para dirigir esos problemas, y
- El campo nunca debe olvidarse que nuestra razón para la existencia es la práctica y que el desarrollo del conocimiento debe permanecer en la práctica.

El trabajo de Taylor en desarrollar el modelo de relación intencional ilustra estas características. Ella reconoce que la relación terapéutica en la terapia ocupacional existe para dar soporte al compromiso en la ocupación. Ella ha organizado sus ideas en un modelo de práctica que dirige una abertura identificada en el conocimiento. Ella ha diseñado este modelo para complementar luego competir con la existencia de modelos de terapia ocupacional. Ha desarrollado este modelo fuera de una investigación intensa y en colaboración con practicantes. Además, ella continúa colaborando con practicantes para fomentar el refinamiento y desarrollo del modelo. Cada uno de estos rasgos hace de este modelo un agradable ejemplo de lo que el modelo de la cuarta época debería ser.

Conclusión

Para que la terapia ocupacional continúe el desarrollo como una profesión, debemos alimentar tanto nuestro conocimiento como nuestra práctica. Si la historia nos enseña cualquier cosa esto es que estas dos empresas están entrelazadas. El futuro del campo dependerá de la extensión para la cual el

campo puede desarrollar sus modelos existentes y emergentes de práctica. Estos modelos necesitan poner la dirección de aberturas únicas en nuestra comprensión sobre cómo practicar y deben ser desarrollados fuera de una cuidada consideración de la práctica y en colaboración con practicantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dunton, W. R. (1919). *Reconstruction therapy.* Philadelphia: WB Saunders.

2. Kidner, T. B. (1930). *Occupational therapy: The science of prescribed work for invalids*. Stuttgart, Germany: W. Kohlhammer.

3. Meyer, A. (1922). The philosophy of occupational therapy. *Archives of Occupational Therapy*, *1*, 1-10.

4. Ayres, A. J. (1972). *Sensory integration and learning disorders.* Los Angeles: Western Psychological Services.

5. Ayres, A. J. (1974). *The development of sensory integrative theory and practice.* Dubuque, IA: Kendal & Hunt.

6. Azima, H., & Azima, F. (1959). Outline of a dynamic theory of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, *13*, 215-221.

7. Bobath, K., & Bobath, B. (1964). The facilitation of normal postural reactions and movements in the treatment of cerebral palsy. *Physiotherapy*, *50*, 246-262.

8. Fidler, G., & Fidler, J. (1958). *Introduction to psychiatric occupational therapy.* New York: Macmillan.

9. Fidler, G., & Fidler, J. (1963). *Occupational therapy: A communication process in psychiatry*. New York: Macmillan.

10. Rood, M. (1958). Everyone counts. *American Journal of Occupational Therapy*, *12*, 326-329.

11. Ayres, J., Erwin, P., & Mailloux, Z. (2004). *Love, Jean : Inspiration for families living with dysfunction of sensory integration*. Santa, Rosa, CA: Crestport Press.

12. Kielhofner, G. (2004). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy* (3rd ed.). Philadelphia: FA Davis.

13. Shannon, P. (1977). The derailment of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, *31*, 229-234.

14. Gillette, N., & Kielhofner, G. (1979). The impact of specialization on the professionalization and survival of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, *33*, 20-28.

15. Kielhofner, G. (1977). Temporal adaptation: A conceptual framework for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, *31*, 235-242.

16. Reilly, M. (1962). Eleanor Clark Slagle Lecture: Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine. *American Journal of Occupational Therapy*, *16*, 1-9.

17. Shannon, P. (1972). Work-play theory and the occupational therapy process. *American Journal of Occupational Therapy*, *26*, 169-172.

18. Woodside, H. (1976). Dimensions of the occupational behavior model. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *43*, 11-14.

19. Task force on target populations. (1974). *American Journal of Occupational Therapy, 28*, 158-163.

20. West, W. (1984). A reaffirmed philosophy and practice of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, *38*, 15-23.

21. Kielhofner, G. (1980a). A model of human occupation, part two. Ontogenesis from the perspective of temporal adaptation. *American Journal of Occupational Therapy*, *34*, 657-663.

22. Kielhofner, G. (1980b). A model of human occupation, part three. Benign and vicious cycles. *American Journal of Occupational Therapy*, *34*, 731-737.

23. Kielhofner, G., & Burke, J. (1980). A model of human occupation, part one. Conceptual framework and content. *American Journal of Occupational Therapy*, *34*, 572-581.

24. Kielhofner, G., Burke, J., & Heard Igi, C. (1980). A model of human occupation, part four. Assessment and intervention. *American Journal of Occupational Therapy*, *34*, 777-788.

25. Clark, F. (1993). Occupation Embedded in a Real Life: Interweaving Occupational Science and Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, *47*, 1067-1077.

26. Kramer, P., Hinojosa, J., & Royeen, C. (Eds.). (2003). *Perspectives in human occupation.* Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

27. Royeen, C., Crist, P. (Eds.). (2000). *Infusing occupation into practice.* Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.

28. National Board for Certification in Occupational Therapy, Inc. (2004). A practice analysis study of entry-level occupational therapist registered and certified occupational therapy assistant practice. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, *24*, S1-S31.

29. Clark, F. A., Parham, D., Carlson, M. E., Frank. G., Jackson, J., Peirce, D., Wolfe, R. J., & Zemke, R. (1991). Occupational Science: Academic Innovation in the Service of occupational therapy's future. *American Journal of Occupational Therapy*, *45*(4), 300-310.

30. Zemke, R., & Clark, F. (1996). *Occupational Science: The evolving discipline*. Philadelphia: F.A. Davis.

31. Wilcock, A. A. (2001). Occupational science: The key to broadening horizons. *British Journal of Occupational Therapy*, *4*(2), 56-61.

32. Forsyth, K. (2001a). Occupational science as a selected research priority [Letter to the editor]. *British Journal of Occupational Therapy*, *64*(8), 420.

33. Forsyth, K. (2001b). Supporting occupational therapy [Letter to the editor]. *British Journal of Occupational Therapy, 64*(9), 464-466.

34. Mosey, A. C. (1992). Partition of occupational science and occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, *46*(9), 851- 853.

35. Mosey, A. C. (1993). Partition of occupational science and occupational therapy: Sorting out some issues. *American Journal of Occupational Therapy*, *47*(8), 751-754.

36. Summerfield Mann, L. (2001). Supporting conceptual models of practice [Letter to the editor]. *British Journal of Occupational Therapy, 64*(9), 463- 464.

37. Christiansen, C. (1999). Defining lives: Occupation as identity: An essay on competence, coherence and the creation of meaning. *American Journal of Occupational Therapy*, *53*(6), 547-558.

38. Fisher, A.G. (1998). Uniting practice and theory in an occupational framework. *American Journal of Occupational Therapy*, *54*(7), 509-521.

39. Gray, J. M. (1998). Putting occupation into practice; occupation as ends, occupation as means. *American Journal of Occupational Therapy*, *52*(5), 354-364.

40. Wood, W. (1998). It is jump time for occupational therapy. *American Journal of Occupational therapy*, *52*, 403-411.

41. Peloquin, S. M., (2002). Confluence: Moving forward with affective strength. *American Journal of Occupational Therapy*, *56*(1), 69-77.

42. Crist, P., & Kielhofner, G. (2005). *The scholarship of practice: Academic and practice collaborations for promoting occupational therapy.* Binghamton, N.Y.: Hayworth Press.

43. Kielhofner, G. (2005). Scholarship and practice: Bridging the divide. *American Journal of Occupational Therapy*, *59*(2), 231-239.

44. Forsyth, K., Summerfield-Mann, L., & Kielhofner, G. (2005). A Scholarship of practice: Making occupation-focused, theory-driven, evidence-based practice a reality. *British Journal of Occupational Therapy*, *68*, 261-268.

45. Taylor, R. R., Lee, S., Ketkar, M., & Kielhofner, G. (2006). *A Nationwide Survey of Therapeutic Use of Self in Occupational Therapy.* Manuscript submitted for publication.

46. Sommerfield, G., Forsyth, K., & Taylor, R.R. (2006). *Therapeutic Use of Self within Paediatric Practice.* Manuscript submitted for publication.

Capítulo 03

IDEAS DIRECTRICES DE LOS FUNDADORES DE LA SOCIEDAD NACIONAL DE LA PROMOCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

Dña. Suzanne M. Peloquin

Como citar este capítulo en sucesivas ocasiones
Peloquin S. Ideas directrices de los fundadores de la sociedad nacional para la promoción de la terapia ocupacional. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación [monografía en Internet]. TOG (A Coruña): APGTO; 2007. p. 135-160 [citado fecha mes y año]. Disponible en: www.revistatog.com

RESUMEN Los fundadores de la Sociedad Nacional para la Promoción de Terapia Ocupacional en Estados Unidos mantienen varias opiniones que son interesantes tener en consideración. Este artículo explora la diversidad de las opiniones y experiencias mantenidas por George Edward Baron, William Rush Dunton, Jr., Eleanor Clarke Slagle, Susan Cox Jonson y Thomas Besell Kidner. Aunque poseen diferentes puntos de vista por la razón de la los diversos roles y experiencias en la vida, estos fundadores determinan una guía de opiniones alrededor de un tema central – que la ocupación puede ayudar. Aquellas guías de opiniones permanecen factibles en el siglo veintiuno y posterior.
PALABRAS CLAVE DESC Historia; Servicios de Salud ; Práctica institucional; Práctica profesional; Servicio de Terapia Ocupacional en Hospital ; Servicios de Salud Comunitaria; Terapia Ocupacional
PALABRAS CLAVE DEL AUTOR Historia, servicio, práctica

ABSTRACT The founders of the National Society for Promotion of Occupational Therapy in the United States held varying beliefs that are interesting to consider. This article explores the diversity of belief and experience held by George Edward Baron, William Rush Dunton, Jr., Eleanor Clarke Slagle, Susan Cox Johnson, and Thomas Besell Kidner. If possessed of different views because of diverse life roles and experiences, these founders shaped guiding beliefs around a central theme—that occupation can help. Those guiding beliefs remain viable into the twenty-first century and beyond.
DESC KEYWORDS History; Health Services ; institucional practice; Professional practice; Occupational Therapy Department Hospital ; Community Health Services ; Occupational Therapy
KEYWORDS history, service, practitioner

Introducción

En 1917, seis personas se agruparon para fundar la Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional en Estados Unidos. Los que asistieron a la reunión de la invitación de George Edward Barton y William Rush Dunton. Jr. fueron Thomas B. Kidner, Isabel G. Newton, Susan C. Jonson y Eleanor Clarke Slagle. La diversidad de opiniones de los fundadores acerca de las personas, de la ocupación humana y de sus servicios, configuran una historia interesante. La opinión común que mantienen – que la ocupación puede ayudar a los individuos en diversas situaciones de la vida – es el que guía a los profesionales hasta hoy en día.

Los fundadores

Aunque haya diferencia en sus antecedentes y experiencias, cada fundador contribuyó al establecimiento del ethos, o carácter de larga duración, de terapia ocupacional. El ethos se basa en estas creencias: 1) tiempo, lugar y circunstancia que abre el camino a la ocupación, 2) la ocupación fomenta dignidad, competencia y salud, 3) la terapia ocupacional es un compromiso personal, 4) preocuparse y ayudar son vitales para el trabajo, y 5) la terapia ocupacional es un arte y una ciencia (Peloquin, 2005). Considera ahora las contribuciones de cada fundador al temprano desarrollo del ethos de la terapia ocupacional y al sentido de que tipo de terapeutas ocupacionales particulares serían.

George Edward Barton

George Edward Barton fue un exitoso arquitecto que creó la idea de fundar una sociedad para promover la ocupación como terapia. Debido a que su formación incluía un año de trabajo en enfermería y algunos estudios en medicina, tuvo un conocimiento laboral en materia médica (Staff, 1923). También comprendió el punto de vista del paciente. Pasó un año en un sanatorio para el tratamiento de tuberculosis y tuvo constantes ataques de la enfermedad. Tras un viaje durante el cual estuvo investigando la hambruna en los granjeros para el gobernador de Colorado, dos de sus dedos del pie , congelados y gangrenados, fueron amputados. Después de la operación desarrollo una parálisis histérica en el lado izquierdo de su cuerpo. Le enviaron al Sanatorio Clifton Springs en Nueva Cork, donde coincidió con el reverendo Dr. Elwood Worcester y desarrolló un interés en la ocupación como terapia. Sabiendo que no podría volver a la arquitectura, determinó pasar el resto de su vida "dedicado la recuperación de los enfermos y lisiados" (Barton, 1914; Licht, 1967).

Barton contrató una secretaria, Isabel G. Newton, quién le ayudó en su trabajo y con quién más tarde se casó. Ella le describió en sus primeros intentos: "Paralizado su lado izquierdo, él apenas podría hacer más que estar. Sin movimiento posible en su mano y brazo izquierdos, usa su propio cuerpo como un dispensario para resolver el problema de la rehabilitación él mismo" (Barton, 1968, p342). Ella recordó que sus amigos médicos, apreciando sus resultados, le mandaron pacientes para ayudarles. Estas referencias lanzaron su "primera práctica experimental de terapia ocupacional" (p.. 342). En 1917, Barton invitó a Newton a ser uno de los fundadores de la Sociedad. Ella aceptó

y se convirtió en su primera secretaria. Trabajó al lado de su marido, enseñando ocupaciones a convalecientes hasta su muerte en 1923.

Las primeras opiniones en el tema de terapia ocupacional son de considerable interés. En sus primeros escritos, la llamó "cuidados ocupacionales" (Barton, 1915 a, p. 335). Vio el objetivo de la terapia ocupacional como lo necesario de una persona, que es un individuo productivo. Fue crítico del papel restringido del hospital en tratamiento y esperó que "el mundo del hospital se expanda, como el publico está demandando que se expanda, de forma conseguir simplemente el bien del paciente no sea todo, sino que consiga el bien para algo" (Barton, 1920, p. 305).

Barton (1920) argumentó que un hombre "no es un hombre normal simplemente porque su temperatura es 98.6. Un hombre no es un hombre *normal* hasta que es capaz de mantenerse por sí mismo" (p.306). Él creía que ocupando la mente con algo valioso permitía a un paciente dormir y curarse durante la noche. Barton pensaba que actividades valiosas significa actividades con poder enriquecedor. Recordó a su público que la preocupación sobre la incapacidad de ganar, a menudo impulsa a un hombre a parar a una enfermera y decir "Por el amor de Dios, dígame que voy a hacer" (Barton, 1915 a, p. 335).

Barton (1920) creía que una "ocupación adecuada" fomenta mejoras físicas y "aclara y fortalece la mente" (p. 307). Pensaba que el espíritu de una persona podría resucitar "con más fuerza y pureza", triunfando sobre la incapacidad y desesperación. Por eso eligió un fénix saliendo de las llamas como emblema para la Casa de Consolación. En su tratamiento de sus pacientes allí, Barton recomendó un amplio diagnóstico ocupacional que

incluyera la educación e inclinaciones del paciente, sus hábitos y ambiciones, y sus expectativas. El diagnóstico indicaría la receta – la ocupación adecuada en la proporción necesaria para producir el deseo físico, mental, y resultados espirituales.

Barton creía que ninguna droga de un texto de material médico (como citó Barton, 1915b) podría ser traducido en términos ocupacionales. Explicó que si la medicina prescribía benzol a un paciente, como leukotoxina para leucemia, la terapia ocupacional pondría al mismo paciente a trabajar en una facultad de embasado donde el humo del benceno caliente "le mantendría con buena salud" mientras se mantiene a sí mismo (Barton, 1915b, p.139). Cada actividad humana podría asociarse con un efecto físico. La única creencia de Barton es que todas las profesiones tienen un efecto análogo al que tiene una droga, lo que distanció a algunos médicos y supuso que fuera considerado un extremista (Licht, 1948).

Barton realmente creía que el profesor de ocupación debía ser una enfermera. Vio el trabajo ocupacional como una oportunidad, para la profesión de enfermería, de desarrollarse, expandirse y llegar a ser más importante y útil (Barton, 1920). Recomendó a las enfermeras que no se sentaran ociosamente mientras otros llevaban a cabo esta nueva línea de trabajo, dejándoles manipular muestras de orina con el "recipiente creciente" (Barton, 1915ª, p.338). La unión de Barton con la medicina es clara desde el lenguaje y la analogía que utiliza. Él sugiere que cuando Adan expulsado del Jardín del Edén, se le concedió una receta divina para ganarse el pan con el sudor de su frente (Barton, 1915b).

Barton fue particularmente querido por nuestra Sociedad, si no nuestra terapia, dice: Estoy fuertemente a favor de la Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional como un título. Se que es largo pero cuenta una historia y el S.P.O.T. sugiere la alerta eterna "Johnnie". (como citó Licht, 1967, p. 272)

El entendimiento de Barton de la terapia ocupacional era que la persona que presta cuidados profesionales sería una enfermera avanzada, quién estaría enseñando científicamente desde una base de conocimiento médico y profesional. Esta enfermera-terapeuta aseguraría armonía entre tratamientos ocupacionales y médicos y usaría una estructura de referencia para un tratamiento más amplio pero paralelo a la medicina. El terapeuta consideraría el paciente como un ser mental, físico y espiritual y consideraría la fortaleza individual del paciente, metas y ambiciones en esos tres dominios cuando planea el tratamiento. La incorporación de terapia ocupacional al tratamiento en hospitales permitiría rehacer a los empleados a una persona completa que podría llevar una vida útil.

William Rush Dunton, Jr.

También preocupado con el cuidado de los pacientes hospitalizados, particularmente aquellos pacientes con enfermedades mentales, William Rush Dunton, Jr., fue psiquiatra. Dunton pronto respondió a la sugerencia de Barton de que se estableciera una sociedad nacional de aquellos interesados en ocupación como terapia. Dunton era un organizador por naturaleza, habiendo fundado él mismo tanto La Sociedad Psiquiátrica Maryland como Orquesta de Médicos de Baltimore (Licht, 1967). Le convencieron del mérito de la ocupación

en el tratamiento de personas con enfermedad mental. Pronto, en sus 30 años de carrera en el Hospital de Sheppard y Enoch Pratt en Towson, Maryland, ya había discutido el valor de la ocupación con su director, Dr. Edward Brush. En 1912, Brush fijó a Dunton en el cargo de la ocupación; por 1915 Dunton había publicado un libro sobre el asunto. Dunton (1943) describió sus actividades:

> Para interesar a pacientes yo busqué varios artesanos, como encuadernadores, estampadores de cuero y otros que fueron bastante amables para enseñarme los rudimentos de su destreza de modo que yo podría con un poco de práctica introducir al paciente en una destreza que atrajera su interés y le ayudara en el camino de la recuperación. (P. 246.)

La experiencia personal de Dunton con la ocupación profundizó su compromiso hacia el tratamiento moral, un enfoque de tratamiento utilizado por psiquiatras en el siglo diecinueve. De todos los fundadores, Dunton expresó más que la mayoría la creencia de que la utilización de la ocupación fue realmente la restauración del tratamiento moral utilizado en el decimonoveno siglo. Gran parte del trabajo de Dunton (1919) incluía referencias al tratamiento moral. Lamentó la desaparición del tratamiento moral que tuvo lugar hacia el final del siglo diecinueve:

> Es extraño que a menudo el médico está dispuesto, incluso ansioso, por descartar remedios que tienen probada eficacia en su práctica y en la de otros, en casos nuevos para él y quizás no intentados hasta el momento, por lo que tenemos modas en la terapéutica, algunas de las cuales

> parecen casi tan estrafalarias para nosotros pasados los años, como las modas en el vestuario. (p.17)

Aunque Dunton identificó con exactitud un factor que contribuía a su interrupción, había otras múltiples circunstancias de índole social, profesional e institucional que contribuyeron a la desaparición del tratamiento moral (Peloquin, 1989).

Durante los meses de la fundación de la Sociedad, los Estados Unidos de América participaron en la I Guerra Mundial. Duncan se convirtió en el presidente de la Sociedad para la Promoción de la Terapia Ocupacional en su segunda reunión anual. En ella, él remarcó la efectividad de la terapia ocupacional en el tratamiento de la neurosis de guerra entre los soldados, y trató la necesidad de trabajadores ocupacionales en el conflicto. Dunton articuló los principios terapéuticos fundamentales para el trabajo, ya que mucha gente fue erróneamente incluida en el servicio militar al confundir la destreza manual (artesanía) con la terapia ocupacional (Dunton, 1919). Él sostuvo que “el propósito principal de la terapia ocupacional es la curación” (p. 317).

Transmitió su creencia en el poder de la ocupación a través del credo introducido en su libro sobre la terapia de reconstrucción en tiempos de guerra:

> Tal ocupación es tan necesaria para la vida como la comida o la bebida. Que cada existencia humana debería tener tanto ocupación física como mental. Que todos deberían tener ocupaciones con las que disfrutasen. Éstas son más necesarias cuando la vocación es aburrida o ingrata. Cada individuo debe tener al menos dos aficiones, una al aire libre y otra de interior. Un número mayor podrá crear intereses mayores, un

conocimiento más amplio. Que las mentes enfermas, los cuerpos enfermos, las almas enfermas, pueden ser curadas a través de la ocupación. (Dunton, 1919, p.17)

La guerra dio lugar a una temprana comprensión del tipo de persona que mejor se ajustaba para proporcionar la ocupación. Los pocos que atravesaron primero el mar fueron mujeres, y estas ayudantes para la reconstrucción habían tenido mucho éxito. Las siguientes que sucedieron a estas pioneras fueron también mujeres. Las calificaciones personales que se buscaban eran aquellas que se atribuían a los buenos profesores: conocimiento y habilidad para la ocupación particular; atractivo, personalidades con fuerza; simpatía; tacto; juicio; y diligencia (Spackman, 1968).

Otro factor que dio forma a la determinación de quién deberían ser los terapeutas ocupacionales en ese momento fue la sensación de que la terapia ocupacional era un trabajo de mujeres. Dunton (1921a) atribuyó como factor del éxito de las ayudantes para la reconstrucción en la guerra al género de las mismas: “Se ha encontrado que la la presencia de mujeres energéticas que recorrían los pabellones de los hospitales estimulando a los pacientes a ocuparse haciendo cosas que habían tenido un efecto maravilloso en cuanto a mantener la moral alta en los pacientes” (p. 17). En la guerra se dejó atrás la convicción de que las enfermeras eran las mejores terapeutas ocupacionales, lo que bien pudo haber reforzado la creencia de Dunton de que los profesionales médicos debían prescribir la ocupación; cualquiera, si no una enfermera, debían saber las condiciones médicas en profundidad.

La estimación de Dunton (1919) de las cualidades personales requeridas para un director ocupacional incluían tacto, “el preciado don de inspirar a otros”, conocimiento de la psicología vital, el interés de la ocupación como terapia, “fertilidad de la intervención”, y un sentido artístico de la forma (pp. 43-45). Estos rasgos igualaban a aquellos que se pensaban necesarios para las enfermeras ocupacionales tanto como para los profesores de oficio.

La guerra también formó conceptualizaciones de los significados de la ocupación. La idea de los servicios de preguerra era que la ocupación podía ser un tratamiento efectivo que haría posible la ocupación después de la recuperación. La experiencia durante la guerra de la ocupación pronto enfatizó “el lado físico de la terapia ocupacional” (Dunton, 1919, p. 56). A menudo llamado *trabajo curativo*, la terapia ocupacional de guerra fue prescrita para “restaurar utilidades, sobrellevar deformidades o enseñar a la porción restante de una extremidad o a otro miembro nuevas funciones” (Mock, 1919, p.12). Las heridas de guerra centraron la atención en la recuperación del paciente hacia la condición funcional.

Durante los años que duró la guerra, el libro de Dunton (1919) titulado *Terapia de Reconstrucción* contenía fotografías del eficiente ingeniero Frank Gilbreth, que muestran hombres que llevaban prótesis (e.g., el garfio/pinza de Amar, el brazo artificial de Carnes, y la pierna de Hanger). El libro también incluía fotografías de hombres utilizando aparatos autoportables para vestirse, hacer las labores del campo o conduciendo coches. Uno se queda impresionado con las fotografías de hombres que llevan garfios y artilugios que son rudimentarios para los estándares de hoy en día. Los aparatos tenían un papel

reconstituyente que de lo contrario pasaría a mutilante, hiriente o deshumanizante.

El lenguaje de la ciencia salpicó la literatura de terapia ocupacional durante la guerra. No sorpresivamente, gran parte de la literatura incipiente sobre la enseñanza de ocupaciones había incluido discusiones sobre los desarrollos recientes en educación y psicología. La experiencia de la guerra dirigió la aplicación de ocupaciones en el creciente uso de la tecnología diseñada para mejorar las funciones individuales. Dunton (1919) alegó que mucho quedaba por hacer antes de que la terapia ocupacional pudiera ser considerada una ciencia exacta. Él esperaba que la tarea atrajera la atención de personal investigador.

Eleanor Clarke Slagle

Eleanor Clarke Slagle realizó un curso dado por Julia Lathrop en la Escuela de Educación Cívica y Filantropía de Chicago. Lathrop había seguido el caso de Clifford Beers (1917), él mismo un formador de pacientes, para la reforma en el tratamiento de personas con enfermedades mentales, mediante la designación de un curso en ocupaciones y recreaciones curativas para asistentes y enfermeras en la institución. Ella se reafirmó ante la Comisión Estatal de Control de Illinois en 1908 para protestar por las pobres condiciones en ese estado. La mayoría de los pacientes en hospitales del estado de Illinois entonces se sentaban ociosamente cada día, con una dedicación poco capaz a labores de hospital que consistía en trabajo monótono diseñado para ayudar al hospital (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 1940). Después de

finalizar el curso de Lathrop en 1911, Slagle realizó un curso similar en Michigan. Ella entonces se fue a la Clínica Psiquiátrica Phipps del Hospital John Hopkins de Baltimore, para dirigir el departamento de terapia ocupacional bajo la supervisión del Dr. Adolph Meyer.

Meyer había visto condiciones similares a las vistas por Slagle y habían apoyado también a Beers en sus esfuerzos reformistas. Él describió "las tiendas y el trabajo industriales en la lavandería y en la cocina y en las salas…extensamente planeados para relevar a los empleados" (Meyer, 1922, p.2). En la Clínica Phipps, él "consiguió los servicios de Mrs. Slagle", cuyos esfuerzos él luego reconoció que habían contribuido positivamente a la Clínica Phipps (Meyer, 1922). Mientras en la Clínica Phipps, Slagle impartía cursos de tres semanas sobre ocupación a grupos de enfermeras en aprendizaje del Hospital John Hopkins. Las instrucciones incluían tanto ocupaciones como los principios con sus usos subyacentes (Dunton, 1921b).

Slagle volvió a Chicago en 1915 para establecer la Escuela de Ocupaciones Henry B. Favill y dirigió el colegio desde 1918 a 1922. Recordad que ella había dado cursos de trabajo social y había trabajado con Meyer, quien avocaba a "la creación ordenada de un ritmo en la atmósfera" del hospital (Meyer, 1922, p.6). Estas influencias formaron la perspectiva de Slagle: Ella adquirió el hábito de enseñar a través de la ocupación. Seleccionó los pacientes con regresión severa y con enfermedades crónicas para el entrenamiento en el hábito, ya que Meyer había caracterizado a tales pacientes como "enfermos de hábitos desorganizados" (Wilson, 1929, p. 189). Un principio original de la terapia ocupacional impregnaba el concepto de entrenamiento del hábito: Las

ocupaciones pueden ser útiles y curativas cuando son habituales entre pacientes con enfermedades mentales.

En el entrenamiento del hábito, pequeños grupos de pacientes fueron sometidos a una cerrada supervisión a través de los días, siguiendo a un esquema cuidadosamente diseñado que incluía cuidados e higiene personal, clases ocupacionales, paseos, comidas en grupos pequeños, actividades recreativas, y ejercicio físico. Se animó a cada paciente para entrar en una rutina y después para que asumiese la responsabilidad para su realización. El extracto de un caso informa de una paciente expresando su opinión del servicio que inició Slagle:

> 3 de Mayo de 1926- Admitido en el entrenamiento de hábito. No se visite ni desviste solo. Viste desaliñado y desabotonado. Mudo. No puede lavarse solo. Humedece y ensucia la cama. Se masturba frecuentemente.
>
> 1 al 20 de Junio, 1926- Se lava y viste solo. Se mea y defeca menos frecuentemente. Encera el suelo si es continuamente supervisado. Supera la ocupación de grado bajo.
>
> 10 de Julio- 22 de 1926- Habla ocasionalmente. Le dijo al superintendente que él estaba “un poco mejorado.” Trabaja en el trenzado de alfombrillas. Ayuda al celador limpiando y aclarando los platos de la mesa en las comidas. Apetito más normal. (Wilson 1929, pp. 196-197)

Médicos como Charles Vaux (1929) creían que el entrenamiento del hábito causaba un “punto de retorno que iniciaba [a los pacientes] en el camino de la recuperación”(p. 329).

Slagle no creía que el director de la ocupación tuviera que ser un médico, habiendo asumido ella ese rol. Ella indicó que la "capacidad de cada persona involucra no sólo el entrenamiento en artes y oficios, sino, y sobre todo, en personalidad y carácter" (Slagle, 1927, p.126). Aunque ella insistió en el sólido conocimiento de materiales y procesos, enfatizó en el elemento personal:

> Si hay falta de esto— al entender, en dar y tomar, en visión espiritual del "problema final" del todo en demasiados casos-, el artesano puede hacer alguna demostración inicial, pero el trabajo finalmente flaqueará y será en gran parte un fracaso. (Slagle, 1927, p. 126)

Con una formación inicial en trabajo social, la creencia de Slagle en la influencia personal del terapeuta tomaba sentido. Una temprana conceptualización en trabajo social dio lugar a que el carácter y la relación del trabajador social con el paciente constituyen el agente del cambio.

Aunque no creía que el director ocupacional debiera ser un médico, Slagle creía que el médico debería prescribir al menos el tipo de ocupación requerida, "tal como estimulante, sedante, mecánica, intelectual, académica o variada" (Slagle, 1927, p. 128). Su definición de terapia ocupacional incluía una metáfora médica: "Es una actividad dirigida y difiere de todas las demás formas de tratamiento que se va administrando en dosis crecientes según la condición del paciente mejore" (Slagle según se cita en Hull, 1931, p. 219).

Slagle fue una líder. Elegida vice-presidente en la primera reunión de la Sociedad, Slagle a menudo realizada cualquier trabajo en la Asociación y lo hizo por más tiempo que cualquier otro (Licht, 1967). Ella también estaba de

acuerdo con dirigir la terapia ocupacional del Departamento de Higiene Mental de Illinois (Smith, 1929). El liderazgo de Slagle fue excepcional. En gran parte, los hombres ocupaban la posición más alta de autoridad en aquellos años iniciales; en cuanto a los esfuerzos en la promoción y organización, los hombres eran más a menudo elegidos para el puesto más elevado. El enfoque de que las mujeres eran más efectivas con los pacientes dio lugar a un liderazgo paterno que situó a los hombres en papeles administrativos y de supervisión, e hizo que el liderazgo de Slagle fuera algo excepcional.

Susan Cox Johnson

Susan Cox Johnson estudió y enseñó artes y oficios en una escuela secundaria en Berkeley, California. En 1912, viajó al este, viviendo eventualmente en Filipinas para enseñar oficios durante 2 años. A su regreso, aceptó un puesto en el Hospital de la Ciudad De Nueva York en la Isla de Blackwell también aceptó dirigir el comité de ocupaciones para el Departamento de Organizaciones Benéficas Públicas del Estado de New York. Con esta aptitud, Johnson pretendió probar que las ocupaciones podrían mejorar la condición mental y física de pacientes y los internos en hospitales públicos y los asilos de pobres, a lo que estos individuos podrían contribuir con su autosuficiencia, y que su ocupación podría ser moralmente constructiva (Licht, 1967, p. 276). Su meta encarnó su creencia en el potencial curativo y restaurativo de la ocupación, una creencia que fue invariante entre todos los fundadores.

El trabajo de Johnson impresionó a Barton, quien creyó que ella tuvo "por todas las probabilidades el trabajo más importante en el mundo, junto con

una cabeza muy nivelada, una compenetración entusiasta, una buena experiencia y un interés tremendo en el lado terapéutico" (Reed & Sanderson, 1983, p. 196). Dunton había propuesto el nombre de Johnson para incluirlo en la Sociedad; Barton estaba de acuerdo en su inclusión (Licht, 1967, p. 271). Poco después del establecimiento de la Sociedad y de que los Estados Unidos entraran en guerra, la Universidad de Columbia en Nueva York invitó a Johnson a enseñar terapia ocupacional en su departamento lactante. Ella aceptó la posición y pronto dirigió el curso (Licht, 1967). Ella simultáneamente organizó y dirigió un departamento de terapia ocupacional en la Casa Montefiore y en Hospitales, Nueva York.

Cinco de los artículos de Johnson en *el Moderno Hospital* se ocuparon de la formación de empleados y la función de la terapia ocupacional en el hospital (Reed & Sanderson, 1983). Su énfasis continuado en el aspecto reeducativo del trabajo y en los requisitos educativos para practicantes reflejó sus antecedentes educativos. Ella (1919) creyó que enseñando ocupaciones a inválidos difirieron de otra enseñanza; Fue necesario "planear con gran consideración hacia lo personal que se hizo en algún sistema de instrucción bajo condiciones normales" (p. 221). Ella esbozó programas de entrenamiento diversos adecuados para trabajar con poblaciones específicas. Razonó que las personas que enseñaron ocupaciones inválidas en un hospital necesitaron más comprensión y formación en el manejo de personas enfermas, mientras que éstas enseñando en talleres curativos o lugares donde el paciente no está hospitalizado necesitaron cursos más docentes, porque su enseñanza volvería a líneas más normales " (p. 222).

Johnson creyó fuertemente que el “gran campo de la ocupación nunca cargaría completo de fruta hasta que la dignidad y la importancia de la posición del profesor en este campo sea reconocida” (Johnson, 1919, p. 223). Ella pensó con “peligro” que el péndulo pudiese mecerse hacia “perder la visión del aspecto de enfermería del trabajo del profesor” (Johnson, 1919, p. 223). Ella predijo que ese “siempre sería un problema conservando un camino intermedio definido entre la enfermería y los aspectos educativos de este trabajo” (Johnson, 1919, p. 223).

Johnson (1919) reconoció que el debate sobre las adecuadas aptitudes terapéuticas se había incrementado durante la guerra:

> La idea fue que era conveniente tener profesores especialmente formados para este trabajo y que bien podrían ser personas no médicas y justamente venía a ser aceptada cuando la avalancha de necesidad de guerra cayó sobre nosotros. La gran demanda de enfermeras y la necesidad de numerosos profesores en este campo barrió ocupaciones fuera de las manos de la enfermería e hizo necesaria en ambas la absorción de un grupo extranjero en el régimen hospitalario o el descarte de la idea de utilizar la ocupación para un propósito terapéutico (p. 221)

Johnson (1919) animó a los trabajadores ocupacionales a resolver el acertijo aptitud, y al hacer eso equilibra la necesidad de habilidades especializadas en contra de la necesidad de habilidades precisadas a través de todos los trasfondos. Ella creyó que todos los profesores de ocupación

necesitaron “una comprensión de la psicología de ambas mentes normales y anormales” y un encallamiento “en los principios y los métodos de impartir la enseñanza al enfermo,” a pesar de su práctica establecida (p. 222).

Johnson dijo que el producto de trabajo del paciente debería ser de calidad alta. Su énfasis en “mantener estándares altos en los productos de la ocupación” parece razonable después de tantos años de oficios de enseñanza y aprendizaje (Johnson, 1919, p. 223). Reconocer que el campo de la terapia ocupacional estaba en una “época formativa” animó a la Sociedad a proveer “ayuda práctica para el profesor en mantener los mejores estándares en productos” (Johnson, 1919, p. 223).

Los antecedentes de Johnson la distinguieron de muchos otros fundadores. Sus puntos de vista y sus preguntas, nacidas de sus aptitudes personales, empujaron a una vista equilibrada de la terapia ocupacional como una función en parte médica, en parte enseñada.

Tomás Bessell Kidner

Barton invitó a Thomas Bessell Kidner a la reunión fundadora porque Kidner vivió en Canadá y eso le daría a la Sociedad un sabor internacional (Reed & Sanderson, 1983). El estado extranjero de Kidner, sin embargo, no fue el criterio exclusivo para su selección. En 1915, Kidner había sido señalado Secretario Vocacional del Hospital Militar Canadiense para desarrollar un sistema vocacional de rehabilitación. Antes de eso, él había establecido un número de programas educativos especializados en diversas provincias canadienses.

Como Barton, Kidner había estado formado como un arquitecto. Él incluyó varios dibujos arquitectónicos en sus artículos de la revista especializada detallando la planificación de departamentos de terapia ocupacional. Kidner hizo la funciones de presidente de la Sociedad a lo largo de seis periodos (Licht, 1967). Durante la presidencia de Kidner en 1923, la Asociación de Terapia Ocupacional (antiguamente conocida como la Sociedad para el Promoción de la Terapia Ocupacional) adoptó una insignia oficial, lo cual incluyó un caduceo, e hizo disponible esta insignia para el uso por miembros Societarios; "Los Terapeutas Ocupacionales se encuentran otra vez con A.H.A, " 1923). El pin simbólicamente centró la afiliación de este servicio nuevo para la medicina.

Kidner (1923) habló a menudo acerca del progreso de la terapia ocupacional y la valoración creciente de "trabajo curativo en prácticamente cada clase de incapacidad" (p. 55). Él recordó a los terapeutas que el Acto de Rehabilitación Industrial de 1920 había extendido el uso de la ocupación en muchos hospitales:

> Ciertamente, pienso que es justo decir que muchos hospitales han dibujado su atención en el valor de la terapia ocupacional para las autoridades federales y estatales de rehabilitación industrial que están haciendo lo mejor para identificar personas discapacitadas por accidentes o enfermedades en la industria. (p. 500)

Kidner también acreditó el Acto con la introducción de trabajo curativo en muchas nuevas áreas de servicio basadas en tipos no hospitalarios. Una nueva

área fue el mundo de personas enclaustradas en casa, a quién Kidner (1924) describió como “el producto de accidentes industriales” (p. 500). Kidner (1923) estimó que el número de individuos discapacitados por accidentes industriales y de otro tipo anualmente igualaron el número de esos que fueron incapacitados en un ejército de 1.5 millones de hombres activos en el campo. Él creyó que el gran número de minusválidos y el consiguiente “brote y auge de la terapia ocupacional naturalmente condujeron a la evolución de los estándares” (Kidner, 1929b, p. 243).

En 1923, el año en el cual las normas educativas fueron desarrolladas, los oficiales de la Asociación fueron en su mayor parte hombres; uno de los tres fue un médico. Slagle fue la única mujer, reelegida secretaria-tesorera. De las ocho personas elegidas para la Mesa Ejecutiva de la Asociación, cinco fueron médicos (“Los Terapeutas Ocupacionales se encuentran otra vez con A.H.A,” 1923). En respuesta a un interés creciente en amarrar a terapeutas ocupacionales, “varios doctores llamaron la atención de la Asociación de Terapia Ocupacional Americana” para el apresurado tiempo de guerra los programas educativos daban “prácticamente nada más que instrucciones en artes manuales simples” (Kidner, 1929b, p. 244). Un comité que incluyó a los médicos estudió el problema de la educación de la terapia ocupacional; los miembros luego adoptaron una declaración de estándares mínimos en su reunión anual (Kidner, 1930). Estas primeros estándares educativos para formar en terapia ocupacional más allá forjaron la caracterización del terapeuta ocupacional.

Los estándares esbozaron prerrequisitos para candidatos y el contenido del currículo. La admisión para un curso de formación precisó al menos una enseñanza secundaria o su equivalente. El curso de formación tuvo que durar un mínimo de 12 meses, sin no menos de 6 horas de trabajo y clase diaria. El curso anual tuvo que incluir no menos de 8 meses de trabajo teórico y práctico y no menos de 3 meses de práctica en hospital formándose y con supervisión (Kidner, 1923). La declaración oficial precisó que la instrucción adecuada sea recibida en (a) psicología, normal y anormal; (b) anatomía, kinesiología, y ortopedia; (c) enfermedades mentales; (d) tuberculosis; y (e) casos médicos generales, incluyendo enfermedades cardiacas. Al menos 1.080 horas fueron requeridas en el trabajo manual práctico tal y como en “el trabajo de talla en madera, tejer, la cestería, trabajo del metal y la joyería, el dibujo y el diseño aplicado” (Kidner, 1924, p. 55).

Los estándares propuestos para formar al precoz terapeuta como trabajador médico e instructor de oficios, resolvieron la pregunta de la función, que de enfermera o maestro, fue más importante. El terapeuta ocupacional tuvo que ser un poquito de ambos. El terapeuta entendería el mundo del hospital y la autoridad que el médico sostuvo en ese mundo y presta servicio dentro de este contexto. El terapeuta sería un instructor en oficios cuyo producto final real sería una persona recuperada.

