

Alba Cambra Aliaga

# El proceso de profesionalización de la Terapia Ocupacional en España (1961-2007)

Departamento  
Fisiatría y Enfermería

Director/es  
Bernués Vázquez, Luis  
Fernández Doctor, Asunción

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



© Universidad de Zaragoza  
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606



**Universidad**  
Zaragoza

Tesis Doctoral

EL PROCESO DE PROFESIONALIZACIÓN DE LA  
TERAPIA OCUPACIONAL EN ESPAÑA (1961-2007)

Autor

Alba Cambra Aliaga

Director/es

Bernués Vázquez, Luis  
Fernández Doctor, Asunción

**UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA**

Fisiatría y Enfermería

2017





**Universidad**  
Zaragoza

## Tesis Doctoral

El proceso de profesionalización de la Terapia  
Ocupacional en España (1961-2007)

Autora

Alba Cambra Aliaga

Director/es

Asunción Fernández Doctor  
Luis Bernués Vázquez

Facultad de Ciencias de la Salud  
2017







**Universidad**  
Zaragoza

D. Luis Bernués Vázquez, Doctor por la Universidad de Zaragoza, profesor Titular del Área de Enfermería perteneciente al Departamento de Fisiatria-Enfermería de la Universidad de Zaragoza, hace constar:

Que la Tesis Doctoral titulada: **“El proceso de profesionalización de la Terapia Ocupacional en España (1961-2007)”** de **Dña. Alba Cambra Aliaga** reúne los requisitos necesarios para ser presentada y defendida por su autora para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Zaragoza.

Zaragoza, 21 de Marzo de 2017

Fdo.: Luis Bernués Vázquez





## **Agradecimientos**

*La realización de una tesis doctoral sobre Terapia Ocupacional en España es sin duda un gran desafío, pero también es un camino lleno de oportunidades, un camino en el que se cruzan muchas personas que ahora vuelven a mi pensamiento.*

*Agradezco la oportunidad de haber podido trabajar con una persona de experiencia como Asunción Fernández, que me acogió con dedicación desde el principio y cuyas orientaciones y estímulo han sido siempre de gran ayuda, tampoco olvido el apoyo y los ánimos que siempre me transmitió Luis Bernués, gracias a los dos.*

*Gracias por tener la oportunidad de pertenecer al Seminario de Historia y recibir y compartir aprendizajes que han sido fundamentales para la realización de este trabajo.*

*Recuerdo a todas las personas que de una u otra forma han colaborado en la realización de esta investigación, pero muy especialmente a las terapeutas ocupacionales que desinteresadamente dieron parte de su tiempo y estuvieron dispuestas a compartir sus relatos de vida conmigo. Gracias de corazón, no quiero dejar pasar la ocasión para expresar mi admiración y respeto por vuestra dedicación a esta profesión.*

*Gracias a todos aquellos que desde la práctica de la terapia ocupacional contribuyeron a la construcción de la profesión y a todos los que continúan luchando por consolidarla.*

*A las personas que están más cerca, mis colegas, sin vuestra ayuda, ánimo y ejemplo, no habría podido llegar hasta aquí.*

*A mi amor, sin ti nada es posible.*



# SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN .....	17
1.1. Justificación .....	17
1.2. Historiografía de la Terapia Ocupacional .....	19
1.3. Marco teórico: sociología de las profesiones.....	25
2. OBJETIVOS .....	35
3. MATERIAL Y MÉTODOS .....	39
4. ANTECEDENTES, NACIMIENTO Y EXPANSIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL .....	49
4.1. Antecedentes de la ocupación como medio terapéutico. ....	49
4.1.1. Ocupación terapéutica en la Antigüedad .....	50
4.1.2. Ocupación terapéutica en la Edad Media .....	54
4.1.3. Utilización terapéutica de las ocupaciones en el mundo moderno.....	59
4.2. Movimientos influyentes en el origen de la profesión: siglos XIX y XX.....	79
4.2.1. Tratamiento Moral.....	79
4.2.2. Movimiento de Artes y Oficios .....	85
4.2.3. Pragmatismo y educación.....	87
4.2.4. Movimiento de los “Settlement” .....	89
4.2.5. Movimiento de Higiene Mental.....	90
4.3. Los inicios de la Terapia Ocupacional como profesión (1917).....	93
4.3.1. Creación de la primera organización profesional .....	93
4.3.2. Inicios de la formación en Terapia Ocupacional .....	103
4.4. Factores clave para la expansión de la Terapia Ocupacional.....	111
4.4.1. Repercusión de la I Guerra Mundial .....	111
4.4.2. Repercusión de la II Guerra Mundial .....	115
5. LA TERAPIA OCUPACIONAL COMO PROFESIÓN EN ESPAÑA.....	123
5.1. Factores contextuales en el origen de la profesión en España. ....	123
5.1.1. Del siglo XIX hasta el comienzo de la Guerra Civil española en 1936.....	123
5.1.2. Desde la finalización de la Guerra Civil española hasta 1961.....	150
5.2. Desarrollo educativo de la Terapia Ocupacional en España (1961-2007) .....	205
5.2.1. La Escuela de Terapia Ocupacional (1961-1998) .....	206
5.2.2. Diplomatura Universitaria en Terapia Ocupacional (1990-2007).....	268
5.2.3. El paso a Grado Universitario en Terapia Ocupacional (2007) .....	289
5.3. Organizaciones profesionales (1967-2007).....	294

5.3.1. Asociación Española de Terapia Ocupacional (AETO, 1967-1987) .....	294
5.3.2. Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO, 1987-2007) .....	305
5.3.3. Asociaciones autonómicas y Colegios Profesionales (1983-2007) .....	307
5.4. Práctica profesional (1962-2007) .....	312
5.4.1. El inicio de la actividad profesional (1962) .....	312
5.4.2. El desarrollo de la práctica profesional (1962-1986) .....	317
5.4.3. Consolidación de la profesión (1986-2007) .....	335
5.5. Desarrollo científico y difusión del conocimiento .....	354
5.5.1. Formación postgrado .....	354
5.5.2. Investigación y publicaciones.....	355
5.5.3. Congresos y Jornadas .....	368
5.6. La profesionalización como experiencia vivida .....	371
5.6.1. Motivaciones.....	372
5.6.2. La formación .....	376
5.6.3. Ejercicio profesional.....	386
5.6.4. Reflexiones.....	393
6. CONCLUSIONES .....	399
7. BIBLIOGRAFÍA .....	407
7.1. Fuentes .....	407
7.2. Bibliografía crítica.....	413
8. ANEXOS.....	429
Anexo I. Datos profesionales básicos de los informantes.....	431
Anexo II. Guion de la entrevista semiestructurada.....	432
Anexo III. Informe de Mercedes Abella sobre su misión en España (OMS) .....	433
Anexo IV. Acta de la asignatura “Organización y administración de departamentos de Terapia Ocupacional” (1962).....	434
Anexo V. Ficha del estudiante Ángel Alonso Miguel. Primer curso (1961-1962).....	435
Anexo VI. Títulos de Terapeuta Ocupacional de la ETO. ....	436
Anexo VII. Actas de Constitución de la AETO y la APETO .....	438
Anexo VIII. RD 1420/1990 y solicitud de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Zaragoza .....	439
Anexo IX. Revista de la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales, cambios producidos de 1982 a 1989.....	440
Anexo X. Tabla de análisis de la revista de APETO (2004-2007) .....	442

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Programa España 3 y 23 (OMS) .....	200
Tabla 2. Programa España 17 (OMS).....	200
Tabla 3. Proyectos europeos con participación española (OMS) .....	201
Tabla 4. Datos demográficos y formación previa de los estudiantes (ETO) .....	249
Tabla 5. Datos sobre centros de trabajo o recomendación estudiantes (ETO) .....	255
Tabla 6. Programa del primer curso (1961-1962) .....	258
Tabla 7. Programa del Segundo Reglamento (1967).....	260
Tabla 8. Variaciones del plan de estudios (1961-62 a 1970-73) .....	262
Tabla 9. Plan de estudios (1971-1974 a 1981-83) .....	263
Tabla 10. Variaciones del plan de estudios (1982-85 a 1994-97) .....	264
Tabla 11. Materias troncales de la Diplomatura de Terapia Ocupacional .....	275
Tabla 12. Diplomatura: centros universitarios y planes de estudios .....	283
Tabla 13. Título de Grado: centros universitarios y planes de estudios .....	290
Tabla 14. Colegios Profesionales en España (2001-2007).....	310
Tabla 15. Bibliografía comúnmente citada en las tesinas (ETO).....	361
Tabla 16. Libros publicados por terapeutas ocupacionales españoles .....	364

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Promedio de alumnos por periodos.....	246
Gráfico 2. Número de alumnos por promoción .....	246
Gráfico 3. Edad media de acceso .....	248
Gráfico 4. Distribución por sexo .....	250
Gráfico 5. Lugar de nacimiento.....	251
Gráfico 6. Origen geográfico de los alumnos .....	253
Gráfico 7. Formación previa .....	254
Gráfico 8. Promedio de terapeutas ocupacionales/100.000 habitantes (2006) .....	351
Gráfico 9. Ámbitos de desempeño profesional (2004).....	352
Gráfico 10. Recursos asistenciales de desempeño profesional (2004) .....	353

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Philippe Pinel. El trabajo mecánico debe ser la ley fundamental de todo hospital de locos.....	64
Figura 2. Philippe Pinel. Tratado médico-filosófico de la enagenacion del alma o manía. ....	82
Figura 3. Reunión fundacional de la National Society for the Promotion of Occupational Therapy (NSPOT). ....	94
Figura 4. Camp Grant, Rockford, Illinois. Circa Abril 1919.....	112
Figura 5. Tratamiento de la poliomielitis en la Clínica de la Concepción, 1958.....	197
Figura 6. Decreto 3097/1964, de 24 de septiembre, por el que se crea la Escuela de Terapia Ocupacional.....	222
Figura 7. Resolución de la Dirección General de la Escuela Nacional de Sanidad autorizando los cursos de Terapia Ocupacional (1991) .....	243
Figura 8. Distribución geográfica de los centros y nº de terapeutas (1986) .....	336

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AETO. Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales.

AMA. American Medical Association.

ANECA. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación.

APETO. Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales.

AOTA. *American Occupational Therapy Association* (Asociación Americana de Terapia Ocupacional).

AVD. Actividades de la Vida Diaria.

BOE. Boletín Oficial del Estado.

CNDEUTO. Conferencia Nacional de Decanos de Terapia Ocupacional de España.

COTEC. *Council of Occupational Therapists for the European Countries* (Consejo de Terapeutas Ocupacionales para los Países Europeos).

DGS. Dirección General de Sanidad.

ECTS. European Credit Transfer and Accumulation System. (Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos).

ENS. Escuela Nacional de Sanidad.

ETO. Escuela de Terapia Ocupacional.

ENOTHE. *European Network of Occupational Therapy in Higher Education* (Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior).

INSALUD. Instituto Nacional de Salud.

INP. Instituto Nacional de Previsión.

INSS. Instituto Nacional de la Seguridad Social.

INSERSO. Instituto Nacional de Servicios Sociales.

LISMI. Ley de Integración Social de los Minusválidos.

OIT. Organización (u Oficina) Internacional del Trabajo.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

ONU. Organización de las Naciones Unidas.

PANAP. Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.

PCI. Parálisis Cerebral Infantil.

SAP. Servicio de Asistencia al Pensionista.



SEREM. Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos.

SNC. Sistema Nervioso Central.

SNP. Sistema Nervioso Periférico.

SOE. Seguro Obligatorio de Enfermedad.

TO. Terapia Ocupacional.

UNESCO. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

WFOT. *World Federation of Occupational Therapists* (Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales).

## **1. INTRODUCCIÓN**



# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Justificación

En nuestro contexto universitario, la actividad investigadora en Terapia Ocupacional constituye un fenómeno relativamente reciente. Durante décadas, la mayor parte de los terapeutas ocupacionales se concentró en su faceta asistencial, asimismo, la inclusión de los estudios en la Universidad se realizó con posterioridad al resto de profesiones sanitarias lo que limitó aún más las posibilidades de acceso al nivel de Doctorado. Afortunadamente, el número de trabajos de investigación está creciendo de forma significativa, al igual que ocurre desde hace unos años con Enfermería y Fisioterapia. En Ciencias de la Salud, una de las áreas de creciente interés es el estudio sociohistórico de las profesiones, un indicador del avance en investigación y de la necesidad de difundir las inquietudes existentes sobre la identidad profesional y la demanda de mayor reconocimiento social y autonomía.

En la Universidad de Zaragoza, se vienen realizando excelentes trabajos en esta línea, lo que ha supuesto un importante impulso para la realización de esta tesis doctoral.<sup>1</sup> Es en este contexto donde se encontró el apoyo necesario para canalizar la inquietud de la autora por conocer y comprender la historia de la Terapia Ocupacional. Su condición de terapeuta ocupacional y docente en el Grado es un motivo añadido para trabajar en esta línea aportando una perspectiva personal que puede contribuir a la construcción del conocimiento desde la realidad local de la profesión.

Por otra parte, el año 2017 marca un hito singular, se cumplen cincuenta años de la creación de la primera asociación profesional de nuestro país, un acontecimiento que coincide con el aniversario de la fundación, hace cien años, de la primera asociación profesional de terapeutas ocupacionales en el mundo, y que se considera el nacimiento oficial de la Terapia Ocupacional. De manera

---

<sup>1</sup> De entre las tesis doctorales realizadas en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza destacamos: "Historia de la institución de la Enfermería universitaria. Análisis con una perspectiva de género" de Concha Germán Bes (2006); "Institucionalización de la Enfermería Geriátrica en España (1977-2010) de M<sup>a</sup> Lourdes Jiménez Navascués (2013); "Factores de desarrollo en la Enfermería Comunitaria española en los últimos 25 años" de Fabiola Hueso Navarro (2014); "La construcción de la profesión de Practicante en Aragón: 1857-1936" de Isabel Blázquez Ornat (2015); "Evolución del ejercicio profesional de las matronas en Soria durante el siglo XX" de Carmen Rojo Pascual (2017); "Las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en España, 1953-1980. Historia de las Escuelas del Distrito Universitario de Zaragoza" de Yolanda Martínez Santos (2017).

que existe un margen de tiempo suficiente para aproximarse al estudio de esta disciplina desde una perspectiva histórica.

En la actualidad, la Terapia Ocupacional se define por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) como:

Una profesión de la salud centrada en el usuario, a la cual concierne la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. La finalidad primordial de la Terapia Ocupacional es posibilitar la participación de las personas en las actividades de la vida cotidiana. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado trabajando con personas y comunidades para incrementar su capacidad de involucrarse en las ocupaciones que desean o necesitan hacer, o que se espera que hagan; o mediante la modificación de la ocupación o del ambiente para brindar mayor apoyo a su compromiso ocupacional.<sup>2</sup>

Es decir, la Terapia Ocupacional concibe a la persona en relación con su contexto y las ocupaciones que realiza, desea o necesita realizar y utiliza todo ello para incidir en la mejora de la salud y el bienestar. Esto implica una serie de interacciones complejas que exigen intervenciones también complejas, diversas y dinámicas. Podríamos decir lo mismo de la profesión, la interacción entre las personas, los contextos y las ocupaciones o acciones que se hacen o se desean llevar a cabo, determina en gran manera las posibilidades de consolidación y de progreso de la disciplina.

Desde el nacimiento formal de la Terapia Ocupacional a principios del siglo XX hasta el día de hoy se han producido importantes acontecimientos y cambios sociales, políticos y sanitarios que han influido notablemente en su evolución. En realidad, por la propia naturaleza de la profesión, desde el principio ha sido constante la necesidad de adaptación a estos cambios y a la exigencia de una práctica centrada en la evidencia. En la actualidad, fenómenos como la globalización, las innovaciones en el ámbito de la salud, la diversidad de poblaciones a las que se dirigen las intervenciones y las rápidas transformaciones sociales acentúan más si cabe dicha necesidad. Todo ello constituye un gran reto y, como ya sucedió en otros momentos de la historia, la Terapia Ocupacional puede resultar favorecida si se posiciona adecuadamente. Sin embargo, si deja a un lado sus orígenes y sus fundamentos podría perderse la esencia de la profesión y dañarse la identidad profesional de los terapeutas ocupacionales.

---

<sup>2</sup> World Federation of Occupational Therapists (WFOT), *Declaración sobre la Terapia Ocupacional*, traducción oficial del documento en inglés *Statement on Occupational Therapy* (WFOT, 2011), <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>

Por todo ello, entendemos que la realización de estudios sobre la profesión, no solo resultan interesantes, sino que son necesarios para consolidar la propia cultura profesional y aportar ideas para el análisis del momento actual y de las perspectivas de futuro. La realización de trabajos de investigación como éste puede resultar de utilidad para los diversos colectivos: colegios profesionales y asociaciones, estudiantes y profesores de Terapia Ocupacional, terapeutas ocupacionales y profesionales afines, lo que finalmente repercute en la sociedad.

## **1.2. Historiografía de la Terapia Ocupacional**

Al igual que sucede en otras profesiones de la salud, la historia como objeto de investigación constituye un área minoritaria en Terapia Ocupacional, sin embargo, es un campo que siempre ha despertado interés. Los primeros defensores de la Terapia Ocupacional como profesión de la salud, buscaron formas de difundir sus ideas en la comunidad científica y en sus publicaciones hicieron alusiones a las raíces de la disciplina.<sup>3</sup> Este tipo de argumentos servían como justificación extra para conseguir el reconocimiento de la profesión y la consiguiente creación de servicios de Terapia Ocupacional. Ciertamente, esta sigue siendo una línea de investigación, el estudio de los orígenes de la Terapia Ocupacional como disciplina o, dicho de otra forma, la historia del uso de las ocupaciones en relación con la salud o como herramienta terapéutica.<sup>4</sup> Esto se refleja en la bibliografía que se usa habitualmente en la formación, que suele incluir estos temas en algún capítulo o sección.<sup>5</sup>

Lógicamente, con el paso del tiempo el campo se fue ampliando y se comenzaron a publicar trabajos sobre la propia historia de la profesión. En los países "fundadores", especialmente los de habla inglesa y países nórdicos, donde el recorrido de la Terapia Ocupacional y la actividad investigadora tienen mayor tradición, es donde encontramos también un mayor número de publicaciones sobre este tema.

---

<sup>3</sup> Véase el capítulo 4.3. Los inicios de la Terapia Ocupacional como profesión.

<sup>4</sup> Entendiendo disciplina como el *corpus* sistemático de conocimientos sobre un campo determinado sobre los que progresivamente se va a construir la profesión.

<sup>5</sup> Un ejemplo representativo es el libro *Willard & Spackman Terapia Ocupacional*, usado en diversos países y que lleva ya 12 ediciones, en dicha obra siempre hay un capítulo dedicado a la historia de la Terapia Ocupacional.

En nuestra búsqueda bibliográfica hemos hallado que la mayor proporción de literatura circulante relacionada con historia de la Terapia Ocupacional se ha producido en el periodo abarcado entre finales de los años ochenta y principios del siglo XXI. Creemos que esto se puede atribuir principalmente a dos causas: por una parte, al tiempo transcurrido, que permite acercarse al objeto de estudio desde una distancia prudencial y, por otra, a la coincidencia con un periodo de desarrollo del conocimiento propio de la Terapia Ocupacional en el que, por los efectos del movimiento de autocrítica iniciado en el seno de la profesión a finales de los sesenta, se había impulsado la realización de trabajos sobre las bases y la esencia de la profesión.<sup>6</sup>

Aproximadamente el 60% de estos artículos, se ha publicado en la revista *American Journal of Occupational Therapy* (AJOT), el 10% en la revista *Canadian Journal of Occupational Therapy* (CJOT) y el resto, en revistas de Terapia Ocupacional editadas en otros países y en revistas de disciplinas afines, en una proporción aproximada al 1% bastante similar entre ellas. En este contexto, el mayor número de trabajos de análisis histórico recuperados ha sido elaborado por: Suzanne Peloquin, Wendy Colman y Judith Friedland.<sup>7</sup> También

---

<sup>6</sup> Gary Kielhofner, "El desarrollo del conocimiento de la terapia ocupacional", en *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*, 3ª ed. (Madrid: Médica Panamericana, 2006), 27-63.

<sup>7</sup> En libros utilizados en formación también encontramos capítulos elaborados por algunos de estos autores, en cuanto a la publicación de artículos en revistas destacamos:

Suzanne Peloquin, "Moral Treatment: contexts considered", *Am J Occup Ther*43, nº8 (August 1989): 537-544; Suzanne Peloquin, "Moral Treatment: How a Caring Practice Lost Its Rationale", *Am J Occup Ther*48, nº2 (February 1994):167-173; Suzanne Peloquin, "Occupational therapy service: individual and collective understandings of the founders, part 1", *Am J Occup Ther*45, nº4 (April 1991): 352-360; Suzanne Peloquin, "Occupational therapy service: individual and collective understandings of the founders, part 2", *Am J Occup Ther*45, nº8 (August 1991): 733-744.

Wendy Colman, "Evolving educational practices in occupational therapy: the war emergency courses, 1936-1954", *Am J Occup Ther* 44, nº11 (November 1990): 1028-1036; Wendy Colman, "Recruitment Standards and Practices in Occupational Therapy, 1900-1930", *Am J Occup Ther*44, nº8 (August 1990): 742-748; Wendy Colman, "Structuring Education: Development of the First Educational Standards in Occupational Therapy, 1917-1930", *Am J Occup Ther*46, nº7 (July 1992): 653-660; Wendy Colman, "Maintaining Autonomy: the struggle between Occupational Therapy and Physical Medicine", *Am J Occup Ther*46, nº1 (January 1992): 63-70.

Judith Friedland, "Occupational Therapy and Rehabilitation: an awkward alliance", *Am J Occup Ther*52, nº5 (May 1998): 373-380; Judith Friedland y Jennifer Silva, "Evolving identities: Thomas Bessell Kidner and Occupational Therapy in the United States", *Am J Occup Ther*62, nº3 (May/June 2008): 349-360; Judith Friedland y Naomi Davids-Brumer, "From Education to Occupation: the Story of Thomas Bessell Kidner", *Canadian Journal of Occupational Therapy* 74, nº1 (February 2007): 27-37; Judith Friedland y Hadassah Rais, "Helen Primrose LeVesconte: Occupational Therapy Clinician, Educator, and Maker of History", *Canadian Journal of Occupational Therapy* 72, nº3 (June 2005): 131-141.

Kathlyn L. Reed y Christine Peters, "Occupational Therapy. Values and Beliefs", serie de artículos Part I-V", *OT Practice*, (April 2006-April 2010).

Kathleen Barker Schwartz y Wendy Colman, "Historical Research Methods in Occupational Therapy", *Am J Occup Ther*42, nº4 (April 1988): 239-244; Kathleen Barker Schwartz, "Reclaiming our heritage: connecting the Founding Vision to the Centennial Vision", *Am J Occup Ther*63, nº6 (2009): 681-690; Kathleen Barker Schwartz, "Occupational Therapy and Education: a shared vision", *Am J Occup Ther*46, nº1 (1992): 12-18.

Robert K. Bing, "Living Forward, Understanding Backwards, Part I", *Am J Occup Ther*38, nº6 (June 1984): 363-366; Robert K. Bing, "Living Forward, Understanding Backwards, Part II", *Am J Occup Ther*38, nº7 (July 1984): 435-439; Robert K. Bing,

encontramos trabajos muy interesantes sobre temas históricos de autores como: Robert K. Bing, Kathlyn Reed, Kathleen Barker Schwartz y Estelle B. Breines. Entre los artículos encontrados, destacan los de enfoque biográfico, especialmente aquellos dedicados a los llamados “fundadores” de la profesión y a otros profesionales que estuvieron estrechamente relacionados con ellos. Además, localizamos trabajos sobre los primeros profesionales y los inicios de la Terapia Ocupacional en determinadas zonas de Estados Unidos y en otros países. El análisis del proceso de profesionalización no suele utilizarse como perspectiva principal de estudio, aunque se refleja de manera tangencial.

En España, la producción científica sobre Terapia Ocupacional, todavía resulta escasa, la mayor parte de las publicaciones se ha originado en las Universidades, fundamentalmente por iniciativa de los profesores que debían impartir las asignaturas básicas de la titulación. Los libros sobre Terapia Ocupacional se suelen plantear desde dos perspectivas, por un lado encontramos obras de carácter general y por otro, libros en los que se trata la Terapia Ocupacional en función de ámbitos de intervención o de patologías.<sup>8</sup> Generalmente, los aspectos socio-históricos se presentan como parte de la introducción, refiriéndose especialmente a los inicios de la disciplina y explicando a grandes rasgos el desarrollo de la profesión en nuestro país, solamente en un caso se ha reflejado explícitamente el tema de la profesionalización.<sup>9</sup>

En publicaciones periódicas de Terapia Ocupacional, el mayor número de artículos sobre la materia se ha producido en los últimos 10 años, un hecho claramente ligado al desarrollo universitario. Los títulos más destacables sobre historia de la Terapia Ocupacional se publicaron en 2007 con motivo de dos aniversarios: los 90 años desde la creación de la NSPOT (*National Society for the Promotion of Occupational Therapy*, 1917), conocida posteriormente como AOTA (*American Occupational Therapy Association*) y los 40 años de APETO (Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales, 1967). Los principales trabajos encontrados son: la monografía “Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica, 90 años después de su creación” que incluye los capítulos

---

“Occupational Therapy Revisited: a Paraphrastic Journey”, *Am J Occup Ther*35, nº8 (August, 1981); Robert K. Bing, “Point of Departure (A play about founding the profession), *Am J Occup Ther*46, nº1 (January 1992).

<sup>8</sup>Véase tabla nº16, capítulo 5.5.

<sup>9</sup>José M. Triviño Juárez y Dulce M. Romero Ayuso, “Institucionalización de la Terapia Ocupacional en España”, en *Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas* de Dulce M. Romero y Pedro Moruno (Barcelona: Masson, 2003), 29-40.



“Historia de la Terapia Ocupacional en España” y “Antecedentes, presente y futuro de los movimientos asociativos en Terapia Ocupacional en España” con datos relevantes sobre el proceso de profesionalización;<sup>10</sup> la compilación “Terapia Ocupacional y Salud. 90 años de historia”;<sup>11</sup> el monográfico “Especial 40 aniversario”;<sup>12</sup> y el Suplemento “Apuntes para un futuro de la Terapia Ocupacional: 40 años de la APETO”.<sup>13</sup>

Además de estas publicaciones, podemos destacar los artículos de Sergio Santos del Riego<sup>14</sup>, Marta Pérez de Heredia<sup>15</sup> y Gabriel Sanjurjo Castela<sup>16</sup> publicados en revistas no especializadas en Terapia Ocupacional y el libro de Sanjurjo Castela sobre Philippe Pinel.<sup>17</sup>

En el ámbito académico las tesis doctorales encuadradas directamente en nuestra disciplina todavía son escasas, la primera de ellas, “Papel de D. Ángel Alonso Miguel en el desarrollo de la Terapia Ocupacional en España” de Nuria Máximo Bocanegra, es la primera investigación de carácter biográfico sobre un pionero de la Terapia Ocupacional de nuestro país y ofrece detalles muy interesantes sobre los comienzos de la profesión a nivel nacional.<sup>18</sup>

Por otra parte, encontramos publicaciones que se han elaborado como parte de los esfuerzos realizados para el reconocimiento de la titulación universitaria, primero como Diplomatura y finalmente como Título de Grado, especialmente interesantes son: el Libro Blanco de la Terapia Ocupacional<sup>19</sup> y el Libro

---

<sup>10</sup> Pedro Moruno Miralles y Miguel A. Talavera Valverde, comp., “Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica, 90 años después de su creación” *Revista TOG*, monográfico nº1 (marzo 2007), [http://www.revista-tog.com/mono/num1/mono1\\_esp.pdf](http://www.revista-tog.com/mono/num1/mono1_esp.pdf)

<sup>11</sup> Miguel A. Talavera Valverde e Irene Budiño Vieira, comp., “Terapia Ocupacional y Salud. 90 años de historia”, *Revista TOG*, suplemento nº1 (marzo 2007), <http://www.revistatog.com/suple/num1/suplemento1.pdf>

<sup>12</sup> Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO), Especial 40 aniversario, *Terapia Ocupacional. Revista informativa de APETO*, nº44 (noviembre 2007).

<sup>13</sup> Pablo A. Cantero Garlito y Miguel A. Talavera Valverde, comp., “Apuntes para un futuro de la Terapia Ocupacional: 40 años de la APETO” *Revista TOG* 4, suplemento nº2 (noviembre 2007), <http://www.revistatog.com/suple/num2/suplemento2.pdf>

<sup>14</sup> Sergio Santos del Riego, “Terapia Ocupacional: del siglo XIX al XXI. Historia y concepto de ocupación”, *Rehabilitación (Madr)* 39, nº4 (2005): 179-184.

<sup>15</sup> Marta Pérez de Heredia Torres, Miguel Brea Ribero y Rosa M. Martínez-Piédrola, “Origen de la Terapia Ocupacional en España”, *Rev Neurol* 45, nº11, (2007): 695-698. Marta Pérez de Heredia Torres, M.L. Cuadrado Pérez, “Terapia Ocupacional en Neurología”, *Rev Neurol* 35, nº4 (2002): 366-372.

<sup>16</sup> Gabriel Sanjurjo Castela y Saray de Paz Ranz, “Acerca de Pinel, el Hospital de Zaragoza y la Terapia Ocupacional”, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [on-line] 33, nº117 (2013): 81-94, [doi: 10.4321/S0211-57352013000100006](https://doi.org/10.4321/S0211-57352013000100006)

<sup>17</sup> Gabriel Sanjurjo Castela, *Philippe Pinel y Terapia Ocupacional: mitos, leyendas, hechos y evidencias* (Málaga: e-critical training, 2014).

<sup>18</sup> Nuria Máximo Bocanegra, “Papel de D. Ángel Alonso Miguel en el desarrollo de la Terapia Ocupacional en España” (tesis doctoral, Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, 2010).

<sup>19</sup> Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias (CNDEUTO), *Libro Blanco de la Terapia Ocupacional* (Zaragoza: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Zaragoza, 2004), 5-6.

Blanco del Título de Grado en Terapia Ocupacional.<sup>20</sup> En ambos, se revisa la situación de la profesión de manera bastante pormenorizada. En relación con estos trabajos queremos reseñar también la publicación de algunos artículos on-line sobre historia, publicados por la Conferencia Nacional de Decanos de Terapia Ocupacional de España (CNDEUTO) y disponibles en su sitio web oficial.<sup>21</sup>

Los resultados del análisis de las obras consultadas muestran que la mayoría de los trabajos se centran en aspectos de carácter descriptivo, aunque también encontramos elementos de reflexión crítica sobre la profesión. Habitualmente los objetivos de dichos trabajos están orientados a: la divulgación, promoción y reivindicación de la profesión; el homenaje o reconocimiento hacia personas e instituciones que colaboraron en su desarrollo; y la justificación de legitimidad e identidad científica y profesional.

Se observan dos líneas temáticas principales: la historia del uso terapéutico de la ocupación y la historia de la profesión. En la mayoría de los casos, ambas narraciones se encuentran entrelazadas ya que se asumen como aspectos fundamentales para la comprensión y desarrollo de la identidad profesional. No obstante, lo más común entre los autores es concentrarse en aspectos de la historia de la ocupación como medio terapéutico y en los orígenes internacionales de la disciplina, mientras que la historia de la profesión en nuestro país se aborda someramente. Asimismo, notamos la tendencia a explicar nuestra historia haciendo referencia a acontecimientos que se produjeron en otros contextos, lo que se refleja en la bibliografía utilizada que suele ser de origen extranjero.

En todo caso, el análisis de la historiografía muestra que el desarrollo de la Terapia Ocupacional en nuestro país posee unas características particulares que nos diferencian, tanto de profesiones afines de la salud como de la propia evolución de la Terapia Ocupacional en otros países, y sobre las que, en realidad, no se ha investigado. Por tanto, creemos que la realización de estudios

---

<sup>20</sup> Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación (ANECA), *Libro Blanco Título de Grado en Terapia Ocupacional* (Madrid: 2005), [http://www.aneca.es/var/media/150316/libroblanco\\_terapiaocupacional\\_def.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150316/libroblanco_terapiaocupacional_def.pdf)

<sup>21</sup> Begoña Polonio López, "Los inicios de la formación de los terapeutas ocupacionales en España: 1960-1990, tres décadas de lucha por un legado más rico"; M<sup>º</sup> Jesús Calvo Til, "Los comienzos en la Universidad"; Luis Bernués Vázquez, "La creación y comienzos de la CNDEUTO"; Sergio Santos del Riego, "El desarrollo de la CNDEUTO, 2004-2012". <https://www.urjc.es/cndeuto/historia>

en esta línea está plenamente justificada ya que la comprensión de estas particularidades puede ayudarnos a impulsar el avance de la investigación desde nuestra propia realidad y a ser más efectivos en nuestra manera de adaptarnos a las necesidades de la sociedad.

El trabajo que se presenta aquí tiene como propósito ofrecer una visión global del proceso de profesionalización de la Terapia Ocupacional en España. Trataremos de analizar los factores que han influido en el origen, desarrollo y consolidación de la profesión, lo que creemos puede aportar un mayor entendimiento de nuestra identidad profesional y función social. Además, puede ayudar a identificar los elementos clave para su desarrollo, los rasgos que la caracterizan y los factores que pueden impulsar su progreso y reconocimiento futuros. Por otra parte, constituye una excelente forma de mostrar la contribución que han realizado diversas personas e instituciones al desarrollo de la Terapia Ocupacional.