Kidner (1924) describió el producto final de terapia ocupacional. Él recordó a los miembros de la asociación que el “valor real del trabajo curativo se pone en el resultado obtenido en el paciente ” (p. 57). Él creyó que lo que fue construir “ productos ocasionales de la terapia ocupacional para ser el fin y

la meta del tratamiento ” no aprecia “ el significado real y lo que significa el trabajo ” (Kidner, 1929b, p. 243).

Kidner (1929a) habló de rehabilitación. Al poner la dirección en la graduación de estudiantes, él compartió su concepción de la calidad de servicio que deben proporcionar:

> En su campo elegido, una parte del trabajo más noble del hombre – el cuidado y el alivio de la humanidad débil y doliente – puede realizar en medida creciente el valor de ciertas cosas espirituales que son la confección real de la vida, pero que llamamos por muchos nombres comunes. La bondad, la humanidad, la decencia, el honor, la buena fe – para dejar estos bajo cualquier circunstancia lo que sería una pérdida mayor que cualquier derrota, o aun la muerte misma. (p. 385)

Concerniente al paciente y para la calidad de su relación personal con el terapeuta tejió a través de la declaración de Kidner sobre estándares, afiliación médica, y la meta curativa de la ocupación. Kidner contribuyó mucho a nuestro legado.

Conclusión

Cada uno de los fundadores sostuvieron puntos de vista distintos, pero compartieron una creencia poderosa que lleva a la fundición y floreciendo de la Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional – en ninguna materia de la situación de vida, la ocupación podría ayudar, particularmente cuando es facilitado por un individuo que cuida para ayudar. Cada fundador

ayudó a articular creencias fundacionales que se convirtieron en la cultura de la profesión: 1) el tiempo, el lugar y la circunstancia caminos abiertos a la ocupación, 2) la ocupación fomenta dignidad, competencia, y salud, 3) la terapia ocupacional es un compromiso personal, 4) el cariño y la ayuda son vitales para el trabajo, y 5) la terapia ocupacional es un arte y una ciencia (Peloquin, 2005).

A pesar de las diversas diferencias que sostuvieron acerca de quien debía enseñar ocupaciones o cuánto debería la influencia médica forjar el proceso, podríamos imaginar a los fundadores recordándonos hoy acerca del poder orientador de esas creencias en estas palabras: "Somos exploradores. Posibilitamos ocupaciones que curan. Nosotros co – creamos vidas diariamente. Tratamos de alcanzar corazones así como también manos. Somos artistas y científicos de inmediato" (Peloquin, 2005). Los tiempos y las condiciones bien pudieron haber cambiado desde 1917, pero esas creencias orientadoras permanecen fuertes y viables hoy.

AGRADECIMIENTOS

Se cogieron secciones para este artículo con permiso de la Asociación de Terapia Ocupacional americana, de mi trabajo anterior titulado Servicio de Terapia Ocupacional: Interpretación Individual y Colectiva de los Fundadores. Parte II. *The American Journal of Occupational Therapy, 45* (8), 733-744 and Peloquin, S. M. y Servicio de Terapia Ocupacional: Interpretación Individual y Colectiva de los Fundadores. Parte II. *The American Journal of Occupational Therapy,* 45 (4), 352-359.

Bibliografía

1. American Occupational Therapy Association. (1940). History. *Occupational Therapy and Rehabilitation, 19*, 30.
2. Barton, G. E. (1914). A view of invalid occupation. *Trained Nurse and Hospital Review, 52*, 327-330.
3. Barton, G. E. (1915a). Occupational nursing. *Trained Nurse and Hospital Review, 54*, 335-338.
4. Barton, G. E. (1915b). Occupational therapy. *Trained Nurse and Hospital Review, 54*, 138-140.
5. Barton, G. E. (1920). What occupational therapy may mean to nursing. *Trained Nurse and Hospital Review, 64*, 304-310.
6. Barton, I. G. (1968). Consolation house, fifty years ago. *American Journal of Occupational Therapy, 22*, 240-345.
7. Beers, C. W. (1917). *A mind that found itself.* New York: Longmans, Green.
8. Bockover, J. S. (1971). Occupational therapy—A historical perspective: Legacy of moral treatment—1800's to 1910. *American Journal of Occupational Therapy, 25*, 223-225.
9. Carlova, J., & Ruggles, O. (1946) *The healing heart.* New York: Julian Messner.
10. Cooper, G. (1918). Re-weaving the web: A soldier tells what it means to begin all over again. *Carry On, 1*(4), 23-26.
11. Dunton, W. R. (1919). *Reconstruction therapy.* Philadelphia: Saunders.
12. Dunton, W. R. (1921a). *Occupational therapy: A manual for nurses*. Philadelphia: Saunders.
13. Dunton, W. R. (1921b). The development of reconstruction therapy. *Trained Nurse and Hospital Review, 67*, 16-21.
14. Dunton, W. R. (1943). How I got that way. *Occupational Therapy and Rehabilitation, 22*, 244-246.
15. Dunton, W. R. Jr. (1955). Today's principles reflected in early literature. *American Journal of Occupational Therapy, 9,* 17-18.
16. Hull, H. H. (1931). A survey of occupational therapy. *Occupational Therapy and Rehabilitation, 10*, 217-234.
17. Johnson, S. C. (1919). Occupational therapy, vocational reeducation and industrial rehabilitation. *Modern Hospital, 12,* 221-223.

18. Johnston, J. (1981). Old values—New directions: Competence, adaptation, integration. *American Journal of Occupational therapy, 35*, 589-598.
19. Kidner, T. B. (1923). (1923). Planning for occupational therapy. *Modern Hospital, 21,* 414-428.
20. Kidner T. B. (1924). Occupational therapy in 1923. *Modern Hospital, 22,* 55-57.
21. Kidner, T. B. (1929a). Address to graduates. *Occupational Therapy and Rehabilitation, 8,* 379-385.
22. Kidner, T. B. (1929b). Standards of occupational therapy. *Occupational Therapy and Rehabilitation, 8,* 243-247.
23. Licht, S. (1967). The foundling and founders of the American Occupational Therapy Association. *American Journal of Occupational Therapy, 21,* 269-277.
24. Meyer, A. (1922). The philosophy of occupational therapy. *Archives of Occupational Therapy, 1*, 2-3.
25. Northrup, F. M. (1928). Work on wards: Methods, crafts and equipment. *Occupational Therapy and Rehabilitation, 7*, 267.
26. Occupational therapists meet again with A.H.A. (1923). *Modern Hospital, 21,* 499-502.
27. Peloquin, S. M. (1989). Looking Back—Moral treatment: Contexts considered. *American Journal of Occupational Therapy, 43*, 537-544.
28. Peloquin, S. M. (2005) Eleanor Clark Slagle Lecture. Embracing our ethos, reclaiming our heart. *American Journal of Occupational Therapy, 59*, 611-630.
29. Reed, K. L., & Sanderson, S. R. (1983). *Concepts of occupational therapy* (2nd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
30. Slagle, E. C. (1927). To organize an "O.T." department. *Occupational Therapy and Rehabilitation, 6*, 125-130.
31. Smith, P. (1929). The value of occupational therapy from a medical inspector's standpoint. *Occupational Therapy and Rehabilitation, 8*, 331-334.
32. Spackman, C. S. (1968). A history of the practice of occupational therapy for restoration of physical function: 1917-1967. *American Journal of Occupational Therapy, 22,* 67-71.
33. Staff. (1923). Nurse's appreciation of George Edward Barton. *Modern Hospital, 21*, 658.
34. Vaux, C. L. (1929). Habit training. *Occupational Therapy and Rehabilitation, 8,* 327-329.

35. Wilson, S. C. (1929). Habit training for mental cases. *Occupational Therapy and Rehabilitation, 8,* 189-197.

Capítulo 04

EL LEGADO DE BARTON

D. Miguel Ángel Talavera Valverde.

Colaboradoras:

Dña. Lori Reals.

Dña. Krinsten Mahoney.

Como citar este capítulo en sucesivas ocasiones

Talavera Valverde MA. El legado de Barton. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación [monografía en Internet]. TOG (A Coruña): APGTO; 2007. p. 161-209 [citado fecha mes y año]. Disponible en: www.revistatog.com

RESUMEN Con este artículo se intenta ofrecer la visión de uno de nuestros símbolos profesionales.

Queremos contribuir al conocimiento histórico de nuestra disciplina, partiendo de dos hipótesis:

(1) La historia pasa, pero deja huella.

(2) La lectura de la historia, nos desvela donde estamos y hacia donde vamos.

La figura de George E. Barton, el legado que dejó en vida y que se desfiguró tras su muerte y la repercusión de la Consolation House de Clifton Springs en nuestra historia profesional serán los contenidos centrales de este artículo.

PALABRAS CLAVE DESC Terapia Ocupacional; historia; Simbolismo

PALABRAS CLAVE Terapia Ocupacional, Barton, Consolation House, Legado, Historia, Símbolo, Clifton Springs.

ABSTRACT With this article it is tried to offer the vision of one of our professional symbols. We want to contribute to the historical knowledge of our discipline, starting off of two hypotheses:

(1) history happens, but it leaves footstep.

(2) the reading of history, it keeps awake to us where we are and towards where we go. The figure of George E. Barton, the legacy that left while still alive and that disfigured after its death and the repercussion of the Consolation House de Clifton Springs in our professional history will be the central contents of this article. **DESC KEYWORDS** Occupational therapy; History; Symbolism.

KEYWORDS Occupational therapy; History; Symbolism, Consolation House, Clifton Springs

INTRODUCCIÓN

Con el "Legado de Barton",queremos contribuir a mantener vivo un símbolo[23], evitar así que el paso del tiempo lo borre o lo difumine y sobre todo, despertar el interés por mirar hacia el momento de nuestro nacimiento profesional.

La Terapia Ocupacional ha caminado estrechamente ligada a una serie de símbolos que nos ayuda a conocer la historia de nuestra profesión. George E. Barton y la Consolation House de Clifton Springs son dos de nuestros símbolos profesionales. Son parte de nuestra historia, forman parte de nuestra entidad profesional, son un legado que el tiempo no puede borrar.

En definitiva, entender nuestros símbolos del pasado nos ayuda a entender nuestro presente.

La ausencia de información sobre un símbolo facilita que caigamos en el denominado "hacer alineado" acuñado por E. Fess en 1990. Esta situación provoca un vacío de conocimiento, una perdida de identidad y provoca que realicemos acciones por repetición, de manera automática, sin entender las características de las mismas, reduciendo el potencial del Terapeuta Ocupacional como profesional.

[23] La RAE 2006 define los símbolos como elementos que poseen el significado que nosotros le asignamos. Su valor se puede determinar cuando los dotamos de reconocimiento y los incluimos en nuestra memoria. Olvidar un símbolo, priva a la persona de una información útil para reconocer el presente en el que está inmerso.

Es nuestra responsabilidad transmitir estos símbolos de generación en generación, dotarles del valor que merecen, ofrecer la información más real de los mismos y poder mantener vivo su significado.

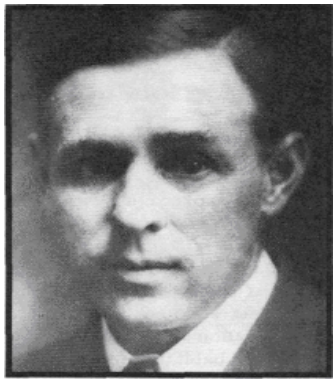
Este compromiso ofrece a la profesión un presente basado en datos fiables y un conocimiento de la historia de la Terapia Ocupacional evitando así colocarla en el *"baúl de los recuerdos"*.

- ¿Cómo poder diferenciar nuestra creencia sobre la profesión y la realidad histórica?.
- ¿Cómo poder transmitir nuestra historia profesional a la realidad actual?.
- ¿Cómo sumergirnos en años de histórica distorsión para encontrar datos sobre estos símbolos?.

Ofrecer respuestas a estas hipótesis será el objetivo de este capitulo que consta de tres partes:

1. La vida de George E. Barton
2. La Consolation House de Clifton Springs
3. El acta de fundación la NSOPT

1. LA VIDA DE GEORGE E. BARTON


George E Barton

Hablar de George E. Barton, conocer sus logros y revisar su vida, es hablar de una persona que luchó por sus metas. El término luchador[24] es el que mejor podría definirle.

Es admirable que Barton, después de sufrir a lo largo de su vida diversas enfermedades, siguiera teniendo confianza en sus posibilidades. La recuperación le sirvió de ejemplo de superación personal y de acicate ante un público que todos los días le veía trabajar en el jardín de la Consolation House.

Barton era el claro ejemplo de readaptación personal de su vida tras la enfermedad. Muy pocos dudaron de él cuando vieron ese espíritu de superación y tesón por conseguir las cosas, por conseguir su propio bienestar. Todo esto mantuvo inmerso a Barton en una de sus obras más importantes, *su propia recuperación*.

La Terapia Ocupacional conoce a George E. Barton por ser uno de nuestros fundadores, por ser la persona que dinamizó junto al Dr. Wiliam Rush Dunton e Isabel Gadwin Newton la creación de nuestra disciplina. Se mostró interesado por la arquitectura, la música, las artes, la literatura, la medicina y la religión, obteniendo éxitos en su faceta de compositor, de escritor, de padre de familia y de arquitecto (abandonada tras la parálisis del lado izquierdo que sufrió en el año 1913).

[24] La RAE en su edición del 2006, define el termino Luchador como, Tenaz en el esfuerzo para sacar adelante su propósito. Persona que lucha.

William R. Dunton

La personalidad de Barton en palabras de Isabel G. Newton, ofrece rasgos marcados de una persona polifacética, talentosa, de aire juvenil, fascinadora, con mucho sentido del humor, de fuerte personalidad, idealista, comprometido, creativo, luchador, apasionado, gran orador, amante de la cultura europea, dado al buen gusto en todo lo que rodeaba[27].

El Sr. George Allis[28], uno de sus amigos personales, solía decir de Barton que se trataba de "*un hombre con una personalidad excepcional, idealista y con una capacidad creativa sin limites*". La creatividad diferencia a los genios, Barton lo era.

La parte más personal de Bartón, en palabras de Isabel G. Newton (1968), sería todo un descubrimiento para ella. Se conocieron en el año 1917 y ella quedó prendada de su carisma, de su fuerza, de su serenidad y de la pasión con la que afrontaba su vida. Isabel G. Newton que había llegado a la Consolation House en el año 1917 como secretaria personal de Barton, se acabaría convirtiendo en su esposa. En 1918 contrajeron matrimonio en Clifton

[27] La Consolation House y su contenido en forma de vidrieras, tallados a mano, esculturas y pinturas eran el mejor ejemplo. Las obras que poseía la Consolation House, llegaban de ciudades como de Boston, New York, Londres, Chicago, entre otras y en ellas se podía apreciar la calidad de la obra totalmente artesanal.

[28] George Arliss (George Augustus Andrews),(1868-1946). Nació en Londres. La primera película que el interpreta es "El diablo" (1921). En 1929 gana el premio de la Academy Award como mejor actor (Premio de la Academia de Cine). Aparece en películas históricas tales como Alexander Hamilton, Voltaire, El Cardinal Richelieu. Se casa en 1899 y tienen un hijo llamado Leslie Arliss. Arliss murió en Londres. Arliss publicó dos autobiografías: Up the Years from Bloomsbury (1927) y My Ten Years in the Studios (1940). A su muerte, la Academia de Cine le galardona con una estrella en el bulevar de la fama en Hollywood (Hollywood Walk of Fame at 6648 Hollywood Boulevard).

Springs y dos años mas tarde, antes de la muerte de Barton en 1923, tuvieron un hijo (George Gadwin Barton)[29].

George E. Barton nació en Brookline, Masachusset en el año 1897. Hijo de Chester Manley Barton MD y de Clara L. Whitman. Tuvo una hermana, llamada Clara Mabel Barton nacida el 25 de Abril de 1874 en Hatfield, Hampshire, Massachussets. La familia Barton se desplaza a Brookline en 1897[30].

Desde muy pequeño se vio influenciado por la creación y por lo estético (rasgos que en el final de su vida se acentuaron en la reforma de la Consolatión House). Estudia arquitectura en las escuelas publicas de Boston. Viaja a Europa (Londres) donde sigue estudiando arquitectura en Morris, Marshall, Faulkner & Co., una empresa de arquitectura y diseño industrial que el Sr. William Morris financiaba. Mediante esta empresa, Morris creó un "revival" cultural en la Inglaterra victoriana. Este movimiento, se basaba en las artes y los oficios de la época medieval como paradigma de la primacía del ser humano sobre la máquina. A la vez, promocionaba un trabajo hecho atendiendo a las más altas cotas de expresión artística. Durante gran parte de su vida, el Sr. William Morris se preocupó intensamente en preservar las artes y oficios medievales alejándose de las modernas formas de producción en masa. Cuando regresó a

[29] A la muerte de George E. Barton, Isabel G Newton y su hijo George G. Barton regresan al hogar de ésta en Geneva, en donde permanecerán hasta la muerte de Isabel.

[30] Brookline es una ciudad en el condado de Norfolk, Massachusetts. Limita con Newton (parte del condado de Middlesex) el sudoeste (con parte del concado de Suffolk). En el censo del año 2000 tenía una población de 58.000 habitantes, en 1920 la población era de aproximadamente 11.700 habitantes. Los principios de Brookline fueron rurales, los residentes en el siglo XVII eran casi todos granjeros, muchas tierras de cultivo fueron heredadas de sus padres. La evolución de Brookline a una ciudad residencia comenzó cuando los ricos comerciantes compraron grandes granjas y construyeron hogares de verano. Entre 1806 y 1899 las rutas del transporte fueron desarrolladas, haciendole fácilmente accesible a Boston, gracias a esto la población creció rápidamente. Brookline fue cuna de grandes arquitectos: Sr. H. H. Richardson siglo XIX, eligió vivir en Brookline al igual que su amigo el arquitecto Frederick Law Olmsted considerado como el fundador de la arquitectura del paisaje en América.Recomiendo visualizar las distancias con Google Earth.

EEUU se asentó en Boston (Massachusset), encontró trabajo en el estudio de arquitectura que dirigía el Sr. RichardClipston Sturgis[31], con él fundó su primera empresa dedicada a la construcción de edificios y hospitales; y fue además quien le introdujo en La Sociedad de arquitectos de Boston, en el Instituto Americano de Arquitectos en 1901 y en la Sociedad de Artes y Oficios de Boston de la cual fue secretario y miembro de honor en el año 1897 otorgándole un gran prestigio social.

Sociedad de Artes y Oficios de Boston

Ésta sociedad[32] era una entidad similar a la empresa dirigida por el Sr. Morris en Londres y serán las responsables de la visión del Arte ofrecida por Barton en la creación de la NSPOT. Esta dimensión del Arte se podría definir bajo el lema de que *"Las actividades realizadas por las personas son un instrumento terapéutico"*. Estos dos movimientos buscaban mejorar los efectos negativos de la industrialización al recomendar el retorno a una vida más sencilla en la que el cuerpo y la mente pudieran participar en ocupaciones que dieran por resultado objetos finos de artesanía manual (Boris 1986). Esta concepción ofreció a

[31] Richard Clipston Sturgis (24 de diciembre de 1860 al 20 de enero de 1951), conocido generalmente como R. Clipston Sturgis, era arquitecto americano en Boston, Massachusetts. Sturgis era sobrino del arquitecto Juan Hubbard Sturgis y sucesor a su práctica. Fué el presidente del Instituto de Boston de Arquitectos, del Instituto Americano de Arquitectos (1913-1915) y de la Sociedad de Artes y Oficios Boston en (1917-1920. Este hombre influyó sobremanera en esta época de la vida de Barton.

[32] Esta sociedad pretendía promover el trabajo artístico en todos las ramas de la artesanía. Además pretendía animar a los trabajadores a que ejecutasen sus propios diseños. La Sociedad se esforzaba en estimular a sus trabajadores un aprecio de la dignidad y del valor del buen diseño, huyendo de las prisas en los productos elaborados en cadena.

Barton instrumentos, herramientas y técnicas que utilizaría en la recuperación de personas en la Consolation House.

En el mismo momento que se desarrollaban los acontecimientos relatados con anterioridad, Barton que aún trabajaba en Boston (1906) escribe lo que será la primera Opera en Inglés en la historia de EEUU. (hasta ese momento el resto tenían como idioma el Italiano). En el año 1910 se estrena "The Pipe Of Desire[33]", en el Boston Opera de New York. The Pipe Of Desire tuvo su premier en el Jordan Hall de Boston en 1906.

U.S. Opera American Composer
www.usopera.com

En 1910 se representa en el Ópera Metropolitan de Nueva York, siendo la primera ópera representada en este escenario solo superada en tiempo por la Opera Mona de Horatio Parker.

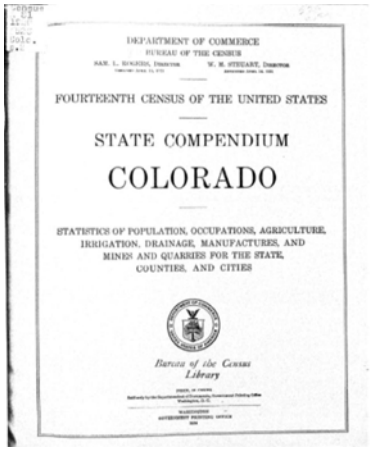
El libreto de The Pipe of Desire, correspondía a Barton y la música a Frederick Shepherd Converse[34]. Los triunfos personales comenzaron a llegar pronto a su vida. Obtuvo al principio de su carrera como arquitecto el Shattuck Prize, uno de los mejores galardones de arquitectura en EEUU. Este premio fue conseguido tras diseñar y reestructurar las infraestructuras de Pueblo[35] (Colorado Springs). En esta localidad de aproximadamente47.000 habitantes en1912 residió Barton desde 1911 hasta el 1913, momento en el cual se dirige

[33] Sinopsis de la obra The Pipe of Desire: La visión del mundo de un joven en manos de una persona mayor. Es la respuesta al paso de la vida desde los ojos de una personas mayor. Todo ello en un ambiente onírico y lleno de fantasía. Se recomienda lectura de sinopsis de la obra en la página del USOPERA.

[34] Frederick Converse fue autor de Operas como The Sacrifice en 1911; Beauty and the Beast, or, Sinbad the Sailor, His Adventures with Beauty and the Peacock Lady in the Castle of the Forty Thieves en 1919; The Immigrants 1914-1915.

[35] La ciudad del pueblo es un municipio situado en condado de Colorado. Pueblo se sitúa en la confluencia dE Arkansas River Y Fountain Creek. El área se considera semiárida con aproximadamente 14 pulgadas de precipitaciones anuales. Según las estimaciones 2005 del censo, la ciudad tenía una población estimada de 103.495. Pueblo es la novena ciudad más populosa del estado de Colorado y la 242 ciudad más populosa de los Estados Unidos.

a Clifton Springs. Es en Pueblo, donde Barton tiene que enfrentarse a otra de sus grandes dificultades: La amputación de dos dedos de su pie izquierdo, a consecuencia del frío y las condiciones climatológicas extremas del estado de Colorado (considerado como el estado más fresco y seco comparándolo con el resto de EEUU). Barton diagnosticado de Tuberculosis y con amputación de dos de sus dedos, sufre una parálisis que le deja sin movilidad en el hemicuerpo izquierdo.


DEPARTMENT OF COMMERCE
BUREAU OF THE CENSUS

FOURTEENTH CENSUS OF THE UNITED STATES

STATE COMPENDIUM

COLORADO

STATISTICS OF POPULATION, OCCUPATIONS, AGRICULTURE, IRRIGATION, DRAINAGE, MANUFACTURES, AND MINES AND QUARRIES FOR THE STATE, COUNTIES, AND CITIES

Bureau of the Census Library

Censo Colorado año 1920

Esta situación le lleva a internarse en el año 1913 en el Clifton Hospital and Clinic de Clifton Springs, fundado por el Dr. Henry Foster en 1850. Su estancia en el hospital estuvo marcada por la necesidad de buscar su independencia, sentía que el hospital no era más que un reducto, una cárcel para el hombre. Podía ver que tras el periodo de recuperación, las personas regresaban a un hogar vacío y a una sociedad que no les acogía.

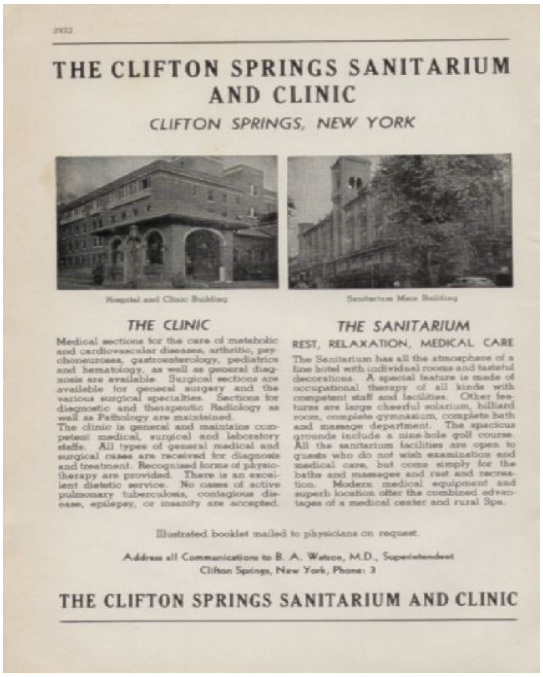
Dr. Foster
Clifton Springs

Las personas lisiadas[36] eran un escollo para una sociedad que no estaba acostumbrada a ellos, era lo que él consideraba "*unos muertos en vida*". Barton buscaba una solución a esta situación, por ese motivo sus lecturas se centraban en las distintas formas de recuperación de la autonomía en personas con limitaciones. El Dr. Foster y el Reverendo Dr. Elwood

[36] Lisiado: termino usado a comienzos de 1900 para referirse a las personas que en la actualidad pueden padecer discapacidad.

Worcester (Rector de la Iglesia de Emmanuel, Boston)

supervisaron la recuperación de Barton y fueron dos de las personas más influyentes en esta etapa. En este sanatorio pasará aproximadamente un año y será donde reciba las principales influencias ideológicas sobre la recuperación de las personas con problemas de salud. Estas influencias se pueden agrupar en dos grupos:


THE CLIFTON SPRINGS SANITARIUM AND CLINIC

CLIFTON SPRINGS, NEW YORK

THE CLINIC

Medical sections for the care of metabolic and cardiovascular diseases, arthritis, psychoneuroses, gastroenterology, pediatrics and hematology, as well as general diagnosis are available. Surgical sections are available for general surgery and the various surgical specialties. Sections for diagnostic and therapeutic Radiology as well as Pathology are maintained.
The clinic is general and maintains competent medical, surgical and laboratory staffs. All types of general medical and surgical cases are received for diagnosis and treatment. Recognized forms of physiotherapy are provided. There is an excellent dietetic service. No cases of active pulmonary tuberculosis, contagious disease, epilepsy, or insanity are accepted.

THE SANITARIUM

REST, RELAXATION, MEDICAL CARE

The Sanitarium has all the atmosphere of a fine hotel with individual rooms and tasteful decorations. A special feature is made of occupational therapy of all kinds with competent staff and facilities. Other features are large cheerful solarium, billiard room, complete gymnasium, complete bath and massage department. The spacious grounds include a nine-hole golf course. All the sanitarium facilities are open to guests who do not wish examination and medical care, but come simply for the baths and massages and rest and recreation. Modern medical equipment and superb location offer the combined advantages of a medical center and rural Spa.

Illustrated booklet mailed to physicians on request.

Address all Communications to B. A. Watson, M.D., Superintendent
Clifton Springs, New York, Phone: 3

THE CLIFTON SPRINGS SANITARIUM AND CLINIC

The Clifton Springs Sanitarium and Clinic

www.rootsweb.com

- La lectura del libro “Medicina y Religión”, escrito por el Reverendo Worcester, de corriente humanista y con una clara promoción del Tratamiento Moral como acción terapéutica en personas con problemas de salud, fue una de las mayores influencias recibidas por Barton durante este periodo y le sirvió de motivación personal para su recuperación.
- Los estudios sobre anatomía, cirugía, enfermedades nerviosas, materias médicas generales y asistió a conferencias en la Escuela de Enfermería del Sanatorio de Clifton Springs.

Fueron estas dos vertientes recibidas, junto a la información obtenida por el contacto con profesionales (Dunton, Meyer, Hall y Tracy, entre otros) que desarrollaban su labor mediante la ocupación, los ejes de su intervención en la Consolation House y facilitaron la creación de NSPOT.

Isabel G. Newton decía que Barton contemplaba la ocupación como “una de las medicinas que podían curar al hombre su desidia, de su falta de iniciativa, de su escaso compromiso con la sociedad en la que vivía” (1915).Mantener ocupaciones acortaría las convalecencias y mejoraría las condiciones de muchos pacientes. Era el momento de ver el hospital como un lugar de tránsito, apostando por las tareas cotidianas y la ocupación como transito en la recuperación personal.

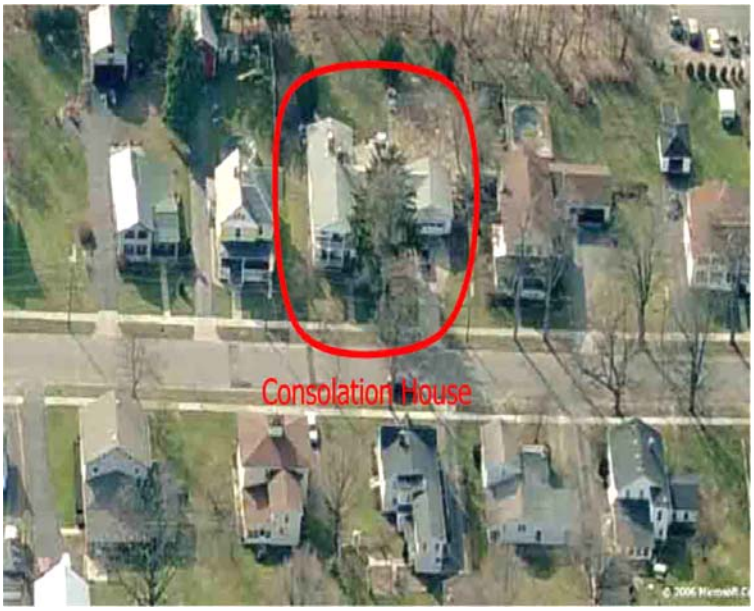
En 1913 tuvo que asumir que el trabajo como arquitecto que hasta ahora realizaba había llegado a su fin. Los detonantes de esta decisión fueron la parálisis corporal izquierda que padecía y su estado de salud cada vez peor. Su recuperación en el hospital estuvo marcada por estrictos horarios que él mismo se imponía y estructuraba en la realización de actividades cotidianas seguidas de periodos de descanso, para volver a retomar estas. Esta estructura de trabajo que más tarde reproduciría en la Consolation House, bastó a Barton para plantearse que cada vez que finalizaba esas actividades se sentía más útil y mejor, recobraba energía, autoestima y obtenía una sensación de bienestar que le hacía sentirse vivo.

Es en este momento cuando Barton decide comprar una casa para vivir y poder asistir al tratamiento en el sanatorio.

Al margen de sus problemas de salud, dos fueron las razones para que Barton adquiriera esta propiedad:

- Las influencias del Reverendo Worcester.

- La necesidad de formar su hogar, donde pudiera sentirse bien, donde pudiera realizar lo cotidiano y poder tomar el control sobre su vida.



Consolation House
Clifton Springs

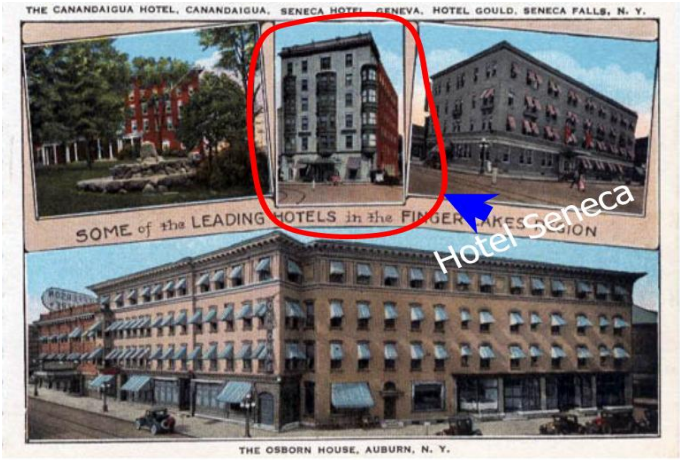
Barton se interesó por una propiedad cercana al Sanatorio Foster, de carácter victoriano semiderruida que compró a la Sra. ReifSteck en la calle Broad Street y que él se encargó de reconstruir.

Barton con esta adquisición (que más tarde llamó Consolation House) formó su hogar, buscó su independencia, trabajó su recuperación y consiguió un adecuado estado de bienestar personal suficiente para vivir de la forma más autónoma posible. Barton llegó a reconocer que fue lo mejor que pudo hacer, comenzaba a partir de aquí un periodo de grandes logros personales, de grandes momentos. Entre ellos estuvo Conocer a Isabel G. Newton.

Isabel llegó a la Consolation House el día 1 de agosto de 1916. Su trabajo consistía en ser la secretaria de Barton y aunque en un primer momento no se sintió nada atraída por la idea, el aspecto económico fue el decisivo. (su salario trabajando en otro lugar era de 11 dólares semanales, en cambio Barton le pagaba 15 dólares). En la primera y única entrevista que Bartón le hizo a Isabel en el Hotel Séneca de Geneva Ontario County New Yok, se establecieron las

condiciones laborales aceptadas por ambas partes (a esta reunión también asistió el padre de Isabel). El primer día de Isabel como secretaría de Barton en la Consolation House le supuso la introducción, en lo que ella denominó "un nuevo mundo". Barton la sedujo con su discurso la ofreció una visión apasionante de un tema que para ella hasta el momento era desconocido: Terapia Ocupacional. El desplazamiento desde Geneva (Estado de New York) a Clifton Springs lo realizaba en tren[37].

En Clifton Springs siempre realizaba la misma ruta pasar por el servicio postal cercano al Sanatorio del Sr. Foster y recoger todas las cartas llegadas a su buzón postal[38]. Al llegar a la casa todos los días se encontraba al Sr. Barton esperando en su sala de estar, lugar central de la Consolation House, donde Barton pasaría mucho tiempo junto a Isabel.



Hotel Seneca en Geneva Ontario County New York

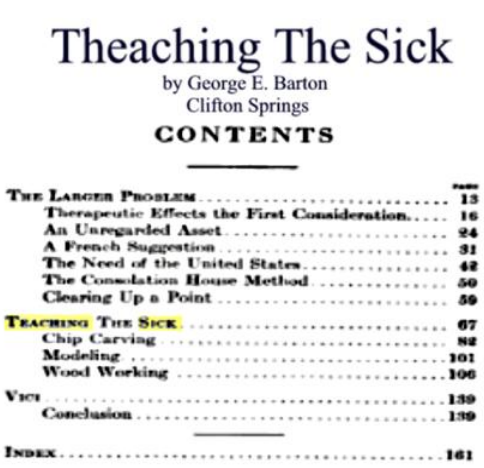
La producción científica de Barton comenzó tan pronto como Isabel G. Newton, inició su labor de secretaria personal. Los temas centrales de estos trabajos versaban sobre la recuperación de las personas por medio de la ocupación y la ayuda de la terapia ocupacional[39]. La ocupación en sus textos aparece desde dos vertientes; impulsar la mejoría física y aclara la mente y por otro lado se

[37] Aproximadamente 24 Km. ó 15 millas terrestres, en la actualidad unos 25 minutos de tiempo en coche. Recomiendo uso de Google Earth para ver la distancia real.
[38] En 1917 no existía servicio postal a domicilio en Clifton Springs
[39] Barton fue el rimero en utilizar este término, aunque como veremos más adelante ya Dunton había elaborado uno parecido.

convierte en un proceso de reincorporación productiva de la persona. La obra de Barton se resume entre otros, en:

- Una visión de la minusvalía ocupacional (1914) Artículo.
- Terapia Ocupacional (1915) Artículo.
- Occupational Therapy en Trained Nurse and Hospital Review (agosto de 1916).
- "Occupational Therapy" (1915-1916), publicado por la editorial Lakeside Publishing Company.
- Terapia Ocupacional y la guerra (1916) Artículo.
- Ocupación y auto-inoculación en la tuberculosis (1916) Artículo.
- Re-Education: An Análisis of the institucional System of the United states, publicado por la editorial Houghton Mifflin Company (año 1917, 118 páginas). Este fue el libro más significativo que Barton escribió y que tardó un total de 3 años en acabarlo.
- Teaching the Sick (1918) en la editorial Saunders Company, este libro fue reeditado por la Editorial Arno Prees de New York en el año 1980 con el título Teaching the Sick: a manual of Occupational Therapy and Reeducation.
- Clubs convalencia: un plan de rehabilitación (1918).
- Patología. Un manual para terapeutas ocupacionales (1919).

George E. Barton como escritor nos dejó también los siguientes títulos: "T*he pipe of desire and the other plays*" junto a F. S. Converse en el año 1905, de la Editorial The Old Corner Book Store de Boston.



Theaching The Sick
by George E. Barton
Clifton Springs
CONTENTS

THE LARGER PROBLEM 13
Therapeutic Effects the First Consideration 16
An Unregarded Asset 24
A French Suggestion 31
The Need of the United States 42
The Consolation House Method 50
Clearing Up a Point 59
TEACHING THE SICK 67
Chip Carving 82
Modeling 101
Wood Working 106
VICI 139
Conclusion 139
INDEX 161

Indice de Teaching the Sick: a manual of Occupational Therapy and reeducation
Reedición 1980

"*An análisis of the conditions influencin the building of the Mirón Stratton Home and recommendations for its foundation and development*", junto a Myron Stratton Home (Colorado Springs, Colorado) publicados en 1911. Barton dictaba e Isabel escribía lo más rápido que podía, los estrictos horarios a los que Barton estaba acostumbrado hacía que jornada laboral de Isabel finalizara a las 5 de la tarde, hora en la que regresaba a Geneva.

Según pasaban los días se iba consolidando una gran complicidad entre ellos, la llegada de Isabel a la casa supuso un resurgir de las motivaciones en Barton. Si Dunton con sus libros fue el causante de que Barton empleara una parte de su vida a la Terapia Ocupacional, Isabel fue el motor de esa idea. Gracias a ella Barton tuvo la energía suficiente para que en Marzo de 1917 fundara la NSPOT en Clifton Springs. Con el paso de los años, Barton se hacía fuerte en la defensa de la ocupación, que mejor ejemplo que su propia vida. La búsqueda de su autonomía y su bienestar le llevó a demostrar a la personas de su entorno y así mismo que la Ocupación diaria servía para recuperar a las personas y

devolverles la sensación de utilidad[40]. Barton intentaba demostrar que el convaleciente necesitaba sentirse útil, que necesitaba vincularse a un trabajo que le sirviera al menos para pensar en otras cosas que no fueran su problema. En su propia recuperación se marcaba trabajos cotidianos a realizar, manteniendo un ritmo y generalizando rutinas. Estos periodos de trabajo eran *"su despertar"*, pasar del letargo de su enfermedad a sentirse útil. No era tan importante el producto final conseguido sino en el camino para conseguirlo. Esta fue la postura que mantuvo con firmeza.

Editorial Supervision: Doris Krone

Reprint Edition 1980 by Arno Press Inc.

THE PHYSICALLY HANDICAPPED IN SOCIETY
ISBN for complete set: 0-405-13100-3
See last pages of this volume for titles.

Manufactured in the United States of America

Library of Congress Cataloging in Publication Data

Barton, George Edward.
Teaching the sick.

(Physically handicapped in society)
Reprint of the ed. published by Saunders, Philadelphia.
Includes index.
1. Occupational therapy. 2. Physically handicapped--Rehabilitation. I. Title. II. Series. [DNLM: 1. Occupational thera WB555 B293t 1919a]
RM735.B3 1980 362.4'38 79-6895
ISBN 0-405-13106-2

Teaching the Sick 1919
George Barton

Por este motivo podemos decir que la contribución más importante de Barton a los profesionales que trabajaban con la Ocupación fue impulsar el resurgir del Tratamiento Moral, el despertar de las re-educaciones personales por medio de la Ocupación y el desarrollo de los vínculos con las sociedades de Artes y Oficios y con la medicina de la época.

La vida de Barton fue su mejor aprendizaje. Nos dejó para siempre la idea de que el arte es el mejor de los puentes para recorrer el interior de uno mismo. Podemos asegurar, que Barton antes de su muerte en 1923, lo estaba haciendo. Sus esfuerzos personales le sirvieron para tener la mejor de sus

[40] La defensa de la actividad fuera de los hospitales le hizo tener muchos detractores, que veían en sus ideas auténticas utopías. Demostrar que el hospital tenía continuidad fuera de él con las tareas domésticas, cotidianas y de cuidado personal, fue una de la grandes batallas que Barton ganó.

recompensas, su vida. Así tras esta dedicación y tras su valioso esfuerzo, recompensado en vida y ensalzado tras su muerte, podemos decir que su legado permanece al menos, entre las personas que en momentos como éste recordamos sus logros.

Uno de sus mayores logros, la Consolation House, será el que nos ocupe ahora.

2. LA CONSOLATION HOUSE DE CLIFTON SPRINGS.

La señora Kirstin Shockency[41] desde los 4 años vivía en una casa que formaba parte de la historia de Clifton Springs[42]. Ella y su marido Tom la habían habían comprado en 2004 a Robert Williams (padre de ella). En el año 2005 la señora Kirstin

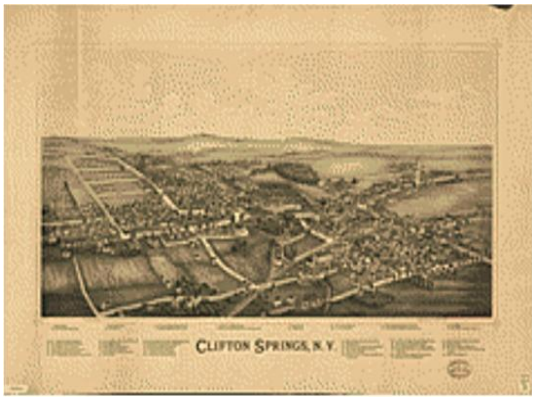
Consolation House
Broad Street 16 Clifton Springs
Por cortesía de Kristin Mahoney

[41] Propietaria en el año 2005 de la casa situada en Broad Street 16 de Clifton Springs, NY, (nombrada Consolation House entre los años 1914 a 1923),

[42] Clifton Springs es una localidad del Condado de Ontario en New York, situado entre la Carreta interestatal 90 y la 96; y atravesada por la carretera número 13 del condado de Ontario, sirviendo ésta de calle principal. Tiene una población de 2223 habitantes en el último censo del año 2000, en el censo realizado en 1920 era de 1628, época en la que aún permanece abierta la Consolation. Esta localidad toma su nombre del mineral extraído en esta zona. Las características minero-medicinales de estas aguas sulfurosas, constan en la historia de esta ciudad como uno de los reclamos más importantes en el resto de EEUU. Ya en 1801, se vieron las propiedades de esta aguas, y de ahí que en 1806 se fundara el primer hotel dispensario (balneario) en esta localidad. Más tarde en el año 1849 el esfuerzo del Dr. Foster junto con el de otras personas, sirvió para fundar una clínica de recuperación.
Esto hizo que Clifton Springs adoptara de unas infraestructuras, que hacían de ella el reclamo de personas que padecían de enfermedades y necesitaban una cura. A lo largo de los años Clifton Springs, se convirtió en el lugar de referencia de millares de personas que en sus aguas encontraron salud y descanso. En la actualidad el hospital de Clifton Springs, dedica una de sus alas a este tipo de terapias, continuando con la tradición de esta zona.

Shockency, sorprendió a tres personas haciendo fotografías a su casa y extrañada por esta situación salió al porche a preguntarles los motivos de esta situación y el por qué de su expectación.A la vez en este mismo año y mes, se estaba celebrando la Conferencia Anual de Terapia Ocupacional de la New York State Occupational Therapy Association , en Rochester[43] New YorK. Esas personas eran tres Terapeutas Ocupacionales, que tras la reunión celebrada en Rochester decidieron recorrer las 32 millas que separan esta dos localidades y así poder fotografiar la casa que en la que residió Barton desde 1914 hasta su muerte dando forma a su legado: La Consolation House.

El nombre seleccionado, deriva de la acogida a personas que sufrían problemas de salud, el trabajo que se les ofrecía y el sentido terapéutico del mismo, *"suponía toda una consolación"*. La Consolation no era una institución, era un movimiento[44] representado por los esfuerzos de un hombre. Se podía considerar como el prototipo temprano de un centro de rehabilitación, su idea: conseguir que las personas pudieran volver al trabajo y a sus ocupaciones diarias.



Clifton Springs 1892

El 7 de Marzo de 1914 el mismo día de su 43 cumpleaños, George E. Barton abrió oficialmente la Consolation House al público. La casa y su granero fueron compradas a la Sra.ReifSteck y le añadió un jardín adquirido a la Sra. Belding.

[43] Distancia entre Rochester y Clifton Springs. Aproximadamente 48 Km., unos 40 minutos en coche. Recomiendo uso de Google Earth para ver la distancia real.

[44] Según RAE 2006, se podría definir movimiento como el desarrollo y propagación de una tendencia religiosa, política, social, estética, etc., de carácter innovador.

un jardín adquirido a la Sra. Belding.

Éste fue uno de los lugares más importantes de la recuperación de Barton, amante de las flores y de las plantas. Se podía pasar una mañana entera en él, trabajando y demostrando que el trabajo fortalecía su salud. Los trabajos de reconstrucción de esta casa fueron realizados por personal de la zona y supervisados directamente por Barton desde su silla de ruedas.

Primaba la comodidad sobre los lujos. La idea de Barton no era modernizar la casa que había comprado, era hacerla cómoda y habitable. Las obras se realizaron antes de que Barton dejara el sanatorio.

The Clinic and Hospital y la Consolation House
Clifton Springs

La Consolation House se encontraba en un lugar privilegiado para Barton ya que le permitía asistir todos los días al sanitario por sus propios medios.

Tres son las partes principales de la Consolation House: la casa, el granero y el jardín.

La casa

La casa que Barton adquirió constaba de 6 habitaciones en la parte baja, un porche a la entrada (pasillo grande y luminoso), una gran despensa y una cocina, calificada por Isabel G. Newton como una cocina de soltero pequeña en proporción con el resto de la casa. En la parte de arriba,

había 4 dormitorios y un baño. Posteriormente Barton mandó construir dos chimeneas, una de ellas en la habitación donde cenaba y la otra en la sala de estar[45]. Reconstruyó el suelo de las habitaciones en la planta baja y adaptó los baños para facilitar su propio aseo. Para facilitar su movilidad en la casa pidió que se instalase un nuevo aseo debajo de la escalera que subía al piso superior y llevó su cuarto personal a la planta baja, cerca de la habitación que usaba para cenar y al lado de la oficina donde trabajaba. Otra habitación de la parte baja de la casa la utilizó como sala de estar, y era allí donde trabajaba junto a Isabel G. Newton.

La oficina y la sala de estar tenían inmersa la personalidad de Barton. El recuerdo familiar en forma de escritorio, que había pertenecido a su padre en el South Boston Savings Bank, presidía la oficina.

Sala de estar con chimenea.
Día19 de Enero 2007
Consolation House. Clifton Springs.
Por cortesia de Kristin Mahoney y propietarios de Broad Street 16

En la sala de estar Barton mandó colocar estanterías en dos de sus paredes era allí, donde pasaba largos ratos junto a Isabel y donde estaba su biblioteca (desde Nicholas Carter a Plotinus, pasando por libros de religión, medicina, política, economía, arquitectura, derecho, poesía y sin olvidar su colección de libros de ficción, a los que era aficionado).

[45] Recomendamos observar fotografía de los fundadores de la NSPOT y la fotografía que aparece en la página siguiente para apreciar como la chimenea aún conserva su forma.

En esta estancia es donde los fundadores se hicieron la fotografía el día que se fundó la NSPOT y la chimenea mandada construir por Barton era parte de esa fotografía. En ésta más reciente podemos ver que aún conserva la estructura original.

El granero

Anexo a esta casa estaba el granero que Barton se encargó de recuperar. La transformación realizada en esta parte de la casa fue tal, que la Sra. ReifSteck no pudo más que sorprenderse al ver el estado final del mismo; *"si alguien me hubiese dicho que este es mi granero abandonado, no lo creería"*.

La obra realizada dejaba dos grandes partes, una dedicada a oficinas y tienda, y la otra un lugar espacioso donde se encontraban los talleres en los que posteriormente se incorporó maquinaria, herramientas y material suficiente para que las personas que asistían a la Consolation House pudieran trabajar. Las primeras selecciones laborales se centraron en actividades culturalmente importantes de la época. La madera y su talla, la construcción de muebles, juguetes, y posterior venta en al tienda, fueron los ejes centrales del trabajo en este taller. Los productos obtenidos en la Consolation House eran rápidamente comercializados. Barton supo darse cuenta de esta situación y amplió el repertorio de objetos que en el taller se construían. Dos eran los beneficios obtenidos: la recuperación por medio del trabajo y la incursión en la sociedad

mediante la venta de estos productos. Es el denominado trabajo productivo[46].

Era este granero junto con la sala de estar el corazón de la Consolation House. En estas estancias Barton pasaba gran parte de su tiempo, y es en ellas donde estaban todas sus ideas, pensamientos y contribuciones a nuestra profesión.

A pesar de ello fue el jardín el que cosechó mas éxitos puertas afuera.

El jardín

El terreno no edificado de la casa y el granero constituían una extensión de terreno *"de malas hierbas"* (Barton 1916), con escasas posibilidades. Barton aficionado a las flores contempló este terreno como el mejor sitio para situar un jardín. Barton removía tierra con la azada ante la atónita mirada de la gente que pasaba por delante de la casa y veía un hombre como con el hemicuerpo izquierdo paralizado realizando este duro trabajo.

[46] El Termino de Trabajo Productivo fue planteado en el último tercio del siglo XVIII por los economistas franceses de la escuela fisiocrática. Adam Smith aplicó la distinción entre lo *productivo* e *improductivo* al trabajo, para Smith el trabajo *productivo* es el que añade valor al objeto al que se incorpora y resulta en una mercancía, fundamentalmente tangible y almacenable con algún valor de mercado.
Para S. Mill, por su parte incluye el trabajo empleado en adquirir *habilidad industrial* como trabajo *productivo* (en virtud, de los productos materiales que produce dicha habilidad).
Para J. B. Say, todo trabajo capaz de generar alguna utilidad debía ser considerado *productivo*. Él sostenía que *"la producción no era creación de materia sino creación de utilidad* (entendida ésta) *como la facultad que tienen las cosas de poder satisfacer las diferentes necesidades de los seres humanos. [...] Cuando un hombre vende a otro un producto cualquiera le vende la utilidad que hay en dicho producto; el comprador no lo compra más que debido a su utilidad "*
Un sector es tanto más productivo (y contribuiría en mayor medida al crecimiento económico) cuanto menor sea su relación capital-trabajo.

Gracias a este jardín Barton, pudo obtener un contrato con la empresa Peter Henderson Company de New York para la comercialización de las pipas secas de calabaza. Este contrato facilitó la posibilidad de recuperación de una persona que asistía a la Consolation House y que previamente a su enfermedad había sido jardinero.

El resto del jardín se dividió en secciones donde las flores y los árboles eran los protagonistas.

2.1. La Consolation House como ocupación.

En cada una de las partes de la Consolation House los trabajos se sucedían, las personas que acudían al reclamo de la recuperación de su enfermedad realizaban las tareas marcadas por George E. Barton.

Las actividades seguían los siguientes criterios:

- La selección de estas actividades por complejidad: las actividades se clasificaban en tres grados los pacientes que progresaban en uno de ellos subían al inmediatamente superior, en el caso de no progresión se descendería al grado inferior (Hall, H. 1919).
- Los principios del tratamiento incluyeron: control Personal, resocialización, ambiente armonioso, adecuada alimentación y una Ocupación útil y personal.
- Los horarios se prefijaban con las personas que acudían, diviendose en pequeños periodos de trabajo con otros de descanso. Estos últimos iban desapareciendo en número en función de la tolerancia al esfuerzo.

- Utilizó las recomendaciones del Dr. Dunton (1919) para facilitar la claridad en la intervención y evitar errores en las derivaciones a la Consolation House:
    a. Cualquier actividad con la que el paciente se sienta cómodo ha de tener como objetivo la curación.
    b. Cualquier actividad debe ser interesante.
    c. Cualquier actividad tiene un propósito útil aunque solo sea para lograr la atención y el interés del paciente.
    d. Cualquier actividad debe conducir a un aumento en el conocimiento y la partición del paciente.
    e. La actividad curativa se debe continuar con otras, por ejemplo en un grupo.
    f. El Terapeuta Ocupacional debe hacer un estudio cuidadoso del paciente para saber sus necesidades y procurar resolver tanto como sea posible la actividad cotidiana.
    g. El Terapeuta Ocupacional debe parar al paciente en su trabajo antes de alcanzar un punto de la fatiga.
    h. El estímulo debe ser dado siempre que esté indicado.
    i. El trabajo se preferirá sobre ociosidad, aun cuando el producto final del trabajo del paciente sea de mala calidad o inútil.

Con estas medidas Barton estaba consiguiendo que la Consolation House funcionara. Los contactos con otras personas que también utilizaban este método eran cada vez más frecuentes y en todos ellos el denominador común era la Ocupación. Las lecturas realizadas le ofrecieron una visión longitudinal de

la recuperación por medio de la ocupación sobre las que se inspiró para el desarrollo de la Consolatión House, extraídas de textos principalmente de:

- Philippe Pinel[47] (médico jefe del hospital de la Salpetriere[48], Paris) en"Nosographie philosophique o Méthode appliquée à la médecine" .

- Samuel Tuke (fundador del Quakers[49] York Retreat[50]) de "Description of the Retreat near York" .

- William Charles Ellis[51] (médico de los asilos Quakers de York) de "Some Mental Health premises".

- Herbert J. Hall[52] (Médico de la Mansión Deveraux, Massachusetts) de "The work of our hands: A study of occupation for invalids"

---

[47] Propugnaba el tratamiento moral de los locos, recurriendo con fines terapéuticos a la parte de la razón que estuviese perturbada(Pussin era una persona caritativa y benévola para con los enfermos, de voluntad enérgica y un excelente observador, características todas que concurrían también en Pinel.) En 1795 se le nombró médico jefe del hospital de la Salpetriere. Seguidor de la corriente ideológica de Jean-Baptiste Pussi.

[48] El hospital de Pitié-Salpêtrière es un hospital en París. Originalmente fue una fabrica de pólvora, pero fue convertido a hospicio para los pobres de París. Sirvió eventual como una prisión para las prostitutas y lugar de reclusión para el enfermo mental, criminal insano, epiléptico. Fue convertido en hospital y precursor del Tratamiento Moral.

[49] Esta sociedad (conocidos comúnmente como Quakers) es una comunidad religiosa cristiana que comenzó en Inglaterra en el 1700 y se fue expandiendo principalmente por EEUU. Se organizaba en torno a gente que fue descontentada con las denominaciones y las sectas existentes del cristianismo. El número de Quakers es relativamente pequeño (aproximadamente 350.000 en todo el mundo), aunque hay lugares, tales como Pennsylvania, Newberg, Oregon, Greenleaf, Idaho, Richmond, Indiana, Birmingham, Carolina del Norte y Massachusset en la cual se concentra la mayor influencia de los Quaker.

[50] Samuel Tuke (1784-1857), nació en York, Inglaterra. Él desarrolló la herencia de su padre en mejorar la salud de las personas en el hospital York Retrat. Este hospital es una institución en Inglaterra que proporciona la ayuda y el tratamiento para los individuos que experimentan enfermedad mental. Abierto en 1796, es famoso por desarrollar el Tratamiento Moral. El funcionamiento de esta institución se convirtió en un modelo para muchos sanatorios. Fundado por Guillermo Tuke, fue desarrollado originalmente por y para los Quakers pero llegó a abrirse gradualmente a la sociedad de la época. Localizado en la colina de Lamel en York, funciona como una organización de beneficencia.

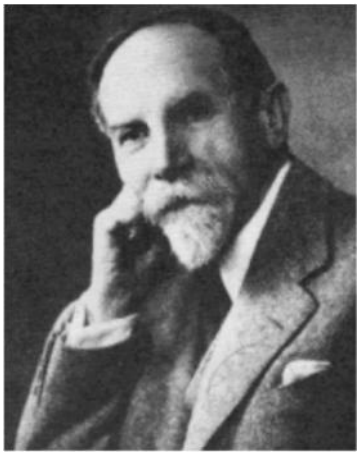
[51] Sir William Charles Ellis y esposa se encargaron en 1900 de los asilos del condado de York. Consiguieron animar a los hombres y a las mujeres a que realzaran sus comercios anteriores o establecieran nuevos para apoyar una actividad útil. También demostraron que el enfermo mental no eran peligroso con las herramientas, y eran menos peligrosos si se les ofrecía una ocupación. Fueron además los responsables de desarrollar la idea "de las casas del cuidado", muy similar a las comunidades terapéuticas de hoy. Desarrollaron el Tratamiento Moral extendiendo su obra a parte de EEUU.

[52] El Dr. Herbert J. Hall comenzó a desarrollar un programa de entrenamiento y tratamiento para las mujeres jóvenes de trabajos muy pequeños de una cerámica en su sanatorio de la mansión de Devereaux, Massachusetts en 1904. Inicialmente previsto como terapia física para recuperar a pacientes de la tuberculosis. El Dr. Hall comenzó a prescribir la ocupación para sus pacientes como medicina para regular vida y para dirigir interés. Él llamó esto la "curación por el trabajo". El resultado fue la Cerámica de Marblehead, fabrica situada en Marblehead, Massachussets que vendió a Sr A. Baggs, con un total de seis personas trabajando en ella.

A estos autores hay que añadir también los trabajos de Eleanor Clarke Slage (Trabajadora Social de la Hull House de Chicago) y Adolph Meyer, (médico del Henry Phipps Clinic and Johns Hopkins Hospital), compañeros de trabajo del Dr. Dunton en el Henry Phipps Clinic and Johns Hopkins Hospital . El mayor contacto profesional lo mantuvo con el Dr. Dunton,

Eleanor Clarke Slage

que comenzó en el año 1914 y que les llevó a una gran intensidad de correspondencia. Los 10 primeros meses de contacto Barton y Dunton se carteaban semanalmente(las cartas entre Dunton y Barton se encuentran recogidas en la Revista Maryland Psyquiatric Quarterly).


Adolph Meyer

Les unía la misma idea: nombrar el proceso de especialización al que se estaba llegando, nombrar a la disciplina que estaba surgiendo y concretar su labor y objetivos. La producción científica del Dr. Dunton crecía a pasos agigantados, sus contenidos ofrecían las experiencias de recuperación de pacientes en su hospital, gracias a la ocupación.

Había llegado a demostrar que una persona era capaz de recuperar mucho antes su masa muscular por medio de actividades que le gustasen, que implicasen una actividad física gratificante y con sentido para ella, que con una actividad rutinaria y sin sentido personal que también pretendiese el mismo objetivo.

The Philosophy of Occupation Therapy

Adolph Meyer
The Philosophy of Occupational Therapy.

Pero además, esta actividad placentera para la persona aumentaba también los niveles de satisfacción personal. Dunton fue la primera persona que nombra el termino: "actividades significativas"[53] . Es, con más de 120 libros y artículos sobre terapia y rehabilitación ocupacional, el primero que utilizó la expresión Terapia de las Ocupaciones usada por Dunton para diferenciar las diversiones sin objetivo, de las ocupaciones prescritas con valor terapéutico y referirse a la actividad profesional que utilizaba la ocupación como forma de tratamiento. De esta acepción Barton tomó el termino usado por Dunton pero con un pequeño matiz, solo usó la parte adjetival: terapia ocupacional.

Podemos decir que Dunton supuso para Barton el eslabón perfecto. Sobre él articuló su idea de Terapia Ocupacional. Dunton era una fuente de conocimientos, reconocido entre el personal que trabajaba con la Ocupación y Barton supo llegar a él.

La labor de Barton se extendió rápidamente, los médicos de Clifton Springs, sorprendidos por la mejoría de salud de Barton y por la del resto de personas que asistían a la Consolation House, comenzaron a enviar a personas que se podían beneficiar de este trabajo. Los resultados en la recuperación eran

[53] Conjunto de operaciones o tareas que realiza una persona. Dependen del proceso de enculturización y constituyen la forma de vincularse con la sociedad y la cultura en la que vive. Se caracteriza por estar motivada intrínsecamente para la persona que lo realiza, dependiendo de la historia de aprendizaje. Son actividades a las que el ser humano se vincula más profundamente sin pretender o querer nada a cambio. Moruno, P 2003. La primera definición que realizada Dunton de actividad significativa se basaba en el siguiente modelo: "dales actividad y mejorarán su salud, déjales hacer, crear, planear, dale oportunidades"

óptimos y pronto se pudo ver como las noticias de esta casa y su labor se extendían por todos los EEUU, Canadá y parte de Europa. Incluso la Baronesa Van Schelle, presidenta del comité de reconstrucción del sistema educativo del gobierno Belga y el Profesor Jules Amar[54] hicieron una oferta a Barton en el año 1917 para que dirigiese la escuela de Terapia Ocupacional de Papenvoort en Amberes. Barton mostró una gran ilusión por este ofrecimiento pero desestimó la propuesta al pensar que el trabajo iniciado en la Consolation House no había finalizado, además su pobre estado de salud también influyo en esta decisión. Pero entre 1917 y 1919 Barton, contribuyó con la supervisión de los programas de enseñanza que se ofrecían en Papenvoort y que estaban en manos de dos personas de su más absoluta confianza.

Philippe Pinel

Gracias a esta expansión y sus logros, podemos citar las primeras derivaciones médicas a un profesional de la Ocupación (a un Terapeuta Ocupacional, como solía nombrar Barton). Él no incorporaba a un paciente a su programa de recuperación sin tener una petición médica que incluyera un diagnostico y una orientación en el tratamiento. Eran cada vez más, las personas que se

[54] *Jules Amar* (1914) a principios de este siglo sienta las bases de la ergonomía del trabajo físico estudiando los diferentes tipos de contracción muscular dinámica y estática. Se interesa en los problemas de la fatiga, los efectos del medio ambiente, temperatura, ruido e iluminación. Jules Amar a principios de siglo en Francia crea el primer laboratorio de investigación sobre el trabajo profesional "Conservatorio Nacional de Artes y Medidas". Se trata de uno de los fundadores de la ciencia de la Ergonomía. Y pieza clave en la introducción de la Terapia Ocupacional en Bélgica, Portugal e Italia. Fue nombrado en 1917 Secretario de Guerra de los EEUU, con la misión de preparar a personas para la re-educación de los soldados provenientes de la guerra. Barton y Jules Amar, se conocieron en 1918 en la Consolation House y comenzó la colaboración entre ellos.

interesaban por asistir a la Consolation House y de esta manera poder formarse en las técnicas de la Ocupación. Barton ofrecía cursos semanales de formación en la Consolation House: “Toda esta gente que llega desde tantos puntos geográficos y tan dispersos, nos hacen creer que nuestro esfuerzo merece la pena”, solía decir Barton al ver su casa repleta de gente.

La Consolation House se iba especializando hasta el punto de que los tratamientos eran individualizados tomando en consideración la historia de cada paciente (labor que realizaban los primeros Terapeutas Ocupacionales). A esta especialización, se le sumó el desarrollo de la búsqueda de actividades significativas (término acuñado por Dunton). La ocupación seleccionada debería ser regular, graduada, estar dentro de los intereses estimados y de la capacidad de cada paciente.

En definitiva, hablar de la Consolation House, es hablar de ilusión, de logros conseguidos, de sufrimiento, de esperanzas, de ambiciones no cumplidas, pero, sobre todo es hablar de Barton. La historia la escriben las personas y sus hechos. Éstos permanecen en el recuerdo y son, sin dudarlo, el mejor de los legados que jamás hubiesen podido imaginar. El recuerdo de sus logros a lo largo del tiempo, les mantiene vivos; preservándoles del olvido.

Para Kirstin Shockency vivir en esta casa es sentir como el pasado se encuentra en sus paredes, en sus estancias, en sus ventanas, en esas mismas ventanas que en su día reflejaban el rostro de una persona que luchaba por conseguir su meta. La Consolation House no morirá, aunque su labor finalizó el viernes 29 de

Abril de 1923 con la muerte de Barton (a la edad de 49 años). Es como si el tiempo se parase en esta estancia. La esencia permanece intacta, nadie la modificó y tal como nació murió. La Consolation House conservará siempre impregnada la verdad sobre el legado de Barton. Muchas personas podrán pasar por ella, pero ella guarda celosamente el secreto mejor guardado, el sentido de la Ocupación.

Kirstin Shockency no piensa vender esta casa, *"será siempre mi casa, mi recuerdo, me es grato saber que por aquí pasaron muchas de las experiencias de vida más gratificantes de los años 1914 a 1923 en Clifton Springs"*.

En la actualidad la Consolation House permanece casi con la misma estructura física con la que Barton la dejó. El recuerdo de su paso por aquí se encuentra en varias placas que figuran en su exterior. El día 15 de marzo de 1967 en recuerdo del 50 aniversario de los fundadores y en presencia de Isabel G. Newton, esposa de Barton y de su hijo George Gadwin Barton, la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) en un acto celebrado en Clifton Springs inaugura una placa en honor a los fundadores. La Srta. Cromwell presidenta de la AOTA en 1967, destacó el sentido de esta placa como: "un recuerdo para reconocer y honrar a las personas que nos precedieron, a su visión y pensamiento, a su valor y esperanza y sobre todo a su energía y creatividad".

Esta placa tiene como finalidad que el tiempo no borre los recuerdos de una vida llena de ilusión y esperanza. Es la mejor forma de apreciar el legado dejado por Barton.

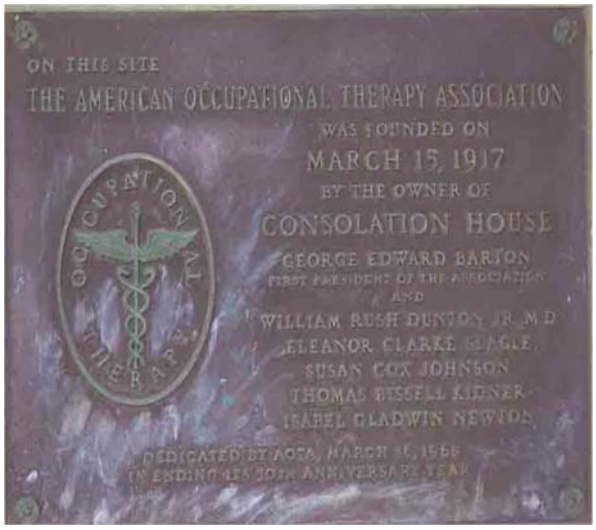


Foto placa homenaje de la AOTA 1967
Por cortesía de Kristin Mahoney

Leyenda de la placa:

En este lugar, la Asociación Americana de Terapia Ocupacional fue fundada el 15 de marzo de 1917 por el dueño de la Consolation House George E Barton, primer presidente de la Asociación y William Rush Dunton JRMD, Eleanor Clarke Slage, Susan Cox Jonson, Thomas Bisel Kidner e Isabel Gladwin Newton.

Dedicado por la AOTA en Marzo de 1968 en la fecha del 50 aniversario

Otra de las placas que en Clifton Springs puede localizarse sobre la Consolation House, nos indica la situación de la casa en la calle Broad Street 16. El recuerdo permanece vivo al situar y localizar este lugar histórico. Podemos decir que con estas placas se unen pasado, presente y futuro contribuyendo así a mantener el legado de Barton. Y aunque la Consolation House sufrió algún cambio, incluidos los de propiedad, su tesón y valor permanecen con el paso del tiempo.

Es la quinta casa a la derecha si avanzas de Norte a Sur por Broad Street, aún conserva el estilo Victoriano que impregnó Barton y el antiguo porche donde pasaba largos momentos. Imaginar la Consolation House en activo es alentador.

Clifton Springs 19 Enero 2007
Por cortesía de Kristin Mahoney

Entre 1914 y 1918, la corriente informativa sobre la Ocupación y las diferentes reuniones estatales para establecer bases sobre esta terapia ocupacional, llevan a que Dunton incite a Barton para promover la fundación de la asociación de promoción de la Terapia Ocupacional: Es el nacimiento de la NSPOT.

3. LA FUNDACIÓN DE LA SOCIEDAD NACIONAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL (NSPOT).

Dr. Dunton en el año 1924 en una conferencia en el hospital Sheppard and Enoch Pratt Hospital de Townson en Maryland, realizaba un recorrido por los comienzos de la Terapia Ocupacional:

"En el año 1914 gané un amigo carteando... durante al menos 3 años todas las semanas estábamos intercambiando información... hasta ese momento nunca había oído hablar de George E. Barton, ni de su Consolation House en Clifton Springs… y aunque no nos conocíamos, pronto comenzamos a intercambiar información sobre la ocupación y sus beneficios…. sobre la Terapia Ocupacional…sobre la dificultad de unificar criterios" (Dunton 1924).

Dunton, que trabajaba en Baltimore tenía de compañeros al Dr. Adolph Meyer y a Eleanor Clark Slage (posteriormente se trasladó a Chicago para trabajar en la Hull House). El resultado principal de las conversaciones entre Dunton y Barton en los años 1914 a 1917, fue la necesidad de promover una asociación que uniese a los profesionales que trabajaban con la ocupación.

Esta idea, casi fracasa porque Dunton le propuso a Barton que asistiese a las reuniones de trabajo que se llevaban a cabo en el Sheppard and Enoch Pratt Hospital de Baltimore. Durante este tiempo Barton rechazó alguna de estas invitaciones, se sintió ofendido por creer que Dunton estaba plagiando algunas de sus ideas[55]. Después de este incidente dejan de cartearse. A mediados de 1916 vuelven a cartearse, esta vez con el objetivo de retomar la idea crear una asociación que promoviese la Terapia Ocupacional. En Diciembre de 1916 Barton propone a Dunton que la asociación podía llevar el nombre de: Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional (NSPOT) y ofrece la Consolation House como sede para celebrar esta primera reunión convirtiéndose así en el protagonista de la misma. Tras barajar varias fechas, es entre el 15 y el 17 de Marzo de 1917 la fecha elegida para la celebración de este evento, coincidiendo con el tercer aniversario de apertura de la Consolation House (abierta el día 7 de Marzo de 1914) .

El número de personas que estimaron oportunas para asistir a este evento fueron cinco y ambos propusieron nombres de personalidades relevantes para este cometido. Dunton requirió que estuviesen presentes Susan Tracy (enfermera ocupacional en Massachussets), Eleanor Clark (directora de la Hull House de Chicago y amiga personal de su mujer) y Herbert J. Hall[56] (médico de la Mansión Deveraux). Mientras Barton propuso a Susan Tracy (directora del Experiment Station and Jaimaca Plain, Massachussets) pero ella no pudo asistir

[55] Se lo hizo saber por medio de cartas que aún figuran en los archivos de la AOTA y la AOTF.

[56] En palabras de Dunton, (recogidas en las conversaciones entre Dunton y Eleanor Clark en los archivos de la AOTA) Barton rechazó la presencia de Hall por creer que éste solo trabajaba en la recreación de personas con neuroastenia, y que poco tenía que ofrecer a la Terapia Ocupacional.

a esta reunión por problemas laborales. Esto no impidió apoyar el desarrollo de la NSPOT (su nombre figura entre los de los fundadores considerándola una más). En su lugar, Barton llamó a Tomas Kidner (secretario vocacional de la Comisión de los hospitales militares de Canadá), que se encontraba en EEUU designado por su gobierno para supervisar como se establecía la rehabilitación vocacional de los inválidos de guerra. Era como Barton le consideraba, *"un buena aliado, su labor en contextos políticos podría abrir muchas puertas a esta sociedad"*.

De esta manera se reunieron a, parte de Barton, las siguientes personas:

- Dr. William R. Dunton: Médico Psiquiatria del Sheppard and Enoch Pratt Hospital, en Towson, Maryland. Conciliador y cordial. Uno de los artífices de esta reunión y máximo exponente del trabajo culminado por Barton.

- Tomas B. Kidner: Secretario de la comisión militar canadiense de los hospitales Otawa Canadá. Supervisor del gobierno de EEUU en la rehabilitación vocacional de soldados. Era un hombre fascinante por sus historia personal. Muy entusiasmado por este reunión. *"Era el más entusiasta de todos, o al menos así lo demostraba"* decía Isabel G. Newton.

- Eleanor Clarke Slage: Directora en ese momento de la Hull House[57] en Chicago. Residente en el Hotel Alexandria, Chicago, Illinois. Era la más

[57] Co-fundada en Chicago, Illinois, en 1889 por Jane Addams and Ellen Gates Starr. Se desarrollaron programas sociales, educativos y artísticos. La Hull House, había ganado una reputación como el establecimiento más conocido de EEUU y era el portador de un movimiento que incluyó casi 500 establecimientos nacionales antes de 1920. Sus objetivos fueron los de proporcionar las oportunidades sociales y educativas para la gente en la vecindad, muchas de clase obrera inmigrantes. Había clases de literatura, historia, arte, actividades domésticas tales como costura, y muchos otros temas, conciertos,

encantadora de todas las mujeres que estaban presente. Tenía una gran personalidad y mucho estilo. Fue la única de las mujeres en ponerse un ramillete de violetas regalado por Barton para hacerse la foto de la Fundación de la NSPOT y que éste había sacado del su jardín (ver foto de los fundadores).

- Susan C. Johnson: Directora de ocupaciones en Blackwell´s Island, residente en el 350 West 85th Street, New York City. Era la mujer con la personalidad mas fuerte. Muy modesta en sus logros y con un estilo más sobrio comparándolo con Eleanor Clarke e Isabel G. Newton.

- Isabel G. Newton: Residente en Geneva, New York. Secretaria personal de Barton y motor de la primera reunión. Fue en todo momento la sombra de Barton recogiendo lo que en aquella reunión se hablaba.

15 de Marzo 1917
Consolation House. Clifton Springs.

1 Dr. William R. Dunton

2 Isabel G. Newton

3 Tomas B. Kidner

4 Susan C. Johnson

5 George E. Barton[58]

6 Eleanor Clarke Slage

Este acto representaba el mayor esfuerzo de unificación de directrices del elevado número de profesionales que se dedicaban a trabajar con la ocupación.

conferencias, clubs para los niños y adultos. La Hull House fue clave en la reforma educativa, política y de sanidad.

[58] Barton a lo largo de su vida demostró ser una persona agil en negociaciones políticas, con un poder seductor por medio de la palabra. Era un hombre calculador y sabía perfectamente con quien relacionarse y para que. Con esa capacidad consiguió durante su vida muchos de los logros que pretendía.

Esta primera reunión tenía como tema central la promoción de la Terapia Ocupacional y durante la misma, los asistentes se implicaron enormemente para que la palabra *promoción*[59] apareciese en ella, así como en el acta que tendrían que firmar al finalizar la misma.

Barton junto a Dunton estructuraron estos tres días de reunión siendo el colofón de la misma, el acto de fundación de la sociedad a la que tanto tiempo le habían dedicado. El orden del día de la reunión fue (ver tabla nº1) y los contenidos del acta de fundación de la NSPOT se recogieron con la siguiente estructura en: Una presentación, 12 epígrafes, una rúbrica final y la firma del Sr. Notario. Siendo su descripción como figura a continuación (ver tabla nº2).

3.1. Repercusiones a la primera reunión de la NSPOT:

Durante los meses posteriores a esta reunión fueron muchas las muestras de felicitación, de estímulo y de aliento entre los fundadores, con el objetivo de imprimir las actas de la reunión celebrada.

Incluso cuando EEUU declaró la guerra a Alemania el 6 de Abril de 1917, Dunton vio la guerra como un catalizador como avance de la Terapia Ocupacional: *"con esta guerra los soldados heridos serán los que mas se podían aprovechar de nuestra intervención*[60]*".* El devenir de la NSPOT sufrió pronto su

[59] Según RAE 2006, promoción es**:** acción y efecto de promover. Conjunto de los individuos que al mismo tiempo han obtenido un grado o empleo, principalmente en los cuerpos de escala cerrada. Elevación o mejora de las condiciones de vida, de productividad, intelectuales, etc. Conjunto de actividades cuyo objetivo es dar a conocer algo o incrementar sus ventas.

[60] El Sr. Pershing General del los ejércitos de EEUU, en un primer momento desestimó la presencia de los ayudantes de la reconstrucción (que era así como los nombraba, en vez de decir Terapeutas Ocupacionales). Más tarde, ante la mejoría que tuvieron algunos de sus soldados heridos y atendidos por estos ayudantes de la reconstrucción, tuvo que ceder ante la evidencia y aceptar la llegada de este profesional. El Sr. Pershing pidió para incorporación inmediata un total de 2000 ayudantes (cifra imposible

primer varapalo. Barton presenta su dimisión irrevocable, lo que ofrece un panorama tambaleante a una sociedad que acaba de nacer.

<table>
<tr><th colspan="4">1ª REUNIÓN PARA LA CREACIÓN DE LA NSPOT</th></tr>
<tr><th colspan="4">15 de Marzo de 1917</th></tr>
<tr><td>Mañana</td><td>Conferencia Inaugural:
“Inoculation of the Bacillus of work”. D. George E. Barton

Conferencia en la que hizo constantes metáforas con el diagnóstico médico y ocupacional, con la forma de buscar intereses en las personas y con la graduación de las actividades.</td><td>Tarde</td><td>Redacción del acta de creación de la Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional (NSPOT) firmada por el ilustre notario James A Rolfe del Estado de New York, del Condado de Ontario:
- Presidente: George E. Barton (el mismo se había autoelegido unas semanas antes.)
- Vicepresidenta: Eleanor Clarke Slage.
- Secretaria: Isabel G. Newton
- Tesorero: William R. Dunton</td></tr>
<tr><th colspan="4">16 de Marzo de 1917</th></tr>
<tr><td colspan="4">Mañana y Tarde:
Discusión sobre la constitución propuesta por Dunton y Barton, previamente confeccionada por ambos. Se registra la NSPOT, y se forman los comités iniciales. Se seleccionó el logotipo de la Sociedad y el color del papel a utilizar: verde (elegido por los fundadores por ser el símbolo de la salud).</td></tr>
<tr><th colspan="4">17 de Marzo de 1917</th></tr>
<tr><td>Mañana</td><td>Se elaboran los diferentes planes de actuación y son sometidos a debate interno. Barton propone la Consolation House como biblioteca de la NSPOT.</td><td>Tarde</td><td>Almuerzo para cerrar la reunión en la Consolation House.</td></tr>
</table>

Tabla nº 1 Modificado por Miguel A. Talavera (2007), de Isabel G. Newton (1968) y William R. Dunton (1920)

de ofrecer para el temprano requerimiento en la que fue realizada). Dunton le hace llegar esta noticia a Barton en una de sus cartas. El despegar de la profesión era evidente, la Guerra, facilito la intervención de los Terapeutas Ocupacionales.

CONTENIDOS DEL ACTA DE FUNDACIÓN DE LA NSPOT[61]
A. Presentación B. Epígrafes: 1. Nombre de la sociedad. 2. El compromiso de perpetuidad de esta sociedad. 3. Los fines de promoción e investigación para aplicarlos a la clínica y a la docencia. 4. Como se llamarán los integrantes de la sociedad. 5. Clase de miembros que tendrá esta sociedad. 6. De la junta directiva. 7. Del territorio donde desarrollaran sus competencias. 8. De la localización de la sociedad. 9. De los eventos y reuniones anuales. 10. De la disolución en caso de que tenga que realizarse. 11. De la dirección donde se registran estos estatutos. 12. De los nombres de los fundadores. C. Rúbrica Final por los miembros. D. Firma del Sr. Notario.

Tabla nº 2
Documentos de la AOTA

Son varios los desencadenantes por los que comienzan a aflorar los problemas dentro de la NSPOT:

- La vertiginosa marcha que llevaba la profesión producida por el número elevado de profesionales que demandaba la sociedad.
- La búsqueda por parte de la NSPOT de una sede para celebrar su segunda reunión: Barton proponía que se celebrase nuevamente en la Consolation House, pero Dunton y E. Clarke Slage se oponían, por que pensaban que la

[61] Consultar el acta actual de la AOTA en Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional (NSPOT)

Consolation House no podría acoger al número elevado de asistentes que ellos pensaban que asistirían.

- El choque de ideas entre Barton y el binomio conformado por Dunton-Slage: Barton que había promovido el desarrollo de la NSPOT como un foro reducido de personas, choca frontalmente con ellos que pensaban que en esta sociedad deberían estar inscritos como miembros, el mayor número de personas que se vinculasen a la ocupación como terapia.

Todo esto fue el detonante para que Barton e Isabel G. Newton dimitieran de sus cargos al frente de esta sociedad y no se volviera a presentar a ser reelegidos en la segunda reunión de la NSPOT. Tal como afirmaba este *"yo siento que logré mi meta, la NSPOT está fundada"* [62] (Barton 1918). E. Clarke[63] surgió como catalizadora en estos momentos de la situación y con su empeño al que se sumaron los del resto de fundadores pudieron celebrar la segunda reunión de la NSPOT. Ésta se celebró en New York City el 3 de Septiembre del año 1918, (día del trabajo en EEUU), en ella asumió la presidencia William R. Dunton que llevó su mandato hasta 1920. En ese año Eleanor Clarke Slage fue elegida presidenta hasta el año 1923 en la que la sucede en el cargo Tomas B Kidner año en el que se decide cambiar el nombre de la "National Society for the Promotion of Occupational Therapy" (NSPOT), por el nombre de The American Occupational Therapy Association" (AOTA).