Los resultados de la investigación se pueden dividir en dos partes, la primera está orientada a la descripción de los orígenes de la Terapia Ocupacional como especialidad independiente dentro de las profesiones de la salud. El capítulo "Antecedentes de la ocupación como medio terapéutico" realiza un recorrido histórico sobre el uso de las ocupaciones en el ámbito de la salud y el bienestar, con el propósito de mostrar que, a lo largo de la historia, las ocupaciones ya se utilizaban con enfoques médicos y en la atención de personas con discapacidad. Los capítulos siguientes: "Movimientos influyentes en el origen de la profesión", "Los inicios de la Terapia Ocupacional como profesión" y "Factores clave para la expansión de la terapia ocupacional" se orientan a la descripción de los factores que influyeron en el origen de la especialización a finales del siglo XIX, las acciones y personas pioneras de la Terapia Ocupacional y los elementos clave para la expansión internacional de la profesión a principios del siglo XX.

La segunda parte desarrolla el título "La Terapia Ocupacional como profesión en España" y se centra en el contexto español. Inicia su recorrido en el siglo XIX con la descripción de algunas de las características singulares de nuestro contexto que influyeron en la construcción de los cimientos sobre los que se sustentó el inicio formal de la Terapia Ocupacional en 1961. A continuación, se realiza la descripción y análisis del proceso de profesionalización en el periodo

abarcado entre 1961 y 2007. Se ha organizado la información en cuatro capítulos: el desarrollo educativo, las organizaciones profesionales, la práctica profesional y el desarrollo científico. Por último, mostramos un recorrido del proceso de profesionalización a partir del análisis de fuentes orales.

La tesis finaliza con el correspondiente capítulo de conclusiones; la bibliografía, que contiene tanto las fuentes como la bibliografía crítica que se ha utilizado en la realización de esta investigación; y los anexos.

### **1.3. Marco teórico: sociología de las profesiones**

La perspectiva desde la que realizamos esta investigación parte del concepto de "profesionalización" definido en el Diccionario de la Real Academia Española como "acción y efecto de profesionalizar", es decir, "dar carácter de profesión a una actividad o convertir a un aficionado en profesional, siendo éste la persona que ejerce una profesión". Se trata de un proceso dinámico y complejo con particularidades en cada profesión y en el que ejercen influencia los contextos espacio-temporales y los diversos intereses políticos, económicos, culturales, sociales y académicos. Todo ello dificulta la posibilidad de ofrecer una explicación única de dicho proceso.

Evidentemente, para comprender el proceso de profesionalización se requiere definir el propósito del mismo, es decir, necesitamos establecer qué se entiende por "profesión". Sin embargo, esta tarea no resulta sencilla, lo cierto es que desde los años treinta del siglo XX, las profesiones han sido objeto de estudio sociológico, pero no se ha elaborado una definición universal, en realidad, la definición de profesión ha ido evolucionando en función de distintas corrientes teóricas y perspectivas de estudio.<sup>22</sup> En la exposición de motivos de la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias se hacía referencia a esta dificultad:

El concepto de profesión, es un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu

---

<sup>22</sup> Véase el apartado 1.2. "Fundamentos historiográficos para el estudio histórico-social de las profesiones" en "La construcción de la profesión de practicante en Aragón: 1857-1936" de Isabel Blázquez Ornat (tesis doctoral, Universidad de Zaragoza, 2015), 29-44.

de servicio que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones.<sup>23</sup>

Según Eliot Freidson, el problema es que se ha intentado “abordar las profesiones como si se tratara de un concepto genérico más que de un concepto que va cambiando con la historia y que tiene raíces particulares en una nación industrial fuertemente influenciada por instituciones angloamericanas”.<sup>24</sup> No obstante, a pesar de estas dificultades, Mariano Sánchez y Juan Sáez, dos estudiosos españoles sobre la sociología de las profesiones, explican que el concepto weberiano de que las profesiones son “ocupaciones socialmente idealizadas, organizadas como colectivos o comunidades asociativas cerradas” resulta aceptable para la mayoría de los autores, así como la noción de que existen diferentes tipos de profesiones.<sup>25</sup> En relación con estas ideas, creemos importante reseñar que, en el contexto sanitario nacional, la Ley 44/2003 establecía lo siguiente:

A pesar de dichas ambigüedades [sobre el concepto profesión] y considerando que nuestra organización política sólo se reconoce como profesión existente aquella que está normada desde el Estado, los criterios a utilizar para determinar cuáles son las profesiones sanitarias, se deben basar en la normativa preexistente. Esta normativa corresponde a dos ámbitos: el educativo y el que regula las corporaciones colegiales. Por ello en esta ley se reconocen como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos.

Aparecen aquí algunos de los rasgos que Eliot Freidson recogió en su estudio de la profesión médica norteamericana.<sup>26</sup> Este trabajo, que se realizó partiendo de la corriente interaccionista de la sociología de las profesiones, es el modelo de análisis seleccionado para guiar la reconstrucción del proceso de profesionalización de la Terapia Ocupacional en España presentado en esta tesis doctoral. El reconocimiento internacional de este autor como un clásico contemporáneo del estudio sociológico de las profesiones modernas avala la elección

---

<sup>23</sup> Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (BOE nº280, de 22 de noviembre de 2003).

<sup>24</sup> Eliot Freidson, “La teoría de las profesiones estado del arte”, *Perfiles Educativos* (Universidad Nacional Autónoma de México) 23, nº93 (2001): 28-43.

<sup>25</sup> Mariano Sánchez Martínez y Juan Sáez Carreras, “El estudio de las profesiones: la potencialidad del concepto de profesionalización”, *UT, Rev. Ciènc. Educ.* (juny 2009): 103-117. [http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut/revistes/juny09/mo-nografic\\_article02.pdf](http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut/revistes/juny09/mo-nografic_article02.pdf)

<sup>26</sup> Eliot Freidson, *La profesión médica* (Barcelona: Península, 1978).

de este modelo. Por supuesto, reconocemos que existen diferencias con nuestra realidad profesional y nuestro contexto, así como limitaciones en algunos de sus planteamientos que trataremos de tener en cuenta a lo largo de nuestro trabajo.<sup>27</sup>

Freidson define la profesión como “una ocupación que ha asumido una posición predominante en la división del trabajo, de tal modo que logra control sobre la determinación de la esencia de su propio trabajo. A diferencia de la mayoría de las ocupaciones, ésta es autónoma o independiente”.<sup>28</sup> La describe también como “un tipo de organización ocupacional en el cual prospera cierto esquema mental y que, en virtud de su rol dominante en la sociedad, es capaz de transformar, si no crear, la esencia de su propio trabajo”.<sup>29</sup> Según este autor, es precisamente esa legítima autonomía organizada la que hace diferente a una profesión de otras ocupaciones.

Para explicar cómo se alcanza ese nivel de profesionalización, el modelo de Freidson plantea un análisis en dos partes diferenciadas: la organización formal de la profesión y la organización de la actividad profesional. A continuación, presentamos un resumen de los rasgos examinados en cada una de estas parcelas, que son útiles como parámetros orientadores en el análisis del proceso de profesionalización.

#### *a) La organización formal de la profesión*

Esta parte del análisis se orienta al estudio del desarrollo, organización y sostenimiento de la independencia o autonomía de la profesión. La profesión se concibe como un todo en relación con las características formales y los fundamentos legales y ocupacionales.

Partimos de la idea de que una profesión posee una serie de conocimientos especializados, que pueden incluir teorías y pensamiento abstracto, así como una tecnología de trabajo segura y práctica. De hecho, estos conocimientos técnicos y el control sobre ellos, son la pieza fundamental para el mantenimiento del estatus profesional. Por ello, resulta esencial establecer una ense-

---

<sup>27</sup> Véase el análisis de las limitaciones del modelo en relación a la falta de perspectiva de género realizado por Blázquez en su tesis doctoral, “La construcción de la profesión...”, 78-83.

<sup>28</sup> Freidson, *La profesión médica*, 15.

<sup>29</sup> *Ibíd.*, 17.

ñanza reglada y controlada por la misma profesión que delimite los conocimientos necesarios para el ejercicio profesional. A su vez, es fundamental el control del trabajo dentro de un mercado específico de servicio, con el objetivo de monopolizar el campo de competencias, dominar un terreno de actuación y controlar el acceso al ejercicio de la profesión combatiendo el intrusismo. Todo ello marca la diferencia con otras ocupaciones favoreciendo así la adquisición de una identidad pública y oficial.

Por otra parte, es importante prestar atención a la relación de la profesión con los sistemas políticos del Estado puesto que repercute en las posibilidades de control sobre el trabajo profesional. Según Freidson, el Estado puede otorgar el derecho exclusivo para desempeñar ciertas tareas, para reclutar y educar a sus miembros, para dar órdenes a otras ocupaciones y para definir en qué consiste su trabajo. En este aspecto, es significativo recordar que habitualmente, los cambios que se producen en las relaciones de la profesión con el Estado repercuten más en la organización social y económica del trabajo que en el control de los aspectos técnicos de la profesión. Esto es un aspecto a destacar puesto que, a pesar de los cambios políticos, sociales o económicos, la autonomía y el estatus profesional pueden conservarse, "la autonomía sobre el carácter técnico de su trabajo, le da medios para ser un profesional 'libre', aun cuando dependa del Estado para establecer y sostener su autonomía".<sup>30</sup>

Ciertamente, esta idea resulta esencial, ya que el Estado no controla las profesiones de la misma forma en todos los países, de manera que, en la práctica, hay variaciones en el ejercicio de la autonomía profesional. Por ejemplo, si comparamos con Estados Unidos, las profesiones sanitarias en España, desempeñan la mayor parte de su práctica en instituciones públicas, lo que implica una relación más estrecha con las instituciones del Estado y un mayor control por parte de éste, Isabel Blázquez lo describía así:

En España, las profesiones se han caracterizado por desarrollar sus estrategias de poder desde y a través de las organizaciones estatales sobre todo en la adquisición de títulos ligados a la educación universitaria y a la consecución de altos cargos. Este medio de alcanzar el estatus orbitando y desde dentro del Estado con su incorporación al sistema burocrático, les ha proporcionado un modo de protección y mantenimiento de unos privilegios.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Freidson, La profesión médica, 60.

<sup>31</sup> Blázquez, "La construcción de la profesión...", 75.

En realidad, podemos decir que, en cualquier nación, los poderes político y económico resultan esenciales para la obtención y mantenimiento de la autonomía profesional y las posiciones de poder y privilegio. Asimismo, por lo general, existe un sector elitista de la sociedad que promueve o favorece la profesión. No obstante, el apoyo de la élite no resulta suficiente ya que, la sociedad o clientela potencial, debe creer también que la profesión es merecedora de poseer un estatus distinto dentro de la división del trabajo, especialmente en las profesiones denominadas "de consulta" que, como afirma Freidson, "tienen que pasar por la prueba de la solución de problemas prácticos propuesta por su clientela profana".<sup>32</sup> Con todo ello, la profesión llega a ser "un estatus especial en la división del trabajo apoyado por la creencia oficial, y a veces pública, de que es merecedora de tal status".<sup>33</sup>

*b) La organización de la actividad profesional.*

Para comprender el proceso también resulta necesario considerar "la relación del conocimiento y de los procedimientos profesionales con la organización profesional como tal y con el mundo profano".<sup>34</sup> Prestamos atención aquí a la influencia del ambiente en relación con los individuos estudiando los marcos cotidianos de la práctica, lo que facilita la identificación de las principales causas de la diversidad de actuaciones profesionales.

Podemos incluir aspectos de estudio como el origen o derivación de los posibles clientes; las relaciones con otros en la práctica diaria, ya sean pacientes, compañeros de profesión o profesionales auxiliares; las tareas y actividades que se realizan; los sistemas de autorregulación profesional y el control que ejercen las organizaciones profesionales sobre el desempeño profesional. El análisis de estos rasgos es de gran relevancia puesto que se ha observado que la influencia del ambiente laboral sobre la actuación del profesional suele resultar superior a la del entrenamiento formal adquirido en su día.

Una parte importante de la conducta es de índole situacional; que la gente responde constantemente a presiones organizadas de las situaciones en las que se encuentran en un momento dado; que lo que son no es completamente pero sí en gran medida su presente más que su pasado, y que lo que hacen es

---

<sup>32</sup> Freidson, *La profesión médica*, 38.

<sup>33</sup> *Ibíd.*, 193.

<sup>34</sup> *Ibíd.*, 15.



más un resultado de las presiones de la situación en la que están que de lo que 'internalizaron' previamente.<sup>35</sup>

Los principales contextos de práctica analizados por Freidson en su estudio sobre la profesión médica norteamericana fueron: la práctica individual, la práctica de consultorio y la práctica hospitalaria y en todos ellos se constató la influencia del ambiente en el desempeño diario de la práctica profesional. Esta idea es generalizable a cualquier profesión y resulta incuestionable en el ejercicio de la Terapia Ocupacional donde existe una gran variedad de escenarios laborales.

### *Profesiones "paramédicas"*

Para finalizar nuestras consideraciones sobre el marco teórico, queremos hacer referencia a algunas de las características de las llamadas "ocupaciones paramédicas". Estas ocupaciones son entendidas como "las ocupaciones organizadas en torno al trabajo de la curación y que son controladas fundamentalmente por médicos". Se originan en "una división del trabajo organizada en torno a una profesión dominante central y controlada por ésta misma", lo que significa que la Medicina trata de ejercer control sobre ellas desde distintas áreas como: los conocimientos, el tipo de tareas que se asignan y las relaciones de subordinación. Debido a esto, las "ocupaciones paramédicas" alcanzan niveles relativos de autonomía, responsabilidad, autoridad y prestigio.<sup>36</sup>

El principal problema ocupacional de estos trabajadores paramédicos proviene de su estatus, que los obliga a trabajar bajo la dirección del facultativo, dado que su trabajo es legitimado por su relación con el de éste.<sup>37</sup>

Evidentemente, esto tiene repercusiones en el desempeño cotidiano de la profesión que, básicamente, puede orientarse en dos direcciones: aceptar esta posición subordinada entendiéndola como una fuente de legitimidad profesional o tratar de buscar otras fuentes de reconocimiento de su trabajo.

De ahí surgen distintos mecanismos de profesionalización, por ejemplo, para alcanzar el estatus profesional, estas ocupaciones se han identificado con algunas características propias de la Medicina como: la creación de instituciones

---

<sup>35</sup> *Ibíd.*, 101.

<sup>36</sup> *Ibíd.*, 62.

<sup>37</sup> *Ibíd.*, 79.

similares, planes de estudios normalizados en el contexto universitario y licencias o registros que permitan controlar el ejercicio de la profesión. Además, entendiendo que “un profesional sigue siendo un profesional aun cuando esté subordinado socialmente a alguien que no pertenece a su profesión en la medida en que no está subordinado técnicamente”, se han buscado estrategias para defender la exclusividad de ese tipo de conocimientos técnicos.<sup>38</sup>

Aparece aquí un concepto relacionado, la autonomía funcional, que se entiende como el grado en el que el trabajo puede ser realizado independientemente de la supervisión médica o institucional y la posibilidad de atraer a una clientela independientemente de la institución o de otra ocupación como la Medicina. Evidentemente la autonomía funcional incide en las diferentes relaciones inter-ocupacionales que se pueden crear en los servicios sanitarios. Cuanto más autónoma sea una ocupación y cuanto mayor sea la superposición de su trabajo con el del médico mayor probabilidad habrá de conflicto.<sup>39</sup> En consecuencia, el verdadero logro de la autonomía de estas profesiones pasa por el control de un área de trabajo delimitada, la liberación del cuerpo principal de la Medicina y un ejercicio profesional sin necesidad de un contacto rutinario o dependiente de ésta.<sup>40</sup>

Se observa aquí lo que mencionábamos al principio, que el proceso de profesionalización es un fenómeno dinámico y complejo en el que ejercen influencia una diversidad de factores.<sup>41</sup> El análisis de los mismos puede ayudarnos a identificar el momento en el que nos encontramos y distinguir hasta qué grado se ha realizado satisfactoriamente.

La investigación que presentamos aquí analizará, siguiendo el modelo de Freidson, los factores que han incidido en la organización formal de la Terapia Ocupacional y en su organización profesional en nuestro país. Consideramos esencial la influencia de los factores contextuales particulares de manera que, tras describir las bases del conocimiento propio de la profesión y los primeros

---

<sup>38</sup> *Ibíd.*, 191.

<sup>39</sup> *Ibíd.*, 66-67.

<sup>40</sup> *Ibíd.*, 81.