[62] Uno de los extractos obtenidos de la carta que envió Barton a Dunton en Diciembre de 1917.
[63] La relación que había entre Dunton y E. Clarke era de mucha confianza, los dos se entendía muy bien y tenían gran afinidad. Barton chocó fuertemente con estas dos personas en muchas de las cosas que pretendía conseguir con la NSPOT.

George E. Barton después la primera reunión, no volvió a asistir a ninguna de las reuniones posteriores. Su contribución se limitaba en pagar su cuota de socio (10 dólares) y participar en algún comité.

Con la muerte de Barton en 1923, la comunidad médica honró su legado reconociendo las posibilidades que la profesión de Terapia Ocupacional podía ofrecer. Fueron diferentes asociaciones y personalidades las que auspiciaron la llegada de esta disciplina dotándola del reconocimiento que se merecía. Fue el momento del desarrollo del comité de promoción de la Terapia Ocupacional, y con ello muchos logros conseguidos en muy poco tiempo (ver ejemplo en tabla nº3).

El legado de los "*5 grandes*", termino elegido por Barton para nombrar a los fundadores, fue el mejor de los regalos que nos pudieron hacer. La promoción de la Terapia Ocupacional y de sus posibilidades nos quedó recogida en la primera definición consensuada de Terapia Ocupacional que la NSPOT ofrece en el año 1919: *"Terapia Ocupacional se puede definir como cualquier ocupación, mental o física, prescrita inicialmente por un Terapeuta Ocupacional y dirigida a un propósito concreto de recuperación o de aceleración del proceso de recuperación de la enfermedad o lesión".*

Logros conseguidos por NSPOT y AOTA en los primeros 30 años de historia	
1917	Acto de fundación de la NSPOT
1918	Segunda Reunión de la NSPOT
1919-1925	Desarrollo de los comités de la NSPOT, auge de la profesión a nivel laboral.
1928	Un total de 6 escuelas de TO en EEUU con programas acreditados.
1938	El 13 % de los hospitales tenían un Terapeuta Ocupacional entre sus profesionales.
1939	Se recibe el título universitario.
1939-1945	Segunda Guerra Mundial un total de 1000 Terapeutas Ocupacionales trabajaban en hospitales militares para la recuperación de soldados.
1945	Todas las escuelas tenían los planes de estudio a revisión por un comité de la AOTA, para unificar aspectos de formación y docencia.
1947	La universidad de California establece el primer master de formación en Terapia Ocupacional y le sigue la Universidad de New York.

Tabla nº 3
Comparativa de los primeros 30 años de profesión 1917-1947

Poder conocer la historia nos facilita la visión de la Terapia Ocupacional. Podrán cambiar las ocupaciones terapéuticas, o las actividades, o las técnicas, pero la esencia de la Terapia Ocupacional y su valor terapéutico, marcada por los fundadores, perdurará con el paso del tiempo.

4. CONCLUSIONES

A la luz de este capítulo podríamos decir que Barton no solo se convirtió en uno de los fundadores, podríamos decir que es el motor de la fundación. Seguramente movido por el interés personal o por la iniciativa del Dr. Dunton, Barton consiguió que la NSPOT se estableciese en un momento histórico, un contexto donde las influencias culturales y sociales llevaron a los fundadores a dar constructo a una profesión.

Cada uno de los fundadores ofrece una visión y un trabajo sustentado en aspectos de la sociedad de la época y en este caso las influencias principales que Barton aporta a la fundación de la NSPOT se resumen entre otras:

- Las influencias del Arte (del Sr. Morris y la cultura europea y de Sr. Sturgis y la sociedad de Artes y Oficios de Boston), del Tratamiento Moral (por parte del Dr. Worcester, Samuel Tuke, Philippe Pinel, William Ellis), de la medicina (Adolf Meyer, Willian Dunton), las corrientes artísticas de la época (Herbert Hall) y sociales (Elanor Clark, Susan Tracy).
- El sentido del valor Terapéutico de la Ocupación que Barton ofreció tenía dos vertientes por un lado la considerándola como una de las medicinas que podían curar al hombre de su desidia, de su falta de iniciativa, de su escaso compromiso con la sociedad en la que vivía. Por otro lado ofrecía a la persona su recuperación por medio del trabajo y la incursión en la sociedad mediante la venta de estos productos (influenciado por el movimiento de

Artes y Oficios de Boston y la filosofía del Trabajo Productivo desarrollado por Dunton y Hall).

La historia de la Terapia Ocupacional es el aspecto descuidado de nuestros esfuerzos profesionales de investigación y de los planes docentes. Después de la revisión elaborada para este capitulo, puedo decir que no debemos rechazar ninguna alternativa a la creencia de que el ser humano, es ser un ser ocupacional, que la mente y el cuerpo conectados facilitan la sensación de bienestar y el desarrollo de destrezas. Los fundadores de la Terapia Ocupacional fueron capaces de demostrarnos como hacerlo posible, de ellos tendremos que intentar conocer el sentido de sus primeros pasos en esta profesión.

La Terapia Ocupacional es la única profesión sanitaria, que tiene el eje de su intervención en la creencia de que el hombre se centre en las tareas que realiza cotidianamente. A pesar de las muchas influencias recibidas en nuestra vida profesional nuestra raíces perduran, solo tenemos que ser capaces de verlas. La única forma de encontrarlas es mirar hacia nuestra disciplina y centrar toda nuestra atención en ella. Las influencias son buenas para el avance como profesión, pero evitando que el cuerpo teórico de las influencias oculte nuestro propio constructo teórico. Cuanto más perdamos profesionalmente, más cerca estamos de la extinción.

Buscar el sentido de nuestra disciplina (el paradigma de la profesión) y crecer en él, creo que será el mayor logro conseguido nunca jamás. La experiencia de

otros es una herencia impresionante y cuanto más se aprende de ellos, menos tiempo perdemos en el presente probando lo que ya se ha probado. El pasado no se puede aislar del presente. Los archivos, las fotografías, los textos publicados, los libros, los recuerdos son el mejor expediente de nuestro pasado. Es la verdadera fuente de la que tenemos que beber. Es el recordatorio más vivo de lo que fuimos, pero también de lo que somos y seguramente de lo que seremos. Con el cuidado de no estar siempre mirando al pasado pero con la necesidad de conocerlo para poder desarrollarnos profesionalmente. En nuestra historia al igual que en todas las historias, el futuro ya está escrito solo hay que descifrarlo.

En palabras de Robert King, *"la imagen de la Terapia Ocupacional se confirmará con el tiempo, eso es al menos lo que se espera. La integridad de nuestra profesión está en nuestras manos"*. Este trabajo es una oferta para la reflexión.

AGRADECIMIENTOS

Hacía tiempo que no me sentía tan interesado por conocer uno de los símbolos de nuestra profesión. La información recopilada es parte de nuestra historia contada y que el tiempo no puede borrar de nuestro recuerdo. El esfuerzo ha merecido la pena, han sido cerca de seis meses de trabajo y esperamos que al lector le sea de su agrado. En todo este tiempo aparecieron personas que me ayudaron desinteresadamente a completar este camino, a ellas les debo la posibilidad de conocer lo que un día se inició y que ahora recuerdo.

A Lori Reals y Krinstin Mahoney residentes en Clifton Springs, sin su ayuda esto no sería posible. En España a Maríajo (por su tiempo y dedicación personal); A Juan Ramón Teijeira (la luz), a Manolo Castro (la tranquilidad), a Pedro Moruno (compañero de viaje) y a Pablo Cantero (referencia personal en muchos momentos), por sus colaboraciones, su apoyo incondicional, por su interés y sobre todo por sus consejos, que me sirvieron en este recorrido, a ellos les debo este capitulo.

NOTAS

Cada día somos más consciente que el pasado de una forma u otra siempre aparece ante ti. La vida, caprichosa, marca el comienzo y final de muchas de las dudas que como profesional surgen. En nuestro recorrido como Terapeutas Ocupacionales nuestra historia siempre marcó nuestro devenir, que en ocasiones olvidado, reproduce estampas profesionales de las cuales queremos huir, pero de las que irremediablemente no escapamos. El reduccionismo en las intervenciones que durante un tiempo marcaron nuestro devenir profesional, son una de las grandes consecuencias del poco conocimiento de nuestra historia.

Que el tiempo no borre lo que en un momento quisimos ser como profesión. Para que las ideas, lugares, personas y motivos que llevaron a la creación de esta disciplina no se esfumen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ambrosi, E. & Barker, K.: The Profesion´s image, 1917-1925, Part I: OT as represented in the media. AJOT VOL 49 Num 7 Agost 1995 Pag 715-719.
2. Ambrosi, E. & Barker, K.: The Profesion´s image, 1917-1925, Part II: OT as represented by the profession. AJOT VOL 49 Num 8 Sept 1995 Pag 828-832.
3. AOTA. Guidelines for Documentation of Occupational Therapy (2003) AJOT VOL 57 Num 1 Dic 2003 Pag. 646-649.
4. Barton, I. G. (1968). Consolation house, fifty years ago. American Journal of Occupational Therapy, 22, 240-345.
5. Bloom Hoover JA. Diversional Occupational Therapy in World War I: A need for purpose in occupations. Am J Occup Ther 1996; 50: 881-5
6. Bresedell Crepeau, E.; Cohn, E.S.; Boyt Schell, B.A.: Willard & Spackman´s. Occupational Therapy. Tenth Edition. Ed. Lippincott Williams & Wilkins.
7. Caballero-Navarro A, Bueno-Lozano M, Fleta-Zaragozano. Evolución de la Terapia Ocupacional tras la Segunda Guerra Mundial. Anales de Ciencias de la Salud; 99-103
8. Canosa Domínguez, N.; Díaz Seoane, B.; Talavera Valverde, M.A. (2003): "Terapia Ocupacional. importancia del contexto". Conferencia presentada al III Congreso virtual "Integración sin barreras en el siglo XXI" Red de integración especial (redespecial web). noviembre 2002.
9. Colman W. Structuring Education: Development of the First Educational Standard in Occupational Therapy, 1917-1930. Am J Occup Ther 1991; 46: 653-60
10. Colman W. Evolving Educational Practices in Occupational Therapy: The War Emergency Courses, 1936-1954. Am J Occup Ther 1990; 44: 1208-36
11. Clark, F. (1993). Occupation Embedded in a Real Life: Interweaving Occupational Science and Occupational Therapy. American Journal of Occupational Therapy, 47, 1067-1077.
12. Creek, J.: A Standard Terminology for Occupational Therapy. BJOT Vol 69 Num 5 May 2006 pag 202-208
13. Creek J.: Occupational Therapy and Mental Health, Second Edition. Ed. Churchill Livingstone. 2000.
14. Durante Molina, P; Noya Arnaiz, B.: Terapia Ocupacional en Salud Mental. Principios y Práctica. Barcelona: Masson, 1998.

15. Friedland J. Occupational Therapy and Rehabilitation: An Akward Alliance. Am J Occup Ther 1997; 52(5): 373-80
16. García Gonzalo, N.; Canosa Domínguez, N. & Talavera Valverde, M. A.: "El significado de la ocupación en los servicios sanitarios de salud mental". En www.terapia-ocupacional.com 2003.
17. Gutman SA. Influence of the US Military and Occupational Therapy Reconstruction Aides in World War I on the Development of Occupational Therapy. Am J Occup Ther 1994; 3: 256-62
18. Hagerdon, R. Fundamentos da practica em terapia ocupacional. (traducao Jose Batista) Sao Paulo. Ed. Dynamis Editorial. 1999.
19. Herbert J. Hall. Originator of Honest Work for Occupational Therapy 1904-1923 [Part I] (2005) Occupational Therapy in Health Care. Volume: 19 Pub Date: 12/12/2005.
20. Hopkins HL, Smith H. Terapia ocupacional Willard/Spackman, 8ª ed. Madrid: Panamericana; 1998.
21. Johnston, J. (1981). Old values—New directions: Competence, adaptation, integration. American Journal of Occupational therapy, 35, 589-598.
22. L. Nelson, D.: Why The Profesion Of OT Will Flourish In The 21 Centur. AJOT VOL 51 Num 1 Jan 1997 Pag. 11-24
23. K. Bing, R.: Occupational Therapy Revisited: A Paraphrastic Journey. AJOT Vol 35 Num 8 agosto 1981 pag 499-518
24. K. Bing, R.: Point of Departure (A play about founding the profession). AJOT Vol 46 Num 1 Jan 1992 pag 27-32.
25. Kronenberg, F, Simo, S, Pollard, N. (2005): Occupational Therapy without Borders: Learning From the Spirit of Survivors. London. Churchill Livingstone.
26. Kielhofner, G. (2004). Conceptual Foundations of Occupational Therapy (3rd ed.). Philadelphia: FA Davis.
27. Licht, S. (1967). The foundling and founders of the American Occupational Therapy Association. American Journal of Occupational Therapy, 21, 269-277.
28. Moreno Rodríguez, R.La documentación científica en terapia ocupacional: evolución y perspectivas. . Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. 2006, num 4
29. Moruno Miralles, Pedro: "La ocupación como método de tratamiento en salud mental". En www.terapia-ocupacional.com 2003.

30. Mosey, A. C. (1992). Partition of occupational science and occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy, 46(9), 851- 853.
31. Narker Schwart, K.: Occupational Therapy and Education: A shared Vision. The A.J.O.T. January 1992. Volume 46 Number 1).
32. Nixon, J. & Creek, J. Towards a Theory of Practice. BJOT Vol 69 Num 2 Feb 2006 pag 77-81
33. Paganizzi, L. Actividad, lenguaje particular. Ed. Calamus. 1997.
34. Peloquin, S. (1989). Moral treatment: contexts considered. *American Journal of Occupational Therapy,* 43 (8): 537-544.
35. Peloquin, S. (1991). Occupational therapy service: individual and collective understandings of the founders, part 1. *American Journal of Occupational Therapy* 45 (4): 352-360.
36. Peloquin SM. Occupational Therapy Service: Individual and Collective Understandings of the Founders, Part 2. Am J Occup Ther 1990; 45: 733-44
37. Peloquin, S. M. (1989). Looking Back—Moral treatment: Contexts considered. American Journal of Occupational Therapy, 43, 537-544.
38. Peloquin, S. M. (2005) Eleanor Clark Slagle Lecture. Embracing our ethos, reclaiming our heart. American Journal of Occupational Therapy, 59, 611-630.
39. Peloquin, SM. History Matters. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2007 [01-03-2007]; (5): [11 p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num5/pdfs/Editorial1.pdf
40. Reed, K. (1993). Los comienzos de la terapia ocupacional. En: H. Hopkins y H. Smith (ed.) *Terapia ocupacional: Willard y Sparman*. Piladelphia: Lippincott-Raven (8ª ed.).
41. Relly, M.: The Modernization of Occupational Therapy. AJOT Vol 25 Num 5 1971 pag 243-246
42. Reilly, M. (1962). Eleanor Clark Slagle Lecture: Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine. American Journal of Occupational Therapy, 16, 1-9.
43. Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia ocupacional. Teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003.
44. Santos del Riego, S. La Terapia Ocupacional española: un momento histórico. Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. 2006, 3
45. Sciacca, M.F.: Acto y Ser. Edit. Luis Miracle, S.A.- Barcelona. Primera edición de 1961.

46. Talavera Valverde, M.A. Carta del director. Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. 2006, 3.
47. Talavera Valverde, M.A. El compromiso con la profesión. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2007 [01-03-2005]; (5): [7 p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num5/pdfs/presentacion.pdf
48. Talavera Valverde, Miguel Ángel: Terapia Ocupacional en Unidades de corta y media estancia. Ponencia presentada a las VIII Jornadas Nacionales de Terapia Ocupacional celebradas en Granada en el año 2003.
49. Varios autores. Calidade e Converxencia Europea en Terapia Ocupacional" (curso de formación). Facultade de Ciencias da Saúde da Universidade da Coruña. 2005.
50. Viana Moldes, I.; García Pinto, M.C.; Ávila Álvarez, A.: Ocupación Alienante Versus Ocupación Significativa. En www.terapia-ocupacional.com 2003.
51. Watlawick, P.: El sinsentido del sentido ó el sentido del sinsentido. Ed. Herder. 1995.
52. Wilcock, A. A. (2001). Occupational science: The key to broadening horizons. British Journal of Occupational Therapy, 4(2), 56-61
53. Wood, W. (1998). It is jump time for occupational therapy. American Journal of Occupational therapy, 52, 403-411.

Capítulo 05

SALUD, POLÍTICAS DE LA VIDA Y SUBJETIVACIONES. ALGUNAS REFLEXIONES PREVIAS AL ANÁLISIS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA SALUD

D. Álvaro Pazos Garciandía

Como citar este capítulo en sucesivas ocasiones
Pazos A. Salud, políticas de la vida y subjetivaciones. algunas reflexiones previas al análisis histórico y cultural de la salud. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación [monografía en Internet]. TOG (A Coruña): APGTO; 2007. p. 210-331 [citado fecha mes y año]. Disponible en: www.revistatog.com

RESUMEN Este artículo presenta algunas reflexiones provisionales sobre las dificultades para una historia y una antropología de la salud. Se defiende la idea de que la salud es una realidad conceptual e institucional propia de la sociedad moderna y, en este sentido, de difícil traslación a otros contextos históricos o culturales. Se propone una aproximación sociológica al concepto de salud, y se hace una revisión de las dimensiones del concepto de salud que esta aproximación necesita, así como de algunas de las líneas clave en la historia de la salud.
PALABRAS CLAVE DESC Salud; Historia; Antropología; Variaciones dependientes del sujeto; Política, Terapia Ocupacional.
PALABRAS CLAVE DEL AUTOR Salud, historia de la salud, antropología de la salud, política, sujeto

ABSTRACT This article shows some provisional thoughts about the difficulties for a History and Anthropology of Health. It is defended the idea that health is a conceptual and institutional reality typical from modern society and, in this sense, it is difficult to transfer it to another historical or cultural contexts. A sociological approach to the health concept is proposed and it is made a review of the dimensions of the concept of health needed by this approach, as well as of some key lines in the history of health.
DESC KEYWORDS Health; History; Antropology; Subject variations politics;Occupational therapy.
KEYWORDS
Health, history of health, anthropology of health, politics, individual.

Salud: concepto y sentido

Cualquier aproximación histórica o comparativa al concepto de salud debería plantear de antemano, para así redefinir su objeto, las condiciones de posibilidad de una historia o de una antropología de la salud. Esto supone proponer la existencia y ocuparse de un ámbito que se sitúa más allá, no de nuestro concepto de salud, sino de cualquier concepto de salud (de la salud como concepto). En suma, más allá de la salud. Porque ésta no es sino una manera de hablar de algo a lo que convendría referirse, más bien, como la relación del ser viviente humano con la vida, en el sentido que Canguilhem (1) dio a estos términos.

Las dificultades para trazar una historia de la salud, y para introducir un enfoque comparativo del concepto, derivan de la tentación de dar por sentada la existencia sustantiva de ese objeto, con una historia y con diferentes expresiones culturales, sin plantearse críticamente su carácter puramente accidental e instituido. En este sentido, sería interesante comenzar contrastando, a la manera del mismo Canguilhem (2), de un lado, la "salud" en tanto que percepción subjetiva de un estado que no se piensa, ni mucho menos se cuestiona, que ni tan siquiera es consciente de sí (en tanto que estado diferenciado) pues no admite reflexión, y, de otro lado, la noción reflexiva por antonomasia, el concepto científico de salud. Es este autor, ciertamente, quien subrayó el valor de la "noción vulgar de salud". De esta "salud" (noción al alcance de todos), no hay ciencia. Pero podríamos afirmar, de manera simétrica, que, en tanto que concepto, la salud no aparece en otro lugar que no sea el de las ciencias de la salud. La historia de la salud sería, entonces, la de

las condiciones de posibilidad de estos saberes (discursos y técnicas) que toman la salud como objeto dándole así su existencia. De aquí derivan las aporías de la búsqueda histórica y antropológica de otros conceptos de salud: empresa aparentemente tolerante, acoge la diversidad en la misma operación con la que universaliza la específica relación con la (producción y reproducción de la) vida que el concepto de salud expresa.

Cuando hablamos de concepto de salud nos referimos a lo que sería una noción positiva de salud. La salud entendida como ausencia de enfermedad no es expresión de un concepto diferente; pertenece, más bien, al plano de unas vivencias que ningún concepto podría restablecer con fidelidad. Las indicaciones de Canguilhem sobre este tema deberían servir para que el científico social advirtiera que no es tan extraño no encontrar, en sociedades diferentes de la nuestra o en otros momentos históricos, concepto de salud alguno; que, por el contrario, lo sorprendente podría resultar encontrar que la salud –como concepto o como problema- exista en otras formaciones sociales. En realidad, es algo tan insólito como para que nos planteemos si no se trata de un concepto fundamental y articulador de una época en occidente, o, al menos, de su autoconciencia como época: la modernidad.

Precisamente, el autor de **Lo normal y lo patológico** dignifica de algún modo la realidad situada más allá del concepto de salud. La noción de la salud como “silencio de los órganos” de Leriche, a quien Canguilhem dedica una atención especial, remite a un tema frecuente en la época clásica y aún en el siglo de las luces. Durante mucho tiempo la salud se ha abordado por referencia a la enfermedad, como exención de enfermedad. Una de las

formulaciones más importantes de esta posición aparece en el **Conflicto de las Facultades** de Kant: "Uno se puede **sentir** en buen estado, es decir, juzgar a partir de su sentimiento de bienestar vital, pero no se puede nunca **saber** en buen estado" (3). En este sentido, la salud es un objeto que está "fuera del campo del saber", un objeto del que no hay ciencia.

Una ciencia o un saber de la salud se constituyen siempre, entonces, en contra de un sentido existencial, de una noción anterior de la salud como verdad, y no ya realidad, del cuerpo; una noción que remite a la posición del cuerpo como unidad vital, y que remite al silencio de la actividad vital. Es, de hecho, una noción no sanitaria de salud, con la que Canguilhem se refiere, no sin reminiscencias nietzscheanas, a la vida. Esta verdad del cuerpo es, además, singular, por oposición a la idea del cuerpo en general, que exponen las ciencias de la biología y de la medicina. El sentido existencial del cuerpo no puede asimilarse a un efecto de relaciones mecánicas, pues el ser viviente no es equiparable a la máquina, así como enfermedad o muerte no pueden predicarse de ésta.

En cuanto la salud se enuncia del individuo en tanto que participante en una sociedad, su sentido existencial desaparece tras la contabilidad de lo fáctico y lo general; se convierte en objeto de cálculo, referido al cuerpo dado y no sentido. A lo largo del siglo XVIII asistimos en Europa a la génesis de este concepto positivo de salud que, a pesar de sus avatares, no ha dejado de constituirnos epocalmente y como sujetos; concepto que, imponiéndose progresivamente como objeto de la administración política y ampliando su

ámbito de referencia, ha alcanzado su máxima extensión y dominio en la célebre definición integral de la OMS (4).

Hacia una construcción de la salud como objeto socio-histórico

Sólo en tanto que la salud, en lugar de la enfermedad, ha pasado a ser objeto del saber y de las técnicas sanitarias, podemos hablar de un concepto de salud. Desde un ángulo sociológico, habría que afinar algo más esta afirmación, y añadir que por "concepto" no entenderemos una entidad unitaria y homogénea, propia de una ciencia, un saber, un cuerpo profesional o institucional igualmente unitarios y homogéneos, sino que nos referiremos a un conjunto de posiciones diferentes entre sí. El concepto de salud es, de acuerdo a esto, resultado de los encuentros y desencuentros, más o menos conflictivos, de las diversas definiciones de salud, convergentes o divergentes en un espacio de puntos de vista. Como todo concepto científico, el de salud es producto, en primer lugar, de las estructuras de las instituciones científicas y técnicas, y, sobre todo, de las dinámicas sociales que las sostienen.

Lo que podríamos llamar "espacio (de puntos de vista) sanitario" habría que entenderlo a la manera en que Bourdieu utiliza las nociones "espaciales" (en referencia a la ciencia, la literatura, la filosofía o el ámbito académico (5)): como un espacio constituido por los puntos de vista o perspectivas sobre problemáticas comunes. Hay que subrayar, además, que los puntos de vista tienen una realidad posicional, es decir, que se singularizan como tales puntos de vista por sus relaciones respecto de otras posiciones en el mismo espacio. Esto es crucial desde el punto de vista metodológico: no hay punto de vista

individual (por oposición a social), y sería posible una aproximación sociológica a un solo punto de vista, porque dar cuenta del singular requiere el restablecimiento de todo el espacio –de repeticiones y diferencias- en el que lo individual se singulariza como posición. Por último, es conveniente indicar que la problemática fundamental que, de una u otra manera, el espacio está abordando en todas sus dinámicas, es la definición misma de salud, la adjetivación como "sanitarios" de determinados fenómenos. El espacio sanitario se caracteriza como tal espacio relativamente autónomo de otros espacios sociales, porque en él la salud se constituye en asunto en juego de tensiones y polémicas.

El espacio de puntos de vista sanitario es expresión, aunque no mecánica, de campos sociales y, en primer lugar, del campo sanitario en el que se ubican los diferentes agentes sociales, individuales (enfermeras, médicos, curanderos, terapeutas ocupacionales, profesores, educadores, etc.) o colectivos (órganos colegiados, hospitales, escuelas, universidades, grupos de enfermos, etc.) implicados, definidos por sus posiciones y sus trayectorias sociales, por los capitales (económico, social, cultural, educativo, etc.) que detentan, como por los intereses que los movilizan; agentes sociales que mantienen (que enuncian), con diversos fines y en distintos contextos, unos y/u otros puntos de vista (se aplicarían, en este sentido, al "campo sanitario" las características de los "campos" en la teorización de Bourdieu (6)). Finalmente es en este campo social donde se dirime el concepto de salud; porque los conflictos entre perspectivas que constituyen el espacio de puntos de vista, son expresión de los problemas específicos de este campo, y de los conflictos entre

los agentes que pertenecen al mismo (como, por ejemplo, la profesionalización de la medicina, su legitimación respecto de otras especialidades; la constitución de la realidad y la identidad profesionales de enfermería; la definición y la posición –social, académica, etc.- de saberes y técnicas terapeúticas; la pertenencia al campo sanitario o no de la psicología o de otras disciplinas, etc.).

Para entender la génesis y el desarrollo del concepto de salud, sería necesario, por lo demás, ir más allá de las lógicas internas del campo sanitario, relativamente autónomo, y plantear, una vez más de manera compleja y no mecánica, las relaciones de estas dinámicas internas con los diferentes órdenes de lo social. Es decir, asumir que la salud ha sido y es un concepto político. En primer lugar y como hemos dicho, por el carácter polémico de su formación como concepto, que hace de él un producto de tensiones y negociaciones. Pero la salud es también un concepto político en un sentido más radical y sustantivo.

En línea con lo que vengo exponiendo, Didier Fassin (7) ha propuesto una transformación de la "antropología de la salud" (dependiente de la definición sanitaria de "salud") en "antropología política de la salud" (para la que la salud aparece como concepto político). Para Fassin, la atención preventiva, los comportamientos de enfermedad, las políticas de salud y los sistemas de cuidados, son realidades variables en el tiempo, que representan la traducción de la relación entre el ser físico y psíquico y el ser social y político. Al presentar la cuestión en estos términos, el autor no sólo apunta a un cuestionamiento de la autonomía de un objeto de las ciencias de la salud, sino que revela el carácter intrínsecamente sociológico del concepto. En otras palabras, bienestar y malestar resultan ser temas y problemas inmediatamente

sociales, no objetos de una ciencia médica ampliada. Lo que la ciencia social y la historia tratan de aprehender en una genealogía de la salud, no es tanto las operaciones de definición y de construcción en sí mismas, sino los objetos en juego sociales, económicos y políticos que a ellas subyacen: lo que está en juego en las controversias y disputas sobre el reconocimiento de una enfermedad como enfermedad profesional, o en la construcción del maltrato infantil como problema de salud pública, o en la construcción de los usuarios de drogas por vía intra-venosa como "grupo de riesgo", etc. Es decir: qué es lo que está en juego en las relaciones de saber y poder que movilizan aquellos procesos de definición. Y este enfoque saca a la luz, entonces, asuntos que son eminentemente políticos, porque tienen que ver con los fundamentos mismos de la política: el poder, las fracturas entre lo público y lo privado, y el problema de la convivencia. "La salud –como dice Fassin- remite estas tres dimensiones de la política a la prueba singular del cuerpo, es decir, de las cuestiones del ser viviente y la muerte, de la enfermedad, del sufrimiento" (8).

La perspectiva de Fassin se encuadra en una conciencia de que la salud es uno de los conceptos definitorios, no de las ciencias del curar y de los cuidados, sino de la ciencia de la administración política (porque, como concepto, la salud es siempre pública). Algo que adquiere un sentido muy especial cuando la política deja de definirse a la manera clásica y tradicional, y pasa a ser biopolítica, política de la vida.

Las denuncias radicales de la "medicalización de la vida" de Illich o de Zola (9), se refieren a la conversión de cada vez más aspectos de la vida de los seres humanos en asuntos médicos. Este proceso forma parte de lo que

algunos autores llaman “biopoder” o “biopolítica”. En **La voluntad de saber**, Michel Foucault diferencia entre las formas de poder tradicionales, asentadas en el derecho de vida y de muerte (en el privilegio de “hacer morir y dejar vivir”), y las formas del poder moderno, caracterizado por la “administración de la vida”. Este poder sobre la vida se desarrolla según dos dispositivos: una “anatomopolítica” del cuerpo humano, consistente en técnicas disciplinarias de sujeción, vigilancia y reforma de los cuerpos individuales; y una “biopolítica de las poblaciones”, consistente en el despliegue de un conocimiento y un control de poblaciones (10).

La vida a cuya administración contribuye el desarrollo de la biomedicina es la que el filósofo Giorgio Agamben llama “nuda vida”, el mero hecho del vivir no específico (no propio de una especie particular), que recoge el término griego ***zoe*** (frente a ***bios***): “El ingreso de la ***zoe*** en la esfera de la ***polis***, la politización de la nuda vida como tal, constituye el acontecimiento decisivo de la modernidad, que marca una transformación radical de las categorías político-filosóficas del pensamiento clásico” (11). La “nuda vida” (que es lo que subyace, según sus críticos radicales, al concepto de salud) se opone a la vida propia de la comunidad política. El tratamiento de cualquier problema político en términos de administración de la vida implica una negación de la vida buena, entendida como la vida específica del ser político que es el humano. “Durante milenios el hombre siguió siendo lo que era para Aristóteles: un animal viviente y además capaz de una existencia política; el hombre moderno es un animal en cuya política está puesta en entredicho su vida de ser viviente” (12).

La biopolítica, tal y como la entiende Foucault, se referiría al modo como en las formaciones sociales modernas se han perfilado y se ha tratado de dar respuesta políticamente a las cuestiones de la reproducción social. Esta conexión permite ubicar la salud como un concepto referido a la problemática del mantenimiento de las sociedades. Por "reproducción social" entendemos los medios de que se vale una sociedad para responder a la necesidad de efectivos. Se entenderá esto en un sentido amplio, no limitándose, desde luego, a la mera procreación biológica. En realidad, la reproducción de una sociedad precisa no sólo de organismos sino de sujetos. Desde este punto de vista, la reproducción social se refiere a los procesos, de diverso tipo (regulaciones sexuales, de parentesco, educativas, sanitarias, de cuidado, de consumo, etc.), que tienen por función genérica la constitución y el mantenimiento de sujetos.

Es posible, entonces, una aproximación a la historia de la salud que se pregunte por las formas de subjetivación que han contribuido a constituir y mantener los saberes y técnicas sanitarios, en aras del mantenimiento de órdenes sociales. Este abordaje permitiría revisar algunos aspectos, más bien problemáticos, de las críticas humanistas y críticas de la medicina hegemónica. La denuncia del carácter deshumanizador y objetivista del saber y las prácticas de la biomedicina, podría hacer olvidar dimensiones relevantes de éstos. De la misma manera que, según la teoría foucaultiana, la hipótesis represiva del poder se centra sólo en lo que de ejercicio negativo, coercitivo, hay en éste, sin atender a las importantísimas funciones positivas, productoras, del poder moderno (este poder no se caracteriza tanto porque reprima a los sujetos, sino porque los constituye por medio de diversas técnicas disciplinarias), asimismo la

crítica de la enajenación de los sujetos que la medicina hegemónica llevaría a cabo puede ocultar lo que de humano tiene este saber. Hablar de la medicina como “ciencia humana” es apuntar a su función reproductora.

En su sociología de la medicina, Talcott Parsons (13) se interesó por las dimensiones sociales de la enfermedad, la salud y la relación sanitaria. Define la relación médico-paciente por sus funciones sociales; a su vez, la situación de enfermedad la define en tanto que desempeño de un rol social, el rol del enfermo. Según el enfoque funcionalista de Parsons, la institución médica no es un conjunto de útiles técnicos para responder a un objetivo biológica o fisiológicamente predefinido, sino un tipo de relación que actúa en lo social para desempeñar funciones sociales. Este modelo, que subraya lo social frente a lo bio-técnico, ha inspirado (pero igualmente permite comprender) las funciones moralizadoras y de disciplina social a las que ha respondido en determinados momentos de su historia la medicina.

En el modelo parsoniano la enfermedad es una desviación, una manera de salir o de quedar fuera del sistema social (del orden productivo y de las configuraciones sociales). De ahí que la función social del médico, pero también y sobre todo de las ciencias de la salud en general –y cuanto más integral sea el concepto de salud más especialistas sanitarios surgirán: especialistas de cuidados, enfermería, terapeutas ocupacionales, educadores sociales, psicólogos, trabajadores sociales, psicoanalistas, sociólogos, antropólogos sociales, etc.-, sea reintegrar cuanto antes al desviado a su funcionalidad normal en el sistema social. Desde el punto de vista de la sociología de Parsons, la función del sistema médico no es tanto la curación ni la prevención,

sino en último extremo la reconstitución y el mantenimiento de un sujeto activo, productivo y normal. Dicho desde la perspectiva foucaultiana (un funcionalismo perverso) sobre las técnicas modernas de poder, entre las que se encuadra esta medicina normativa de la que habla Parsons: un sujeto dócil.

Algunas líneas de la historia de la salud

La salud, en el sentido en que aquí hemos comenzado a construirla como objeto sociológico, es decir, en tanto que objeto (en juego) de definiciones en un espacio, y en el marco, finalmente, de la economía política, toma su forma en Europa a lo largo del siglo XVIII. Es en este período cuando se inicia y se refuerza una biopolítica, en cuyos proyectos las ciencias de la salud desempeñan un papel eminente; una biopolítica que durante el siglo XIX, y particularmente con el higienismo, va a dejar establecido el concepto positivo de salud.

En diferentes lugares (14), Michel Foucault ha recordado la importancia del siglo XVIII para entender la articulación del concepto de salud. Las evoluciones a lo largo de este tiempo revelan una historia que no es simple y lineal, que no puede entenderse como individualización de una práctica sanitaria que fuera en su origen colectiva, ni como socialización de una relación inicialmente privada, individual y clínica. Como hemos indicado más arriba, la constitución del concepto de salud es resultado de tensiones y conflictos en un espacio social cambiante. Por lo demás, hay que entender que, como reitera Foucault, la política de la salud no es una política central y centralizada; no es el producto de una iniciativa vertical –desde el Estado-, sino el resultado de

fuerzas que tienen orígenes y direcciones diversas, y que evolucionan en lugares distintos y distantes del cuerpo social (15). Uno de los rasgos más relevantes de este panorama heteróclito de propuestas, programas, tendencias, discusiones e iniciativas, es el cambio en lo que era, hasta el siglo XVII, la asistencia desarrollada, con justificaciones diversas, en instituciones laicas y religiosas. Esta organización mixta y polivalente de acciones, centrada en una figura hasta esa época sacralizada y en este momento cuestionada, que es el "pobre", se desmantela; y se impone con fuerza, aunque también de manera diseminada y horizontal, a lo largo del nuevo siglo, un tratamiento utilitarista de la pobreza y, por tanto, de la asistencia. En este contexto, el problema específico de las enfermedades de los pobres se plantea como problema de economía política (cálculos ligados a la organización de la producción).

Además, otro proceso caracteriza, en el tema que nos ocupa, al siglo XVIII: el surgimiento de lo que más tarde el propio Foucault llamará "biopolítica". Es decir, la aparición de la salud y el bienestar físico de la población como objetivo del poder político. Desde el siglo XVII venían generalizándose las formas de la "policía" (del ordenamiento y racionalización de lo público), de modo que la salud, más incluso que como objetivo, se perfila como imperativo y como deber individual.

La importancia que toma la medicina en el XVIII tiene su origen en el cruce de estas dos realidades: una economía nueva de la asistencia, y la emergencia de la "policía" general. La economía política de la pobreza y la asistencia, como la generalización de la "policía", manifiestan el nuevo objeto de la administración política que surge entonces: la salud de las poblaciones.

Tal y como se plantea, el de la salud de la población es un problema de reproducción de la fuerza de trabajo, en un tiempo en el que la población está apareciendo para el Estado no como mero problema técnico, sino como objeto susceptible de una tecnología específica (de vigilancia, análisis, modificaciones, etc.), con vistas a su coordinación, integración y control. Dicho de otra manera, la población no es sólo un tema de ordenación de efectivos en un territorio; está indicando, más bien, la existencia o la necesidad de un "cuerpo" que hay que constituir, integrar y reformar como tal: el cuerpo productivo de la nación. En esta situación, los rasgos biológicos de la población se convierten en datos de gestión económica, porque en función de las probabilidades (de muerte, enfermedad, supervivencia...) las poblaciones son más o menos susceptibles de inversión rentable, económica y políticamente.

Foucault invita a comprender en relación con la emergencia de la salud de poblaciones, los otros caracteres básicos de la "nosopolítica" del XVIII. Concretamente, la importancia que adquiere la infancia y, en relación con ello, la transformación de la familia en agente de medicalización. Objetivo de una auténtica aculturación médica y de una moralización, particularmente centradas en la salud infantil, la familia, y especialmente las familias de las clases populares, son sometidas durante la segunda mitad del XVIII a una medicalización que las convierte en mecanismos médicos (16). Además, la influencia cada vez mayor de la Higiene, que va a involucrar a la medicina directamente en la administración política, la politiza transformándola en agente político.

La relevancia de la población como problemática sanitaria, la medicalización de las familias y la conversión de la medicina en saber-poder para la administración, explican el que Foucault considera elemento central de la salud y del tratamiento de la salud desde el siglo XVIII en adelante: la reubicación del hospital, la función ahora subordinada que va a desempeñar, como estructura de apoyo a lo que será cada vez más un encuadramiento "deshospitalizado" (y desinstitucionalizado en general), generalizado, difuso y permanente de la población por el sistema sanitario (17).

En el paso del siglo XVIII al XIX se constituye la enfermedad como objeto de una mirada específica, abandonando la metafísica del mal a la que se había asociado anteriormente. El cambio supone, en concreto, una objetivación de los cuerpos en tanto que espacios donde encontrar el objeto de interés y atención, que no es el sujeto sino la enfermedad. Esta objetivación de los cuerpos enfermos no impide, sin embargo, que se desarrollen igualmente procesos de subjetivación. De hecho, la enfermedad objetivada finisecular se da al tiempo que el surgimiento del enfermo como personaje, como figura y estatuto sociales. La pluralidad de enfermedades remite a un único lugar y a una identidad socio-subjetivos que son básicamente comunes. Es la época en la que se dibuja el rol social del enfermo como desviado (positiva o negativamente valorado).

Según Herzlich y Pierret esta posición y figura deben mucho al imaginario ambivalente desarrollado en torno a la tuberculosis (18). La relevancia del tiempo, y de la particular gestión de los tiempos, en lo que viene

a ser una forma de muerte lenta, da pie para la consideración, incluso, de la enfermedad como forma de vida. La enfermedad ahora pone al sujeto fuera del orden social, en un lugar difícil de gestionar socialmente, que está, en sí mismo, fuera del orden. Pero, además, un lugar en el que, especialmente si el tiempo es largo y prolongada la ausencia, puede nacer y evolucionar una experiencia de reflexión que subvierte la sociedad y los vínculos sociales, el lugar que el sujeto sano ocupaba previamente en la sociedad. La mejor y más célebre ilustración de esto es, sin duda, **La montaña mágica** de Mann.

Las dos imágenes dominantes de la tuberculosis, contrapuestas y referidas a posiciones opuestas de la estructura social, ofrecen, de maneras distintas, esta problemática de la desviación: de un lado, la tuberculosis es un mal romantizado y romántico, asociado a la pasión, la genialidad y la espiritualidad; de otro lado, es una plaga social asociada a las clases populares y, especialmente, a las condiciones de vida de la exclusión depauperada.

Para Herzlich y Pierret, el modelo de la tuberculosis se distingue del modelo, imperante hasta entonces, de las antiguas epidemias, en el que el enfermo (el rol, la identidad, el estatuto y la experiencia de enfermo) no existe, y tampoco aparece la salud como concepto. Junto con el modelo posterior a la tuberculosis, el que imponen las enfermedades crónicas hasta el desarrollo del Sida y las transformaciones (algunas no del todo novedosas) a que da lugar, completan los grandes paradigmas con que en Occidente se habría pensado la enfermedad y la salud.

El paso del modelo de las epidemias al de la tuberculosis implica un proceso de subjetivación caracterizado por dos tendencias que sólo en

apariencia se contradicen: primero, la individualización que supone el rol, la identidad y la experiencia del enfermo; además, la socialización que esto mismo supone, ya que esa individualización sólo tiene sentido porque remite a la relación activa (al trabajo) del sujeto en lo social que caracterizaría al estado normal (salud). En efecto, el nuevo modelo de enfermedad asimila la salud a la capacidad de trabajo; de donde deriva la noción, extendida y permanente en Occidente, especialmente entre trabajadores, de la salud como capital (19).

El refuerzo durante este período de la salud como concepto positivo, se lleva a cabo en ámbitos diversos, aunque dando respuesta a problemáticas entrelazadas y desplegando estrategias convergentes. En el ámbito de la economía política, en el que se trata de dar respuesta a problemas de reproducción social allí donde al sistema capitalista no le es ya factible recurrir a otras formas económicas para asegurar la reproducción, nacen los sistemas de seguridad social. “El capitalismo (…) se revela, no como un sistema económico sino como un ***sistema de explotación***: la lógica de su funcionamiento excluye el hacerse cargo de la reproducción de la fuerza de trabajo, de la vida por tanto. En una sociedad capitalista, la reproducción humana sólo puede asegurarse por medio de las instituciones facultativas de seguridad social que funcionan de acuerdo a principios, no solamente extraños sino contrarios a las normas de una economía del beneficio” (20).

Por otra parte, en el ámbito disciplinar y teórico, y en conexión con el desarrollo de las políticas públicas, se lleva a cabo una medicalización cada vez más completa de la vida, que responde a la sustitución de la enfermedad por la salud, nuevo objetivo de la ciencia médica. Dado que la salud es el objeto

positivo de la medicina y que, por la definición social de la enfermedad como desviación, el concepto de salud está desde su origen tendiendo, por su lógica misma, a identificarse con la normalidad social y, por tanto, con todos los aspectos que constituyen ésta, la jurisdicción de las ciencias que no van a dejar de encomendarse a ese objeto, y en primer lugar la medicina, va a ser cada vez más extensa.

Aquí, en consecuencia, la salud va a aparecer como un deber, y el cuidado y el autocuidado como obligación moral. Siendo la enfermedad una desviación y el objetivo del cuidado la reinserción, siendo la salud y no la enfermedad el objeto del saber y las técnicas, las ciencias de la salud despliegan un orden moral que, de una u otra forma y aunque reconozca las causas externas de las enfermedades, responsabiliza a los sujetos, apela a la voluntad y a un trabajo moral sobre sí, de fortalecimiento o reforma de los caracteres y las formas de vida. Es una propuesta de trabajo constante contra la tentación de desviación que la enfermedad representa, y de los beneficios secundarios que se le asocian (21).

El surgimiento, desde la II Guerra Mundial, de la noción articuladora central de “riesgo”, y la implantación, incluso, de una “sociedad del riesgo” (22), supone un notable cambio en las relaciones de los vivientes humanos con la vida y, por ende, la aparición, junto a las nociones de la salud como capital y como expresión moral (hegemónicas en el período anterior), de elementos para otra composición del concepto de salud. La generalización de las problemáticas del riesgo está asociada a diversos factores. Antes que nada, a la desaparición

de las grandes enfermedades infecciosas y el predominio de las enfermedades crónicas. Las enfermedades crónicas van a impulsar nuevas subjetivaciones en lo que es, primero, un nuevo modelo de enfermo pero, más tarde, se generaliza como concepto de salud y como forma de sociedad incluso. Frente a la cronicidad, el modelo funcionalista del "rol del enfermo" y la noción concomitante de la salud-capital resultan inapropiados. Dada la temporalidad específica del proceso, la curación, como operación entre la enfermedad y la salud, y, en consecuencia, como reinserción social, deja de tener sentido; no puede estructurar teleológicamente el rol de enfermo, y es sustituida paulatinamente por la gestión de la enfermedad. La relación que un sujeto "crónico" mantiene con los profesionales, los saberes y las técnicas sanitarios, y consigo mismo y el entorno, es muy diferente a la figura parsoniana. La actividad autónoma del paciente, que en un modelo disciplinario tan sólo supone marginación o subversión (el mal enfermo), es aquí tanto una necesidad como un valor. Pero el fenómeno realmente significativo es la transmisión de estos rasgos a la noción de salud. Con la generalización de ésta, la asunción y gestión de riesgos se convierte progresivamente en la nota característica de la vida en su conjunto. A lo que asistimos desde hace aproximadamente sesenta años en el mundo occidental es a una "cronificación" (y, en consecuencia, una sanitarización) de la existencia.

En segundo lugar, en este período, se han producido cambios importantes en las formas de gubernamentalidad. Son cambios no del todo percibidos en las reflexiones sobre las políticas de salud y la salud pública. Ya he señalado la importancia que Foucault concede a la reubicación del hospital

durante el siglo XVIII. Este desplazamiento de un dispositivo disciplinario no quiere decir, en absoluto, que desaparezca o que tienda a desaparecer, sino que continúa funcionando aunque subordinado a lógicas diferentes. De la permanencia del dispositivo disciplinario –al que responde el hospital moderno, como institución de curación- es un indicador suficientemente significativo la importancia, a lo largo del siglo XIX y hasta mediados del XX, de los modos de actuación higienista; las críticas de los años sesenta, en salud pública, al modelo higienista de educación y a la institución hospitalaria, son también una prueba de esa permanencia. Pero estas críticas, en cuyos parámetros se sigue pensando la salud, y especialmente la salud pública, no atienden a lo que parece estar imponiéndose progresivamente como dispositivo dominante en el terreno sanitario (como en otros ámbitos del poder), lo que Foucault, en uno de sus cursos en el Collège de France, llama el "dispositivo de seguridad".

En su curso **Sécurité, territoire, population**, de 1977-78 (23), Foucault habla de tres dispositivos de poder: castigo, vigilancia y seguridad. El primero se refiere al castigo que se sigue del incumplimiento de una ley, en tanto que el segundo hace referencia al conjunto de vigilancias, controles, etc., que tratan de impedir la transgresión o la repetición de la misma. Esta célebre dualidad está desarrollada en uno de los más conocidos libros de Foucault, su estudio sobre el nacimiento de la prisión. Dejando de lado la influencia del enfoque arqueológico de **Nacimiento de la clínica**, es de acuerdo al esquema y a los conceptos propuestos en **Vigilar y castigar** como se ha aplicado habitualmente la aproximación de Foucault al saber médico en tanto que dispositivo de poder (análisis de prescripciones higienistas y de disposiciones

hospitalarias). El dispositivo de seguridad se refiere a una problemática diferente. Se trata aquí no de vigilar ni de castigar, sino de saber cómo mantener la delincuencia, la criminalidad, la enfermedad, las prácticas problemáticas, etc. dentro de unos límites social y económicamente aceptables, en torno a una media óptima para un determinado funcionamiento social. La lógica es una lógica de probabilidades de riesgo. Es también una lógica liberal, caracterizada menos por la prohibición, la corrección, el enderezamiento y la docilidad, y más por el control de lo que se permite; por el establecimiento de márgenes, cupos o umbrales.

El propio Foucault advierte que los dispositivos no podrían caracterizar épocas o sociedades, de modo que no podríamos pensar que se han dado sustituciones de unos por otros, como si al aparecer la vigilancia hubiera dejado de existir el castigo, o la seguridad anulara el recurso a la vigilancia disciplinaria. Más bien lo que encontramos siempre son articulaciones específicas de unas y otras técnicas (de castigo, de vigilancia, de seguridad), aunque con una dominante (a la que Foucault llama "tecnología", diferenciándola de las técnicas concretas) que establece el orden funcional interno de una composición o dispositivo de poder.

Por lo demás, estas transformaciones de los dispositivos de saber y de poder se asocian a la crisis del Estado Social, y a la imposición de formas liberales de control en un contexto, por lo demás, de cambios de las organizaciones y de las condiciones del trabajo y de la producción, que redunda en la articulación de la reproducción social.

Luc Berlivet ha aplicado esta visión al estudio de un área prioritaria en nuestros Estados: la educación para la salud. Revela en su investigación no sólo los últimos avatares del concepto de salud, sino, además, el tipo de sujetos que se están constituyendo en torno a las problemáticas de la seguridad y el riesgo. A partir de una revisión histórica del Comité Francés de Educación para la Salud (24), Berlivet subraya la importancia capital que ha tenido, en diversos países de Europa, la reorganización durante los años setenta de la acción pública en salud (en el sentido de una reconceptualización radical de la prevención, y de una transformación de los modos de intervención). Esta nueva organización está marcada por la ruptura con los esquemas paternalistas y moralizadores de la antigua "educación sanitaria". La educación sanitaria implantada en algunos países europeos desde el final de la II Guerra Mundial, estaba en continuidad con las acciones de aculturación de clase propias del higienismo del cambio de siglo. "La misión educadora de la medicina preventiva era habitualmente presentada como inculcación, en particular en las clases populares, de los preceptos que regían un orden biosocial al que se suponía que el ser humano estaba sujeto por entero" (25). La ruptura con este modelo supone la sustitución de la "educación sanitaria" por la denominada "educación para la salud". Es determinante para entender este cambio, y la reordenación del concepto y las acciones de salud, recordar la crítica radical de los dispositivos disciplinarios y del modelo biomédico en general, a lo largo de los años sesenta. En este sentido, para Berlivet la transformación del modelo moralizador de la "educación sanitaria" en el nuevo modelo de la "educación para la salud" es la manifestación de un relevo generacional.

De modo paralelo a la creciente influencia de la aproximación de “salud comunitaria”, comienza a abrirse en el seno de lo sanitario un campo importante, no ya teórica sino profesionalmente: el del tratamiento y la gestión de lo social. La “educación para la salud” depende no sólo de un saber estadístico sino también cualitativo, un saber sobre los comportamientos de salud y sobre las motivaciones que ajuste los mensajes de prevención. Es éste, en buena medida, un saber sobre lo simbólico; sociólogos, antropólogos y psicólogos sociales, teóricos de la comunicación, etc., coadyuvan en un trabajo de conocimiento y transformaciones de representaciones sociales.

Hay una serie de supuestos básicos encadenados sobre la acción, las creencias y el conocimiento, las relaciones con los otros y con el mundo, que sostienen ideológicamente la “educación para la salud” (tanto en los programas de prevención e intervención en Europa y Norteamérica como en los programas de desarrollo en países del Tercer Mundo (26)). Las prácticas “de riesgo” (como las prácticas en general) se supone que están relacionadas causalmente con representaciones o imágenes mentales, alimentadas, a su vez, por ciertas formas de sociabilidad. Estas formas son articulaciones globales y específicas a las que se denomina “culturas” (cultura del cigarrillo, cultura del botellón, etc.). De acuerdo a esta ideología, el conocimiento pormenorizado de las formas de sociabilidad y de las representaciones que alimentan, permitirá la producción y difusión de representaciones sociales alternativas.

La “educación para la salud”, según Berlivet, trabaja como un dispositivo de seguridad más que disciplinario. En primer lugar, el criterio de normalidad que utiliza es estadístico en lugar de normativo. Por otra parte, no trabaja

imponiendo desde el exterior una norma, sino negociando en el interior de los fenómenos para neutralizar algunas de sus expresiones. La “educación para la salud” no es moralizadora: no intenta corregir o reformar un modo de vida o el carácter de los individuos, sino que trata de cambiar tan sólo conductas específicas “de riesgo”, echando mano de las ideas, valores y comportamientos que se consideran propios de las formas de sociabilidad, de las “culturas” en las que se mueven los individuos y las poblaciones.

La ausencia de intención moral no quiere decir que la permisiva “educación para la salud” (el concepto de salud que implica) haya dejado de consistir en formas de subjetivación, y haya dejado de producir y de legitimar determinado tipo de sujetos. Recogiendo el significado que Foucault da a la expresión (27), entendemos las “formas de subjetivación” como constituyéndose en torno a problemáticas. Podríamos añadir que más que imagen, una forma de subjetivación se desarrolla como tensión o, incluso, como aporía. Desde este punto de vista, un sujeto no es la figura de, por ejemplo, un hombre libre, un europeo o una mujer africana. Un sujeto es, más bien, un nudo de cuestiones sobre la libertad (¿soy libre o no?, ¿deseo ser libre?, ¿por qué deseo ser libre?, ¿por qué debería ser libre?, ¿qué es ser libre?, etc.) o sobre cualquiera de los demás componentes que he mencionado (hombre, mujer, Europa, África...). De aquí que podamos decir que un sujeto es una problemática, y que hablemos de formas y de procesos de subjetivación y no sólo de sujetos (ya constituídos).

Más allá de su objetivo definitorio, que son las poblaciones diana, la “educación para la salud” apela a individuos, y a problemáticas subjetivas.

Hasta el punto de que bien se la podría considerar atravesada (como, por lo demás, ocurre con otros dispositivos educativos y políticos característicos de nuestra época) por una tensión mayor entre la disciplina individualizadora y el control liberal de las poblaciones. Podemos vislumbrar esta tensión si nos asomamos a los contradictorios perfiles y a algunos de los vaivenes de la historia del dispositivo.

Así, el desplazamiento del foco de interés, desde el comportamiento –fumar o beber, por ejemplo- moralmente caracterizado como expresión sustancial y no accidental de un carácter o una forma de vida (al modo de las campañas antialcohólicas del higienismo), hacia el comportamiento tomado como conducta de riesgo, es decir, por sus relaciones de probabilidad estadística con unos efectos y con unas causas, hace que se desculpabilice moralmente a los individuos, para centrarse en las condiciones sociales a las que éstos responden. El trabajo sobre los individuos los considera ahora en tanto que sujetos "vulnerables", respecto a los que convienen dinámicas de "empoderamiento". A los sujetos "vulnerables" el sistema sanitario no les apela mediante una llamada al orden, sino mediante un "refuerzo" de su "autonomía". Lo que, en gran medida, está en juego en las prácticas de riesgo no es la entidad moral o el carácter, sino la libertad.

Que la libertad sea una de las problemáticas básicas en torno a las que subjetiviza la "educación para la salud", indica que están involucrados aquí, de manera más o menos confusa, diversos puntos de vista o nociones de la libertad. En efecto, encontramos, de un lado, una libertad afirmada en el cuestionamiento del vínculo social. El análisis de los dispositivos audiovisuales

de las campañas que lleva a cabo Berlivet –dirigidas a jóvenes y adolescentes, y en torno al consumo de alcohol y tabaco, y al uso de preservativos (conviene recordarlo, para no generalizar)- muestra que se trata, en primer lugar, de reforzar al individuo frente a lo que se presenta como presión del entorno social. El sujeto vulnerable lo es aquí, ante todo, de la presión de sus pares; y el mensaje apela a la "voluntad" del sujeto, que resiste a esa fuerza social y al abandono de sí (el mimético "dejarse llevar") manteniendo su singularidad. Esta forma de subjetivación, de relación de sí para consigo mismo, así como la noción de libertad asociada a la "voluntad", responden a las figuras disciplinarias del control del deseo por la razón. Al margen debería anotarse que en este tipo de campañas de educación y prevención, el problema del vínculo o de la pertenencia social del sujeto no se aborda estructuralmente, sino que tiende a plantearse como dificultades de ajuste entre individuo y pares; el sujeto libre, autónomo, responsable de su propia vida, no dependiente de los otros, se aproxima más al que hallamos en las técnicas de "autoayuda" que al de la reflexión política liberadora.

Al mismo tiempo, en aquellas campañas educativas, se activan dispositivos audiovisuales que transmiten identidades positivas por medio de imágenes, apelando a valores y a formas lingüísticas propias del medio social al que el sujeto pertenece, y que contribuyen a mantener y a reforzar este medio. La conducta problemática (fumar, beber, no usar preservativo…) es juzgada desde el punto de vista utilitario de la gestión de poblaciones (relación estadística entre la conducta y las tasas de morbilidad, mortalidad, gastos

sanitarios, etc.). Este mensaje permisivo se adecua a una noción de libertad muy diferente a la que sustenta el proyecto disciplinar del control de sí.

Randall Collins expone en uno de sus trabajos (28) que hay tres versiones seculares modernas de la libre voluntad, que se alternan y eventualmente entran en conflicto en nuestras experiencias cotidianas: la noción de responsabilidad pública y autodisciplina privada, la noción de espontaneidad o creatividad, y la noción de reflexividad. El compromiso moral, el sentimiento de energía o deseo espontáneo, y el pensamiento reflexivo son tres nociones que pueden estar detrás de una apelación a la libertad; pero son contradictorias. La problemática que Berlivet advierte en la "educación para la salud" compromete, por lo menos, las dos primeras nociones que Collins estudia.

El interés que para nosotros puede tener la obra de Collins va más allá de la cita precedente. Este sociólogo ha propuesto que la reflexión filosófica sobre nociones como consciencia, voluntad, yo, etc., se haga no sobre la psicología sino sobre la microsociología. El análisis sociológico de las situaciones e interacciones cotidianas permite acceder de una manera insólita a la fenomenología a la que aquellos conceptos se refieren, y permitiría una aproximación muy sugerente a temas como la génesis y el desarrollo del sujeto moderno.

El sanitario es un campo de problemáticas (relativas a la libertad, la responsabilidad, la dependencia, la autonomía, la voluntad, el deseo, la racionalidad, el miedo, la esperanza, el sufrimiento, etc.), en el que se ha

desarrollado y en el que pueden analizarse pertinentemente algunas de las formas de subjetivación dominantes de nuestra época; un campo que tendría que abrir como objeto de interés cualquier teoría de la modernidad, y no quedar limitado a motivo de reflexión ética. La “educación para la salud” que estudia Berlivet, dice mucho del modo como se piensa hoy la libertad y se constituyen sujetos en torno a esta problemática. Pero otros trabajos como éste, e investigaciones etnográficas y de microsociología, están mostrando dimensiones parecidas, y revelando, finalmente, en una especie de recuperación de una de las aspiraciones de las obras de Foucault, el valor que el estudio social de la medicina y de la salud tiene para una teorización del sujeto y la sociedad modernos. Aquí radicaría el interés de sociologizar la salud, de mostrar su carácter intrínsecamente social. Este abordaje permitiría revelar así la idiosincrasia de un concepto que, a pesar de las apariencias y aunque pueda seguirse históricamente, resulta mucho más difícil tratar comparativamente.

Bibliografía

1. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. Buenos Aires: Siglo XXI; 1971.
2. Canguilhem G. La santé: concept vulgaire et question philosophique. En: Ecrits sur la médecine. París : Seuil ; 2002.
3. Canguilhem G. *Op. cit.* : 52.
4. Canguilhem G. *Op. cit.*: 60.
5. Bourdieu P. Les usages de la science. Pour une sociologie clinique du champ scientifique. París : Institut National de la Recherche Agronomique ; 1997. Les règles de l'art. Genèse et structure du champ litteraire. París : Seuil ; 1992. L'ontologie politique de Martin Heidegger. París : Minuit ; 1988. Homo academicus. París : Minuit ; 1984.
6. Bourdieu P. Quelques propriétés des champs. En : Questions de sociologie. París : Minuit ; 1984.
7. Fassin D. Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé. Note de recherche nº 1. Bobigny : Centre de recherche sur les enjeux contemporains en santé publique ; 2000.
8. Fassin D. *Op. cit.* : 16.
9. Illich I. Némesis médica. Barcelona: Seix-Barral ; 1975. Zola I,K. El culto a la salud y la medicina inhabilitante. En: Illich I, Zola I,K, McKnight J, Caplan J, Shaiken H. Profesiones inhabilitantes. Barcelona: Blume; 1981: 37-60.
10. Foucault M. Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber. Madrid: Siglo XXI; 1980: 164-169.
11. Agamben G. Homo sacer. Valencia: Pre-textos; 1998.
12. Foucault M. *Op. cit.*: 12.
13. Parsons T. El sistema social. Madrid : Alianza ; 1982 : 399-444. Action theory and the Human Condition. Londres : The Free Press ; 1987 : 17-34, 66-81.
14. Foucault M. La politique de la santé au XVIII siècle. En: Dits et écrits II. París : Gallimard ; 2001 : 13-27. Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine. En: *Op. cit.* : 40-58. La naissance de la médecine sociale. En: *Op. cit.* : 207-228. L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne. En: *Op. cit.* : 508-521.
15. Foucault M. La politique de la santé... En: *Op. cit.* : 15 y ss.
16. Boltanski L. Puericultura y moral de clase. Barcelona: Laia; 1974.
17. Foucault M. L'incorporation de l'hôpital... En: *Op. cit.*

18. Herzlich C, Pierret J. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérisson. París: Payot; 1984. Sontag S. La enfermedad y sus metáforas. Barcelona : Muchnick ; 1984.
19. Herzlich C. Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale. París: École des Hautes Études en Sciences Sociales; 1969. Boltanski L. Los usos sociales del cuerpo. Buenos Aires : Periferia ; 1975. Pierret J. Les significations sociales de la santé. En: Augé M, Herzlich C, editores. Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. París : Éditions des Archives Contemporaines ; 1983.
20. Meillasoux C. Femmes, greniers et capitaux. París : L'Harmattan ; 2003 : 5.
21. Herzlich C, Pierret J. *Op. cit.* : 240 y ss.
22. Beck U. La sociedad del riesgo. Barcelona: Paidós; 2006.
23. Foucault M. Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France, 1977-78. París : Seuil/Gallimard.
24. Berlivet L. Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention. En : Fassin D, Memmi D, editores. Le gouvernement des corps. París : Editions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales ; 2004.
25. Berlivet L. *Op. Cit.* : 51.
26. Yoder S. Negotiating relevance : Belief, Knowledge, and Practice in International Health Projects. En: Medical Anthropology Quarterly 1997; 11, 2: 131-146.
27. Foucault M. Historia de la sexualidad. 2. El uso de los placeres. Madrid: Siglo XXI; 1986: 16 y ss.
28. Collins R. Las cadenas rituales de interacción y la producción del orden social estratificado. En: González de la Fe T, coordinadora. Sociología: unidad y diversidad. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1991: 99 y ss.

Sección 2_

Historia de la Terapia Ocupacional en España.

Capítulo 06

HISTORIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN ESPAÑA.

Dña. Dulce Maria Romero Ayuso

Capítulo 07

ANTECENDENTES, PRESENTE Y FUTURO DE LOS MOVIMIENTOS ASOCIATIVOS EN TERAPIA OCUPACIONAL EN ESPAÑA

D. Pablo A. Cantero Garlito.

Capítulo 06

HISTORIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN ESPAÑA

Dña. Dulce Maria Romero Ayuso

Como citar este capítulo en sucesivas ocasiones
Romero Ayuso DM. Historia de la terapia ocupacional en España. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación [monografía en Internet]. TOG (A Coruña): APGTO; 2007. p. 241-262 [citado fecha mes y año]. Disponible en: www.revistatog.com

RESUMEN
El presente artículo revisa los antecedentes y precursores de la instauración de la Terapia Ocupacional en España con la creación de la Primera Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, finalizando con la exposición de la situación presente. La metodología utilizada para la realización de este trabajo corresponde al análisis histórico o historiografía.
PALABRAS CLAVE DESC Historia, Terapia Ocupacional, España
PALABRAS CLAVE DEL AUTOR Historia, Terapia Ocupacional, España

ABSTRACT
This article review the previous and precursor of the establishment of Occupational Therapy in Spain with the creation the First National School of Occupational Therapy, and ending with the exposition of the present situation. The methodology used to elaborate this paper has been based on historiography.
DESC KEYWORDS History, Occupational Therapy
KEYWORDS History, Occupational Therapy, Spain

> *"En la construcción de mi vida yo me encuentro a mí mismo volviendo desde un previo nosotros, desde el tú. Por eso el hombre, que se hace al vivir, se hace precisamente interpretándose según las pautas o líneas que recibe de los demás, en particular de la sociedad en que ha ido desenvolviéndose. De este modo, la realidad del yo de cada uno es esencialmente histórica"* [1].

España ha sido uno de los países pioneros en el tratamiento humanitario del enfermo mental. Así, la Historia de la Terapia Ocupacional (en adelante TO) en España está directamente relacionada con los antecedentes de la práctica de la psiquiatría y rehabilitación psicosocial. Sin embargo, hay que reconocer que ciertos acontecimientos previos servirán para la emergencia para esta sensibilidad con los enfermos mentales y mendigos.

Uno de los principales acontecimientos que podrían entenderse como precursores de la disciplina en nuestro país, lo constituye la apertura, en 1409, del primer hospital psiquiátrico de Europa en Valencia, el *Hospital de Santa María de los Santos Mártires Inocentes,* fundado por el Fray Juan Giliberto Jofré, de la Orden de la Merced [2]. El Padre Jofré que destaca por su dedicación a los pobres y desamparados además fundó un hospicio para niños abandonados en 1410 en la misma ciudad y, posteriormente, en 1416 una hospedería para peregrinos pobres en El Puig [3].

La preocupación por el enfermo mental en España de forma tan temprana, a diferencia de lo que ocurría en el resto de Europa, se ha vinculado por un lado con la influencia de la cultura árabe, desde la que se entendía la locura como un acontecimiento divino y, por otro lado, se ha relacionado con la

caridad cristiana. No obstante, al igual que ocurría en los siglos anteriores, el gran número de transeúntes y pobres creaba un problema social para el Estado [4].

La iniciativa del padre Jofré se extiende a otros centros psiquiátricos en distintas ciudades, representado una importancia singular el creado en 1425 en Zaragoza, nos referimos al *Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia,* donde por primera vez se describen tratamientos a través de trabajos ocupacionales o laborterapia. Es más, la laborterapia constituiría uno de los aspectos más destacables de este hospital. Así, Felipe V y el Obispo de Lérida, D. Miguel Escartín, en 1723 establecen:

> "Dentro de la Casa, harán trabajar a los locos en todos los ministerios y servicios que pudiesen hacer conforme a su disposición; y a las locas, en hilar, coser, hacer roscadas y otros ejercicios, y pondrán cuidado los regidores (….). Porque entendemos que hay mucha necesidad de que se tenga particular cuidado en la curación de los locos, y siendo enfermos como los demás, es justo que se les apliquen los remedios necesarios" [5].

Con la Guerra de la Independencia Española en 1808 se destruye el hospital. Afortunadamente, esta institución mereció la atención de un médico francés, José Iberti, quién en 1791 estudio los métodos de tratamiento, a cargo del *Comité de Mendicidad* de París, para poder realizar una reforma en Francia. En su informe "*Detalles sobre el Hospital de Zaragoza"* señala:

"En cuanto al tratamiento, se emplean los baños de agua dulce, los refrescantes; pero estos son por lo general infructuosos. Es así mismo difícil practicarles remedios durantes sus accesos, sobre todo las sangrías, pues pueden deshacer el vendaje; más una experiencia constante ha demostrado que en este Hospital el medio más eficaz es la ocupación, o un trabajo que ejercite sus miembros. La mayor parte de los locos que se emplean en los talleres u oficios de la casa curan en general. La experiencia demuestra que los locos distinguidos que no se emplean nunca como los otros en ocupaciones serviles, o en los trabajos manuales curan muy raramente" [6][64].

En este sentido, Aguado [7] sostiene que Pinel se inspira en las ideas de los hospitales psiquiátricos de Valencia y de Zaragoza, trasladando el régimen de actividades allí practicado a los hospitales de Bicêtre y la Salpêtriére. En este mismo sentido, Alonso-Fernández [8] defiende también esta tesis, considerando que Pinel reproduce en Francia el modelo del hospital psiquiátrico español:

"Resulta difícil mantener que la primera revolución en la psiquiatría se produjo en Francia, a finales del siglo XVIII cuando Pinel desencadena a los enfermos mentales (....). Varios siglos antes, en la España del s. XIV, XV y XVI los enfermos psiquiátricos habían sido desatados y tratados

[64] El informe está reproducido en Espinosa Iborra, J. Un testimonio de la influencia de la psiquiatría española de la ilustración en la obra de Pinel: el informe de José Iberti acerca de la asistencia en el Manicomio de Zaragoza (1791), Asclepio 1964; XVI:179-182.

dignamente, ingresados en hospitales y sometidos por tanto a la atención médica. El sistemático olvido de estos hechos en la mayoría de los Tratados de Psiquiatría demuestran tristemente que la Historia depende de quien la escribe" (Alonso Fernández, 1993. p. 56 [8]).

A la labor del Padre Jofré se une la de Juan Ciudad y Duarte (San Juan de Dios) que fundó una serie de hospitales, el primero en 1537 en Granada, en los que la atención se basaba en el trato humano que se dispensaba a los pacientes.

Ya desde la época de los Reyes Católicos, existía un empeño por separar a los pobres, válidos y holgazanes, a quienes castigaban con trabajos, de los inutilizados o sin culpa a quienes se les reducía el trabajo. Esta visión del trabajo como castigo cambiará con la Ilustración, en la que se utilizaba como un modo de "moralizar".

Posteriormente, en 1553, el médico Cristóbal Menéndez publicó "El Libro del Ejercicio Corporal", donde hacer referencia a la práctica de cualquier ocupación, como ejercicio; llegando a recomendar, para mantener la salud, actividades como el baile, ajedrez, naipes, etc. [9].

Resulta de interés destacar que en el reinado de Felipe II, en 1555, las Cortes de Valladolid solicitan al rey la creación de la figura institucional de "Padre de los Pobres", cuya función consistía en buscarles un trabajo adecuado y atender a los enfermos e inválidos, práctica cercana a la filosofía de la TO. En realidad, estas prácticas además de obedecer a una moral cristiana y caritativa,

respondían a la numerosa cantidad de mendigos, hecho que se mantendría durante los siglos XVI y XVII. El médico de cámara al servicio de Felipe II, Cristóbal Pérez de Herrera, en un trabajo titulado "Del amparo de los legítimos pobres y reducción de los Mendigos" (1565) [10] propuso la construcción de albergues sólo para pobres e inválidos, que finalmente se llevo a cabo en la Parroquia de San Martín. En este mismo sentido, el máximo exponente del humanismo en España: Luis Vives, en su obra "*De subventione pauperum*" (1626)[65] también recomendó la creación de albergues y escuelas a cargo de las Juntas de Caridad [11].

Es con Carlos III cuando se inicia un plan de beneficencia pública y se construye el Hospicio de Madrid, situado en la calle Fuencarral. Labor que continuará con el reinado de Felipe IV. Otras medidas que se llevan a cabo en este periodo es la redacción, el 7 de mayo de 1775, de una Ordenanza en la que se indicaba la necesidad de formar levas anuales de vagos y personas ociosas, destinándose "a los solteros y de la edad conveniente al servicio de las armas y otros oficios útiles". Con un objetivo diferente *"se organizó la Casa Galera para recoger las mujeres públicas y convertirlas por medio del trabajo*" (p.618).

Los Asilos de San Bernardino, de San Juan y Santa María se crean durante el reinado de Fernando VII, en 1834 y 1869 respectivamente. A partir de este momento se incrementa la especialización de los hospitales, creándose hospitales monográficos según las afectaciones. Buen ejemplo de ello son el Hospital de Ntra. Sra. Del Buen Suceso, el Hospital del Rey, la Fundación

[65] Juan Luis Vives*, Del socorro de los pobres. Obras Completas*, tomo I, , pp. 1395 y 1397

Basílica de Atocha o el Instituto Oftalmológico. Otras muestras del espíritu asistenciales es la creación en 1820 de un centro para invidentes en el Asilo de Santa Catalina de los Donados de Barcelona, a manos de José Ricart; y el Colegio de Sordomudos de Madrid, gracias a la iniciativa de la Sociedad Económica Matritense. Una consideración aparte merece el Real Decreto del 11 de enero de 1887 a través del cual se crea el primer Asilo para Inválidos del Trabajo.

Pocos años después, en 1900 se dictará la primera Ley de Accidentes del Trabajo. A la que seguirán importantes acontecimientos en el plano de las políticas sociales como la creación en 1903 del Instituto de Reformas Sociales por Francisco Silvela, al que seguirá en 1908 el Instituto Nacional de Previsión, cuya finalidad era propagar u establecer seguros obreros y pensiones para la vejez, pensiones de supervivencia, seguros de invalidez, accidentes, etc. Progresando en la línea del tiempo, en 1922 se abre el Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo (IRPIT) alojándose en el mismo edificio que antes había sido el Asilo para Inválidos del Trabajo, situado en un palacio que pertenecía al Marqués de Salamanca, situado en Vista Alegre (Madrid).

En 1926 y 1927 se publican distintos Decretos dirigidos a la educación y reeducación de minusválidos: Escuelas y Centros de Formación y Reeducación Profesional de Inválidos. En 1933 se crea la Caja Nacional de Accidentes del Trabajo donde se realiza rehabilitación. Los destrozos producidos durante la Guerra Civil (1936-1939) provocaron un brusco frenazo en el desarrollo de la sociedad española en todos los ámbitos, donde las necesidades básicas llegan a

ser de gran dimensión provocando un retroceso en las políticas sociales y sanitarias, creándose en 1940 el “Auxilio Social para Ayudas Sociales”.

En la década de los cincuenta se despliega un movimiento asistencial en dos frentes, por un lado en el campo psiquiátrico y por otro en la rehabilitación física. Coincidiendo con la disminución de los casos de tuberculosis y de poliomielitis, aumenta el interés por la rehabilitación física y funcional. Los estamentos gubernamentales se encontraban sensibilizados con este campo y, además, disponían de la infraestructura de la “Red de Dispensarios”, creada para la atención de los tuberculosos y los afectados por la polio. En el dispensario de la calle Maudes, en Madrid, el Dr. D. Cecilio González Sánchez, bajo el control de la Cátedra de Patología Quirúrgica de la Universidad Complutense de Madrid, se hace cargo de la formación las primeras promociones de médicos especialistas en rehabilitación. La tutela administrativa corresponde al Dr. D. Manuel Oñorbe Garbayo del Instituto Nacional de Previsión (I.N.P.), organismo que posteriormente se trasformara en la Seguridad Social.

Además, en el año 1954 se crean dos Patronatos: el de Higiene Mental y el Patronato de Asistencia Psiquiátrica (Boletín Oficial del Estado del 15 de febrero y 15 de abril, respectivamente). Más tarde, en el año 1957, nace el Patronato de Lucha contra la Invalidez, que será conocido posteriormente como Patronato de Rehabilitación. Un año después, en 1958, se creó la Asociación de Inválidos Civiles que hacía énfasis en diferenciar o señalar que también había personas con minusvalías que no tenían su causa última en un accidente laboral o como consecuencia de la guerra.

Todo esto favorece la aparición de la Sociedad Española de Rehabilitación (SER) a finales de los cincuenta, cuyo instrumento de expresión fue inicialmente la revista "*Acta Ibérica Fisioterápica".* Luego se creo un suplemento llamado "*Revista Española de Rehabilitación del Aparato Locomotor*". En 1967 se fundó la revista *"Rehabilitación*" y finalmente en 1969 se reconoce la Rehabilitación como especialidad médica.

En 1964 se inicia en nuestro país la red de hospitales del INSALUD. Hasta ese momento existían dos administraciones paralelas en cuanto al cuidado de la salud, el Instituto Nacional de Previsión (INP) y la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA). El primero de ellos era la institución a la que pertenecían los trabajadores y que con los años pasaría a ser la Seguridad Social cuya institución ejecutiva sería el INSALUD. La AISNA dependía del Ministerio de Gobernación, que luego sería Ministerio Sanidad, disuelto al transferir la sanidad a las comunidades autónomas. En Madrid el único Hospital de la AISNA era el Hospital de Beneficencia o el Hospital de Atocha, situado en el edificio que ahora acoge al Centro de Arte Reina Sofía, trasladándose el mencionado hospital al actual Hospital General Universitario Gregorio Marañón [12].

Habrá que esperar hasta 1982 para la elaboración del "Plan Nacional de Rehabilitación", que se basa en los siguientes puntos según Molina Ariño[13]:

- Mejorar la calidad de los tratamientos rehabilitadores
- Evitar amplios desplazamientos a los pacientes
- Reducir la utilización de transporte no colectivo
- Disminuir el número de invalidez laborales transitorias

- Evitar invalidez permanente al poder realizar tratamientos precoces.

Según un estudio realizado por la SER la primera institución donde se realizaron tratamientos de rehabilitación fue el Instituto Nacional de Previsión en 1965. Más tarde se irían abriendo distintas unidades en los hospitales generales. En el mismo informe también se señala que en el año 1970 se implantan por primera vez los estudios de rehabilitación en la Universidad Española, concretamente en la Facultad de Medicina de Valencia dentro del Departamento de Radiología, a la que siguieron la de Madrid en 1974 con Luis Pablo Rodríguez Rodríguez y después la de Zaragoza.

Desde que se funda el Patronato Nacional de Rehabilitación la rehabilitación física experimenta un fuerte impulso: la Dirección General de Sanidad crea el Dispensario Central de Rehabilitación, en el que se desarrollan tratamientos de rehabilitación ambulatorios, que rápidamente da lugar a la creación del Centro Nacional de Rehabilitación (C.N.R.), un servicio de hospitalización organizado en tres unidades: la unidad de rehabilitación, la unidad médico–quirúrgica y la unidad de investigación y docencia. En esta institución, dentro de la unidad de rehabilitación, se incluían distintos departamentos: hidroterapia, cinesiterapia, terapia ocupacional, electroterapia y termoterapia, logopedia y foniatría, rehabilitación cardio-respiratoria, parálisis cerebral y prótesis y órtesis.

Primera Escuela de Terapia Ocupacional en España

Como ya señalamos en otro lugar [14], la situación de España es distinta a las de otros países, en cuanto al momento de la implantación académica y

formación de los primeros terapeutas ocupacionales. Esto hace que haya una mentalidad distinta, así como presupuestos teóricos, reglamentación legal, situación política, cultural, etc. Estos aspectos promovieron que las orientaciones de los terapeutas ocupacionales no se ajustasen a las instituciones concretas donde tendrían la posibilidad de desempeñar su profesión, produciendo en ocasiones desajustes, conflictos y frustración en los mismos.

Como más tarde se verá, en España, en la época que comienzan a formarse las primeras promociones de terapeutas ocupacionales (1960-1967), el modelo médico, de carácter marcadamente paternalista, es el imperante. Estas circunstancias se vieron favorecidas por la política social que se desarrollaba en nuestro país, que fomentaban la institucionalización, aunque el espíritu reformista de la II República, renacerá en las nuevas promociones de Médicos Internos Residentes, especialmente de Psiquiatría. En otros países ya se había comenzado a dar el salto al modelo bio-psico-social, y se comenzaban a implantar planes comunitarios para la atención de la salud, siguiendo el principio de normalización, de participación y de autonomía [15].

En este contexto, el Ministerio de la Gobernación requiere a la OMS su supervisión para iniciar el desarrollo de la terapia ocupacional en España. En respuesta a dicha petición Mercedes Abella se traslada a nuestro país, en abril de 1961, con el cometido de iniciar el desarrollo de la terapia ocupacional. En Madrid, Mercedes Abella entra en contacto con el Dr. Manuel Oñorbe Garbayo (Jefe de los Servicios de Rehabilitación Sanitaria), con el Dr. Heliodoro Ruiz

García y el Dr. Cecilio González Sánchez, para elaborar el primer plan de estudios para la enseñanza de la terapia ocupacional [12].