<sup>41</sup> Consuelo Miqueo Miqueo y Asunción Fernández Doctor, “Poder y autonomía en las profesiones auxiliares de la Medicina”, en *Medicina y poder político. XVI Congreso Sociedad Española de Historia de la Medicina. Madrid, 11-13 junio 2014*, editado por Ricardo Campos Marín, Ángel González de Pablo, María I. Porras Gallo y Luis Montiel (Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina, 2014), 43-45.

movimientos para su creación y expansión en otros países, analizaremos el papel del Estado y las administraciones, la formación, la creación de organizaciones profesionales, la práctica profesional y el desarrollo científico en España.

## **2. OBJETIVOS**



## 2. OBJETIVOS

El propósito principal de este trabajo es conocer el proceso profesionalización de la Terapia Ocupacional en España desde el inicio formal de la enseñanza en 1961 hasta su reconocimiento como Grado Universitario en 2007.

Los objetivos específicos que se han planteado son los siguientes:

1. Identificar los factores contextuales clave para el inicio formal de la profesión.
2. Estudiar el desarrollo educativo de la Terapia Ocupacional.
  - Describir la organización, los contenidos de la formación y el perfil del alumnado de la Escuela de Terapia Ocupacional de Madrid.
  - Analizar la evolución de la formación hasta el reconocimiento universitario y su influencia en la institucionalización de la profesión.
3. Examinar la evolución de la organización profesional.
  - Identificar los principales retos y estrategias del colectivo en el proceso de profesionalización.
4. Describir el desarrollo de la práctica profesional.
  - Reconocer los principales contextos laborales, sus características y los desafíos surgidos en el proceso de profesionalización.
  - Conocer las actividades de producción y difusión del conocimiento de la profesión.
5. Reflexionar sobre los factores que inciden en el reconocimiento social, la identidad profesional y las perspectivas de futuro de la Terapia Ocupacional.



### **3. MATERIAL Y MÉTODO**





### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para alcanzar los objetivos propuestos en esta investigación se ha trabajado a partir de fuentes escritas y fuentes orales. En el apartado reservado a la bibliografía se realiza una relación de las fuentes consultadas.

#### ***Etapas inicial. Búsqueda bibliográfica***

Siguiendo el método histórico, se inició la fase heurística con una revisión bibliográfica en bases de datos para tratar de elaborar el perfil historiográfico de la Terapia Ocupacional. Teniendo en cuenta el carácter multifacético de la disciplina y el bajo número relativo de publicaciones que se recoge en las bases de datos habituales, se planteó una búsqueda extensa que permitiera localizar el mayor número de referencias bibliográficas sin establecer límites temporales o idiomáticos en cuanto a su publicación.

Se consultaron las siguientes bases de datos: IME (Índice Médico Español) e ISOC (Índice de Ciencias Sociales y Humanidades) del CSIC (Consejo Superior de Investigaciones Científicas); IBECS (Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud); BHCTE (Bibliografía Histórica de la Ciencia y la Técnica en España); Historical Abstracts; CUIDEN (Fundación Index); Web of Science (WOS); MEDLINE/PubMed; EMBASE; SciELO (Scientific Electronic Library Online/Biblioteca Científica Electrónica en Línea); PubPsych y LILACS. Además, se utilizaron SCOPUS, DIALNET, PSICODOC y TESEO para completar la relación de trabajos que se han publicado en nuestro país y observar tendencias de circulación y consumo potencial.

Las palabras clave utilizadas inicialmente fueron: terapia ocupacional, historia, profesión y profesionalización. Todos los términos se introdujeron en español e inglés. Posteriormente, se añadieron las palabras laborterapia, terapéutica ocupacional y ergoterapia puesto que algunos autores las han usado como sinónimos de terapia ocupacional y, además, en algunos países como Francia y Alemania, la profesión es conocida como ergoterapia.

En las bases de datos que utilizan lenguaje controlado o términos tesauruso se adaptó la introducción de las palabras en los buscadores. Por lo general, se recurrió al uso de la búsqueda avanzada (palabra clave, resumen) y se

introdujeron diferentes combinaciones de los términos empleando diferentes operadores y los filtros más adecuados.

Una vez recopilada la información se organizó con criterios de origen y temática principal. El análisis de estas publicaciones nos ayudó a elaborar la historiografía de la terapia ocupacional y a constatar la falta de estudios sistemáticos sobre el proceso de profesionalización en España.

### ***Segunda Etapa. Localización, recopilación y análisis de fuentes.***

#### ***Fuentes de archivo***

La investigación continuó con la búsqueda y recopilación de fuentes de archivo que aportaran información de primera mano sobre el desarrollo de la Terapia Ocupacional en nuestro país. Los archivos principales consultados han sido: el Archivo de la Escuela de Terapia Ocupacional, que se encuentra en el edificio de la Escuela Nacional de Sanidad dentro del complejo del Instituto de Salud Carlos III de Madrid y el Archivo de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO) que se encuentra en la calle Modesto Lafuente de Madrid. Estos archivos no han sido catalogados por documentalistas de modo que la búsqueda no se ha podido realizar de manera sistemática. Por otra parte, se han realizado consultas al Archivo de la Organización Mundial de la Salud y al Archivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de Zaragoza.

#### ***a) Archivo de la Escuela de Terapia Ocupacional***

En este caso hubo que solventar una primera dificultad, su localización. Tras el cierre de la Escuela de Terapia Ocupacional en el año 1998 y debido a los cambios administrativos que se produjeron en las instituciones sanitarias desde entonces, el Archivo de la Escuela fue trasladado al edificio de la Escuela Nacional de Sanidad en el Instituto Carlos III de Madrid. Parece que la mudanza se realizó apresuradamente y sin muchos medios así que hubo documentos que se perdieron o que no se conservaron. Cuando se estableció contacto con la Escuela Nacional de Sanidad para averiguar si el Archivo se localizaba allí, la primera reacción fue de extrañeza, no había conocimiento de la existencia de una Escuela de Terapia Ocupacional que perteneciera a la Escuela Nacional de Sanidad. Tras las consultas correspondientes y un periodo de espera, se confirmó la existencia de un archivo con documentación sobre esta Escuela. Se

solicitó el permiso correspondiente a la Jefatura de Estudios de la Escuela Nacional de Sanidad para realizar varias estancias allí y poder recopilar la información necesaria, encontramos la documentación organizada en:

1. Treinta y cuatro archivadores, uno por promoción, que contenían: un sobre por alumno con su ficha personal y documentación requerida para el acceso a los estudios y las actas de las asignaturas.

Las *fichas de los alumnos* contenían los siguientes apartados:

Datos personales: apellidos y nombre, lugar y provincia de nacimiento, fecha de nacimiento, lugar de residencia, teléfono, títulos previos, fecha de ingreso y presentación (recomendación o lugar de trabajo de procedencia).

Expediente académico: con las asignaturas por cursos y las calificaciones obtenidas en las convocatorias de junio o septiembre y un apartado de observaciones en el que se especificaban, a veces, detalles como el número de promoción del estudiante o la realización del curso de especialización en Psiquiatría.

La documentación requerida para el acceso a los estudios no siempre se ha conservado junto con los expedientes, sin embargo, se han recogido en bastantes expedientes: la carta de solicitud de acceso a los estudios junto con un breve currículum o relación de méritos; el certificado de la titulación requerida, la partida de nacimiento y el certificado médico de vacunación y buena salud.

Las *actas de las asignaturas* contenían la siguiente información: curso académico; nombre de la asignatura; nº de alumnos presentados; número de sobresalientes, notables, aprobados y suspensos; apellidos y nombre de los alumnos con sus calificaciones correspondientes; fecha y firma del profesor.

2. Tres archivadores con documentación de carácter administrativo en los que encontramos copias de: los programas de las asignaturas, las actas con el listado de los titulados por promoción, solicitudes de certificados para la homologación del título, solicitudes y certificados de estudios y certificados de colaboración docente.

3. Un fichero organizado por apellidos con los datos básicos de todos los alumnos: apellidos y nombre, año de finalización de los estudios y número de promoción.

Para facilitar la elaboración del perfil del alumnado de la Escuela, se creó una hoja Excel con la información obtenida a partir de las fichas de los alumnos en la que se registraron los datos organizados en las categorías siguientes: promoción (año correspondiente y número de alumnos); año de nacimiento; edad al ingreso; lugar de nacimiento; sexo; formación previa; presentación (recomendación o lugar de trabajo de procedencia) y especialización en Psiquiatría. Para la realización del análisis de los datos se realizaron las siguientes agrupaciones: grupos de edad (17-20; 21-25; 26-30; 31-35; 36-45); origen rural o urbano; Comunidades Autónomas de procedencia; sexo masculino y femenino y titulaciones previas.

*b) Archivo de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO)*

Como se mencionó anteriormente, este archivo no ha sido catalogado todavía, de manera que la búsqueda manual se orientó a seleccionar la documentación que pudiera estar relacionada con nuestra investigación. Se consultaron los archivadores y carpetas más antiguos, los libros de actas de la Asociación y los ficheros con los datos de los asociados.

*c) Archivo de la OMS*

Se contactó con el Archivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra para solicitar datos sobre los informes de los consultores que participaron en proyectos relacionados con rehabilitación en nuestro país entre los años 50 y 60. Vía correo electrónico se nos facilitaron las fichas de localización de estos informes y varios archivos en formato PDF y Excel con catálogos de proyectos de OMS. La posibilidad de consultar in-situ el archivo y continuar esta vía de investigación ha quedado abierta.

*d) Archivo de la Facultad de Ciencias de la Salud*

Se examinó la documentación administrativa relacionada con los comienzos de la Diplomatura Universitaria de Terapia Ocupacional y se revisaron las guías informativas de los estudiantes. Tras el permiso correspondiente se accedió a los datos estadísticos del fichero de estudiantes sobre los alumnos de Terapia Ocupacional de las primeras cinco promociones de Zaragoza.

### **Fuentes bibliográficas**

Se consultaron los fondos de la biblioteca de la APETO, donde se localizaron números de la revista de la Asociación que no se encuentran en la Universidad de Zaragoza y una buena parte de las tesinas que realizaban los estudiantes en la Escuela de Terapia Ocupacional. Se consideró que las tesinas constituían una interesante fuente de información para nuestra investigación ya que reflejaban temas de interés en la formación de los estudiantes y aportaban datos sobre el nivel formativo y las fuentes que se consultaban habitualmente. Se creó una hoja Excel donde se registraron los títulos, el año de realización y el número de páginas.

Para la recuperación de documentación relevante relacionada con los factores contextuales que incidieron en el origen de la Terapia Ocupacional se han utilizado las bibliotecas y recursos on-line de organismos oficiales como: la Organización Mundial de la Salud (OMS) que dispone de *WHO iris*: Repositorio Institucional para compartir Información; la Organización de las Naciones Unidas (ONU); la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) y la *American Foundation of Occupational Therapy* (AFOT).

También se han revisado libros y publicaciones periódicas disponibles a través de la Biblioteca de la Universidad de Zaragoza y la Hemeroteca de la Facultad de Medicina. Además, se ha utilizado el servicio de préstamo interbibliotecario para manejar fondos de otras bibliotecas. Teniendo en cuenta que la historia de la Terapia Ocupacional se encuentra estrechamente ligada a la de otras disciplinas como la psiquiatría y la especialidad de rehabilitación se consultaron diversos textos que aportaban datos sobre el tema de esta investigación. Para analizar la producción científica de terapia ocupacional se revisaron las revistas profesionales y los libros de texto utilizados en la formación.

### **Fuentes legislativas**

Para el acceso a estas fuentes se ha utilizado el sitio web oficial de la Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (Ministerio de la Presidencia y para las Administraciones Territoriales del Gobierno de España). Estas fuentes han sido fundamentales para el análisis de la organización formal de la profesión, nos ha interesado especialmente la legislación referente a la regulación de la asistencia

social y sanitaria; la regulación educativa; y las organizaciones profesionales. Los documentos se han recopilado desde:

- Fondo Histórica "Gazeta" de la Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado (BOE). Disposiciones y noticias publicadas en los diarios oficiales desde 1661 hasta 1959.<sup>42</sup>
- Boletín Oficial del Estado. Disposiciones de carácter general de ámbito estatal, desde 1960.<sup>43</sup>
- Boletines Oficiales de las diferentes Comunidades Autónomas.

### ***Fuentes orales***

Desde el momento en que se inició esta investigación fuimos conscientes de la necesidad de utilizar fuentes orales que nos permitieran completar la información obtenida a partir de otras fuentes. Aunque se planteó principalmente este propósito, se consideró también que el análisis de los relatos de vida daría un valor añadido a la investigación porque aportaría la visión personal del proceso de profesionalización.<sup>44</sup> Por todo ello, se procuró contactar con terapeutas ocupacionales de experiencia que hubieran estado directamente implicados en el desarrollo de la profesión en nuestro país.<sup>45</sup>

Para la realización de las entrevistas se elaboró un guion básico con los temas que queríamos tratar y un cuestionario con preguntas abiertas que se modificó mínimamente en función de la persona entrevistada.<sup>46</sup> La entrevista semiestructurada nos permitía obtener datos y conversar con flexibilidad en torno a tres áreas básicas: la formación, el ejercicio profesional y la experiencia en puestos docentes o de gestión. Todas las terapeutas entrevistadas han desempeñado funciones asistenciales, docentes y de gestión.

Se pudieron grabar en formato audio siete de las ocho entrevistas, posteriormente se realizó la transcripción y análisis de cada una de ellas. Finalmente se han obtenido un total de 14 horas de grabación y 142 páginas de transcripciones.

---

<sup>42</sup> Boletín Oficial del Estado. *Gazeta. Colección histórica 1661-1959*. <http://www.boe.es/buscar/gazeta.php>

<sup>43</sup> Boletín Oficial del Estado. <http://www.boe.es/legislacion/legislacion.php>

<sup>44</sup> Daniel Bertaux, "Acerca del relato de vida", en *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica* (Barcelona: Bellaterra, 2005), 34-49.

<sup>45</sup> En el Anexo I se muestran los datos sobre las entrevistas realizadas y un breve perfil de cada una de ellas.

<sup>46</sup> En el Anexo II se encuentra el guion básico de la entrevista.

### *Estilo de citación*

Para la elaboración de la memoria de esta tesis doctoral se ha optado por el sistema de “notas y bibliografía” del estilo Chicago ya que es uno de los más utilizados en humanidades, literatura, historia y arte.

Aporta visibilidad al género de los autores y es un estilo práctico para una investigación como la que se presentamos en esta tesis doctoral puesto que admite el sistema de notas a pie de página en el que pueden registrarse las referencias bibliográficas y anotar breves explicaciones fuera del texto. Esto supone la ventaja de que las referencias pueden localizarse rápidamente y la lectura resulta cómoda y ágil.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> Universidad de Alicante, Biblioteca Universitaria, Estilo Chicago, Manual formativo <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/45403/1/Estilo-Chicago.pdf>

Javier Torres Ripa, ed. Manual de estilo Chicago-Deusto: guía breve para citas y referencias bibliográficas (Bilbao: Deusto Publicaciones, 2013) <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/otraspub/otraspub07.pdf>





## **4. ORIGEN Y ANTECEDENTES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL**



## **4. ANTECEDENTES, NACIMIENTO Y EXPANSIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL**

### **4.1. Antecedentes de la ocupación como medio terapéutico.**

La ocupación es inherente a la propia existencia del ser humano, este hecho junto a la inagotable diversidad individual y a los múltiples contextos socioculturales hace que la ocupación constituya un elemento complejo y de múltiples facetas, en palabras de Gary Kielhofner,

los tipos de cosas que hacemos, por qué y cómo las hacemos y qué pensamos y sentimos acerca de ellas derivan de las condiciones e influencias del tiempo, espacio, sociedad y cultura que se entrecruzan. La ocupación humana única, que caracteriza a nuestra especie, es una función de estas condiciones e influencias.<sup>48</sup>

Las ocupaciones ejercen influencia en nuestra vida, generando beneficios o perjuicios en aspectos como el desarrollo personal, la salud y el bienestar. En la actualidad, la conceptualización de la salud y el funcionamiento de las personas ofrece una perspectiva multidimensional que apoya esta afirmación y nos indica que, en realidad, el uso de la ocupación como estrategia terapéutica no es algo reciente. La relación que se crea entre la ocupación, la persona y la salud constituye el fundamento de la Terapia Ocupacional, obviamente, la definición de estos tres conceptos ha experimentado cambios a lo largo de los siglos, pero la vinculación entre ellos se ha reconocido en numerosas ocasiones aún con diferentes explicaciones sobre su interacción.