Inicialmente la escuela de terapia ocupacional se situó en el Dispensario Central de Rehabilitación situado en la calle Maudes nº 32 de Madrid, esta escuela constituirá el embrión de la futura Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, cuya organización interna se encomendó al Dr. Ruiz García [16]. En un principio y dependiendo de la materia, se impartían clases en la Escuela Oficial de Artes y Oficios y en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. En algunas promociones también se incluía la enseñanza de natación y actividades acuáticas como estrategia terapéutica. Finalmente, se ubicará en 1971 la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional en la sexta planta del Centro Nacional de Rehabilitación, situada en la calle Francisco Silvela número 40, de Madrid, lo que hoy se conoce como Instituto Provincial de Rehabilitación (IPR) dependiente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

La primera promoción de estudiantes de terapia ocupacional, formada por 13 alumnos[66], comienza su andadura el 1 de diciembre de 1961, articulándose a través de un curso intensivo que finalizó en 1962. Algunos de los terapeutas ocupacionales de las primeras promociones, como Pilar Serrano, Nuria de la Hoz Rodríguez y Ángel Alonso, posteriormente trabajaron en el Centro Nacional de Rehabilitación y pasaron a formar parte del cuerpo docente

66. Nuria de la Hoz Rodríguez. Dª. Mª. del Pilar Serrano Fandos. D. Ángel Alonso Miguel. D. Fernando Mateos Herrador. D. Francisco Javier Toldos Espejel. Dª. Mª. del Pilar Esteban Adad. Dª. Josefina Senis Ruiz. Dª. Ana María Mendieta Baeza. Dª. Mª. Dolores Pardo Andrés. Dª. Mercedes López López. Dª. Mercedes Gutiérrez Peña. Dª. Mª. Jesús Sanjuán Elías. D. Andrés Saavedra Rivero. Todos los alumnos fueron derivados por los servicios médicos y la gran mayoría ya poseía experiencia sanitaria.

de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional[67], creada en 1964 por el Ministerio de Gobernación, en el Centro Nacional de Rehabilitación en Madrid [17-22]. En la tabla 1 se resumen la legislación sobre la Escuela de Terapia Ocupacional.

La Escuela de Terapia Ocupacional definió a la disciplina como la "*realización de actividades físicas y mentales encaminadas a conseguir lo más rápidamente posible la recuperación de los trastornos psíquicos o somáticos que padece un individuo. Tiene una finalidad médica con objetivos psicológicos, físicos y prevocacionales*".

Los fines de la terapia ocupacional según la Escuela de Terapia Ocupacional eran:

- Terapéutica mental a través de la ocupación; desarrollándose fundamentalmente en el ámbito de la enfermedad mental, tenía como propósito la recuperación del sujeto a través de paliar el efecto del cuadro psicopatológico.
- Terapéutica motriz a través de la ocupación; vinculada al tratamiento de la secuelas de las discapacidades físicas y también denominada terapéutica analítica, en la que se utilizaba la actividad para alcanzar la recuperación de capacidades específicas como la fuerza muscular, la movilidad articular, etc.

[67]Reconocida oficialmente según el Decreto 3097/1964 del 24 de septiembre, sus estudios fueron reglamentados según la Orden Ministerial del 3 de junio de 1965 (BOE, 28 de enero de 1966), que se actualizó en la Orden Ministerial del 13 de junio de 1967, en la que se exigía el título de Bachiller o equivalente.

DECRETO 3097/1964 [23]	OBJETO: Creación de la Escuela de Terapia Ocupacional CONTENIDO: Define la TO como un procedimiento rehabilitador, mediante el que por medio de una actividad útil se trata de obtener la recuperación física y la reacción mental deseada de los pacientes. Se quiere diferenciar desde el principio de la fisioterapia: "Dentro de las técnicas dirigidas a la rehabilitación y recuperación de inválidos, junto a la fisioterapia, pero con unos métodos y finalidades específicas distintas, se encuentra la Terapia ocupacional".
ORDEN DEL 3 DE 28 de enero [24]	OBJETO: Reglamento de la Escuela de Terapia Ocupacional CONTENIDO: . Colaboración con la Facultad de Medicina . Fines de la Escuela: integración en la WFOT, fomentar otras escuelas . Organización de la Escuela: junta rectora, comisión delegada ejecutiva, secretaría
ORDEN DEL 13 DE JUNIO DE 1967 [25]	OBJETO: Reforma de los reglamentos de la escuela
ORDEN DE 26 DE ABRIL DE 1973 [26]	OBJETO: Funciones de los terapeutas ocupacionales. CONTENIDO: . **Actividades de la vida diaria** . Restauración psicomotriz . Entrenamiento de Prótesis . Ortopraxia . Exploración prevocacional . Entrenamiento por el esfuerzo al trabajo . Asesorar en actividades recreativas Puede utilizar los siguientes tipos de actividades: manuales, creativas, recreativas y sociales, educativas, prevocacionales e industriales. Los terapeutas ocupacionales trabajan bajo prescripción médica.

Tabla 1. Legislación sobre la Escuela de Terapia Ocupacional[23]

- Terapéutica funcional; centrada en la recuperación de la funcionalidad para la independencia del individuo afectado por trastornos somáticos. En ella el entrenamiento en el uso de prótesis y de la recuperación funcional del miembro superior adquirían gran importancia.
- Terapéutica de las actividades de la vida diaria; enfocada al adiestramiento de las actividades como vestirse, comer, escribir, aseo personal, etc., así como el uso de equipamiento adaptado.

Sin duda una mención especial merece *Dña. María José Román*, quien después de la jubilación del Dr. Ruiz, pasaría a ocupar en la antigua escuela de TO el cargo de directora. No obstante, desde muy temprano ha dedicado gran parte de su labor profesional a coordinar la Escuela de Terapia Ocupacional [27].

El 13 de agosto de 1970 la Escuela de Terapia Ocupacional fue reconocida por la Federación Mundial de Terapeuta Ocupacionales (WFOT), organismo adscrito a la Organización Mundial de la Salud (O.M.S).

El programa de la Escuela de Terapia Ocupacional, según recoge Ruiz[28], dependiente del Ministerio de Sanidad constaba de las materias que se recogen en la tabla 2.

En una primera modificación del programa se introduce en el primer curso actividades técnico terapéuticas en pintura, estaño, pirograbado y macramé, actividades de la vida diaria y ludoterapia. En el segundo curso terapia ocupacional en psiquiatría (adultos) se suprime telares en el segundo año y pasan al curso siguiente. En el tercer año se incluye dinámica de grupo y

geriatría. Las prácticas clínicas estaban distribuidas en nueve meses, realizándose en total mil trescientas horas.

Al finalizar el tercer curso, todos los estudiantes debían superar un examen de grado, consistente en una prueba escrita y otra teórica-práctica. Para presentarse al examen era preciso realizar una tesina en forma de trabajo monográfico, elegido por el alumno. Cada alumno realizaba su trabajo bajo el padrinazgo del profesor especializado en la materia elegida [28].

CURSOS	*ASIGNATURAS*
Primero	Anatomía
	Fisiología
	Psicología
	Orientación a Terapia Ocupacional
	Cestería
	Madera y Dibujo
	Artes Manuales.
Segundo	Cinesiología
	Psiquiatría
	Neurología
	Patología Médica y Patología Quirúrgica
	Terapia Ocupacional en Pediatría
	Terapia Ocupacional en Incapacidades Físicas
	Metal
	Telares
	Cerámica.
Tercero	Ortopraxia
	Sociología
	Higiene y epidemiología
	Terapia Ocupacional en afecciones cardiopulmonares
	Terapia ocupacional en psiquiatría
	Organización de departamentos de Terapia Ocupacional
	Encuadernación

Tabla 2. Plan de Estudios de Terapia Ocupacional (1971)[28]

En el año 1968, con el Patronato de Asistencia Psiquiátrica, comienza a desarrollarse un curso de especialización en psiquiatría para terapeutas ocupacionales. Este curso constaba de una parte teórica y otra práctica. La duración total del mismo era de tres meses, de los cuales un mes y medio se realizaba en régimen de internado en un Hospital Psiquiátrico, entre los que estaban el Provincial de Oviedo y Bermeo, el Hospital "Conde de Romanones" de Alcohete, el Instituto Pedro Mata de Reus y el Sanatorio Psiquiátrico Provincial "Los Prados" de Jaén. En 1972 se realizó el último curso de postgrado en psiquiatría. Con posterioridad han ido surgiendo y desapareciendo distintos cursos de postgrados.

La aprobación de la carrera de Terapia Ocupacional se produce en el año 1990, con la publicación en el BOE número 278 del Real Decreto 1420/1990.

Esto se produce tras largas conversaciones y negociaciones especialmente realizadas por la Asociación Española de Terapia Ocupacional (AETO), que posteriormente en 1984 se transformará en el Asociación Profesional de Terapia Ocupacional y la Escuela de Terapia Ocupacional.

Amparo Tessio de Costamagna, en este periodo presidenta de la AETO , fue una de las personas que se encargó de entrevistarse con el catedrático de Rehabilitación de la UCM en 1983, junto a Heliodoro Ruiz García y el medico Ruiz Falcó que era el director de la Escuela de Sanidad.

En abril de 1983 tuvo lugar una entrevista entre Amparo Tessio y el Secretario de Estado de las Universidades, solicitando la formación universitaria de la TO. La respuesta dada desde el ministerio no satisfacía las expectativas de la AETO, a la vez que no se adecuaban a la formación en otros países. Las

opciones dadas por el ministerio eran: a) incluir la TO en los estudios de fisioterapia, b) incluir la TO en los estudios de Ayudante Técnico Sanitario, c) incluirla en formación profesional

Desde la AETO se solicitaron los planes de estudios de los distintos países donde existía TO para adecuar los planes de estudios, para conseguir la Escuela Universitaria de TO en España y también se solicitó la ayuda a la Sociedad Española de Rehabilitación (SER), junto a esto se mandaron distintas cartas dirigidas al grupo parlamentario del Partido Socialista Obrero Español y al Defensor del Pueblo.

Finalmente, las directrices generales para la obtención del título de Diplomado en Terapia Ocupacional fueron publicadas en el Boletín Oficial del Estado número 278 del 20 de noviembre de 1990. En la tabla 3 se presentan las materias troncales obligatorias y las áreas de conocimiento a las que están vinculadas.

En el boletín mencionado se delimita la TO como la actuación que a partir de una actividad ocupacional tiende a potenciar y suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a orientar y estimular actividades físicas o psíquicas. Esta definición será adoptada por la Universidad Complutense, en 1992, que también agrega las posibles áreas de actuación del terapeuta ocupacional: Geriatría, Psiquiatría, Rehabilitación, Drogodependencias, Hemodiálisis, Oncología, tanto en el campo clínico como educativo y otros afines.

En diciembre de 1995 (Orden 26309) se publican finalmente los requisitos para homologar el título de Terapeuta Ocupacional de la Escuela

Nacional de Sanidad, con el título de Diplomado en Terapia Ocupacional, gestiones tramitadas por la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales. Los requisitos son los siguientes: los terapeutas ocupacionales tienen que acreditar haber superado el Curso de Orientación Universitaria o estudios equivalentes a efectos académicos o haber superado las pruebas de acceso a la Universidad para mayores de veinticinco años. Cuando estos requisitos no se cumpliesen, una Comisión de la Universidad Nacional de Educación a Distancia valoraría el curriculum académico y profesional. Si la valoración fuera negativa, los interesados podrían presentar un trabajo original sobre alguna de las áreas del título de Diplomado en Terapia Ocupacional.

Situación actual de la terapia ocupacional en España

En los últimos años en el ámbito de la terapia ocupacional está experimentando un crecimiento álgido, tanto en el ejercicio profesional, como en el académico. En apenas quince años se ha pasado de poder estudiar terapia ocupacional en una única escuela en Madrid, a poder formarse en 18 centros diferentes, a lo largo de todo el territorio nacional. Fruto de esta enorme y rápida expansión han surgido nuevas organizaciones e instituciones que promueven la terapia ocupacional, un ejemplo de ellos es la labor desempeñada por la Conferencia Nacional de Directores de Terapia Ocupacional, la consecución de nuevos Colegios Profesionales de Terapia Ocupacional, el descubrimiento de nuevos yacimientos de empleo, como en al ámbito de la Atención Primaria, la aparición de líneas de investigación propias, lideradas por terapeutas ocupacionales y la creación de nuevos medios de

difusión científica y profesional como portales y revistas electrónicas. Es de esperar que la nueva Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia suponga también un reconocimiento social e institucional de la figura profesional del terapeuta ocupacional[29].

Además, como ya hemos expuesto en otro lugar[14], el objeto de estudio ha quedado claramente definido y circunscrito a la Ocupación Humana, evento que supone un avance con la situación que señalaba Gómez [30], en relación a la identidad del terapeuta ocupacional. Aspecto que adelanta un gran avance en el desarrollo profesional del terapeuta ocupacional a lo largo del presente Siglo XXI.

AGRADECIMIENTOS

Gran parte de este trabajo pertenece a la Tesina de Investigación (documento inédito) realizada en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, bajo la dirección del Profesor Florentino Blanco Trejo, sin cuyo apoyo no hubiera llegado a buen fin.

Bibliografía.

1. Ortega y Gasset, J., Pasado y porvenir del hombre actual. Revista de Occidente, 1974. **IX**: p. 653.
2. Romero, D., Hacia una historia de las relaciones entre la psicología y la terapia ocupacional en España, in Departamento de Psicología Básica. 1999, Universidad Autónoma: Madrid.
3. Barrios, L., El internamiento psiquiátrico en España: de Valencia a Zaragoza (1409-1808). Rev Cubana Salud Pública, 2002. **2**: p. 224-245.
4. González, E., Historia de la locura en España. Temas de Hoy, 1994: p. 28-35.
5. Fernández Sanz, E., Historia de la asistencia a los alienados. Trabajos de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina 1932-1933. 1933. p. 53.
6. Iberti, J., Detalles sobre el Hospital de Zaragoza, en España, destinado especialmente al tratamiento de locos o maníacos, por M. Iberti, Doctor en Medicina". La Médicine eclairée par les sciences physiques, 1791. **II**: p. 315-318.
7. Aguado, A., Historia de las Deficiencias. 1995, Madrid: Escuela Libre. Editorial Coleción Tesis y Praxis.
8. Alonso-Fernández, F., Los siglos XV y SVI como la época de oro de la psiquiatría española. Psicopatología, 1993. **13**(2): p. 55-57.
9. Pérez de Heredia, M., Terapia Ocupacional, in Libro Blanco de la Diplomatura de Terapia Ocupacional, C.d.D.d.E.U.d.T. Ocupacional, Editor. 2004, Universidad de Zaragoza: Zaragoza.
10. Pérez de Herrera, C., Edition de l'Amparo de pobres (1598) de Cristóbal Pérez de Herrera. Clásicos Castellanos. 1975, Madrid: Espasa-Calpe.
11. Calero, F., Europa en el pensamiento de Luis Vives. 1997, Valencia: Ayuntamiento de Valencia.
12. Oses, J., Historia de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. Comunicación personal. 1999: Madrid.
13. Molina, A., Rehabilitación. fundamentos, técnicas y aplicación. 1990, Madrid: Editorial Médica Europea.
14. Triviño, J. and D. Romero, Institucionalización de la Terapia Ocupacional en España, in Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas, D.y.M. Romero, P, Editor. 2003, Masson: Madrid.

15. Runge, E., T. Borg, and E. Fryendal, Terapia Ocupacional ¿Una disciplina académica en la Europa del Siglo XXI? , in V Congreso Europeo de Terapia Ocupacional, I. APETO, Editor. 1996, IMSERSO: Madrid.
16. Ruiz , H., Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. 1998: Madrid. p. Comunicación personal.
17. García, M., Historia de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. Comunicación personal 1999: Madrid.
18. Garvín, M., Historia de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. Comunicación personal. 1999: Madrid.
19. García, P., Historia de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. Comunicación personal. 1999: Madrid.
20. Martorell, M., Historia de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. Comunicación personal. 1999: Madrid.
21. Rico, C., Historia de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. Comunicación personal. 1999: Madrid.
22. Prada, D., Historia de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. Comunicación personal. 1999: Madrid.
23. BOE, Decreto 3097/1964 de 24 de septiembre por el que se crea la Escuela de Terapia Ocupacional. 1964.
24. BOE, Reglamento de la Escuela de Terapia Ocupacional. 1966 y 1967.
25. BOE, Estatuto del personal auxiliar sanitario titulado y auxiliares de clínica de la seguridad social. 1973.
26. Diez, C., Relevancia de la figura de Mª José Román en la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. Comunicación Personal. 2003: Talavera de la Reina.
27. Ruiz , H. Formación de Terapeutas Ocupacionales. in Congreso de la Sociedad Española de Rehabilitación. 1971. Córdoba.
28. Diputados, C.d.l., Proyecto de Ley 121/000084 Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Personas en Situación de Dependencia. 2006, Boletín Oficial de las Cortes del Estado.
29. Gomez, J., Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional. 1997, Zaragoza: Editorial Mira.

Capítulo 07

ANTECENDENTES, PRESENTE Y FUTURO DE LOS MOVIMIENTOS ASOCIATIVOS EN TERAPIA OCUPACIONAL EN ESPAÑA

D. Pablo A. Cantero Garlito

Como citar este capítulo en sucesivas ocasiones
Cantero Garlito PA. El asociacionismo en terapia ocupacional en España. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación [monografía en Internet]. TOG (A Coruña): APGTO; 2007. p. 263-301 [citado fecha mes y año]. Disponible en: www.revistatog.com

RESUMEN El presente artículo revisa los antecedentes, la situación actual y propone ciertos elementos clave para el futuro del movimiento asociativo de Terapia Ocupacional en España. Se señalan dos etapas en el recorrido histórico de las organizaciones. Una primera desde la implantación de la titulación a la aprobación del título universitario y una segunda etapa, caracterizada por la expansión de la Terapia Ocupacional desde las universidades y la aparición de las organizaciones autonómicas. La metodología utilizada para la realización de este trabajo corresponde al análisis histórico o historiografía.
PALABRAS CLAVE DESC Historia, Terapia Ocupacional, Asociación, Colegio
PALABRAS CLAVE Historia, Terapia Ocupacional, España, Asociación, Colegio.

ABSTRACT The present article revises the antecedents, the current situation and proposes certain elements key for the future of the associative movement of Occupational Therapy in Spain. Two stages are pointed out in the historical journey of the organizations. A first one from the establishment of the degree to the approval of the university degree and a second stage, characterized by the expansion of the Occupational Therapy from the universities and the appearance of the autonomous organizations. The methodology used for the this work achievement corresponds to the historical analysis or historiography. The used methodology to the work achievement realization tallies to the historical analysis or historiography.
DESC KEYWORDS History, Ocuppational Therapy, Spain, Association, School.
KEYWORDS History, Ocuppational Therapy, Association, School.

Incierto es, en verdad, lo porvenir. ¿Quién sabe lo que va a pasar?
Pero incierto es también lo pretérito, ¿Quién sabe lo que ha pasado?
A. Machado: *Juan de Mairena*

Hay quienes imaginan el olvido
como un depósito desierto / una
cosecha de la nada y sin embargo
el olvido está lleno de memoria
M. Benedetti

Introducción

Las organizaciones de Terapia Ocupacional en España están atravesando en la actualidad un marcado y profundo proceso de transformación cuya principal meta es la creación de Colegios Profesionales en todas las Comunidades Autónomas. Este proceso ha sido (lo sigue siendo) el logro, el resultado de los esfuerzos de muchas personas. Algunos de esos nombres, sólo unos pocos, aparecerán en las siguientes páginas. Otros no. Ello puede ser consecuencia de nuestro descuido (algo que sería imperdonable), de la estrechez del espacio disponible (algo que nos alentaría a ampliarlo), o lo que nos resulta aún peor, del hecho de haber formado parte de momentos y acontecimientos que hayan producido el olvido[68]. En no pocas ocasiones se nos priva de conocer quiénes han sido los autores, los generadores de determinados cambios y de determinados logros. Siendo conscientes de todos estos aspectos hemos tratado de realizar un esfuerzo de esclarecimiento sin llegar en ningún momento a un acopio indiscriminado de nombres, fechas y lugares.

Nos gustaría también que este artículo fuese sólo el principio. Se tratase, como ocurre con las cartas de navegación de un primer mapa del territorio. Un

[68] Aunque como señala Mario Benedetti: "el olvido está lleno de memoria"

esbozo. Emplazamos a los compañeros y compañeras de profesión a buscar, a completar, a rectificar, con el objetivo de seguir buscando para seguir construyendo, para no perder la memoria de lo que es nuestro, de aquello que nos pertenece. La historia no permanece inmóvil, congelada en el tiempo. Tal y como señala Cercas (2006) es un proceso de ida y vuelta, igual que lo que se escribió en el pasado influye en lo que se escribe en el presente, porque nos alimentamos de ello, lo que se escribe en el presente influye en lo que se escribió en el pasado, por que nos obliga a releerlo con los ojos de hoy. En este sentido, uno tiene una cierta sensación de desasosiego al escuchar ciertas críticas mordaces, crueles, incluso radicalizadas hacia aquellas personas que fueron colocando las pequeñas baldosas que hoy recorremos quienes hemos ido llegando mucho más tarde. Creemos que es algo que resulta absolutamente injusto y desproporcionado. El camino recorrido es un sendero formado por una alianza imprescindible de tiempo (de muchas de esas personas), de esfuerzos (de unas cuantas de ellas) y de una cierta dosis de azar.

A la hora de realizar la búsqueda de información nos hemos encontrado con una considerable escasez de fuentes documentales que puedan ofrecer un análisis serio, riguroso y objetivo, que esté centrado de manera exclusiva en las asociaciones y/o movimientos asociativos en Terapia Ocupacional. Es de destacar, valorar y agradecer el trabajo realizado por Romero (1999) para hacer visible los pasos que la profesión ha ido dando desde el momento de su implantación en la España de principios de los 60.

Esta carencia en la literatura resulta un fenómeno poco sorprendente dada la escasez de investigación general acerca de la profesión y más aún de

aspectos históricos. Aun así una de las ventajas (alguna tendría que tener) de formar parte de una "profesión nueva" es poder acceder de primera mano a los actores de ese proceso de construcción, de tener al lado a quienes fueron capaces de edificar una parte muy significativa de lo que hoy disfrutamos quienes nos dedicamos a la Terapia Ocupacional.

No deseamos acabar esta introducción sin pedir disculpas anticipadas a quienes puedan sentirse relegados, olvidados, minusvalorados o, incluso, ofendidos. No era para nada la intención. Así las discrepancias no deben entenderse como ataques personales. Nuestro objetivo es realizar una lectura que pueda dar lugar a nuevas lecturas y así continuar con el proceso de construcción de nuestra historia. Contar historias es siempre una tarea subjetiva que exige simplificaciones y reducciones para poder dotar de una cierta coherencia aquello que se está narrando.

Los primeros años: desde la implantación de la titulación a la aprobación del título universitario

La historia de la Terapia Ocupacional en España comienza, como ya ha quedado de manifiesto en el artículo de Romero en este mismo libro, con la llegada de Mercedes Abella en 1961 enviada por la Organización Mundial de la Salud ante la solicitud del Ministro de Gobernación, Camilo Alonso Vega. En esos años España está comenzando un periodo marcado por importantes cambios económicos y sociales tras la aprobación por la Dictadura Franquista en 1959 del Plan de Estabilización y Liberalización que representa un marco normativo que integra una serie de medidas y disposiciones, cuyo propósito es

normalizar y estabilizar la economía española, cuyas principales características van a ser la apuesta por el mercado, la liberalización progresiva del comercio interior y la búsqueda de la expansión de los intercambios comerciales internacionales. Los primeros años 60 suponen también la entrada de los llamados "tecnócratas del Opus Dei" con López Rodó a la cabeza. De igual forma es el momento en el que se aprueba la Ley de Bases de la Seguridad Social y se construyen grandes hospitales en las ciudades más importantes poniéndose en marcha una (caótica) red de ambulatorios. Desde 1963 aumentan las prestaciones sanitarias y los sistemas de pensiones. La Seguridad Social se extiende por primera vez a todos los ciudadanos. El déficit de vivienda se resuelve con campañas de construcción masivas que responde a la multiplicación de la población en las zonas industriales.

En ese contexto va a resultar especialmente significativo el hecho de que los estudios de Terapia Ocupacional se creasen en un momento de política proteccionista, bajo el amparo de las estructuras de rehabilitación sanitaria y sin una necesidad clara, así la formación se implanta fuera del sistema educativo al adscribirse en 1964 la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional a la Escuela Nacional de Sanidad, hecho que va a condicionar de manera inexorable la evolución de la profesión. Es más, durante años sería la única entidad para formar a los terapeutas ocupacionales, abortándose la implantación de otros espacios y propuestas como la ejercida por la Universidad de Sevilla en los años 80.

El 18 de abril de 1967 un grupo de profesionales realizan la Asamblea Constituyente de la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales (AETO),

cuya presidencia sería ocupada por Fernando J. López Abad, el resto de esa primera Junta Directiva estaba compuesta por Nuria de la Hoz (vicepresidenta), Arturo de Giles (Secretario) y Águeda Rodríguez (Tesorera).

Con posterioridad se une Ana Fons que desempeñaría un papel fundamental en la evolución de la profesión; su importancia fue mayúscula, su conocimiento del inglés, su saber hacer, su vocación y su disponibilidad la convierten en el mejor contacto con el exterior y en la persona que es capaz de lograr un importante impulso por parte de la World Federation of Occupational Therapists (WFOT) para los retos y desafíos de AETO. La presencia de las delegadas[69] internacionales ha sido una de las mejores influencias que ha podido tener la Terapia Ocupacional en este país. Durante mucho tiempo supuso una apuesta personal de determinadas profesionales. Esto implicaba, a parte del manejo del inglés, la posibilidad de viajar y abordar los trabajos que correspondían por ocupar este cargo.

Desde estos primeros años el objetivo principal que aglutinaba y que servía de motor era el reconocimiento del título; en este sentido una de las primeras acciones a favor de este reconocimiento data de 1972 cuando Ana Fons, que ya ocupaba la vicepresidencia, realiza una petición de aceptación de la carrera dentro del Plan Nacional de Educación y la concesión del título adecuado. Solicitud que fue denegada.

Del mismo modo, desde este punto de partida podemos constatar varios elementos que se han mantenido constantes a lo largo de esta primera etapa[70]: Por un lado la búsqueda de un elemento de expresión y comunicación, un

[69] Miguel Brea ha sido el único hombre en desempeñar este cargo.
[70] Y tal vez a lo largo de la historia española de la profesión.

boletín o una revista en la que tuviesen cabida tanto artículos como noticias. Así los primeros proyectos de publicación surgen a principios de los años 70 pero escaseaban la aportaciones de los terapeutas y hasta 1976 con la aparición de "Terapia Ocupacional. Boletín Informativo de la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales" no se llegó a hacer realidad un trabajo con la calidad que se había estado persiguiendo.

También en esos primeros años comienzan a ponerse en marcha actividades con un marcado carácter formativo como mesas redondas o conferencias.

Y si hay algo que no ha cambiando ha sido la defensa de la profesión ante el intrusismo ejercido por otras disciplinas, por ejemplo en 1972 se escribe al Colegio de Practicantes y ATS mostrando la disconformidad con un curso de formación básica para diplomarse en ergoterapia que se estaba ofertando. Al año siguiente el enfrentamiento es con el Hospital Psiquiátrico de Leganés que trata de poner en marcha la figura de los Auxiliares de Terapia Ocupacional.

El año 1972 fue especialmente intenso para AETO ya que entra a formar parte como miembro de pleno derecho de la WFOT, es un momento especialmente significativo y paradójico ya que se adquiere el reconocimiento y la validez de la titulación a nivel internacional pero no así en nuestro país. Se ponen en marcha otros proyectos nuevos y se comienza a discutir el Código Ético para los Terapeutas Ocupacionales.

Alicia Chapinal Jiménez llega a la presidencia de AETO el 24 de junio de 1973. España vive los últimos coletazos de la Dictadura Franquista. En ese mismo año Franco cede al Almirante Carrero Blanco la Presidencia del

Gobierno, que moriría pocos meses después en un atentado de ETA. Le sustituye Arias Navarro (anterior Ministro de Gobernación y antiguo Director de la Seguridad Nacional). Pese a los cambios económicos se produce un brutal fenómeno de emigración rural a las ciudades y a la Europa Occidental que trajo importantes consecuencias positivas pero también el desarraigo humano y el aumento de la diferencia de riqueza entre regiones del país.

Chapinal se formó junto con Carmen Lacasa en la Universidad de Nancy (Francia); ha sido a lo largo de su dilatada trayectoria profesional un referente para la Terapia Ocupacional: preside la AETO desde 1973 a 1977, es docente durante más de veinte años de la Escuela (desde 1974 hasta su cierre en 1997), desarrolla su trabajo en la Fundación Jiménez Díaz donde se especializa en el ámbito de la neurología, tras su jubilación en julio de 2000, ha publicado varios libros sobre rehabilitación física[71] en los que vuelca su profundo conocimiento de las diferentes técnicas de la profesión.

Con la llegada a la presidencia, Alicia Chapinal continua con el objetivo de lograr la regulación oficial del título de Terapia Ocupacional, para ello se elabora un dossier que sería entregado al Ministerio de Educación y Ciencia y se realizan gestiones directas con el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (SEREM) de la Seguridad Social. Las expectativas de ampliación de los centros en los que se impartiría la disciplina era tal que en la modificación de estatutos realizada a finales de 1975 se apunta a la posibilidad de que se pudiesen asociar terapeutas ocupacionales con títulos obtenidos en las escuelas

[71] *Involuciones en el anciano y otras disfunciones de origen neurológico: guía práctica para el entrenamiento de la independencia personal en terapia ocupacional* (2000), *Rehabilitación de las manos con artritis y artrosis en terapia ocupacional* (2003) y *Rehabilitación en la hemiplejia, ataxia, traumatismos craneoencefálicos y en las involuciones del anciano: entrenamiento de la independencia en terapia ocupacional* (2005) todos ellos publicados por Masson.

que se reconociesen. No sabían que tendrían que esperar más de 15 años para ver ese deseo hecho realidad.

AETO se plantea realizar las asambleas en diferentes ciudades. Se propuso que la siguiente se realizase en Oviedo, que en esos momentos tenía un importante y activo grupo de terapeutas ocupacionales. Jamás se realizó.

La pequeña sede de la calle Esparteros, 11 tenía un espacio tan reducido y poco acogedor que las reuniones se iban realizando en diferentes emplazamientos: domicilios personales, la Escuela de Terapia Ocupacional, la Clínica de la Concepción e incluso en una Parroquia.

En esos momentos marcados por el final del franquismo, Ana Fons viaja al Congreso de Vancouver; su participación en los diferentes eventos internacionales (en no pocas ocasiones financiados por ella misma) se traducían posteriormente en la transmisión de lo vivido – aprendido al resto de la asociación. Curiosamente tras el Congreso de Paris en 1976 se plantea la posibilidad de formar a profesionales destinados a la Terapia Ocupacional Comunitaria.

En 1977 Carmen Lacasa es elegida tercera presidenta de AETO. España está inmersa en la denominada “Transición”. Adolfo Suárez, Presidente del Gobierno legaliza el Partido Comunista y promueve la amnistía de los presos políticos que llevaron a la celebración de las primeras elecciones democráticas desde la Segunda República en junio de 1977. El partido triunfador fue la Unión del Centro Democrático (UCD) con el 34.5% de los votos seguido por el PSOE de Felipe González con casi el 30%. Comienza la elaboración de una Constitución que articulara políticamente el nuevo sistema democrático.

Mientras se suceden los atentados de ETA. Todo este delicado proceso político se realiza en un contexto de profunda crisis económica con un alarmante crecimiento de la inflación y el desempleo.

Carmen Lacasa se formó junto con Alicia Chapinal[72] en la Universidad de Nancy en Francia y a su vuelta forma parte del claustro docente de la segunda promoción de terapeutas ocupacionales. En sus primeros años al frente de la organización trata de darle un nuevo impulso al proyecto de la revista, apoya la realización de uno de los primeros cursos de Integración Sensorial que se realizaban en el Estado Español y se plantea la posibilidad de efectuar un cambio en los estatutos para convertirse en una Asociación Profesional, con ese objetivo éstos se envían a cada provincia para ser revisados y proponer las modificaciones que fuesen pertinentes, comienza así el camino hacia lo que casi diez años después sería APETO.

La publicación en el BOE del 3 de mayo de 1980 de una resolución de la Secretaría de Estado para la Sanidad del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social por la que se regula la asistencia sanitaria por medios ajenos a los beneficiarios de la Seguridad Social y que incluía una reclasificación de los terapeutas como auxiliares de clínica especializados, junto a mancebos de farmacia y laborantines, proporciona un importante impulso para emprender una serie de contactos para dar a conocer la Terapia Ocupacional ante el Ministerio de Sanidad y el de Universidades; se comienza, igualmente, una ingente labor de difusión de la profesión en los medios de comunicación. Laura Caballero, vocal de internacional en ese momento, solicita ayuda a la WFOT

[72] La aportación profesional y personal de Alicia Chapinal, Ana Fons y Carmen Lacasa es indiscutible para la Terapia Ocupacional en España.

para el apoyo a la creación de escuelas de Terapia Ocupacional y establece contactos con las asociaciones de los países vecinos: Italia, Bélgica, Francia o Portugal.

El 3 de Octubre de 1980 se publica el Real Decreto 2001/1980 que extingue la Escuela de Terapia Ocupacional, tanto sus funciones, como su presupuesto serán traspasados a la Escuela Nacional de Sanidad. En esta ocasión el movimiento de los profesionales y los estudiantes fue al unísono. Se realiza la primera concentración en la Dirección General de Sanidad. La Escuela continuará con la actividad docente dependiente de la Escuela Nacional de Sanidad (Durante, 2001)

Tal y como señala Romero (1999) "la Escuela de Terapia Ocupacional sólo proporcionaba un resguardo, sin ningún valor acreditativo, por lo que se reivindica la expedición del título desde la Escuela Nacional de Sanidad". Esto lleva a mantener una entrevista por parte de AETO con el Director de la Escuela, el Dr. Heliodoro Ruiz García, en la que se analiza la situación y el futuro de la misma, la expedición de los títulos oficiales de Terapia Ocupacional, información sobre nivelación y planificación sanitaria para la creación de la Escuela Universitaria de Terapia Ocupacional.

Carmen Lacasa se aprestó a mantener numerosas entrevistas en la búsqueda de apoyos institucionales y políticos para lograr que los estudios de Terapia Ocupacional fuesen una titulación universitaria de grado medio. Uno de los apoyos fundamentales sería la Asociación Española de Rehabilitación que muestra su apoyo firme para la formación de una Escuela Universitaria de Rehabilitación, donde la Terapia Ocupacional estuviese incluida junto con

Fisioterapia y Logopedia y Técnicos Ortopédicos (pertenecería a la de Universidad Complutense de Madrid).

Pese a la intensa labor que está desarrollando la Asociación en los primeros años ochenta, ésta atraviesa uno de los peores momentos de su historia. No se puede efectuar la renovación prevista de los cargos de la Junta Directiva por falta de quórum en la asamblea en la que se iba a realizar la elección y se escribe a todos los socios para convocar a una extraordinaria y urgente planteándose la disolución de la asociación por falta de interés y colaboración de los asociados. Si en párrafos anteriores comentábamos las constantes en la labor de AETO (y por extensión en la mayor parte de las organizaciones de Terapia Ocupacional), desgraciadamente una de ellas la generalizada falta de participaron y compromiso de los profesionales por las asociaciones. La lectura de las actas de AETO transmite este desaliento en no pocas ocasiones.

Amparo Tessio de Costamagna Perales alcanza la presidencia de AETO en 1982. El Estado Español observa con marcada incertidumbre la crisis generada en el seno de UDC que provocó la dimisión de Adolfo Suárez, siendo sustituido por Calvo Sotelo. El Golpe de Estado del 23F secuestra los poderes legislativo y ejecutivo pero es abortado por la labor de algunos militares y la participación del Rey. España entra en la OTAN pese a la oposición de los partidos de izquierda. En la elecciones de 1982 el PSOE logra la mayoría absoluta. Y en esos años se firman los Estatutos de las diferentes Comunidades Autónomas.

Las decisiones de la nueva presidenta estuvieron, en no pocas ocasiones, marcadas por la polémica. En su primera asamblea expulsa de la sala a los que no estaban asociados o los que no tuviesen las cuotas al día[73].

En el reto de continuar con la búsqueda de apoyos, se consigue contactar con la Diputada Carmela García Moreno[74] que presidía entonces la Comisión de Universidades e Investigación a la que se entrega un dossier que recogía los siguientes aspectos:

- Conceptos básicos sobre Terapia Ocupacional.
- Condiciones para el ingreso en la escuela y programa de estudios.
- Puntos en los que se basa la solicitud del reconocimiento del título de Terapia Ocupacional.
- Relación de fechas clave en la historia de la Terapia Ocupacional española.

En la reunión que se mantiene con ella se acuerda realizar una interpelación en el Congreso de los Diputados. La pregunta planteada por García – Moreno como portavoz del grupo mixto fue "¿Cuándo el gobierno va a satisfacer favorablemente el reconocimiento de la titulación de Terapeutas Ocupacionales, en igualdad con profesionales similares?[75]" Diversos motivos generaron que el tema quedase en suspenso ante la disolución próxima del Congreso.

[73] Situaciones similares se generarían en posteriores asambleas presididas por Amparo Tessio, sin embargo, se resolvieron con el acuerdo de que permaneciesen en la sala las terapeutas no asociadas o que no estuviesen al corriente de pago careciendo del derecho de votar las propuestas que se pudieran establecer en esa asamblea

[74] Diputada por la Unión de Centro Democrático (UCD), en los momentos en los que se contacta con ella se había pasado al grupo mixto.

[75] Boletín Oficial de las Cortes Generales. Nº 17 (12 de julio de 1982): pags 975 - 976

Se recibe contestación negativa al escrito enviado al Ministerio de Universidades e Investigación en relación a la expedición del título alegando que éste debía ser refrendado por el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), a lo que se volvió a remitir una nueva carta documentando que este trámite solo era necesario para la especialidad de Terapia Ocupacional en Psiquiatría.

Se propone la creación de vocalías regionales, para lo que se establecen dos: Aragón y Asturias. Se presenta el programa para las III Jornadas Luso Españolas de marzo de 1983.

Hasta ese momento y siendo presidenta Amparo Tessio se han hecho numerosos contactos con grupos parlamentarios, catedráticos, administraciones, gestores de la universidad para conseguir el título. Se llega a escribir al Defensor del Pueblo[76], Joaquín Ruiz-Giménez Cortés, que contesta a mediados del mes de agosto de 1983 diciendo que la Escuela de Sanidad tiene la obligación de dar el título a los terapeutas ocupacionales, documento que estaría firmado por el Subsecretario de Sanidad y el Jefe de Estudios de la Escuela.

1983 es, también, el año en el que se retoma la modificación de los estatutos bien para transformarse en asociación profesional o bien en Colegio. Las actas señalan que terapeutas de Zaragoza han estudiado la posibilidad de colegio, pero dado el escaso número de terapeutas se ve más factible la constitución de una asociación profesional. La representante de Galicia plantea que en base a la ley de 1977 no existirán problemas para ello.

[76] Institución recién estrenada en España, puesto que el 30 de diciembre de 1982 se publica el nombramiento de Joaquín Ruiz-Giménez Cortés como primer Defensor del Pueblo.

Las desavenencias con la Junta de AETO, la sensación de abandono y de falta de implicación en los problemas que acaecían en otras comunidades autónomas induce a un grupo de terapeutas gallegas a constituir en 1983 la Asociación Profesional Gallega de Terapia Ocupacional (APGTO), que será, a todos lo efectos la primera organización de carácter autonómico y la primera de carácter profesional.

El 18 de abril de 1986 se realiza la que probablemente haya sido la elección más complicada en la trayectoria de AETO, ya que se presentaban dos candidaturas, una con un claro matiz continuista liderada por Amparo Tessio y una de renovación encabezada por Alberto Ubago, siendo elegido éste último[77].

España finalmente consigue acceder a la Comunidad Económica Europea el 1 de enero de 1986 convirtiendo en realidad el viejo anhelo de integración en Europa. Se ratifica la entrada en la OTAN. El PSOE vuelve a ganar las elecciones por mayoría absoluta propiciando la crisis entre sus contrincantes. La segunda legislatura socialista (1986-1989) estuvo marcada por un fuerte desarrollo económico que duraría hasta 1992. Sin embargo, estos años suponen un paulatino poso de desencanto que fue asentándose en la sociedad española, a medida que la izquierda socialista se alejaba de las grandes expectativas de cambio creadas. Una de las consecuencias más funestas fue, sin duda, la desmovilización de la sociedad, el descenso de la participación en organizaciones sociales y la progresiva desconfianza hacia la clase política.

[77] De 256 asociados hay 125 votos. La candidatura de Alberto Ubago recibe 79 votos y la de Amparo Tessio 44.

Ubago tiene que hacer frente a una precaria situación económica, cabe resaltar los impagos de las cuotas a la WFOT durante el trienio 1985 – 1987 habiéndose amenazado con la expulsión de la Federación. Con este presidente se retoma el boletín, se aplaza el congreso luso español hasta octubre de 1987 y se celebra el I Congreso Nacional de Terapia Ocupacional durante los días 5, 6 y 7 de noviembre de 1987; AETO ofrece nuevos servicios, como la asesoría jurídica.

En las siguientes asambleas la participación es alta, la inquietud por la situación del título es creciente, el debate acerca de la implantación de la Diplomatura de Terapia Ocupacional dentro del marco de la Universidad genera preocupaciones e incertidumbres. En 1983 ve la luz la Ley de Reforma Universitaria[78] que ocasionaría una significativa transformación en la estructuración de las diferentes titulaciones, aún así hasta 1986 no se establecerían los diferentes grupos de trabajo para el estudio y debate de las mismas. El Grupo 9 "Ciencias de la Salud" se encargó de la Terapia Ocupacional en el que no pudieron participar de pleno derecho los terapeutas ocupacionales por no ser universitarios. Dada esta limitación se establecen contactos con profesiones afines, destacando la colaboración que se establece con la Asociación de Fisioterapeutas con la que se elabora una propuesta de Plan de Estudios basada en las directrices de la WFOT. El informe se presentaría un año más tarde. Tras el debate público aparece el Libro Verde de la Terapia

[78] Ley Orgánica 11/1983

Ocupacional[79]. Finalmente en 1990 se publica en el BOE el "Real Decreto 1490/1990 de 26 de octubre por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Terapia Ocupacional y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél". Se cerraba así una larga etapa que había estado centrada de manera ineludible en la conquista de la titulación universitaria.

Paralelamente, la Asociación participa en la mesa de negociaciones sobre el estatuto marco de la Seguridad Social y de nuevo se pone en marcha toda una campaña mediática para exigir toda una serie de reclamaciones: la homologación de los terapeutas ocupacionales dentro del grupo B en el estatuto marco del INSALUD, retribuciones como titulado de grado medio, la creación de figuras de terapeutas jefes, o la inclusión en los centros de salud[80].

Por fin, el 7 de noviembre 1987 se aprueba proceder a la Creación de la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales (APETO). En ese mismo año se crea la Asociación Vasca de Terapeutas Ocupacionales (APTOE). Ante este nuevo contexto se plantea la idoneidad de una Federación pero el Ubago sugiere que es preferible crear delegaciones, puesto que con el modelo federal se puede tender hacia la disgregación de los Terapeutas Ocupacionales.

El 7 de diciembre de 1987 se firma el acta de constitución de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO) siendo elegida un año después Ana Vicente Cintero presidenta de la misma. Resulta imposible resumir en pocas líneas los principales acontecimientos históricos que

[79] Uno de los últimos escollos más importantes surgió en este grupo de trabajo al proponerse el título denominado "Técnico en Rehabilitación Psicológica y Ocupacional" para sustituir al de Terapia Ocupacional, propuesta que afortunadamente no prosperó.

[80] Algunas de las propuestas se llegaron a incluir. Otras continúan siendo reivindicaciones básicas de la profesión.

han ocurrido en España en las dos últimas décadas. En 1989, el PSOE de Felipe Gonzalez vuelve a ganar las elecciones generales. En 1992, el mundo mira a España gracias a la celebración de los Juegos Olímpicos de Barcelona y la Expo Universal de Sevilla. En 1996, el PP de Aznar llega al gobierno tras ganar con mayoría relativa las elecciones.

Ana Vicente comienza a estudiar Terapia Ocupacional, por una casualidad, en 1976. Ha trabajado en diferentes dispositivos y lugares de la geografía española: Cáceres, Canarias, Galicia y finalmente en Madrid donde lleva dirigiendo el Centro de Mayores de Tres Cantos desde hace más de una década. Del mismo modo, en los últimos años ha impartido docencia en la Universidad de La Salle (Madrid).

Vicente ha comandado con un peculiar estilo las dos últimas décadas de la organización estatal más importante de los terapeutas ocupacionales españoles. Como Presidenta hereda la trayectoria del trabajo realizado y asiste en primera persona a los acontecimientos y los cambios más significativos que ha experimentado la disciplina: el reconocimiento de la profesión como titulación universitaria (1990), la homologación de los titulados por la Escuela Nacional de Sanidad (1995), la celebración del Congreso Europeo en Madrid (1996), la aprobación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (2000), el proceso de convergencia europeo. Dieciocho años al frente de una organización dan para mucho, sus vinculaciones, contactos políticos y profesionales han favorecido la consecución de no pocos logros en numerosos sectores y ámbitos profesionales.

Su trabajo ha sido también fuente de numerosas críticas que se han focalizado especialmente en una gestión excesivamente centralista y "paternalista", algo que heredaba de anteriores presidencias y que ha propiciado (entre otros motivos) la aparición de organizaciones autonómicas no vinculadas con APETO; en ese sentido, ha tratado de mantener el control y de establecer ciertos canales de información en las Comunidades Autónomas, cuyas estructuras nunca han llegado a funcionar, ni el intento de implantar la figura de los delegados regionales ni el último invento, el Consejo Regional, generado como respuesta – reacción a las propuestas transformadoras de la agrupación de Organizaciones Autonómicas (posterior Foro).

Frente a los que han apuntado a su marcada tendencia al personalismo y a un cierto apego al poder que proporciona el ocupar la presidencia de esta organización durante más de 18 años, nos parece de recibo señalar que a lo largo de este tiempo nunca se ha presentado una sólida candidatura alternativa que unido al desinterés y desapego de los terapeutas para la participación en las organizaciones ha permitido la continuidad de Ana Vicente.

Presidencias en AETO/APETO por años	
Fernando J. López Abad	1967 - 1973
Alicia Chapinal Jiménez	1973 - 1977
Carmen Lacasa	1977 - 1982
Amparo Tessio de Costamagna	1982 - 1986
Alberto Ubago González de Echevarri	1986 - 1989
Ana Vicente Cintero	1989 - ...

Segunda etapa: La expansión desde las universidades y la aparición de las organizaciones autonómicas.

El principal objetivo de AETO/APETO durante sus primeros 20 años de trayectoria se cumplía con la aprobación del Real Decreto que posibilitó que la Terapia Ocupacional entrase de lleno en la Universidad Española. Se cerraba un período largo y se abría una nueva etapa que va a estar liderada por Ana Vicente, cuyos primeros esfuerzos estuvieron encaminados principalmente en lograr la homologación de los titulados en Terapia Ocupacional por la Escuela Nacional de Sanidad que sería factible a partir de 1995[81].

Como era previsible en la asambleas de estos momentos (que fueron las más multitudinarias de todas las realizadas en estos cuarenta años) era habitual el ocuparse de aspectos que estaban vinculados con la docencia universitaria, el profesorado que podía o no dar clase, las convalidaciones, las prácticas, las universidades en las que se impartía (o se iba a impartir) la Diplomatura, etc.

Continúa abierto también el debate en torno a la creación de las Asociaciones Autonómicas. En 1993 los abogados de APETO recomiendan no crearlas ya que si existe una autonómica y una nacional, los terapeutas se asociaran a la primera y la nacional debe seguir existiendo; aun así se plantea (nuevamente) la posibilidad e idoneidad de crear una federación, propuesta liderada en esos momentos por la representante del País Vasco (que ya tenían organización autonómica). Otras propuestas giran en torno a que los terapeutas se asocien a las dos y se contribuya económicamente a ambas.

[81] Orden 1995/26309 de 29 de noviembre de 1995 de homologación del título de Terapeuta Ocupacional de la Escuela Nacional de Sanidad.

Se acuerda en esos momentos el cambio de la sede a una localización de mejores condiciones que las que se tenían en la calle Esparteros.

En 1994 se logra, gracias al trabajo de Carmen Alcaide que sustituía a Isabel Fernández al frente de la Vocalía de Internacional, traer el Congreso Europeo de Terapia Ocupacional a Madrid para el año 1996, para eso APETO tuvo que pasar dos exámenes, por un lado la presentación de un proyecto y por otro, la evaluación de las III Jornadas Nacionales realizada por la Presidenta del Council of Occupational Therapists of the European Countries (COTEC).

La consolidación de la España de las Autonomías con los posteriores planes de transferencias en diversas materias anteriormente controladas por el gobierno central (especialmente de aquellas áreas más vinculadas con la Terapia Ocupacional como Sanidad, Servicios Sociales y Educación), el aumento de profesionales en las diferentes regiones, la cercanía a los organismos de decisión, junto con la sensación de desatención de APETO fue generando la aparición de Organizaciones de Terapeutas Ocupacionales en la mayor parte de las Comunidades Autónomas tal y como aparece reflejado en siguiente cuadro (ver tabla nº1).

El final de los años noventa estuvo marcado por una fuerte confrontación entre las Asociaciones Autonómicas, representantes regionales y APETO que habían comenzado a reunirse en 1997. La principal crisis que hizo abortar las reuniones que se mantenían estuvo motivada por la confrontación en el reparto económico y en la cuota de poder. La propuesta de control y centralización por parte de la organización nacional nunca fue aceptada por las diferentes

organizaciones autonómicas y generó la ruptura de relaciones de ambas. Esta situación se produce en 1998, en el seno de una reunión en la cual se plantea formalmente la creación de una federación para lo cual APETO tendría que efectuar una modificación estatutaria, sin embargo, como hemos señalado, las desavenencias rompen con las reuniones mantenidas; la propuesta de APETO era que las asociaciones que estuviesen creadas y funcionando debían aportar a la organización nacional el 50% de la cuota de sus asociados. La mayoría de los representantes no están de acuerdo con esta propuesta estimándose que una cantidad apropiada para APETO sería el 25%.

Fecha constitución Organizaciones Autonómicas de Terapia Ocupacional Tabla nº1		
Comunidad Autónoma	**Asociación**	**Colegio[82]**
ANDALUCÍA	1991	
ARAGÓN	1996	2001
ASTURIAS	1995	
BALEARES	-	2006
CANARIAS	2003	
CANTABRIA	2004	
COMUNIDAD DE MADRÍD	2000	Anteproyecto
COMUNIDAD VALENCIANA	2004	
CASTILLA – LA MANCHA	2002	Solicitado
EXTREMADURA	1997	2006
CASTILLA – LEON	1998	
CATALUÑA	1995	Solicitado
GALICIA	1983	
MURCIA	2003	Anteproyecto
NAVARRA	1999	2005
RIOJA	2004	

[82] Se incluyen los años de constitución de los diferentes Colegios Profesionales de Terapeutas Ocupacionales, así como aquellas regiones que tienen realizada la solicitud del mismo y los que ya están en la fase de Anteproyecto de Ley.

PAIS VASCO	1987	
CEUTA	-	
MELILLA	-	

Tras la rotura de relaciones ocasionada en 1998, representantes de varias organizaciones autonómicas se encuentran de manera informal en las Jornadas Nacionales de APETO celebradas en Madrid en 1999 y deciden reunirse para establecer objetivos de trabajo conjunto, abordar la creación de un marco adecuado para proyectos comunes y comenzar a estudiar la creación de una posible Federación Española de Asociaciones de Terapia Ocupacional. Teniendo en cuenta los antecedentes experimentados, se pone de manifiesto la necesidad de consensuar las cuotas de poder y el régimen económico que debía regir el funcionamiento de esta nueva estructura organizativa. Es de destacar la presencia en estos espacios de encuentro de Maria José García López que en las primeras reuniones acude como miembro de la Junta Rectora del Colegio Profesional de Madrid mientras que a partir de junio de 2000 lo hace en calidad de Presidenta de la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid. Su constancia y empeño han hecho posible la continuidad de este espacio de encuentro y ha servido en numerosas ocasiones de nexo entre las diferentes organizaciones. Luis María Berrueta (2005) resume con bastante acierto los ejes de los encuentros:

- Coordinación y colaboración entre las distintas organizaciones, intercambio de experiencias y documentación.
- Promoción y apoyo a la creación de nuevas asociaciones en aquellas regiones en las que no estaban constituidas.

- Apoyo en el proceso de solicitud y creación de colegios profesionales.
- Dialogo, debate, búsqueda de puntos comunes para avanzar y construir juntos.

En el año 2000 se suceden varios acontecimientos de importancia, por un lado Cristina Labrador, representante internacional de APETO, es nombrada Secretaria de la COTEC, siendo la primera y única española en ocupar un cargo de esta envergadura en una entidad internacional. Nace www.terapia-ocupacional.com "el Portal en Español de Terapia Ocupacional" cuyo objetivo, en palabras de su fundadora Rosa Matilla (2004), es "crear un espacio ofreciendo en todo momento un servicio que facilite la transmisión de conocimientos, eventos e inquietudes de nuestra disciplina con el único objetivo de conseguir la unión entre nosotros para fomentar el crecimiento profesional". Esta web junto con el creciente acceso de la ciudadanía a las tecnologías de la información y la comunicación, ha posibilitado un significativo acercamiento entre los terapeutas ocupacionales, posibilitando el intercambio de información y conocimientos.

También en ese mismo año se celebra en Jaca el I Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional, iniciativa liderada por asociaciones de alumnos de diferentes universidades y que ha venido teniendo continuidad a lo largo de estos años, constituyendo estos eventos su mayor logro. Estas organizaciones se han ido encontrando con dificultades para funcionar como la rápida rotación de cargos que impide la necesaria continuidad de proyectos y líneas de acción, la lenta burocracia universitaria o problemas de comunicación interasociativos (Emerich, 2006). Aun así constituyen una importante

plataforma para algunos alumnos que tras la finalización de sus estudios se incorporan a las asociaciones profesionales con el bagaje que proporciona el brearse en espacios asociativos universitarios.

La aprobación en 2001 del Colegio Profesional de Terapeutas de Aragón[83] abre nuevas posibilidades y esperanzas y modifica sustancialmente las metas del futuro Foro de Organizaciones ya que la mejor estructura para coordinar los esfuerzos comunes se vislumbra que en un futuro cercano será el Consejo de Colegio por lo que desde ese momento las diferentes acciones han ido encaminadas a facilitar esa transición y a implementar unas bases sólidas para esa futura entidad. A esto se añade la aprobación en el 2003 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias[84] (LOPS) donde se reconoce a los terapeutas ocupacionales como profesionales sanitarios y une el ejercicio profesional con la posesión de un título universitario. Esta ley permitiría, en principio, salvar los escollos que habían encontrado algunas organizaciones, como el caso de Madrid[85], para la tramitación de la solicitud del Colegio Profesional.

Tras numerosas reuniones, y una vez consolidadas y creadas las bases de la relación entre las diferentes organizaciones, se decide contactar con APETO, dada la representatividad y relevancia que tiene, para plantearle un futuro en común en el que se pudiesen transformar sus estatutos para adaptarse a los nuevos tiempos de transición hacia un futuro Consejo de Colegios.

[83] Ley 11/2001, de 18 de junio, de creación del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón.
[84] Ley 14/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
[85] La solicitud del Colegio madrileño estaba parada desde el año 2000 por no cumplir uno de los requisitos impuestos por la Ley 17/1997, de 11 de julio, de Colegios Profesionales de la Comunidad de Madrid.

Tal y como recoge Berrueta (2006) se mantienen tres reuniones en los primeros meses del 2005 entre APETO y representantes de las organizaciones autonómicas de Terapia Ocupacional, quedaba claro, pese a lo que se dio a entender por parte de APETO, que ésta no podía (ni debía) desaparecer puesto que ocupaba la representación internacional, tenía estrechas relaciones con la administración central y poseía importantes fondos documentales que en caso de disolución pasarían a la Cruz Roja. Sin embargo, no se logra alcanzar un acuerdo entre ambas partes.

El 25 de junio de 2004 en las II Jornadas Universitarias Castellano Manchegas de Terapia Ocupacional celebradas en Talavera de la Reina con el auspicio de la Universidad de Castilla – La Mancha, se realiza una mesa sobre el movimiento asociativo de la profesión, en esta mesa se encuentran Ana Vicente, presidenta de APETO, y Luis Maria Berrueta como representante de las Organizaciones Autonómicas, siendo esta la primera vez que este foro se presenta públicamente, así como sus planteamientos y objetivos. Posteriormente, APETO decide invitar a las organizaciones a formar parte de un Consejo Autonómico, nuevo órgano consultivo dentro de la Asociación Nacional, que fue aprobado en Asamblea General pero que al no contar con el suficiente consenso por parte de las organizaciones autonómicas nunca ha llegado a reunirse.

La aprobación del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Navarra en febrero[86] de 2005 genera un cambio de escenario y, por lo tanto, de actores. Así, en noviembre de ese mismo año varias organizaciones

[86] Ley Foral 1/2005, de 22 de febrero, de creación del Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Navarra.

autonómicas (entre las que se encuentra APETO) firman el Convenio General del Foro Estatal de Organizaciones de Terapia Ocupacional. Resulta necesario destacar el papel que ha representado Berrueta en el proceso de creación de este espacio de encuentro. Su apuesta por la construcción de un marco común con proyectos conjuntos entre las diferentes organizaciones frente a lo particular, su carácter conciliador y su incesante trabajo han hecho posibles no pocos logros tanto en Navarra como en el resto de Comunidades.

En el año siguiente se aprueban los Colegios de las Islas Baleares[87] y de Extremadura[88] y se realiza la solicitud para la constitución del Consejo de Colegios.

El trabajo realizado por las organizaciones ha girado en torno a la difusión de la profesión en los ámbitos de decisión dentro de las propias comunidades autónomas (con más o menos aciertos y logros), junto con la gestión de la información acerca de puestos de trabajo, la defensa de los intereses del colectivo y de los profesionales.

Uno de los objetivos en los que las asociaciones han puesto un mayor empeño ha sido en la formación de los asociados. Así se han venido realizando diferentes jornadas, congresos y cursos. Algunos ejemplos de ello son las acciones llevadas a cabo por a Asociación Profesional Andaluza de Terapia Ocupacional realizó en noviembre de 1993 las "I Jornadas Andaluzas de Terapia Ocupacional", en años siguientes apostaron por la formación sobre el Modelo de la Ocupación Humana contando en varias ocasiones con la presencia de

[87] Ley de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares 5/2006, de 30 de marzo, de creación del Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de las Islas Baleares.
[88] Ley 4/2006, de 10 de octubre, por la que se crea el Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Extremadura

Carmen Gloria de las Heras; la Asociación Extremeña de Terapeutas Ocupacionales (AEXTO) retomó en el año 2004 las Jornadas Hispanolusas; la Asociación Madrileña (APTOCAM) va por la quinta edición del curso sobre Dañoi Cerebral Adquirido y Terapia Ocupacional.

Algunas organizaciones, como la Asturiana (APTOPA), han sido capaces de establecer becas de investigación, sin embargo éstas han sido de escasa cuantía para poder abordar en profundidad aspectos vinculados con la profesión y de escaso impacto. Aun así no deja de ser un primer paso importante.

Muy ligado al aspecto anterior es la gestión y la difusión del conocimiento sobre la profesión. En la actualidad el panorama de las revistas españolas[89] está atravesando un proceso de transformación que tendrá que irse dilucidando a corto y medio plazo. El Boletín Informativo de la APETO ha encontrado dificultades para adaptarse a las demandas de calidad y de cumplimiento de criterios científicos. En diciembre de 2004, la Asociación Gallega (APGTO) pone en marcha la Revista TOG (Terapia Ocupacional Galicia) con edición únicamente en formato digital con números cuidados, con cierta proyección latinoamericana y con un marcado carácter científico. APTOPA lanzó en mayo de 2005 la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional con una cuidada edición pero de escasa difusión fuera de su ámbito regional.

Internet y el impulso experimentado en los últimos diez años por las Tecnologías de Información y Comunicación han generado un significativo

[89] En el 2006 se presenta dentro del ámbito universitario "Spanish Journal of Occupational Therapy", revista de carácter científico y periodicidad anual, surgida bajo el paraguas de la Universidad Rey Juan Carlos en cuyo seno ejercen la docencia sus principales impulsores. Se mantiene en Internet, aunque sin actualización desde hace muchos años, REITO Revista Electrónica de Terapia Ocupacional

número de beneficios a los Terapeutas Ocupacionales. En este proceso, como ya hemos señalado, ha tenido una importancia mayúscula el portal de www.terapia-ocupacional.com liderado por Rosa Matilla y que se ha convertido en el sitio web de referencia en la red para los profesionales de habla hispana. A esto habría que añadir las publicaciones que han surgido con mejor o peor fortuna bajo el abrigo de algunas organizaciones. Sin embargo la presencia de las organizaciones en la red es desalentadora. Sólo APETO y APATO mantienen su web, AEXTO mantiene activo un blog "El diario de AEXTO", y la asociación catalana (APTOC) utiliza un grupo de MSN. A lo largo de los últimos años hemos visto aparecer y desaparecer un importante número de páginas o espacios con información o intercambio. Han existido numerosos intentos de creación de un espacio web común para las organizaciones que nunca ha llegado a cuajar.

Retos para un futuro no muy lejano

En un artículo recientemente publicado por el Presidente de la Conferencia Nacional de Decanos y Directores de Facultades y Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional (CNDEUTO), Sergio Santos del Riego (2007), se pregunta si el 2007 será un año para la historia de la Terapia Ocupacional. Tal vez lo pueda ser, ya que se están dando las circunstancias adecuadas para ello y probablemente este año suponga un importante punto de inflexión en el espacio educativo y profesional de los terapeutas ocupacionales.

Los planes de convergencia educativa con Europa tras la Declaración de Bolonia se traducirán en la realización de los nuevos Planes de Estudio de Grado de Terapia Ocupacional durante el curso 2007 – 2008 que supondrán un importante cambio en la mejora de la formación inicial de los futuros terapeutas ocupacionales.

De igual modo, la reciente aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal[90] prevé la puesta en marcha de una serie de servicios y prestaciones que han de tener un significativo impacto en la creación de nuevos puestos de trabajo para los profesionales de la Terapia Ocupacional, tal y como ha venido ocurriendo en los últimos meses en las Comunidades de Extremadura, Galicia o Navarra. Que vendrán a unirse a la paulatina consolidación de plazas en ámbitos clásicos pero también en nuevas e innovadoras áreas de intervención.

La previsible aprobación de más Colegios Profesionales originará también un aumento de estructuras con una mayor capacidad legislativa que proporcionen un sólido respaldo y protección a la práctica profesional.

Pese a este nuevo y halagüeño panorama debemos ser capaces de superar los lastres que hemos venido arrastrando a lo largo de décadas de trayectoria. El somero repaso que hemos ido realizando al pasado y al presente del movimiento asociativo nos devuelve las luces y las sombras de esta andadura. Los logros son importantes y probablemente muchos de ellos no hubiesen sido posibles sin el trabajo efectuado y la constancia de algunas (no demasiadas) personas. Pero también esta mirada al pasado nos devuelve

[90] Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia

algunas constantes que debemos ser capaces de superar de cara a construir y consolidar una profesión mucho más fuerte.

El mayor de los retos es lograr una mayor responsabilidad y colaboración de los profesionales en las organizaciones; un certero diagnostico de esta situación lo efectuaba Maria José García (2003) al reconocer “la carencia de una misma filosofía corporativa dentro del colectivo, el excesivo personalismo y una extraña falta de compromiso con las organizaciones profesionales”. Pero esta empresa es como nadar contracorriente ya que como señala Bauman (2005) estamos pasando de una modernidad sólida a una líquida en la que se sustituye la idea de estabilidad y solidez por la precariedad, la inestabilidad, lo pasajero y lo efímero que afecta de igual modo a los vínculos, los lazos, los grupos y las redes. En este contexto cómo lograr el compromiso y la participación de los profesionales, cómo vencer la paulatina desmovilización.

Lo que si parece claro es que en este desafío deben estar implicados todos los agentes que participan en el proceso de construcción de una disciplina. Los cimientos de la identidad profesional se forjan durante la formación universitaria que debe dotar a los alumnos de las habilidades teóricas y prácticas para enfrentarse a un mercado laboral inestable, precario, cambiante y dinámico. Sin embargo, la Universidad española es demasiado teórica, está alejada de la práctica y es muy poco multidisciplinar, aspectos todos ellos que se suman en el caso de la formación de los terapeutas ocupacionales con la carencia de profesionales de esta disciplina en la docencia de las asignaturas específicas. Creemos que existe una estrecha relación entre nuestra formación y la transmisión del conocimiento y de nuestro quehacer. La

universidad debe dotar a los alumnos de herramientas críticas para observar la realidad y comprometerse con ella, debe abrirse al exterior y vincularse con las organizaciones profesionales.

Con una dudosa identidad profesional es complicado construir una filosofía corporativa, más aun si se tienen en cuenta las desagradables disputas, enfrentamientos y personalismos que heredan quienes han ido incorporándose a esta disciplina. Por ello las organizaciones deberían hacer un ejercicio de apertura, horizontalidad y transparencia que proporcionase una mayor cercanía tanto con los alumnos como con los profesionales. Las organizaciones deben apostar por propiciar la renovación periódica y real de las personas que se sitúan en los órganos de decisión dando entrada a nuevos rostros que posibiliten a su vez nuevos procesos de transformación. Apostar por modos de conjugar la continuidad con la renovación. No resulta legítimo perpetuarse durante décadas en los cargos.

Las tecnologías de la información y la comunicación nos vienen demostrando cada vez más la importancia de las redes como estrategia y meta para la consecución de los objetivos de las organizaciones. Con todo, al movimiento asociativo de terapeutas ocupacionales en España le sigue costando crear vínculos estables entre ellas y sobre todo construir proyectos conjuntos. Por ejemplo, parece que todas las organizaciones quieran tener "su" revista en lugar de aglutinar esfuerzos personales, temporales y económicos para crear una revista conjunta[91].

[91] Muchos pensamos que la revista TOG – Terapia Ocupacional Galicia – debería superar su "extraña" adscripción territorial para convertirse en la publicación oficial de las organizaciones.

Internet y las innovaciones digitales ponen a disposición de los profesionales tecnologías baratas, rápidas y de fácil uso, que permiten crear y distribuir información y conocimiento. Los blogs o wikis como soportes de nuevas literaturas, las redes P2P para distribución, las licencias abiertas son sólo algunos ejemplos. Así desaparecen barreras y se crean oportunidades. Así se puede apostar por la horizontalidad, la participación y la apertura. Sin embargo los terapeutas ocupacionales y sus organizaciones apenas utilizan estas nuevas herramientas.

AGRADECIMIENTOS

A todas y cada una de las Terapeutas Ocupacionales que han ido colocando las baldosas que hoy nos permiten ser quienes somos, especialmente a aquellas que nos han prestado su memoria para ser capaces de construir estas páginas.

A Ana Vicente por su disponibilidad y por su generosidad.

A Luismari y a Mariajo por las revisiones del texto original, pero sobre todo porque sin ellos, sin su trabajo y su dedicación el Foro de Organizaciones difícilmente hoy sería una realidad.

A Miguel Ángel Talavera por poner en marcha tantas iniciativas y por convertirse en un "displicente" compañero de viaje.

A Pedro Moruno por el encargo y sobre todo por ser capaz de ejercer como *"maestro"*.

ANTECENDENTES, PRESENTE Y FUTURO DE LOS MOVIMIENTOS ASOCIATIVOS EN TERAPIA OCUPACIONAL EN ESPAÑA

I Congreso Nacional de Terapia Ocupacional
Madrid, 5 – 7 de noviembre de 1987

MINISTERIO DEL INTERIOR
DIRECCION GENERAL DE POLITICA INTERIOR
CP/AA/ASOCIACIONES

947

El Consejo de Sres. Ministros, en su reunión del día 10 de febrero de 1.970, ha adoptado el siguiente acuerdo:

"El Ministro del Interior dió cuenta al Consejo sobre solicitud de autorización formulada por la "ASOCIACION ESPAÑOLA DE TERAPIA OCUPACIONAL", de Madrid, para formar parte de la "FEDERACION MUNDIAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES", con sede en P.O. Box. 26.445, Arcadia - Pretoria - Africa del Sur, acordándose por el Consejo que proceda - - otorgar dicha autorización".

Lo que traslado a Vd. para su conocimiento y - - efectos.

Dios guarde a Vd.
Madrid, [illegible]
EL JEFE DEL SERVICIO

Don Alicia Chapinal Jimenez. C/. José Sánchez Pescador, 2. MADRID 7.-

Autorización del Consejo de Ministros para que AETO pueda formar parte de la WFOT

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCION GENERAL DE TRABAJO
SUBDIRECCION GENERAL DE MEDIACION ARBITRAJE Y CONCILIACION
MADRID

DEPOSITO núm. 3.883

DON EMILIO DOMINGUEZ ANGULO
JEFE DE LA SECCION DE DEPOSITO DE ESTATUTOS Y ACUERDOS COLECTIVOS, DE LA SUBDIRECCION GENERAL DE MEDIACION, ARBITRAJE Y CONCILIACION.

CERTIFICO:

1.° Que con fecha veintiuno de enero de mil novecientos ochenta y ocho, a las 9,45 horas, fueron depositados en este Servicio, al amparo de la Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, el Acta de Constitución y los Estatutos de la Organización Profesional denominada:

ASOCIACION PROFESIONAL ESPAÑOLA DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES

2.° Que dentro de los plazos previstos en la normativa legal vigente, no se han presentado alegaciones por los posibles interesados.

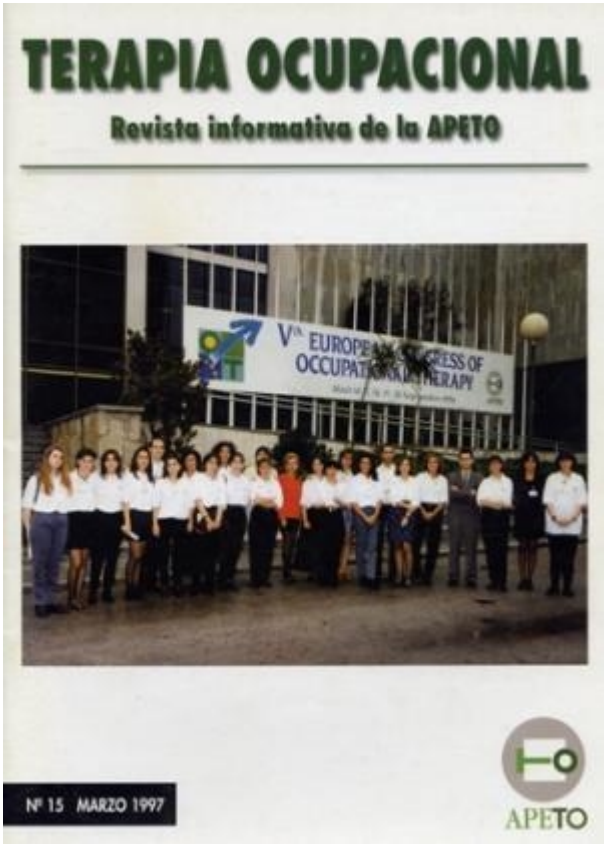
3.° Que de los antecedentes obrantes en este Servicio no resulta acreditado el haberse instado declaración ante la autoridad judicial competente de no ser conformes a derecho los estatutos presentados.

Y para que conste, y a efectos de acreditar la personalidad jurídica y plena capacidad de obrar de la entidad citada, expido el presente, con el V.° B.° del Jefe del Servicio, en Madrid, a quince de febrero de mil novecientos ochenta y ocho.

V.° B.°
EL JEFE DEL SERVICIO.

Fdo: Isidoro Fonseca Ramos.

Constitución de APETO



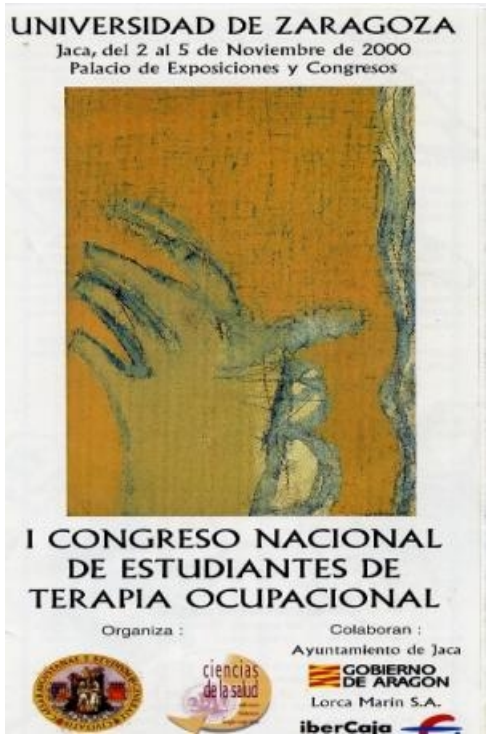
Portada del Boletín de APETO Nº 15 con el Comité Organizador del V Congreso Europeo de Terapia Ocupacional 1996

Primeros Números del Boletín Informativo de AETO

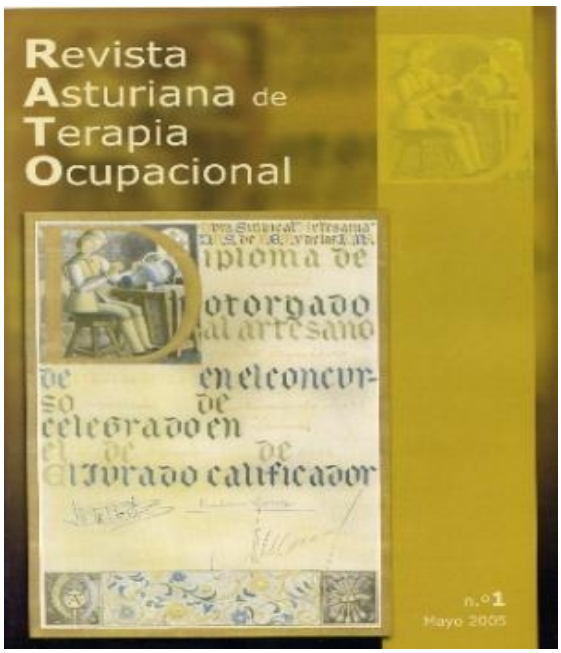
Actual Sede de APETO en la Calle Modesto Lafuente

Reunión del Foro de Organizaciones de Terapia Ocupacional en febrero de 2007

Portada Folleto I Jornadas Andaluzas de Terapia Ocupacional



Portada Folleto I Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional



Portada Nº 1 Revista Asturiana de Terapia Ocupacional

Portada Boletín Informativo de APETO (Primera Etapa)

Bibliografía

1. Benedetti M. El olvido está lleno de memoria. Madrid: Visor. 1997
2. Cercas J. La verdad de Agamenón. Barcelona: Tusquets. 2006
3. Romero D. Hacia una historia de la relación entre la psicología y la terapia ocupacional en España. Tesina de investigación. Departamento de Psicología Básica. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. 1999
4. Durante P. Historia de la Terapia Ocupacional en España. En: Polonio B, Durante P y Noya B. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2003
5. Berrueta LM. El papel del asociacionismo en terapia ocupacional. Visto desde las Organizaciones Autonómicas de T.O. [citado 17 julio 2006] Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/Opinion/Organizaciones_Autonomicas_Terapia_Ocupacional.shtml
6. Berrueta LM. Resumen de un proceso. [citado 17 julio 2006] Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/Opinion/Asociaciones_autonomicas_Luismary_Berrueta.shtml
7. Matilla R. El Portal de Terapia Ocupacional en español. Comunicación no publicada. Madrid. 2004
8. Emerich D. Asociacionismo universitario en Terapia Ocupacional: Trayectoria, características y principales aportaciones. Terapia Ocupacional. Boletín Informativo de APETO. Nº 41. 2007
9. Santos del Riego S. 2007 ¿Un año para la historia? Terapia Ocupacional. Boletín Informativo de APETO. Nº 41. 2007
10. García López MJ. Terapia Ocupacional en España: Perspectivas de futuro. Comunicación personal. Jornadas Hispanolusas de Terapia Ocupacional. Cáceres. 14 – 15 noviembre de 2003
11. Bauman Z. Amor líquido. Madrid. Fondo de Cultura Económica. 1995.

Sección 3_

Imágenes para la historia

Capítulo 08

LA INFLUENCIA DEL LIBRO EN LA HISTORIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

D. José Ramón Bellido Mainar.

D. Luis Maria Berrueta Maeztu.

Capítulo 09

SIGLO XX. GUERRAS MUNDIALES Y TERAPIA OCUPACIONAL.

D. Sergio Santos del Riego.

Capítulo 10

HOSPITAL REAL Y GENERAL DE NUESTRA SEÑORA DE GRACIA EN ZARAGOZA.

Dña. Marta Pérez de Heredia.

Capítulo 11

LA EVOLUCIÓN ACADÉMICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL A LO LARGO DE LA HISTORIA

Dña. Azucena Ortega Valdivieso.

Capítulo 08

LA INFLUENCIA DEL LIBRO EN LA HISTORIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

D. José Ramón Bellido Mainar.

D. Luis Maria Berrueta Maeztu.

Como citar este capítulo en sucesivas ocasiones

Bellido Mainar JR, Berrueta Maeztu LM. La influencia del libro en la historia de la Terapia Ocupacional. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación [monografía en Internet]. TOG (A Coruña): APGTO; 2007. p. 303-309 [citado fecha mes y año]. Disponible en: www.revistatog.com

PALABRAS CLAVE DESC Terapia Ocupacional, Studies in Invalid Occupations, Herman Simon, Laborterapia, Enfermedades Mentales

DESC KEYWORDS Occupational Therapy, Studies in Invalid Occupations, Mental Health.

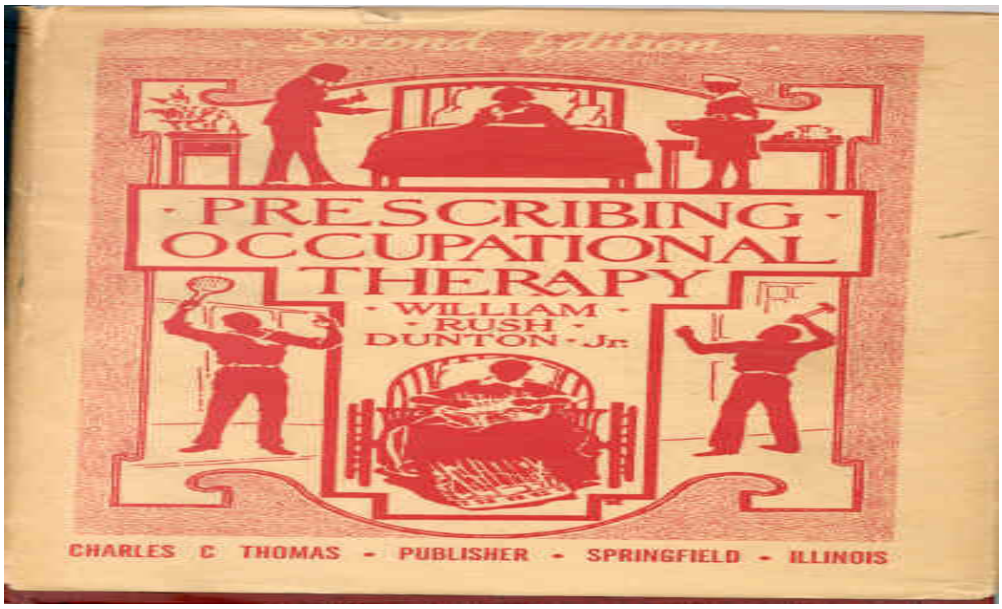


Imagen cedida por cortesía de D. Pedro Moruno

El libro es tan antiguo como la propia civilización humana. Sus precedentes los encontramos en las tablas de arcilla sumerias, pasando por los papiros y pergaminos egipcios. Soportes universales en los que se plasmaron la evolución del pensamiento humano. El germen del libro tal como lo conocemos se fraguó en China, en el 105 d.c. con la invención del papel. Los árabes aprendieron de oriente los secretos de la fabricación del papel y a través del Al-Andalus lo extendieron por toda Europa. Su implantación fue lenta y progresiva hasta que cristalizó en 1456 en la espléndida "Biblia Latina" editada gracias a una de las tecnologías con más trascendencia en la historia de la humanidad: la imprenta de Gutemberg. El libro durante siglos ha ocupado la primacía de las herramientas para la difusión de la cultura y la transmisión de conocimiento. Poseer una biblioteca ha sido signo de riqueza cultural e intelectual. Las distintas ciencias y entre ellas la Terapia Ocupacional han necesitado del libro para plasmar, compartir y extender nuestra experiencia profesional. El libro nos ha proporcionado un soporte accesible y universal para "volcar" el conocimiento que hemos "producido" en nuestros largos años de historia.

El número de publicaciones y la calidad de las mismas son y han sido un indicador clave de la salud de una ciencia y/o profesión y la Terapia Ocupacional no es ninguna excepción. A título de ejemplo os recomendamos acercaos a la sección de Agradecimientos en la página XVII del libro "Terapia Ocupacional" de "Willard & Spackman" 10ª Edición en castellano por la editorial Panamericana. Aquí encontramos una imagen elocuente de la evolución de la Terapia Ocupacional. Aparecen alineados un volumen de cada una de las

ediciones y se puede observar como el último volumen triplica en tamaño al primer libro publicado. Esta fotografía representa cómo en el libro se ha plasmado la evolución, la vitalidad y el crecimiento de la Terapia Ocupacional.

Al libro le han salido competidores en las denominadas Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). Pero no debemos olvidar que el libro trasciende la mera transmisión de información y conocimientos. Nos unifica, nos ordena, en definitiva, nos plasma y nos recuerda nuestra unicidad como profesión. Se convierte en una herramienta imprescindible para crear y reflejar la identidad de la Terapia Ocupacional.