En nuestra aproximación al estudio de los antecedentes de la Terapia Ocupacional hemos podido observar que las ocupaciones se aplicaron, como parte de terapéuticas no farmacológicas y no invasivas, en la atención a problemas físicos, mentales y sociales con indicaciones como la conservación y la recuperación de la salud y el bienestar, el tratamiento de los problemas derivados de la discapacidad y el desarrollo de habilidades y destrezas. Por lo tanto, no solo hablamos de enfermedades y/o trastornos, sino de un funcionamiento efectivo en diferentes contextos. Las personas que inicialmente aplicaban estos mé-

---

<sup>48</sup>Gary Kielhofner, *Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*, 3ª ed. (Buenos Aires: Médica Panamericana, 2004), p.3. Este autor ha sido uno de los terapeutas ocupacionales más influyentes del siglo XX.

todos, al igual que ha ocurrido en otras disciplinas, lo hacían de manera intuitiva, basándose en la experiencia y sin una formación especializada. Como explicaremos más adelante, la propia evolución del pensamiento y del conocimiento científico posibilitó la vinculación entre ocupación, terapia y ciencia, algo imprescindible para el reconocimiento de la disciplina y el inicio del camino hacia la profesionalización en las últimas décadas del siglo XIX.

Por otra parte, la complejidad de lo que significa la ocupación con sus dimensiones personales y contextuales, exige un acercamiento desde distintas perspectivas, las más determinantes son: la historia de la medicina y la filosofía, los estudios sobre discapacidad y el desarrollo de la pedagogía, la psicología y las ciencias sociales. Asimismo, resulta imprescindible tomar en consideración los conceptos relacionados con salud, enfermedad y discapacidad. Todo ello nos permite reconocer y comprender los orígenes y antecedentes de la actual Terapia Ocupacional.

En este capítulo se recorren los hallazgos más relevantes sobre la utilización terapéutica de las ocupaciones en el mundo occidental y los factores que contribuyeron a la construcción de los primeros cimientos de la Terapia Ocupacional como profesión independiente.<sup>49</sup>

#### **4.1.1. Ocupación terapéutica en la Antigüedad**

Los efectos sanadores de las ocupaciones, descritas habitualmente como actividades o ejercicio, ya eran apreciados en la antigüedad. La bibliografía sobre Terapia Ocupacional alude a estas raíces con ejemplos extraídos principalmente de la historia de la medicina y la cultura occidentales.<sup>50</sup>

La influencia de la medicina "pretécnica",<sup>51</sup> caracterizada por su carácter empírico, una íntima relación con el mundo religioso y una concepción de la enfermedad ligada a lo espiritual, se ha recogido en la bibliografía de Terapia

---

<sup>49</sup> Para la contextualización de dichas citas usaremos como guía la obra de Pedro Laín Entralgo, *Historia de la medicina* (Barcelona: Salvat Editores, 1978, reimpr. 1986)

<sup>50</sup> En sus escritos los primeros autores de Terapia Ocupacional hicieron referencia a los antecedentes históricos de la disciplina, dichas citas suelen recogerse en manuales que utilizados en formación como: E.M. MacDonald, *Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación* (Barcelona: Salvat, 1979); Jesús Gómez Tolón, *Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional* (Zaragoza: Mira editores, 1997); Anne Turner, Marg Foster y Sybil E. Johnson (eds.) *Terapia Ocupacional y disfunción física*, 5ª ed. (Madrid: Elsevier España, 2003, edición en español); Gary Kielhofner *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*, 3ª ed. (Madrid: Médica Panamericana, 2006); Elizabeth Blesedell Crepeau, Ellen S. Cohn y Barbara A. Boyt Schell (eds.) *Willard & Spackman Terapia Ocupacional*, 11ª ed. (Buenos Aires: Médica Panamericana).

<sup>51</sup> Laín Entralgo, *Historia de la Medicina*, 51.

Ocupacional con referencias a China y al antiguo Egipto, donde parece que se usaba la música, los ejercicios respiratorios, los juegos y las actividades recreativas para el tratamiento de algunos trastornos.<sup>52</sup> La atención a las personas con discapacidad también se refleja en la historia de Egipto donde aparecen las primeras muestras de ortesis y prótesis.<sup>53</sup>

No obstante, es en Grecia y Roma, donde encontramos más indicios de los antecedentes del uso de ocupaciones terapéuticas. En los relatos de Homero, correspondientes a una etapa en la que predominaba la medicina empírico-mágica, se realizan alusiones al uso de la palabra para distraer o subyugar a los heridos durante las curas, así como al empleo de la música, las canciones, los relatos, la danza y aún el simple ruido para expulsar los agentes causales de la enfermedad y así restablecer la armonía natural o *sympátheia* entre el cuerpo y el alma. Por otra parte, en la medicina popular se reconocían varios oficios, entre los que se encontraban los especialistas en la ordenación del ejercicio físico, los *gymnástai*.<sup>54</sup>

A partir del siglo VI a.C. comienza a producirse el cambio hacia una medicina técnica. El desarrollo de conceptos como *physis* o "naturaleza/naturaleza universal" y *tekhne* o "arte/saber hacer" introducidos por los filósofos presocráticos, influyeron de manera determinante en el desarrollo de la medicina. La salud y la enfermedad comenzaron a ser entendidas desde una perspectiva en la que se reconocía la necesidad de una armonía natural y el equilibrio de la *physis* del hombre. Para el año 500 a.C. tuvo su comienzo la etapa hipocrática en la que la medicina griega pasó a convertirse en *tekhne iatriké*, *ars medica* o "arte de curar".<sup>55</sup> De tal forma que la medicina podía ser arte si quien la practicaba sabía lo que hacía y por qué lo hacía. Por eso, resultaba necesario, según Aristóteles, conocer qué era la enfermedad en cada caso y cuál era el remedio correspondiente.<sup>56</sup> Esta consideración de lo biológico y natural abrió el camino hacia un tratamiento adecuado para ciertos trastornos y deficiencias, y aunque prácticas como el infanticidio, las mutilaciones con fines de mendicidad y el abandono todavía eran muy comunes, la consideración de lo natural en el origen

---

<sup>52</sup> Turner, *Terapia Ocupacional*, 4.

<sup>53</sup> Antonio León Aguado, *Historia de las deficiencias* (Madrid: Escuela Libre Editorial Fundación ONCE, 1995), 42.

<sup>54</sup> Laín Entralgo, *Historia de la Medicina*, 51-52

<sup>55</sup> *Ibíd.*, 59-60.

<sup>56</sup> *Ibíd.*, 92.

de las deficiencias facilitó el desarrollo posterior de estrategias para su tratamiento.<sup>57</sup>

En todo caso y como ha ocurrido en épocas posteriores, convivieron durante todo este periodo médicos técnicamente educados con médicos empíricos y sanadores teúrgicos y mágicos.<sup>58</sup> Por ello, las interpretaciones diagnósticas y terapéuticas basadas en creencias religiosas y en la magia siguieron ejerciendo influencia. No obstante, en todos los casos hallamos actividades que por distintos motivos se entendían como útiles en la conservación y recuperación de la salud, sabios como Pitágoras, Tales de Mileto u Orfeo aludían al uso de la música como medio terapéutico.<sup>59</sup> Los templos dedicados a Asclepio conocidos como *asklepieia*, disponían de casas de salud anexas donde se aplicaban terapéuticas mágico-religiosas con plegarias y rituales que terminaban en la *incubatio* o sueño en el templo, pero además, se utilizaban baños, masajes, régimen alimentario y ejercicios físicos tales como paseos y equitación.<sup>60</sup>

En lo referente a la terapéutica, en la medicina antigua llegaron a distinguirse tres orientaciones principales: la farmacoterápica, la quirúrgica y la dietética. La *diaita* entendida como "total régimen de vida", serviría para dos fines principales: el tratamiento de enfermedades y la conservación de la salud, e incluso la mejora de la naturaleza del hombre. Estos planteamientos descritos minuciosamente por Galeno dieron lugar al nacimiento formal de la "Higiene" como disciplina médica autónoma, que se dirigía hacia el logro de una perfección a la vez física y moral.<sup>61</sup> Es en esta visión holística del funcionamiento de la naturaleza donde hemos de situar los principales antecedentes sobre la importancia y los beneficios de las ocupaciones terapéuticas. La Terapia Ocupacional actual podría situar su origen en esta rama de la terapéutica clásica con sus aspectos preventivos, de promoción y de recuperación de la salud.

En la medicina hipocrática se hacía mucho énfasis en las adecuaciones del medio, la limpieza, la alimentación y el apoyo moral. Resultaba importante interpretar las manifestaciones de la enfermedad en relación con el ambiente en el que vivían los enfermos. La palabra ejercicio aparecía a menudo en los

---

<sup>57</sup> León Aguado, *Historia de las deficiencias*, 49.

<sup>58</sup> Laín Entralgo, *Historia de la medicina*, 129.

<sup>59</sup> D. le Clerc, *History of Physick*, traducción de Drake y Baden (London: 1699), citado en *Terapéutica Ocupacional* de MacDonald, 5.

<sup>60</sup> Sidney Licht, *Terapéutica por el ejercicio* (Barcelona: Salvat Editores, 1965), 293.

<sup>61</sup> Laín Entralgo, *Historia de la medicina*, 122-123.

trabajos de Hipócrates, refiriéndose habitualmente al aspecto higiénico del ejercicio general y reconociendo su valor para fortalecer los músculos débiles, para apresurar la convalecencia y para mejorar la actitud mental.<sup>62</sup> Se recomendaba la lucha libre, montar a caballo, la lectura, el trabajo físico y el ejercicio vigoroso con el fin de mantener y mejorar el estado de salud.<sup>63</sup> También los trabajos "manuales" que podían producir "ejercicio intenso, o ejercicio convertido en profesión" excepto en los procesos agudos.<sup>64</sup>

Desde otras orientaciones como la de Asclepiades de Prusa, también se defendían los agentes físicos o naturales en el tratamiento, y se advertía sobre el ejercicio exagerado.<sup>65</sup> Se recomendaba caminar para preservar la salud y actividades como medio de tratamiento para los enfermos mentales, con un trato humano a enfermos y deficientes,<sup>66</sup> y el uso de música y canciones.<sup>67</sup>

En la compilación de Cornelio Celso (siglo I) encontramos numerosas referencias al uso del ejercicio y la higiene. Se recomienda el uso de la música, la conversación, la lectura, los juegos, el ejercicio vigoroso, los viajes e incluso un cambio de aires para el alivio de las "mentes atormentadas". Se proponían ocupaciones como la navegación, el manejo de armas, los juegos de pelota, los saltos, la carrera y los paseos para mantener la salud. Celso prescribió la *clara lectio* o lectura en voz alta, para el estómago débil, también escribió acerca de "diversos tipos de locura y su curación" y recomendó la práctica de ocupaciones "adecuadas al temperamento de cada uno" también sugirió que, en algunas enfermedades, debía recurrirse a la aplicación indirecta, método que en términos modernos podría calificarse como de "ingeniería ambiental y de conducta" e igualmente recomendó el empleo combinado de las técnicas de tratamiento.<sup>68</sup>

El último de los grandes referentes de la medicina antigua, Galeno (siglo II), describió en sus escritos el proceso de enfermar refiriéndose a siete cosas naturales (*res naturales*) intrínsecas a la naturaleza del hombre que estaban reguladas por otras seis cosas no naturales (*res non naturales*) o extrínsecas:

---

<sup>62</sup> Licht, *Terapéutica por el ejercicio*, 294

<sup>63</sup> Turner, *Terapia Ocupacional*, 6.

<sup>64</sup> E. Strother, *An Essay on Sickness and Health* (London: 1725) citado en *Terapéutica ocupacional* de MacDonald, 5.

<sup>65</sup> Licht, *Terapéutica por el ejercicio*, 296.

<sup>66</sup> León Aguado, *Historia de las deficiencias*, 47.

<sup>67</sup> Turner, *Terapia Ocupacional*, 4.

<sup>68</sup> MacDonald, *Terapéutica Ocupacional*, 6; Turner, *Terapia Ocupacional*, 4.



aire y ambiente, comida y bebida, trabajo y descanso, sueño y vigilia, excreciones y secreciones y afectos del alma.<sup>69</sup> Desarrolló aspectos teóricos sobre la "indicación" sosteniendo que una prescripción terapéutica se indicaba correctamente si se tenían en cuenta tanto el conocimiento de la naturaleza intrínseca de la persona como las circunstancias externas.<sup>70</sup> Esta forma de entender el proceso salud-enfermedad nos muestra la importancia que se otorgaba al ambiente, los hábitos, el equilibrio ocupacional y las emociones, algo que aparece también en la Terapia Ocupacional actual. Entre las actividades que se sugerían para la conservación o mejora de la salud se hallan: cavar, pescar o trabajar en la construcción de casas, barcos o en labores del campo.<sup>71</sup> En su libro *De Higiene*, se recoge una clasificación de ejercicios de acuerdo con su vigor, duración y frecuencia. Aunque su adhesión a los ejercicios fue moderada, reconoció su valor terapéutico:

Los mejores ejercicios son aquellos que no solamente entrenan el cuerpo, sino que también deleitan la mente. Hay tanto en ellos que puede incitar la mente, que muchos se han librado de las enfermedades solamente por el deleite [...]; pero aun en este juego no debe considerarse exento de los peligros inherentes a los otros. [...] Así, no incurrir en daños sería el principal requisito de todos los ejercicios que se hagan para beneficiar al cuerpo.<sup>72</sup>

Galeno recogió en sus escritos todos los campos del saber médico del mundo clásico y su paradigma fisiológico influyó en el mundo occidental durante siglos a través de la cultura bizantina, islámica, judía y cristiano-europea.<sup>73</sup>

#### **4.1.2. Ocupación terapéutica en la Edad Media**

La muerte de Galeno a principios del siglo III, marca el inicio del declive de la medicina y la cultura grecorromanas. En el periodo que llega hasta la caída de Roma en el 476 d.C. se produjeron transformaciones importantes en la economía, la política, la religión y la sociedad que fueron modificando gradualmente el antiguo Imperio Romano. Desde ese momento hasta la conquista de Constantinopla en 1453, hemos de tomar en consideración tres culturas fundamentales: la bizantina, la islámica y la europea de occidente, que ejercieron su poder e influencia en zonas muy extensas y diversas. Progresivamente se introdujeron

---

<sup>69</sup> Laín Entralgo, *Historia de la Medicina*, 104, 171.

<sup>70</sup> *Ibid.*, 110.

<sup>71</sup> MacDonald, *Terapéutica Ocupacional*, 6.

<sup>72</sup> Galen, *De sanitate Tuenda*, traducción de R.M. Green (Springfield, 1951), citado en *Terapéutica ejercicio* de Licht, 296.

<sup>73</sup> Laín Entralgo, *Historia de la Medicina*, 88.

y entretejieron, la ciencia, la técnica, las creencias, los rituales y las supersticiones de distintas procedencias estableciendo los fundamentos de la Europa actual. Por todo ello, resulta enormemente complejo simplificar este periodo, sin embargo, desde el punto de vista de la medicina se podría afirmar que:

Desde fines del siglo V hasta la segunda mitad del siglo XV, la medicina es, en efecto: en tanto que saber científico, el vario resultado de acomodar la ciencia médica griega, y muy en primer término la de Galeno, al triple monoteísmo – cristianismo bizantino-oriental, islamismo, cristianismo romano-occidental– en que respectivamente tienen su centro religioso las tres grandes culturas mediterráneas del Medioevo; y en tanto que praxis social, la aplicación terapéutica y asistencial de ese resultado en el seno de una sociedad que bajo la ineludible peculiaridad de cada uno, en los tres casos es señorial, en cuanto al orden socioeconómico de su realidad, y artesanal, en cuanto a su modo de gobernar y utilizar el mundo cósmico.<sup>74</sup>

El acceso a los textos clásicos y a la cultura, resultó cada vez más difícil en el desestructurado imperio de occidente donde el latín comenzó a ser la lengua predominante. En cambio, el imperio oriental, por su estabilidad y la continuidad de la lengua griega, pudo conservar durante más tiempo todo ese conocimiento, si bien con modificaciones y simplificaciones debidas en parte a la influencia del cristianismo. Cuando el islam comenzó su expansión por tierras bizantinas y persas pudo acceder a las fuentes, y multitud de textos griegos y sirios fueron traducidos al árabe, de esta manera se inició el proceso intelectual de recepción, asimilación y recreación de los saberes clásicos en la cultura islámica.

En la **Europa cristiana**, la asistencia a los enfermos y por extensión las estrategias terapéuticas, se vieron influenciadas por el cristianismo con un cambio en la actitud, ya que se entendía que existía un “deber” de atender al enfermo y un motivo, el amor.

En tal asistencia hay, por supuesto, prácticas de carácter sacramental, en primer término, la unción de los enfermos; pero también un cuidado de estos a la vez médico y moral. La creación de hospitales, más exactamente, la invención de la institución hospitalaria, fue consecuencia directa de esta nueva actitud ético-operativa ante el aflitivo hecho de la enfermedad.<sup>75</sup>

---

<sup>74</sup> Laín Entralgo, *Historia de la Medicina*, 137-138.

<sup>75</sup> *Ibíd.*, 140.