El primer libro de Terapia Ocupacional se lo debemos en 1910 a Susan E. Tracy. El título fue *«Studies in Invalid Occupationes»*. En él se describen las actividades artísticas y manuales que la autora selecciona en función de las características de los pacientes. Podemos afirmar que a partir de esta publicación, el saber propio de la Terapia Ocupacional se cristaliza en un libro o manual de referencia para toda la profesión.

No debemos olvidar que este primer libro propio de la Terapia Ocupacional fue el resultado de anteriores publicaciones que anticiparon los principios centrales de nuestra profesión.

Nos tenemos que remontar al 323 a.c. y dirigirnos al centro del saber filosófico de nuestra cultura occidental, Atenas. El pensador por excelencia de ese momento histórico, Aristóteles, escribió un libro titulado *«Política»,* donde expone ideas que posteriormente han pasado a formar parte del paradigma de

la Terapia Ocupacional. Afirmaciones como: “la naturaleza misma busca no sólo el trabajar correctamente, sino también la capacidad de gozar bien del ocio.” o “…por eso hay que introducir juegos velando por su aplicación oportuna, aportándolos a modo de remedio medicinal” o “el disfrute del ocio parece ser la base misma del placer, de la felicidad y la vida dichosa” nos revelan las primeras “piedras” de la futura terapia ocupacional. Saltamos hasta el siglo XII y la cultura mediterránea continúa aportando conocimientos claves a la construcción del concepto de ocupación terapéutica. En 1135 nace en Córdoba, capital del Al-Andalus, Maimónides de familia judía, médico por necesidad y filósofo por devoción, publica en 1190 su libro más conocido, *«Guía de los Perplejos»*. Es un tratado de filosofía judía en el que encontramos dos “joyas” para el mundo de la medicina. La primera, la justificación del “tratamiento del alma” por un médico y no por los sacerdotes y la segunda el potencial terapéutico de la ocupación para el tratamiento de la melancolía. Afirmaciones como las siguientes: “…a una persona que esta sumida en la melancolía le conviene escuchar trozos musicales de melodías vivas y alegres o pasear por los jardines, contemplar obras de arte y maravillas que despierten la admiración” o “…muchas enfermedades han desaparecido por el sólo efecto de la alegría que se obtiene en el placer estético, los juegos y las diversiones” o “…el que permanece tranquilo y no hace gimnasia, se sentirá deprimido y cansado durante toda su vida”, nos revelan la creencia firme sobre el potencial curativo de la ocupación. Seguimos con la tradición española y europea, trasladándonos al siglo XVI, Juan Huarte de San Juan, catedrático de la Universidad de Alcalá de Henares publicó en 1559 su principal libro, *«Examen*

de los Ingenios para las Ciencias». Por primera vez se realiza un estudio metódico de cómo cada uno de los distintos temperamentos o "ingenios" predisponen a desempeñar eficazmente profesiones o "ciencias" concretas. En el prólogo del libro Juan de Huarte de San Juan nos expone el motivo del libro: "Es una obra donde el que leyera con atención hallará la manera de su ingenio y sabrá escoger la ciencia en más nos ha de aprovechar."

Volvemos a principios del siglo XX. Concretamente a Estados Unidos, país donde la creación del "saber" se realizó con más dinamismo e innovación. La Terapia Ocupacional arrastrada por esta corriente de producción científica, elaboró sus primeros "manuales" y libros de Terapia Ocupacional. A Susan Tracy le siguió William Rush Dunton j.r., quién en 1915 publicó *«Occupational Therapy a Manual for Nurses»*, que se considera el primer texto completo de Terapia Ocupacional. El Dr. Dunton uno de los "grandes" en nuestra profesión en 1945 publicó su segundo libro, cuya portada encabeza el presente artículo, *«Prescribing Occupational Therapy».* Esta publicación es central en nuestra profesión ya que nos proporcionó la oportunidad de disponer de un "manual" donde están organizados los conceptos y principios claves que configuran la identidad de la Terapia Ocupacional.

Nos gustaría acabar este artículo mirando de nuevo la tradición editora sobre la Terapia Ocupacional en España. En 1937, Salvat Editores, publicó en nuestro país el primer libro vinculado directamente con la Terapia Ocupacional. Su título fue: «*Tratamiento Ocupacional de los Enfermos Mentales*» y el autor Herman

Simon, psiquiatra alemán, cuya edición alemana del libro fue publicada en 1930. El Dr. Ramón Sarró, psiquiatra barcelonés realizó la traducción al castellano. Tenemos que finalizar este recorrido por el primer libro escrito por profesionales españoles: «*La Terapia Ocupacional y la Laborterapia en las enfermedades mentales*», editado en 1972 por el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica y coordinado por el Dr. José Rodríguez Reyes, del Hospital Psiquiátrico de Oviedo.

En definitiva las TIC nos están ofreciendo la oportunidad de divulgar y crear ciencia a un ritmo vertiginoso. Pero frente al riesgo de disgregación de la información que supone el uso intensivo de las nuevas tecnologías, siempre será necesario un buen libro, un buen "manual" que organice nuestros conocimientos y proporcione coherencia e identidad al "saber" que define y caracteriza a la Terapia Ocupacional.

Bibliografía

1. Aristóteles (1986). *Política*. Madrid: Alianza Editorial.
2. Crepeau, E. Cohn, E. Schell, B. (2005) *Terapia Ocupacional.* Madrid: Panamericana.
3. Huarte, J. (2005). *Examen de los Ingenios para las Ciencias*. Madrid: Catedra
4. Maimonides. (2005) *Guía de perplejos*. Madrid: Trotta
5. Polonio, B. Durante, P. Noya, B. (2001). *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. Madrid: Panamericana
6. Rodríguez, J. (1972). *La Terapia Ocupacional y la Laborterapia en las enfermedades mentales*. Madrid: Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.
7. Romero, D. Moruno, P. (2003). *Terapia Ocupacional: Teoría y técnicas. Barcelona*: Masson.
8. Simon, H. (1937). *Tratamiento Ocupacional de los enfermos mentales*. Barcelona: Salvat Editores.
9. http://www.dunton.org/archive/biographies/William_Rush_Dunton_Jr.htm

Capítulo 09

SIGLO XX, GUERRAS MUNDIALES Y TERAPIA OCUPACIONAL

D. Sergio Santos del Riego

Como citar este capítulo en sucesivas ocasiones
Santos del Riego S. Siglo XX. Guerras Mundiales y Terapia Ocupacional. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación [monografía en Internet]. TOG (A Coruña): APGTO; 2007. p. 310-319 [citado fecha mes y año]. Disponible en: www.revistatog.com

PALABRAS CLAVE DESC Rehabilitación, Historia, Guerra, Medicine, Terapia Ocupacional

PALABRAS CLAVE DEL AUTOR Historia de la Rehabilitación. Medicina y Guerra. Rehabilitación y Guerra. Terapia Ocupacional y Guerra. Primera Guerra Mundial. Segunda Guerra Mundial. Terapia Ocupacional.

DESC KEYWORDS Rehabilitation; History; War; Medicina; Occupational Therapy

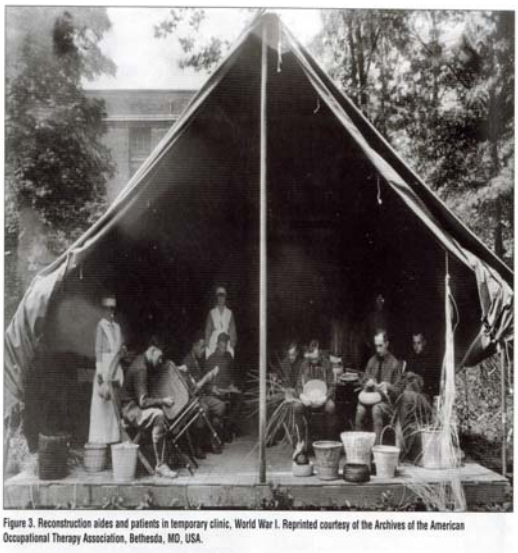


Figure 3. Reconstruction aides and patients in temporary clinic, World War I. Reprinted courtesy of the Archives of the American Occupational Therapy Association, Bethesda, MD, USA.

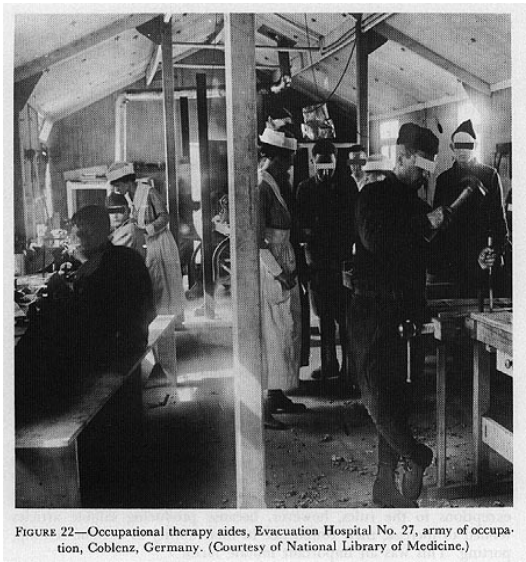


FIGURE 22—Occupational therapy aides, Evacuation Hospital No. 27, army of occupation, Coblenz, Germany. (Courtesy of National Library of Medicine.)

Imagen cedida por cortesía del Gobierno Militar de los EEUU

En 1895, el *Dr. Sebastián Busqué i Torró* publicó la obra *"Gimnástica Higiénica, Médica y Ortopédica"* en la que se conceptualizaba por primera vez la Rehabilitación como una novedosa aproximación terapéutica a la discapacidad[1, 2]. *Climent Barberá*, médico rehabilitador, establece diversas etapas en la dinámica histórica del término Rehabilitación: como terapia física aplicada a personas con enfermedad neurológica (Escuela Francesa de la *Salpetriére*), como atención a la discapacidad y la reinserción laboral de obreros (creación de la Seguridad Social en la Alemania del canciller *Bismarck*) y, por último, como tratamiento de los heridos de guerra de las contiendas bélicas del siglo XX y de la población civil[1, 2]. Las guerras mundiales favorecieron la creación de conceptos como la "tercera fase de la Medicina" y la consolidación de algunas profesiones en la atención a personas con discapacidad física, tales como la Terapia Ocupacional (TO) (1917) y la Medicina Física & Rehabilitación (1947), entre otras, a la par que se fueron asentando progresivamente los principios fundamentales que permitieron el progresivo desarrollo del Paradigma Social de Salud, concretado posteriormente en las clasificaciones de Déficit-Discapacidad-Minusvalía (1980) e Internacional del Funcionamiento (2001)[3].

En Reino Unido de Gran Bretaña, ya que Estados Unidos no participó en la Primera Guerra Mundial hasta 1917, se crearon los primeros Servicios de Rehabilitación en hospitales militares, siendo pionero el Servicio de *Roehampton* que fue destinado fundamentalmente a personas con amputaciones[4]. En este contexto, diversos autores refieren que los terapeutas ocupacionales asumieron el tratamiento ortopédico de los inválidos de guerra, lo que facilitó la creación de talleres y unidades de Ortoprótesis orientadas a la rehabilitación vocacional,

funcional y laboral[4-9]. Incluso, algunos autores consideraron que la rehabilitación funcional mediante el uso terapéutico de la actividad propositiva, elegida en consonancia con aspectos físicos, vocacionales, sociales y emocionales, era superior a la cinesiterapia[5]. Sin embargo, *Reed* (1984) menciona que no existía diferencia entre rehabilitación vocacional y TO[5]. *Sir Robert Jones*, inspector de ortopedia militar, instauró los *"Curative Workshop"* (Talleres Curativos) en los hospitales militares[8]. Estos talleres, integrados por equipos de terapeutas-entrenadores vocacionales, fueron el origen y modelo para la creación del primer Departamento hospitalario de TO en Edimburgo (1916) y de la subsiguiente adopción de la prescripción médica de la ocupación[6, 7, 9]. Mientras tanto, en Estados Unidos y en Canadá, la TO se estructuraba en torno a los fundamentos del Movimiento de Artes y Oficios[10-12]. *Joel Goldhwait*, cirujano ortopédico americano, comenzó analizando la terapéutica de los heridos de guerra europeos y apoyando la contratación, en ámbitos médicos, de profesionales de Ortopedia y de personas que actuaron como auxiliares de recuperación mediante el uso de la ocupación humana, fundamentalmente mujeres civiles[8, 13, 14] (figuras). En Estados Unidos, la promulgación de la *"Vocational Education Act"* (1917) para heridos de guerra y de la *"Industrial Rehabilitation Act"* (1920) para obreros favoreció el asentamiento de la TO[13]. En este país, *Bird T. Baldwin* organizó los primeros Departamentos de TO en los que se desarrolló una actividad terapéutica individualizada, registrando la evolución de cada paciente[8]. *"The Circular of Information Concerning the Employment of Reconstruction Aides"* y *"The Law of Vocational Rehabilitation",* leyes de 1918, regularon la participación de estas

mujeres en un modelo de atención médica y en un rol militar no reconocido. Algunas de ellas eran terapeutas ocupacionales, aunque la mayoría fueron profesoras, artistas y de otros oficios, situación que posiblemente haya sido uno de los factores responsables de la falta de delimitación vigente entre algunas profesiones de salud[6, 8, 15]. Esta incorporación masiva justifica la participación en TO de la mujer, condición que aún perdura[6-8, 15]. Al finalizar la contienda había 53 hospitales militares en Estados Unidos, muchos de ellos con unidades para amputados[4]. No fue casualidad que el 15 de marzo de 1917 *George Edward Barton*, *William Rush Dunton*, *Eleanor Clarke Slage*, *Susan Cox Johnson*, *Thomas Bissel Kidner*, *Isabel G. Newton* y *Herbert J. Hall*, crearan la *"Nacional Society of the Promotion of Occupational Therapy"* (Sociedad Nacional para la Promoción de la TO), considerado como el acto fundacional de la TO moderna[6, 7]. Esta disciplina tiene su origen en la interrelación terapéutica del paciente con discapacidad física, el profesional y la actividad ocupacional significativa[15]. Entre los aspectos positivos conseguidos por la TO en el transcurso de esta contienda, cabe mencionar el desarrollo de numerosos centros docentes, el logro del reconocimiento público para la profesión, la implementación de políticas y procedimientos y el progreso en el cuerpo doctrinal[6, 7]. Además, al finalizar la Primera Guerra Mundial se hizo un gran esfuerzo para implementar actividades vocacionales orientadas a la reinserción socio-laboral de las personas con discapacidad física, en vez de actuar exclusivamente desde los principios del Movimiento de Artes y Oficios, esto es, desde la utilización de la actividad ocupacional como divertimento y como

mantenimiento general de la salud[7, 8]. Sin embargo, no se consiguió prolongar en el tiempo este nuevo modelo de actuación[7, 8].

El interés por la rehabilitación disminuyó entre las dos guerras mundiales, excepto en un breve periodo en torno a 1930, año de inicio de la epidemia de poliomielitis[16]. En 1937, según la *"American Medical Association"* (AMA), los terapeutas ocupacionales trabajaban fundamentalmente en hospitales de Salud Mental y en sanatorios antituberculosos, quedando su participación en el ámbito de la discapacidad física reducida a una presencia testimonial en algunos hospitales de veteranos de guerra[11, 12]. La mayoría de las auxiliares de TO retornaron a sus antiguos oficios[14]. A comienzos de los años cuarenta, la profesión de TO tomó una orientación predominantemente biomédica que ha permanecido hasta los ochenta[11, 12]. Además, una gran variedad de profesionales afines se implicaron en la formación en TO, lo que fue derivando y explica la heterogeneidad docente actual[9, 17]. Este contexto educativo fomentó el debate sobre los diversos modelos de TO[9, 17].

En la Segunda Guerra Mundial, así como en guerras sucesivas (Corea, Vietnam, Balcanes, Golfo, judío-palestinas), con un progresivo desarrollo tecnológico, se incrementó el número de heridos de guerra. A la vez se conseguían grandes avances, fundamentalmente, en la atención integral de personas con traumatismos craneoencefálicos, lesión medular o amputaciones[4]. Al inicio, la presencia de terapeutas ocupacionales en los hospitales militares era ínfima (8 personas), motivado por el hecho de no haber conseguido el estatus militar en la primera gran guerra[8]. La creación de los Departamentos de Medicina Física &

Rehabilitación en múltiples hospitales de Estados Unidos y Reino Unido, se convirtió en el contexto adecuado para incorporar la elevada necesidad de terapeutas ocupacionales en el ámbito de la discapacidad física[8, 9, 13, 17-19]. A fin de satisfacer las crecientes demandas, la *"Dorset House School"* impartió cursos con carácter de urgencia para formar un mayor número de terapeutas ocupacionales[20]. En 1944, como parte de las preparaciones de la invasión aliada de la Alemania ocupada se construyó el primer centro de atención integral a personas con lesión medular en *Stoke Mandeville* (Inglaterra) y se crearon unidades de daño cerebral en Reino Unido (Oxford y Edimburgo), en Estados Unidos (San Antonio, Texas) y en la antigua Unión Soviética[8]. Sin embargo, en Francia y España no se comenzó a concretar esta asistencia hasta la década de los cincuenta. Durante la Segunda Guerra Mundial, la profesión de TO se fundamentaba en un modelo holístico biopsicosocial y la docencia se comenzó a realizar en las universidades[18]. Este carácter universitario no se concretaría en España hasta el año 1990 con la creación de la Diplomatura de Terapia Ocupacional (RD 1420/1990). Entre 1936 y 1954, fue relevante una doble influencia en la formación de TO. En primer lugar, la relación de la Asociación Americana de TO (AOTA) *"American Occupational Therapy Association"* con el Consejo de Educación Médica y Hospitalaria de la Asociación Médica Americana (AMA-CMEH) *"American Medical Association´s Council on Medical Education and Hospitals";* la segunda fue la relación entre la AOTA y el Ejercito de los Estados Unidos de América[9, 17]. AOTA y AMA-CMEH, junto con el Ejercito Americano, establecieron los nuevos estándares educativos para TO mediante la publicación de los *"Essentials of an Aceptable School of Occupational Therapy"*

y los *"War Emergency Courses for OT"* y el registro nacional de profesionales de TO (1931)[9, 17]. Además, la Academia de Ciencias de Estados Unidos organizó programas de investigación y desarrollo en 16 universidades, gestionados por veteranos de guerra. En 1947, los terapeutas lograron el estatus militar y el subsiguiente apoyo financiero[8]. Se publicó la revista *"Occupation Therapy and Rehabilitation"* y se concretó el primer libro de Principios de Terapia Ocupacional *("Principles of Occupational Therapy"*) de *Willard y Spackman*[8]. Estos hechos, favorecieron el reconocimiento de los programas de ayuda ocupacional y del profesional de TO, la financiación de la profesión ajena al ejército y la decisión de algunos responsables de la AOTA de actuar independientemente de otras profesiones del equipo multiprofesional de la discapacidad[9, 17, 19]. El número de terapeutas ocupacionales se había incrementado notablemente, sobretodo en Salud Mental y Psiquiatría, por lo que, curiosamente, la influencia de esta guerra en el ámbito de la discapacidad física no se comenzó a concretar hasta la década de los años cincuenta[8]. En 1956, se reconoce a los ayudantes de TO certificados (*Certified OT Asistant* –COTA-) frente a los terapeutas ocupacionales registrados (*Occupational Therapy Registred* –OTR-). Según *Howard Rusk* (1958), padre de la Medicina Física & Rehabilitación, la rehabilitación de la que eran participes los terapeutas ocupacionales actuaba en tres áreas: de soporte o apoyo, vocacional e reinserción laboral y funcional[13, 20, 21]. El éxito de la TO en esta contienda vino dado por el reconocimiento de los principios y fundamentos de la TO por parte de los profesionales de Ciencias de la Salud y el fracaso por la incapacidad para

integrar y preparar un número suficiente de terapeutas ocupacionales para satisfacer las demandas existentes[8].

Han sido las guerras mundiales del Siglo XX y la experiencia de rehabilitar heridos de guerra la que ha permitido consolidar tanto los Servicios de Rehabilitación como los Departamentos de TO, tan ligados en la atención de personas con discapacidad física[8]. Sin embargo, los fundamentos de la Medicina Física & Rehabilitación y de la TO son anteriores a las guerras mundiales, en concreto, tienen sus diversos orígenes predominantemente en el siglo XIX. Esta situación bélica suministró principios valiosos y prácticos a ambas profesiones que se concretaron en la mejora de los Sistemas Públicos y Privados de Asistencia Sanitaria de los países en guerra, sistemas que hoy están comprometidos con la atención a las víctimas de la carretera o de la sociedad del estrés. Sea este recordatorio histórico un pequeño homenaje a todas aquellas personas pioneras, terapeutas ocupacionales o no, que ayudaron a asentar los fundamentos de la TO moderna en adversas condiciones.

Bibliografía

1.- Climent Barberá, JM. Historia de la Rehabilitación. De la Física Terapéutica a a la Rehabilitación de Invalidos: un modelo de especialización en medicina. Barcelona: Edikamec; 2001.

2.- Miranda Mayordomo JL. Rehabilitación Médica. Madrid: Aula Médica; 2004.

3.- Dillingham TR. Physiatry, Physical Medicine and Rehabilitation: Historical development and military roles. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America 2002; 13: 1-16a

4.- Eldar R, Jelic M. The Association of Rehabilitation and War. Disability and Rehabilitation 2003; 25 (18): 1019-23 ERA EL 4

5.- Wish-Baratz S. Bird T. Baldwin: A Holistic Scientist in Occupational Therapy´s History. Am J Occup Ther 1988; 43: 257-60

6.- Gutman SA. Influence of the US Military and Occupational Therapy Reconstruction Aides in World War I on the Development of Occupational Therapy. Am J Occup Ther 1994; 3: 256-62

7.- Gutman SA. Occupational Therapy´s Link to Vocational Reeducation. Am J Occup Ther 1997; 51: 907-15

8.- Hopkins HL, Smith H. Terapia ocupacional Willard/Spackman, 8ª ed. Madrid: Panamericana; 1998.

9.- Colman W. Structuring Education: Development of the First Educational Standard in Occupational Therapy, 1917-1930. Am J Occup Ther 1991; 46: 653-60

10.- Bloom Hoover JA. Diversional Occupational Therapy in World War I: A need for purpose in occupations. Am J Occup Ther 1996; 50: 881-5 ERA EL 2

11.- Friedland J. Occupational Therapy and Rehabilitation: An Akward Alliance. Am J Occup Ther 1997; 52(5): 373-80

12.- Friedland J. Puiser dans la sájese du passé: Reflexión sur le retour au travail et les relations interpersonnelles. D´Ergothérapie 2001; 68 : 266-71

13.- Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia ocupacional. Teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003.

14.- Low JF. The Reconstruction Aides. Am J Occup Ther 1991; 46: 38-43

15.- Peloquin SM. Occupational Therapy Service: Individual and Collective Understandings of the Founders, Part 2. Am J Occup Ther 1990; 45: 733-44

16.- Krusen FH. Historical development in Physical Medicine and Rehabilitation during the last 40 years. Arch Phys Med Rehab 1969; 50: 1-5

17.- Colman W. Evolving Educational Practices in Occupational Therapy: The War Emergency Courses, 1936-1954. Am J Occup Ther 1990; 44: 1208-36

18.- Caballero-Navarro A, Bueno-Lozano M, Fleta-Zaragozano. Evolución de la Terapia Ocupacional tras la Segunda Guerra Mundial. Anales de Ciencias de la Salud; 99-103

19.- Cockburn L. Canadian Occupational Therapists´contributions to prisoners of war in World War II. Canadian J Occup Ther 2005; 72(3): 183-8

20.- Turner A, Foster M, Johnson SE. Terapia ocupacional y disfunción física. Principios, técnicas y práctica, 5ª ed. Madrid: Elsevier España; 2003.

21.- Creighton C. The Origin and Evolution of Activity Análisis. Am J Occup Ther 1991; 46: 45-8

Capítulo 10

HOSPITAL REAL Y GENERAL DE NUESTRA SEÑORA DE GRACIA". ZARAGOZA.

Dña. Marta Pérez de Heredia

Como citar este capítulo en sucesivas ocasiones
Pérez de Heredia M. Torres Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación [monografía en Internet]. TOG (A Coruña): APGTO; 2007. p. 320-323 [citado fecha mes y año]. Disponible en: www.revistatog.com

PALABRAS CLAVE DESC Tratamiento Moral, Historia, Terapia ocupacional

PALABRAS CLAVE DEL AUTOR Tratamiento Moral, Historia, Terapia ocupacional, Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia.

DESC KEYWORDS Moral Treatments, History, Occupational Therapy

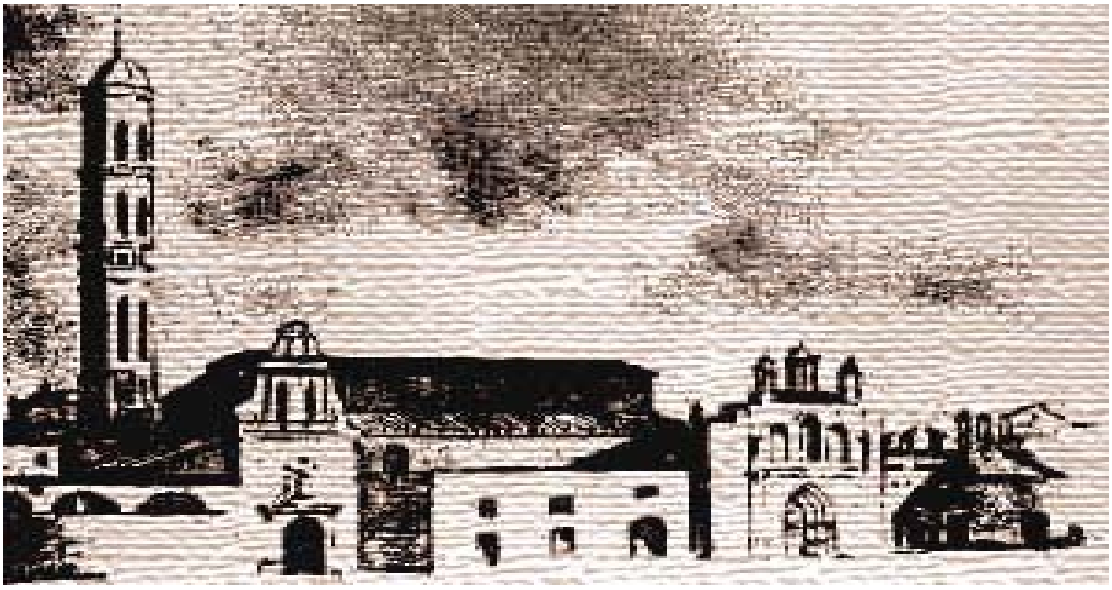


Imagen cedida por cortesía de Dña. Marta Pérez de Heredia

En la historia de Terapia Ocupacional si aceptamos que el Tratamiento moral es nuestro principal antecesor, debemos considerar que en las instituciones psiquiátricas hospitalarias españolas se encuentran los verdaderos cimientos de la Terapia Ocupacional.

El "Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia" de Zaragoza, fundado en 1425 por Alfonso V de Aragón, el Magnánimo, donde se instaura un régimen abierto para los pacientes, aparece por primera vez descrito el tratamiento por medio de ocupaciones o trabajos, desarrollado por el padre Murillo, según cita Orozco Acuaviva. Los dementes trabajaban en el hilado, en la cocina, en el horno, ayudando al albañil, en el cultivo de gusanos de seda y en la vendimia y cultivo de los campos. En el año 1766 ya contaban con un médico específicamente dedicado al departamento de dementes.

Algunos datos sobre el volumen de los pacientes dementes atendidos en esta institución, fueron recogidos por J. J. López González en el diario de Casamayor: "Año 1783: Dementes atendidos- 379, Dementes fallecidos- 36 y Dementes curados- 69". Muestran algo importante para destacar, ya que en esos comienzos de la psiquiatría no se prescribía ningún tratamiento farmacológico y los pacientes curados sanaban únicamente por la atención en libre régimen y el tratamiento de Terapia Ocupacional".

Philip Pinel (1745-1826) conocía la asistencia dispensada en el hospital de Zaragoza y la copia llevándola a la práctica en Francia, liberando a los "locos"

de sus cadenas en 1793, como ya se hiciera casi cuatro siglos antes en España, e implanta entonces en Francia, y poco después en el resto de Europa, el "Tratamiento moral", basado en el modelo de asistencia y tratamiento del "Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia" de Zaragoza.

De hecho, en 1801, en su Traité mèdico-philosophique sur l´aliénation mentale, recoge sus observaciones sobre el Psiquiátrico de Zaragoza: "Tenemos que envidiar a cierta nación vecina un ejemplo que nunca será bastante conocido. No lo presenta Inglaterra ni Alemania sino España, en una de cuyas ciudades Zaragoza, existe un asilo para enfermos y principalmente para locos que lleva el lema "Urbis et orbis". Sus fundadores y directores emplearon el trabajo mecánico para hacerlo servir de contrapeso a los extravíos del entendimiento por la afición que inspira y el deleite que proporciona el cultivo de los campos, y por el natural instinto que conduce al hombre a satisfacer sus necesidades con el fruto de su industria. El hombre es consolado de este modo en la mayor y más horrible de sus desgracias. Su dignidad ha salido victoriosa triunfo que corresponde al manicomio de Zaragoza". Pinel.

Bibliografía

1. Máximo, N. Pérez de Heredia, M. Gutiérrez, M. (2004): Atención en el hogar de personas mayores. Manual de Terapia Ocupacional. Salamanca. Ediciones Témpora, S.A.
2. Kronenberg, F, Simo, S, Pollard, N. (2005): Occupational Therapy without Borders: Learning From the Spirit of Survivors. London. Churchill Livingstone.

Capítulo 11

LA EVOLUCIÓN ACADÉMICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL A LO LARGO DE LA HISTORIA

Dña. Azucena Ortega Valdivieso

Como citar este capítulo en sucesivas ocasiones
Ortega Valdivieso A. La evolución académica de la Terapia Ocupacional a lo largo de la historia En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación [monografía en Internet]. TOG (A Coruña): APGTO; 2007. p. 324-329 [citado fecha mes y año]. Disponible en: www.revistatog.com

PALABRAS CLAVE DESC Terapia Ocupacional; Estudios de Terapia Ocupacional.

PALABRAS CLAVE DEL AUTOR Formación en terapia ocupacional, Invalid Occupations, Minimun Standard for training, Terapia Ocupacional

DESC KEYWORDS Occupational Therapy, Occupational Therapy Studies.

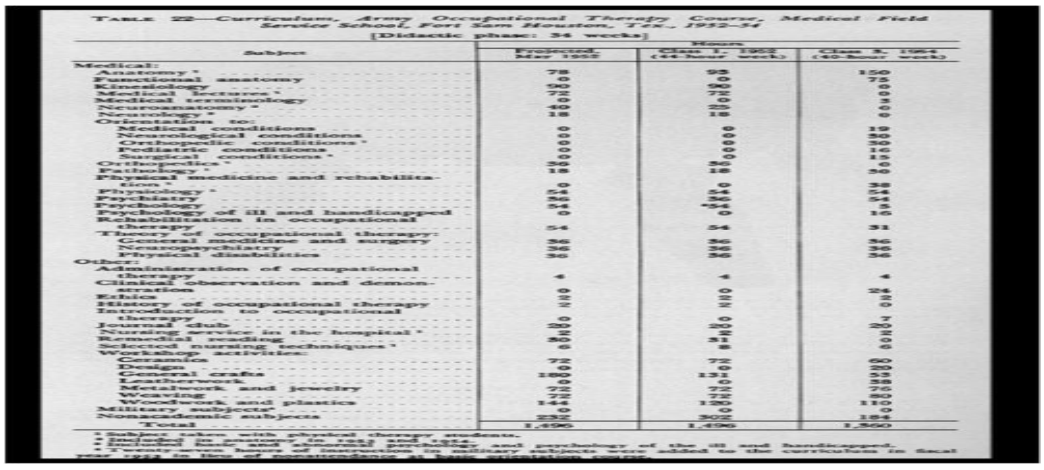


TABLE 22—Curriculum, Army Occupational Therapy Course, Medical Field Service School, Fort Sam Houston, Tex., 1952-54
[Didactic phase: 34 weeks]

Subject	Hours		
	Prior 1952	Class 1, 1952 (44-hour week)	Class 3, 1954 (40-hour week)
Medical:			
Anatomy [1]	78	93	150
Functional anatomy	0	0	75
Kinesiology	90	90	0
Medical lectures [1]	72	72	0
Medical terminology	0	3	0
Neuroanatomy [1]	40	25	0
Neurology [1]	18	18	0
Orientation to:			
Medical conditions	0	0	19
Neurological conditions	0	0	30
Orthopedic conditions [2]	0	0	30
Pediatric conditions [2]	0	0	16
Surgical conditions [2]	0	0	15
Orthopedics [1]	36	36	0
Pathology [1]	18	18	30
Physical medicine and rehabilitation [1]	0	0	38
Physiology [1]	54	54	38
Psychiatry	36	36	54
Psychology	54	[illegible]54	5
Psychology of ill and handicapped	0	0	15
Rehabilitation in occupational therapy	54	54	31
Theory of occupational therapy:			
General medicine and surgery	36	36	36
Neuropsychiatry	36	36	36
Physical disabilities	36	36	36
Other:			
Administration of occupational therapy	4	4	4
Clinical observation and demonstrations	0	0	24
Ethics	2	2	2
History of occupational therapy	2	2	2
Introduction to occupational therapy	0	0	7
Journal club	20	20	20
Nursing service in the hospital [1]	2	2	2
Remedial reading	30	31	0
Selected nursing techniques [1]	6	8	6
Workshop activities:			
Ceramics	72	72	60
Design	0	0	20
General crafts	180	131	53
Leathework	0	0	38
Metalwork and jewelry	72	72	76
Weaving	72	72	80
Woodwork and plastics	144	120	110
Military subjects [3]	0	0	0
Nonacademic subjects	232	302	184
Total	1,496	1,496	1,360

[1] Subject taken with physical therapy students.
[2] Included lectures and clinical practice [illegible] and psychology of the ill and handicapped.
[3] Twenty-six hours of instruction in military subjects were added to the curriculum in fiscal year 1954 in lieu of nonacademic [illegible] [illegible].

Imagen cedida por cortesía de D. Pedro Moruno Miralles

La creación de la Terapia Ocupacional por un grupo de personas provenientes de diferentes profesiones (medicina, enfermería, trabajo social, docente de artes y oficios, arquitectura, etc) y con trayectorias personales en diferentes campos del saber y de la vida, confirió ese carácter plural y multidisciplinar a la profesión que ha marcado el camino de la disciplina hasta nuestros días. Desde un principio los postulados médicos, las diferentes formas de entender la ocupación, el enfoque social y la perspectiva de las personas afectadas hicieron confluir sus experiencias y propuestas en las primeras concepciones.

Las primeras acciones relacionadas con la formación de profesionales se remonta, según Dutton a 1906. En ese año Susan Tracy ofreció el primer curso y se impartía sólo para estudiantes de enfermería en Chicago. Ese primer curso consistió en 10 lecciones cada una incluyendo un estudio de caso diferente para que el alumno pensara en una actividad apropiada. Esta primera metodología bien podemos asimilarla a los créditos de laboratorio o de talleres que actualmente existen en la formación de alumnos.

Dos años después, en 1908, Julia Lathrop y Rabbi Hirsch ofrecen un curso para trabajadores sociales de un mes de duración en verano en la *Chicago School of Civics and Philanthropy* también en Chicago. En este caso los alumnos tenían que aprender cómo volver a estimular a los enfermos mentales a través de la instrucción ocupacional y la diversión.

1911 supuso el primer cambio importante en la formación de profesionales. Por un lado se incrementó el número de cursos que se impartían -un total de 3- y más importante aún, uno de ellos se realiza por primera vez en una universidad. El curso de William Dunton en el *Sheppard and Enoch Pratt Hospital* en Maryland también consistió en 10 lecciones. Los contenidos estaban relacionados con los medios e incluía juegos, trabajos de cuerda, papiroflexia y recorte de papel, encuadernación, etc. Del curso de Reba G. Camerón tan sólo sabemos que se impartió en el *Taunton State Hospital*.

El primer curso impartido en una universidad corresponde a Evelyn Collins. Fue realizado en el *Teacher´s College* de la Universidad de Columbia. 5 años más tarde, en 1916, Susan C. Johnson –una de las fundadoras- asume las responsabilidades de la enseñanza. Este curso denominado *Invalid Occupations* se componía de conferencias, trabajo práctico y demostraciones. Se ofrecía como una elección para las enfermeras que les ocupaba 3 horas semanales.
Aunque no se disponen de datos, probablemente el primer curso real de Terapia Ocupacional fue impartido en la *Henry B. Favill School of Occupations* de la Sociedad de Higiene Mental de Illinois en 1914.

1918 vuelve a ser otro momento de inflexión para la formación de terapeutas ocupacionales. En total se conocen 5 experiencias nuevas en la formación de profesionales. Una experiencia corresponde a la primera colaboración entre la *Henry B. Favill School of Occupations* y la *Chicago School of Civics and Philanthropy*. Aquél curso, denominado *Special Courses in Curative Occupations*

and Recreation, duraba 6 meses dividido en dos trimestres. Ya se apuntaba la estructura que hoy en día se mantiene: formación teórica básica pluridisciplinar, contenidos específicos de la disciplina y formación clínica.

El curso implicaba:

- Trabajo técnico por las mañanas en una clínica
- Conferencias relativas a la administración de un departamento, psicología, principios del trabajo de casos, psicología del juego y otros contenidos por las tardes y
- Cursos técnicos incluyendo kinesiología, organización departamental, danzas folclóricas, juegos y trabajos manuales.

Otra experiencia fue la del *Milwaukee Downer College* que desarrolló un programa modelo de TO. Y posteriormente, en 1931, desarrolló la primera Diplomatura en TO. La experiencia de la *Philadelphia School of Occupational Therapy* y de la *St. Louis School of Occupational and Recreational Therapy* (que comenzó bajo la dirección de la Asociación de Terapia Ocupacional de Missouri) fueron dos de las primeras escuelas en ser acreditadas por la AOTA y la American Medical Association en 1938.

Por último, la quinta experiencia de 1918 corresponde a la *Boston School of Occupational Therapy.* Esta escuela fue la primera en impartir clases de 12 semanas como parte del programa de emergencias de la I Guerra Mundial para formar a terapeutas ocupacionales que pudieran trabajar en las líneas de fuego. La imagen que motiva esta contribución corresponde al programa educativo de una escuela militar, la *Medical Field Service School* que incluía el curso *Army*

Occupational Therapy Course. El curso se desarrollaba en dos años, de 1952 a 1954, con una fase didáctica de 34 semanas de duración. Los contenidos teóricos incluían conocimientos de medicina que aún hoy siguen considerándose esenciales en la formación de terapeutas ocupacionales: anatomía, fisiología, kinesiología, neurología, ortopedia, pediatría, ortopedia, psiquiatría, cirugía, patología, psicología, etc. También incluía conocimientos específicos de Terapia Ocupacional, p.e. teorías generales de Terapia Ocupacional aplicados a cirugía, medicina general, neuropsiquiatría e "incapacitados" físicos. Otros contenidos estaban referidos a actividades de taller: cerámica, manualidades en general, trabajo del cuero, elaboración de joyas, madera, etc. Por último, el currículo se completaba con contenidos militares para aquellos que carecieran de conocimientos básicos de dicha formación. Excepto este último tipo de conocimientos, casi todos los demás contenidos se han mantenido hasta nuestros días en la formación recomendada en las diferentes evoluciones de los documentos de normas mínimas para la formación de los terapeutas ocupacionales.

Las primeras normas para la formación fueron enunciadas por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional en una reunión celebrada en Milwaukee en 1923, *Minimun Standards for training*. Estas primeras normas incluían cursos de 12 meses y exigían que 3 fueran entrenamientos en prácticas hospitalarias. La WFOT hoy en día establece unas normas mínimas de formación para reconocer internacionalmente los estudios de un determinado centro formativo.

Bibliografía

1. Reed KL, Sanderson SR. Concepts of occupational therapy. 2 edition. Baltimore; Williams & Wilkins, 1983.

Terapia Ocupacional: Una perspectiva histórica.
90 años después de su creación.

NOTAS

NOTAS

Como citar este libro en sucesivas ocasiones

Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación [monografía en Internet]. TOG (A Coruña): APGTO; 2007 [citado fecha mes y año]. Disponible en: www.revistatog.com

Este libro se acabó de maquetar en Ferrol a 12 de Marzo de 2007

Versión electrónica imprimible

Terapia Ocupacional: Una perspectiva histórica. 90 años después de su creación. ©

Promueve y Coordina:

Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Patrocinado:

Universidad de la Coruña
Facultad de Ciencias de la Salud