Las personas que sufrían algún tipo de deficiencia comenzaron a beneficiarse de un trato menos cruel, por ejemplo, a partir del siglo IV se llega a prohibir tanto el infanticidio como la venta de niños como esclavos.<sup>76</sup> Comenzaron a aparecer diferentes órdenes religiosas que se extendieron por Europa y que comenzaron a dedicar parte de sus recursos a la asistencia de enfermos y necesitados, facilitando así la creación de asilos, orfanatos y hospitales. Por otra parte, desde el punto de vista del significado de las ocupaciones, la vida monacal contribuyó al desarrollo de una visión ética del trabajo, y destacó la importancia de la ocupación como medio de organización del tiempo a lo largo del día.<sup>77</sup> Durante la Alta Edad Media el saber médico se conservó en los monasterios y en las escuelas catedráticas, pero en la práctica las terapéuticas apenas evolucionaron. Además, las interpretaciones demonológicas sobre el origen de algunas enfermedades se popularizaron, de manera que las ideas sobre la posesión diabólica, el pecado y la impureza, así como la aparición de la Inquisición influyeron de manera determinante en el modo de concebir y tratar la enfermedad y la discapacidad.

A partir del siglo XI comenzó una evolución hacia la tecnificación y la secularización de la medicina, la Escuela de Salerno fue un elemento clave en dicha evolución.<sup>78</sup> Entre sus múltiples trabajos la Escuela publicó una obra fundamental en relación con la terapéutica dietética, *Regimen sanitatis Salernitanum*, que se siguió editando siglos después y que entre otras cosas declaraba: "si te faltan médicos, sean tus médicos estas tres cosas: mente alegre, descanso, dieta moderada".<sup>79</sup>

La **cultura árabe** llegó a convertirse en la heredera continuadora de la ciencia médica grecorromana. Durante años se realizó una concienzuda labor de traducción de textos clásicos y a su vez aparecieron nuevas obras relacionadas con las diferentes ramas del saber.<sup>80</sup> A partir del siglo XI la medicina greco-árabe comenzó a penetrar en los países de occidente a través de cuatro lugares clave: Ripoll, Sicilia, Salerno y Toledo.<sup>81</sup>

---

<sup>76</sup> León Aguado, *Historia de las deficiencias*, 50.

<sup>77</sup> Gómez Tolón, *Fundamentos metodológicos*, 35.

<sup>78</sup> Laín Entralgo, *Historia de la Medicina*, 192.

<sup>79</sup> *Ibíd.*, 196.

<sup>80</sup> En Medicina son fundamentales: Rhazes, Avicena, Averroes, Isaac Iudeus, Alí Abbas...

<sup>81</sup> "Conquistada a los árabes en 1085, rica en manuscritos arábigos y marco de una vida urbana en la cual era grande la libertad intelectual, idiomática y religiosa –mauri, iudei y christiani tenían los mismos derechos ante la ley-, Toledo llegó a ser la gran puerta para la penetración del saber greco-árabe en la Europa occidental de la Edad Media. (...) La obra de

Encontramos distintas vías a través de las que se recogen los aspectos relacionados con la terapéutica dietética y el uso de ocupaciones. Por ejemplo, Avicena (908-1037), una de las figuras más importantes en el campo de la medicina y la filosofía escribió en su obra, *Quanon*, cima indiscutida de la medicina medieval:

Existe un ejercicio adecuado para cada órgano [...] si los hombres ejercitan sus cuerpos por el movimiento y trabajan el tiempo adecuado, no necesitarán ni médicos ni remedios.<sup>82</sup>

En el ámbito de la psiquiatría, libres de la demonología europeo-cristiana, los médicos árabes realizaron observaciones clínicas bien definidas sobre la enfermedad mental. El humanitarismo estaba presente en los sanatorios mentales de Fez (s. VII), Metz (1100), Bagdad (1173) y el Hospital Mansur de El Cairo (s.XIII). Estos centros eran hospitales dirigidos por médicos con tratamientos humanitarios a base de música, danza, espectáculos, lecturas de relatos, prácticas de masajes y baños para múltiples enfermedades. También se hacía referencia al trabajo y a una terapia por sugestión que indica la existencia de cierta orientación hacia la psicoterapia.<sup>83</sup>

Durante los siglos XII y XIII los médicos más destacados provenían de al-Andalus, entre ellos Avenzoar, Averroes y Maimónides.<sup>84</sup> Todos ellos recalcaron la importancia de la dietética, con la idea de que la adopción de un modo de vivir ordenado podía dirigirse hacia la total perfección de la persona.<sup>85</sup> La dietética constituía por tanto la base del tratamiento, e incluso todo el tratamiento, si la enfermedad no pedía recursos más enérgicos. Según Schipperges, "las posibilidades de la intervención médica se ordenaban de manera estrictamente jerárquica... ni la cirugía, ni la farmacología estaban autorizadas antes de ensayar todas las posibilidades de la medicina dietética".<sup>86</sup>

Maimónides también reconoció la importancia de la actitud mental ante el tratamiento otorgando valor a la vida anímica, por otra parte, fue uno de los

---

los traductores de Toledo fue enorme, y su influencia sobre la configuración de la ulterior medicina medieval, decisiva". Laín Entralgo, *Historia de la Medicina*, 197-198.

<sup>82</sup> Grasset H. *La Médecine Naturiste* (Paris: 1911) citado en *Terapéutica por el ejercicio* de Licht, 299.

<sup>83</sup> León Aguado, *Historia de las deficiencias*, 57; Laín Entralgo, *Historia de la Medicina*, 177.

<sup>84</sup> Maimónides, nacido en Córdoba, era de origen judío, tuvo que huir de la Península y halló refugio sucesivo en Fez, Jerusalén y El Cairo. Laín Entralgo, *Historia de la Medicina*, 162.

<sup>85</sup> *La Recomendación de la salud* de Maimónides, dirigida en forma de carta al sultán al-Afdad de Damasco, es el más alto precedente de los Regimina sanitatis de la Europa medieval. Laín Entralgo, *Historia de la Medicina*, 175.

<sup>86</sup> *Ibíd.*, 175.

primeros en hacer referencia a ejercicios y progresos en el funcionamiento intelectual, lo que se considera como una de las primeras aportaciones sobre educación especial.<sup>87</sup>

En la medicina islámica la actitud caritativa ante el enfermo que prescribía el Corán facilitó la creación de múltiples centros hospitalarios e influyó en la adopción de elevadas normas éticas.<sup>88</sup>

A lo largo de los siglos XIII y XIV, se fueron creando las primeras universidades en Europa, lo que favoreció gradualmente la difusión de conocimientos. Este periodo se caracterizó por: la realización de compilaciones enciclopédicas, la iniciación del método experimental y de la ciencia combinatoria, el auge de la medicina escolástica y la cirugía de Bolonia y de París.<sup>89</sup>

En el ámbito de la terapéutica médica, la dietética, concebida como regulación racional de las *sex res non naturales* de la tradición galénica, siguió generando un importante interés en la medicina. De hecho, el género de los *regimina* para príncipes y señores prosperó notablemente a partir del siglo XIII; en otras ocasiones se centraban en una actividad, un estado vital o una profesión (embarazo, viajes por tierra o por mar, vida militar o monástica); también se encuentran *regimina* dirigidos a la prevención de alguna enfermedad especialmente mortífera u oprobiosa, como la peste o la lepra. En cualquier caso, debemos comprender todo este abanico de medidas higiénico-dietéticas, dentro del "sentido cósmico-sagrado que para el médico de la Edad Media tenía la recta ordenación de la existencia del hombre, un sentido trascendente de la operación del hombre en el mundo".<sup>90</sup> Arnau de Vilanova (ca. 1234-1311), uno de los médicos más influyentes del mundo latino medieval publicó varios escritos sobre higiene y dietética que tuvieron una gran repercusión,<sup>91</sup> una de sus recomendaciones mostraba la necesidad de equilibrio para la conservación de la salud, "entre otras cosas [...] hay necesidad de medicinas convenientes, ejercicios y placeres".<sup>92</sup>

---

<sup>87</sup> Scheerenberger R.C. *Historia del retraso mental*. San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales. (Versión castellana de A History of Mental Retardation. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., 1983) citado en *Historia de las deficiencias* de León Aguado, 58.

<sup>88</sup> Laín Entralgo, *Historia de la Medicina*, 177-178.

<sup>89</sup> *Ibíd.*, 200-206.

<sup>90</sup> *Ibíd.*, 231.

<sup>91</sup> Uno de ellos fue: *Regimen Sanitatis al rey de Aragón, De conservanda iuventute et retardanda senectute*. *Ibíd.*, 204.

<sup>92</sup> *Arnaldus of Villanova: The Conservation of Youth*, trad. de J. Drummond (Woodstock: 1912) citado en *Terapéutica por el ejercicio* de Licht, 299.

#### **4.1.3. Utilización terapéutica de las ocupaciones en el mundo moderno**

En el periodo de transición hacia el mundo moderno fue aumentando el interés por la experimentación y se generaron diversos progresos técnicos, de manera que la técnica medieval experimentó un importante auge entre 1350 y 1450. "El despertar de la mentalidad burguesa y la necesidad de luchar contra la recesión demográfica y económica que entonces sufría Europa fueron dos de los motores principales de este hecho".<sup>93</sup>

Muchos reconocen en esta época el inicio del Renacimiento y del Humanismo, movimientos que se plasmaron en múltiples áreas y que fueron impulsados por importantes cambios a distintos niveles: la declinación del feudalismo y el desarrollo de las ciudades con un cambio hacia una economía urbana, artesanal y comercial, la progresiva secularización del mundo, la idea de progreso, la búsqueda de un cambio en la forma de transmitir y elaborar el conocimiento, la creciente importancia otorgada a la experiencia, la estimación del trabajo manual y de sus obras, la aparición de la imprenta y los grandes descubrimientos geográficos. Todos estos elementos resultaron cruciales para la emergencia y desarrollo de una nueva visión del mundo y de la naturaleza humana y nos ayudan a comprender la gran repercusión cultural y científica que tuvo este cambio en la sociedad. Es indudable la influencia en la historia de algunos personajes nacidos entre los siglos XV-XVI como Nicolás de Cusa, Leonardo da Vinci, Erasmo, Juan Luis Vives, Copérnico, Paracelso, Cardano, Miguel Servet y Vesalio.

En el periodo de transición hacia la Edad Moderna hallamos algunos hechos singulares que se produjeron en los territorios gobernados por los reyes españoles. La historia medieval de España se desarrolló con ciertas peculiaridades que marcaron la diferencia con otras zonas de Europa, uno de sus aspectos más sobresalientes, fue el extenso periodo de convivencia de las culturas cristiana, judía y musulmana. Esta confluencia de culturas favoreció el intercambio de conocimientos, actitudes y costumbres que contribuyeron al origen de un nuevo enfoque de las ciencias.<sup>94</sup> Además, las condiciones sociales, políticas y

---

<sup>93</sup> Laín Entralgo, *Historia de la Medicina*, 215.

<sup>94</sup> "La literatura médica y científica escrita en árabe circulaba por los territorios cristianos de la Península durante los siglos XIII, XIV y XV, y se utilizaba en los núcleos urbanos fundamentalmente por los miembros de las aljamas judías, que, prácticamente, mantenían el monopolio de la ciencia y de la medicina. Más tarde, se prohibió a los médicos musulmanes, judíos y a las "metgeses" la práctica de su profesión entre los cristianos, así como recibir a estos en sus casas; aunque,

económicas que se vivieron en este periodo, junto con el espíritu innovador de nuestra cultura impulsaron la puesta en marcha de iniciativas que corresponden estrechamente con los principios de la Terapia Ocupacional actual. Las áreas que más nos interesan por su influencia son: la creación de establecimientos psiquiátricos y las medidas de atención a la pobreza.

### **La creación de establecimientos psiquiátricos**

En la Península Ibérica encontramos una larga tradición de consideración humanitaria hacia los problemas mentales, sin embargo, es a lo largo del siglo XV cuando se produce un movimiento de creación de establecimientos psiquiátricos. En 1409, en Valencia, se funda el "Hospital de Santa María de los Santos Mártires Inocentes", conocido como "Hospital de Inocentes de Valencia" y considerado por algunos como el primer hospital psiquiátrico de Europa. A éste le seguirían los de Zaragoza en 1425, Sevilla en 1436, Palma en 1456, Barcelona en 1481, Toledo en 1483 y Valladolid en 1489. Más adelante, Bernardino Álvarez inició con el Hospital de San Hipólito de México en 1565, una cadena de hospitales psiquiátricos en el nuevo mundo.<sup>95</sup>

El "Hospital de Inocentes de Valencia" fue fundado por el padre Juan Gilaberto Jofré, de la orden de los Hermanos de la Merced, con el apoyo del rey de Aragón, Martín I el Humano. Probablemente se vio influenciado por la tradición de los sanatorios mentales árabes y la necesidad de ofrecer una atención adecuada para el creciente número de "pobres, inocentes y furiosos" de la ciudad. Este hospital, de orientación laica, era administrado por una cofradía formada por un comité de diez artesanos y comerciantes de la ciudad, y dirigido por siete médicos. Se trató por tanto de una iniciativa de lo que hoy llamamos sociedad civil, lo que constituye una muestra de la prosperidad y nivel cultural de la ciudad de Valencia en ese momento.

La asistencia que se ofrecía era tanto humanitaria como sanitaria de tal forma que sus internos, que podían ser "inocentes, orates, débiles de juicio o discreción, alienados, insanos o dementes", eran considerados enfermos y las

---

con frecuencia, la prohibición no trascendía del nivel puramente retórico." Santonja P. "Arnau de Vilanova y el pensamiento islámico", *DYNAMIS*, 10 (1990): 57.

<sup>95</sup> Juan J. López Ibor, "La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo", *Actas Esp Psiquiatr* 36, nº1 (2008): 5.

actividades se orientaban al alivio y/o la curación de la enfermedad y a la reinserción social. Algunos autores han afirmado que el hospital de Valencia fue el primero en quitar las cadenas a los locos y en instituir un tratamiento moral, con ejercicios, juegos, ocupaciones, entretenimientos, dieta e higiene.

Por primera vez en la Historia se expresa un sentido genuinamente médico de la locura con todas sus consecuencias: inocencia, irresponsabilidad, peligrosidad de origen psicopatológico, necesidad de tratamiento especializado.<sup>96</sup>

El hospital se construyó en las afueras de la ciudad y contaba con terrenos para tareas agrícolas y de jardinería. Los hombres se dedicaban al trabajo agrícola, aprendían algún oficio, el manejo del dinero, y las mujeres se ocupaban de tareas como hilar, tejer, coser, lavar y reparar la ropa. Parece ser que los pacientes en mejor estado disponían de libertad de movimientos, salían por la ciudad a buscar frutas y verduras, y en ocasiones participaban en ciertas festividades de la ciudad, como cabalgatas y desfiles; entre sus tareas también se contemplaba acompañar y ayudar al carretero del hospital para conseguir trigo, leña, limosna y carbón.<sup>97</sup> "Se emplean medicaciones, pero sólo como complemento del trato amable y del trabajo diario, que son los pilares fundamentales del programa".<sup>98</sup>

El hospital de Valencia tuvo gran fama al menos hasta el siglo XVI. Tras su incendio en 1545 y la decadencia progresiva de la ciudad, el liderazgo lo tomó el Hospital de Zaragoza.<sup>99</sup>

En esta ciudad, fue fundado el "Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia" por Alfonso V de Aragón, el Magnánimo, en el año 1425. En este caso la iniciativa partió de la Corona, funcionando por tanto como una entidad gubernamental, lo que la diferenció de otras instituciones de la época que fueron producto de iniciativas particulares. La fundación tenía las características de beneficencia general, en el sentido de que se acogían en ella a "todos los enfermos que ante el mismo se presentaran no solo de enfermedades comunes, sino de contagiosas también, así como a los dementes, expósitos hasta la edad

---

<sup>96</sup> F.M. Merenciano, "Vida y obra del P. Jofré", *Archivos Iberoamericanos de Historia de la Medicina* II, nº2 (1950): 314,323, citado en "El internamiento psiquiátrico en España: de Valencia a Zaragoza (1409-1808)" de Luis F. Barrios Flores, *Rev Cubana Salud Pública* 28, nº2 (julio-diciembre 2002), <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21428209>.

<sup>97</sup> Mercedes Vilar Devís, "El Hospital General de Valencia en el siglo XVII (1600-1700)", *Estudis: Revista de historia moderna* 17, (1991): 213-228.

<sup>98</sup> Ruben D. Rumbaut, "The First Psychiatric Hospital of the Western World", *American Journal of Psychiatry*, 128 (10), (1972): 1305-1309, citado en *Historia de las deficiencias* de León Aguado, 83-84.

<sup>99</sup> López Ibor, "La fundación...", 8



de cinco años y mujeres desgraciadas que quisieran ocultar su ilegítima maternidad". Por ello figuraba en el frontispicio del Hospital la leyenda: "Domus Infirmorum, Urbi et Orbi", indicativa de la apertura de la institución a cualquier persona de cualquier origen o condición que precisara estar asistida.

El hospital de Zaragoza, llegó a adquirir gran fama por los métodos que empleaba, por la atención a personas de distintas regiones y porque figuraba entre los predilectos por los Reyes, como lo demuestran los varios privilegios otorgados por los monarcas, como el decreto promulgado por el rey D. Fernando el Católico en 1501, autorizando a la cofradía del Hospital "para colocar un colector de limosnas en todos los lugares, pueblos y ciudades del reino, en atención a que los pobres locos y fatuos que hay en él, no son solamente de Aragón sino también de Valencia y Cataluña".<sup>100</sup>

En lo que a la asistencia psiquiátrica se refiere, el establecimiento estaba destinado a "recoger a los insensatos, evitar los insultos a que se hallaban expuestos, mejorar su situación y procurar restablecerles el juicio". Instauró un régimen abierto para los pacientes y de trabajo ocupacional rural, con la finalidad de canalizar sus energías, de manera que se ha llegado a afirmar que:

La fundación del Hospital de Nuestra Señora de Gracia marca el punto desde el cual los dementes dejaron de ser considerados como seres extraordinarios, y a la antigua apreciación de considerarlos como poseídos del demonio, o como abortos de la Naturaleza, sigue la de considerarlos como enfermos, tanto que eran asilados junto a los mismos enfermos comunes.<sup>101</sup>

Gracias a su gran extensión, el hospital disponía de campos de cultivo y molinos de su propiedad, que le permitían mantenerse por sus propios medios, con el trabajo de los pacientes, como una ciudad independiente. 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.<sup>102</sup> Además se recoge por primera vez un intento de sistematización y documentación de

---

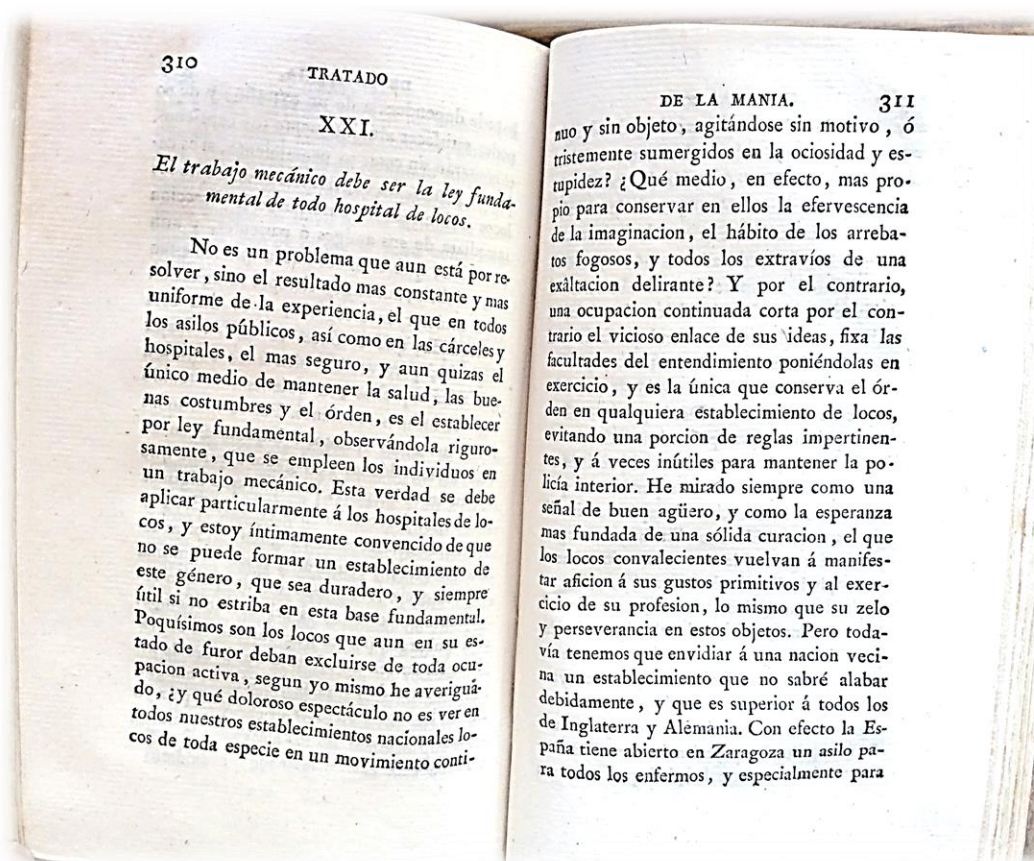
<sup>100</sup> Carmen Sánchez Lázaro y César Paumard Oliván, "El hospital psiquiátrico Nuestra Señora del Pilar de Zaragoza" en *Historia de la psiquiatría del siglo XX en Aragón*, coordinado por Asunción Fernández Doctor (Zaragoza: Sociedad Aragonesa y Riojana de Psiquiatría, 2014), 53-54.

<sup>101</sup> J.M. Royo Sarría, *El Manicomio de Zaragoza (Seis siglos de fundación)* (Zaragoza: Trabajos de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina 1935-1936, VII: 59ss), citado en "El internamiento psiquiátrico..." de Barrios Flores.

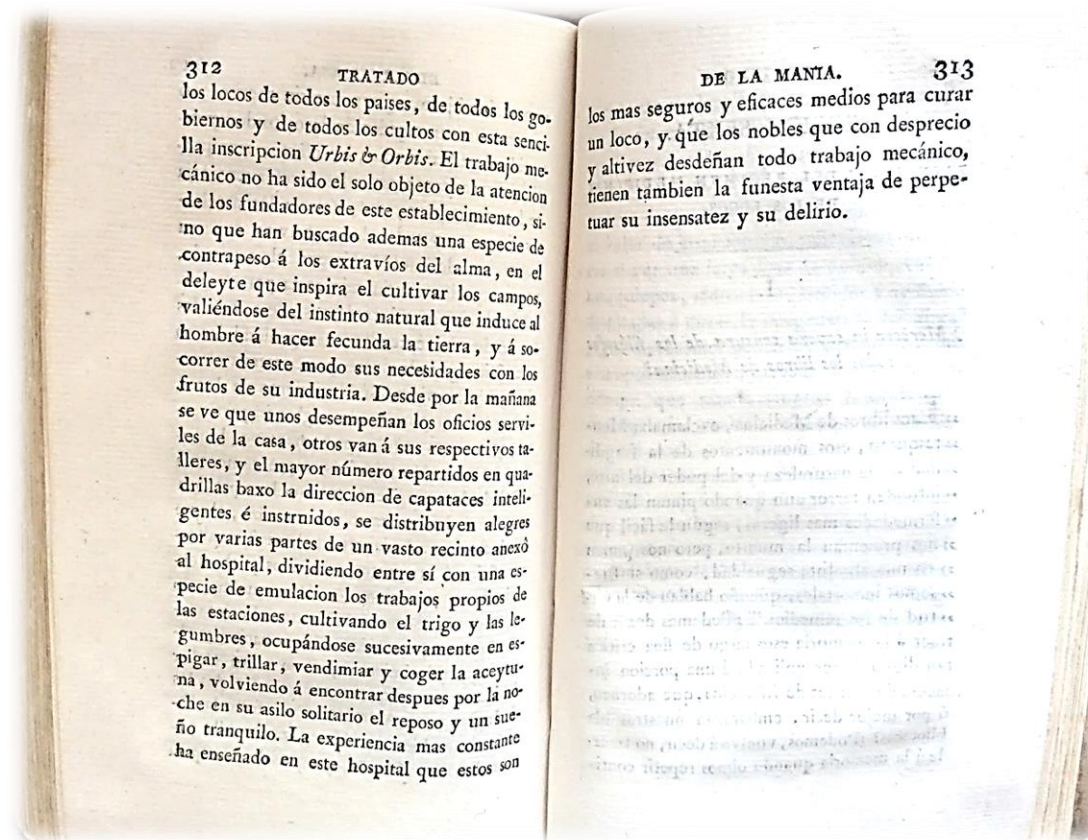
<sup>102</sup> Royo-Sarría, "El manicomio de Zaragoza..." y J. Gimeno-Riera, *La casa de los locos y el Hospital de Nuestra Señora de Gracia* (Zaragoza: Apuntes Históricas; 1908) citados en "Origen de la Terapia Ocupacional..." de Pérez de Heredia, Brea y Martínez.

los tratamientos, por ejemplo, el padre Murillo realizó descripciones (1615) sobre el tratamiento por medio de ocupaciones o trabajos. El Hospital Ntra. Sra. De Gracia continuó funcionando hasta su destrucción en 1808, durante la guerra de la Independencia, momento en el que se trasladó a los asilados al Hospital de la Misericordia y a la Casa de la Convalecencia.<sup>103</sup>

La perduración temporal de esta institución resulta de gran interés y justifica la influencia que se le ha atribuido como ejemplo de funcionamiento para otras instituciones psiquiátricas europeas. Sin entrar en debate sobre el grado de influencia del Hospital de Ntra. Sra. de Gracia en el desarrollo de movimientos como el tratamiento moral de Philippe Pinel (1745-1826), del que hablaremos más adelante, queremos reflejar aquí el comentario que publicó en la obra *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*:



<sup>103</sup> Sánchez y Paumard, "El hospital psiquiátrico...", 54.



**Figura 1. Philippe Pinel. El trabajo mecánico debe ser la ley fundamental de todo hospital de locos.<sup>104</sup>**

La Terapia Ocupacional comenzó a reconocerse aquí no solo como una estrategia efectiva para la recuperación de la salud y la reinserción social sino también como un medio de organización del tiempo y un componente facilitador del funcionamiento colectivo de la institución.

Como veremos más adelante, estas instituciones acabaron degenerando como consecuencia de los cambios sociopolíticos, la masificación y el hacinamiento, pero su creación dentro de nuestras fronteras a lo largo del siglo XV, es un hecho sumamente relevante. En medio de una concepción demonológica negativo-pasiva de la enfermedad mental, se realizaron innovaciones pioneras y revolucionarias en Europa, en especial en relación con el concepto y con las técnicas de tratamiento activo-optimistas. La manera de plantear el diagnóstico y los tratamientos indicaban una coherente y consistente comprensión de la enfermedad mental, con especificaciones sobre criterios diagnósticos, como la

<sup>104</sup> Philippe Pinel, *Tratado médico-filosófico de la enagenacion del alma o manía*, traducción de Luis Guarnerio y Avallena, (Madrid: Imprenta Real, 1804) (Biblioteca personal de la Dra. Asunción Fernández Doctor)

falta de integración social y la incapacidad de vida independiente.<sup>105</sup> La consideración de estas personas como enfermos, y el acercamiento a estos problemas desde una concepción profundamente humana representó la anticipación práctica de la corriente doctrinal de la "Escuela de Salamanca", una serie de importantes maestros del siglo XVI que mostró un especial respeto por la libertad y la dignidad de las personas.<sup>106</sup>

### **La atención a la pobreza**

En los inicios del Renacimiento, se sucedieron una serie de acontecimientos que comportaron graves problemas económicos y una gran crisis ideológica en Occidente. Las epidemias, las frecuentes guerras y otros conflictos, hicieron que el número de personas con discapacidades fuese aumentando considerablemente. La enfermedad y la incapacidad para el trabajo impedían el acceso a medios comunes de subsistencia, así que, para muchos, la mendicidad y el auxilio de la iglesia eran la única salida para la pobreza. En algunas zonas la gran cantidad de mendigos llegó a constituir un grave problema social, siendo temidos además por las acusaciones de brujería y de posesión de artes diabólicas.<sup>107</sup>

Esta grave situación hizo que las medidas de atención a la pobreza aparecieran como una de las principales preocupaciones en Europa; de manera que en este periodo comenzaron a buscarse maneras de erradicar la mendicidad y se desarrollaron, no sin polémica, diversas regulaciones y medidas legislativas sobre el tema. La controversia no era simplemente un enfrentamiento entre el espíritu medieval y el renacentista, se trataba de una lucha entre el Estado y la Iglesia por el control de un sector importante de la sociedad.<sup>108</sup> Las distintas medidas que se desarrollaron en las Cortes de Castilla y las publicaciones sobre el tema a lo largo del siglo XVI, son un ejemplo de ello. Encontramos disposiciones sobre la obligatoriedad de una célula para poder mendigar, la creación de la figura del padre de pobres como policía de mendigos y el establecimiento

---

<sup>105</sup> León Aguado, *Historia de las deficiencias*, 85.

<sup>106</sup> Barrios Flores, "El internamiento psiquiátrico..."

<sup>107</sup> León Aguado, *Historia de las deficiencias*, 61.

<sup>108</sup> Mariano Monge Juárez y Cristina López Osuna, "Misericordia de la economía: la controversia sobre la asistencia social y hospitalaria en el siglo XVI", *Cultura de los cuidados: revista de enfermería y humanidades*, año II, 3 (1º semestre 1998): 30-40.

de criterios de legitimación de la pobreza como la dependencia social, la discapacidad física y psíquica para distinguir a los pobres verdaderos de los fingidos. Pero también se potenciaron instituciones novedosas como Casas de Misericordia, Albergues, Hospicios, en las que se acogía a toda clase de indigentes, niños, ancianos, inválidos, etc.<sup>109</sup>

Por otra parte, es importante señalar que en España existían desde la Edad Media, sistemas de previsión social en forma de Gremios, Cofradías, Hermandades y Montepíos. Tales instituciones prestaban auxilio en caso de enfermedad y muerte, e incluso, ofrecían ayudas específicas para la vejez y la invalidez. Las cofradías con más tradición eran las formadas por personas ciegas y se les otorgaban ciertos privilegios, como la cofradía de ciegos de Zaragoza, creada en 1537 y que tenía el monopolio de recitar oraciones por las casas.<sup>110</sup>

Para comprender mejor el desarrollo de todas estas medidas resulta imprescindible hacer referencia a la figura de Juan Luis Vives (1493-1540). Fue uno de los principales representantes del pensamiento humanista europeo, contribuyendo con sus opiniones a situar al hombre y a sus valores en primer término. Su obra influyó de manera determinante en el desarrollo del pensamiento moderno y de disciplinas como la pedagogía y la psicología de las que se le considera fundador.

Su defensa de la naturaleza humana se extendió a personas con distintos perfiles de marginación como los indígenas, los pobres, los enfermos y los inválidos. Su concepción de la pobreza y su relación con la enfermedad, así como sus propuestas en cuanto a la resolución de estos problemas son contribuciones fundamentales que representaron un cambio revolucionario.<sup>111</sup> Por ejemplo, reconoció los efectos de la enfermedad no solo sobre el cuerpo sino sobre la vida y el funcionamiento de las personas:

Cuando un mal ataca al cuerpo, perturbando aquella primera y acostumbrada constitución suya, y lo atormenta ocasionando dolores y disfunciones en ella,

---

<sup>109</sup> León Aguado explica que en este periodo se publicaron las obras: *De subventione pauperum* (1526) de Juan Luis Vives; *Deliberación en la causa de los pobres* (1545) de Domingo de Soto; *De la orden que en algunos pueblos de España se ha puesto en la limosna para remedio de los verdaderos pobres* (1545) de fray Juan de Robles o Medina; *Tratado de remedio de pobres* de Miguel de Giginta (1579); *Discursos del amparo de los legítimos pobres* (1598) de Cristóbal Pérez de Herrera. *Historia de las deficiencias*, 91-92.

<sup>110</sup> M.D. Pascual de Riquelme, "Índice cronológico de hechos y documentos relativos a las instituciones y servicios para minusválidos en España (I)", *Boletín de Estudios y Documentación del SEREM*, 1 (1975): 77-82, citado en *Historia de las deficiencias* de León Aguado, 89.

<sup>111</sup> Su obra *De subventione pauperum* fue publicada en 1526 en la ciudad de Brujas.

en un determinado lugar, momento, a una edad o con determinadas costumbres, se dice que la salud está afectada y el cuerpo está enfermo.<sup>112</sup>

Las causas de la pobreza para Vives, abarcaban más que la falta de dinero, reconociendo también a los enfermos, inválidos y alienados: “fuera de que no solamente son pobres los que carecen de dinero, sino cualesquiera que estén privados de fuerzas, de salud, de ingenio, de juicio”. A partir de esta consideración, la limosna no solo debía entenderse como una cuestión económica sino como “toda obra con que se alivia la insuficiencia humana”.<sup>113</sup>

No es de extrañar por tanto que una de las aportaciones más destacadas de la obra de Vives sea la utilización del trabajo como elemento fundamental para mitigar la pobreza. Es indudable aquí la influencia del pensamiento de Erasmo de Rotterdam con el que mantuvo una estrecha relación y cuyas doctrinas se relacionaban con la idea de desacralizar la pobreza, evitando la limosna indiscriminada, reivindicando una mayor racionalización en el reparto de los recursos y desvinculando a la Iglesia del control de la asistencia. Todo esto inspiró cambios en la política asistencial, se reclamaba la implicación y responsabilidad de las autoridades municipales a través de diversas medidas con la educación y el trabajo como principales herramientas, para que los menesterosos consiguieran su sustento sin recurrir a la mendicidad.

Entre otras cosas, se proponía la salida de los menesterosos de los hospitales, para lo cual debía determinarse quiénes podían realizar trabajos adecuados a su impedimento, y desarrollar así su actividad fuera de estos centros. Al mismo tiempo, se establecía el socorro conveniente para los ciegos, los ancianos, enfermos vergonzantes y mendigos. Por ejemplo, se recomendó que los desequilibrados ingresaran en el hospital para determinar el diagnóstico, realizar un pronóstico y plantear un tratamiento de tal forma que se pudiera establecer quiénes podían salir de los hospitales para trabajar y quienes debían permanecer confinados por resultar peligrosos para el municipio. En cualquier caso, Vives defendió la idea de que los pobres que además sufrían algún tipo de invalidez debían realizar alguna tarea adecuada a su situación:

---

<sup>112</sup> La cita, extraída de su antología de textos, procede del capítulo 6 de *De tractandis Disciplinis*. El texto original traducido por disfunción dice: *impedimentum functionum huius constitutionis*, citado en *Historia de la Rehabilitación: de la medicina física a la atención de la discapacidad* de José M. Climent Barberá (Barcelona: Edika Med, 2009), 35.

<sup>113</sup> Juan L. Vives, *De subventionem pauperum* (1992), 198, citado en *Historia de las deficiencias* de León Aguado, 90.

No existe nadie tan imposibilitado como para que su debilidad física le impida llevar a cabo alguna tarea.<sup>114</sup> [...] Tampoco soporto que los ciegos permanezcan sentados o vayan rondando por ahí sin hacer nada, pues hay muchísimas cosas que ellos pueden realizar. Algunos están bien dotados para la poesía... otros pueden dedicarse a la música... otros que hagan girar los tornos y las ruedas, o que remuevan las prensas; también pueden aventar los fuelles en las fraguas. Sabemos que los ciegos fabrican cajitas, cestas, canastillos, pequeñas jaulas... No se dejen guiar por la desidia, y no rechacen el trabajo, encontrarán fácilmente en qué ocuparse. La pereza y la estupidez, no su defecto físico, están en la causa por la que dicen que no pueden hacer nada.<sup>115</sup>

De nuevo se reconoce el uso de las ocupaciones como medio de incorporación a la sociedad y remedio contra la pobreza y la marginación. Muchos autores han visto en estos planteamientos un avance de las propuestas actuales sobre rehabilitación y Terapia Ocupacional.

Se les ha de preguntar si saben algún oficio. Los que no saben ninguno, si tuvieren edad proporcionada, se les ha de instruir en aquél para el cual sintieren mayor propensión, siempre que sea posible, y si no, en algún otro análogo; por manera que el que no supiese coser vestidos, cosa polainas, botines y calzas. Pero si fuese ya algo alcanzado de días o de ingenio demasiado tarde, enséñesele algún oficio más fácil y, en último término, el que cualquiera puede aprender en pocos días, como cavar, sacar agua, llevar algo a cuestras, hacer portes con un pequeño carro, acompañar al magistrado, traer mensajes, recados, cartas, gobernar caballos de alquiler.<sup>116</sup>

En resumen, el planteamiento de Vives "significaba la secularización de la beneficencia, el control de la mendicidad, la recogida y padrón de los pobres, la represión de los falsos pobres y la racionalización de la asistencia a los verdaderos".<sup>117</sup>

A lo largo del siglo XVI el problema de la pobreza siguió generando gran preocupación y surgieron propuestas que no siempre estaban de acuerdo con la obra de Vives. Por otra parte, la reforma religiosa provocó cambios profundos en los valores y la mentalidad de la gente. Como hemos visto, la pobreza dejó de idealizarse y la asistencia a los necesitados comenzó a verse desde un enfo-

---

<sup>114</sup> Juan L. Vives (1992), 346-347, el texto original en latín en el que usa el término invalidez dice: *nemo tan invalidus est cui omnino vires desint alicui rei agenda*, citado en *Historia de la Rehabilitación* de Climent Barberá, 41.

<sup>115</sup> *Ibíd.*

<sup>116</sup> Juan L. Vives (1992), 157, citado en *Historia de las deficiencias* de León Aguado, 90.

<sup>117</sup> José M. López Piñero, *Clásicos Médicos Valencianos del siglo XVI* (Valencia: Ed. Consellería de Sanitat y Consum Generalitat Valenciana, 1991), 52.

que más laico. Además, en muchas zonas de Europa se extendió la ética protestante, en la que el trabajo se veía como un método de santificación y acercamiento a Dios, lo que contribuyó, como algunos reconocen, a la generación del espíritu capitalista.<sup>118</sup>

### **Salud, ejercicio y trabajo**

A partir del siglo XVI las ciencias desarrollaron el mecanicismo, el organicismo vitalista y el empirismo. Personajes como: Fabrizi d'Acquapendente, Francis Bacon, Sanctorius, Galileo, William Harvey, Joan Baptista van Helmont, Descartes, Tomas Sydenham, John Locke, Ramazzini, Isaac Newton, Fiedrich Hoffmann, etc., contribuyeron al avance extraordinario de los conocimientos anatómicos, fisiológicos y psicológicos.

Durante el siglo XVI se publicaron numerosas obras en España,<sup>119</sup> en el campo médico destacamos a: Cristóbal Méndez, Luis Mercado, Francisco Valles, Antonio Gómez Pereira y Juan Huarte de San Juan.<sup>120</sup>

El interés por el estudio del movimiento y su análisis, la nueva concepción mecánica de la actividad del cuerpo humano, el desarrollo de técnicas mecánicas e instrumentales, el auge de la clínica por la importancia dada a la observación, el empirismo anatomopatológico y anatomofisiológico, fueron factores determinantes para el desarrollo de ideas que se plasmaron en la práctica y que están en la base del posterior desarrollo científico de distintas especialidades. Comenzaron a establecerse paradigmas médicos en torno a las ciencias físicas que cristalizaron en diversas aplicaciones concretas que se han relacionado más directamente con la rehabilitación: el ejercicio terapéutico como ejemplo del movimiento y la mecánica; la acción del masaje como ejemplo de las aplicaciones externas y el estudio de la electricidad de los seres vivos en sus aspectos fisiológico y clínico.<sup>121</sup>

---

<sup>118</sup> Monge Juárez y López Osuna, "Misericordia de la economía...", 34.

<sup>119</sup> "La actividad científica fue muy notable en el siglo XVI, llegándose a imprimir alrededor de mil libros, en su mayoría de medicina, en un contexto en el que primaban todavía las ciencias aplicadas". J. Riera, (1989), citado en *Historia de la Rehabilitación* de Climent Barberá, 11.

<sup>120</sup> A Juan Huarte de San Juan se le considera precursor de la psicología diferencial y de la evaluación psicológica, fue el autor del conocido *Examen de los ingenios para las ciencias* en 1575.

<sup>121</sup> Climent Barberá, *Historia de la Rehabilitación*, 45



## Salud y ejercicio

Las contribuciones renacentistas en torno al ejercicio y la gimnasia condujeron a una mayor consideración de estos procedimientos por parte de los médicos. La eclosión de la iatrofísica produjo una sensibilización mayor hacia los potenciales efectos beneficiosos del ejercicio. El modelo galenista imperante en ese momento reconocía el valor del ejercicio y lo recomendaba por sus valores higiénicos. Su práctica se aconsejaba como una parte del conjunto de cuidados que debían prodigarse para conservar la salud. La dieta, bajo la fórmula de regímenes, la observancia de unas adecuadas horas de sueño y el ejercicio constituían el fundamento de los cuidados corporales renacentistas.<sup>122</sup> En este periodo encontramos referencias muy interesantes sobre el uso del ejercicio y la actividad que constituyen uno de los fundamentos de la medicina física y de rehabilitación.

La tradición popular gimnástica se recoge por ejemplo en la antología de Hesse,<sup>123</sup> donde encontramos referencias a: las carreras entre zagales, las carreras de cuadrigas, el pugilato, el salto y el lanzamiento de discos o de lanzas, el juego de pelota y sus variantes, la chueca, la olla, las tres rayas o los juegos de cañas y sortija. Además de estas actividades populares se citan otras como la equitación, la caza, la pesca, la cetrería y la esgrima. Se incluye un texto sobre ejercicios acrobáticos callejeros que muestra la existencia de saltimbanquis y funambulistas recorriendo las plazas de los pueblos y participando en las fiestas populares. También se encuentran referencias a los ejercicios con espada, la esgrima, que tanta importancia tendrá como preludio de la gimnástica militar.

Leonardo Fuchs (1501-1566) en su *Institutionum Medicinae* expone los tipos de movimientos, donde encontramos quizás una primera sugerencia sobre la terapéutica ocupacional en la literatura médica: "hay dos clases de ejercicios, el primero es el ejercicio simple; el segundo es doble, ejercicio y trabajo"<sup>124</sup>

---

<sup>122</sup> L.S. Granjel, "La obra de un médico giennense: Cristóbal Méndez", *Seminario médico* 42, (1998):13-35, citado en *Historia de la Rehabilitación* de Climent Barberá, 12.

<sup>123</sup> J. Hesse, *El deporte en el siglo de oro* (Madrid: Taurus, 1967), citado en *Historia de la Rehabilitación* de Climent Barberá, 13.

<sup>124</sup> L. Fuchs, *Institutionum medicinae: libro II Motu et Quiete* (Tübingen: 1565), citado en *Terapéutica por el ejercicio* de Licht, 300.

En 1553, el jienense Cristobal Méndez (1500-1553?), publicó en Sevilla la primera obra impresa sobre ejercicio terapéutico.<sup>125</sup> *El Libro del Ejercicio corporal y de sus provechos, por el cual cada uno podrá entender que ejercicio le sea necesario para conservar la salud*, constituye una muestra de la medicina renacentista española. Méndez destaca en su obra la importancia de la conservación de la salud sobre la curación de la enfermedad y manifiesta que el ejercicio es el modo más fácil y más seguro para proveer esta conservación. Establece una serie de normas: que se ejecute por libre voluntad, que se haga con placer y alegría, que no se interrumpa antes de hora y que no se prolongue más de lo necesario.

Es interesante recordar que el concepto de ejercicio que maneja Méndez es más amplio que el actual, incorporando tanto la práctica de movimientos de índole física como el entrenamiento de las funciones intelectuales, haciendo por tanto referencia a la práctica de cualquier actividad. El sentido que aporta Méndez es casi el de un entrenamiento, además de físico, de la voz, del oído, del pensamiento, de la imaginación o de la memoria. Desde este enfoque se entenderá mejor la propuesta que hace para ejercitar las funciones superiores, propuesta, por otro lado, enormemente avanzada, ya que supone un enfoque muy global de las posibilidades médicas del nuevo tratamiento.

Hasta las últimas páginas, casi todo lo escrito describe los ejercicios que deben realizar los sanos para mantener la salud, al margen de algunas referencias ocasionales previas. Pero en este último capítulo, titulado "Cómo se ha de ejercitar el que tiene alguna parte del cuerpo flaca porque no le venga daño del movimiento", desarrolla ideas muy interesantes sobre el ejercicio que debe recomendarse a los tullidos y a los cojos:

[...] el que estuviese cojo o tullido, que no pudiese andar, podría muy bien tomar su ejercicio si se sentase en una silla rasa, sin espaldar ni otra cosa, y tomase una espada y esgrimiese mucho con ella, o menease un palo con mucha frecuencia a una parte y a otra, o atase una cosa pesada a un cordel y lo menease alrededor. Yo pienso que haría buen ejercicio y le sería no poco provechoso, y aun los tales tienen más necesidad de él más que otro, porque, como no pueden andar no hacen ningún movimiento, no ayuda a naturaleza en ninguna cosa, y tendrán causa de tener más enfermedades, si no tienen gran regimiento en la vida. (Méndez, C. 1553, T4, c6bis)

---

<sup>125</sup> El más difundido: *De arte Gimnastica de Mercurialis* se publicó en Venecia en 1569, casi veinte años más tarde.

Se observa aquí posiblemente, la primera formulación de la conveniencia del ejercicio físico adaptado para los inválidos, propuesta fundamentalmente terapéutica definida pocos años después de las ideas de Luis Vives sobre el socorro de los pobres. La sugerencia de que los tullidos y cojos no sólo pueden practicar ejercicio, sino que además, tienen más necesidad de hacerlo que los restantes enfermos, sitúa esta idea en una posición germinal de las proposiciones que varios siglos después desarrollarán el concepto moderno de rehabilitación.<sup>126</sup>

Hieronymus Mercurialis (1530-1606) en su obra *De arte Gymnastica*, impresa en el año 1569, y ampliamente conocida en toda Europa, recomendaba entre otros principios que los ejercicios fueran adecuados a cada parte del cuerpo y que los convalecientes deben realizar ejercicios especiales prescritos sobre bases individuales.

Sanctorius (1561-1636) escribió siete libros de medicina, el quinto de ellos versaba sobre ejercicio y reposo. Desarrolló sus teorías del metabolismo y señaló al igual que lo hicieron otros médicos de la época, que los ejercicios ocupacionales y el ocio podrían incrementar la vitalidad,

Caminar es el mejor ejercicio para producir la perspiración<sup>127</sup> [...] Los mejores ejercicios en el interior son el juego de pelota, el volante, el baile y la esgrima; en el exterior, la marcha, los bolos, la equitación y conducir un carruaje.<sup>128</sup>

Para el siglo XVII paseos, equitación, dirigir un carruaje, esgrima, juegos, aparecen como actividades valoradas por diversos autores. Por ejemplo, Thomas Sydenham (1624-1689) defendió la equitación y la introdujo para el tratamiento de los tuberculosos, su influencia prevaleció durante muchos años y sobre otros autores como Francis Fuller (1670-1706).<sup>129</sup>

Nicolas Andry (1658-1742) sugirió ejercicios específicos y deportes para reducir el peso, aumentar la movilidad y enderezar la columna vertebral, una de las actividades más recomendadas era la esgrima. Introdujo consejos de higiene postural para evitar deformidades en los niños, una idea que supone la adopción de las propuestas educativas desde una perspectiva médica, como un

---

<sup>126</sup> Climent Barberá, *Historia de la Rehabilitación*, 18-19.

<sup>127</sup> Con esta expresión se referían a la transpiración o sudoración, las recomendaciones médicas se basaban en la teoría sobre los humores, de hecho, el término médico "diaforesis" significa secreción de humores.

<sup>128</sup> Licht, *Terapéutica por el ejercicio*, 301.

<sup>129</sup> Fuller publicó su obra *Medicina gimnástica* en 1704.

medio preventivo o higiénico. Dio origen a la palabra "ortopedia" con su libro *L'Orthopédie*, publicado en 1741 y afirmó que "de todos los métodos para aliviar y hasta curar muchas dolencias a las que está sujeto el cuerpo, no hay ninguno parigual al ejercicio" y que "el abuso de reposo es más perjudicial que el del ejercicio".

Fiedrich Hoffman (1660-1742), otorgó importancia al tratamiento natural, incluyendo el ejercicio. Intentó restablecer el papel del ejercicio en la vida diaria, como lo ensalzaron los antiguos. En su libro *Disertaciones físico-médicas* (1708), obra cuyo capítulo VI fue titulado "Del movimiento considerado como la mejor medicina para el cuerpo" escribió:

Debemos distinguir, con los antiguos, entre movimiento, ejercicio y trabajo (kinesis, gymnasion y ponos). [...] No encontramos otra forma de tratamiento mejor que el ejercicio. [...] Debemos colocar entre los ejercicios los movimientos ocupacionales de los obreros y agricultores (trabajos tales como segar trigo, cortar madera, pescar y otras tareas agrícolas). La fortaleza y buena salud de que disfrutaban los campesinos es una prueba de cuánto contribuyen esas ocupaciones a la prolongación de la vida y la prevención de las enfermedades.

La revolución de la gimnasia llegó de la mano del desarrollo de la pedagogía,<sup>130</sup> a través de planes gimnásticos educativos específicos.<sup>131</sup> Sobre ellos se construyeron posteriormente modelos o sistemas que otorgarían prestigio y difundirían las prácticas gimnásticas más allá de los ámbitos militares o populares.<sup>132</sup>

En este ámbito resultó fundamental Joseph Clement Tissot (1747-1826) con su obra *Gymnastique Médicinale et Chirurgicale* que se publicó en 1781, y que es considerada uno de los hitos históricos del ejercicio terapéutico. Tissot insistió en que era esencial un conocimiento previo de anatomía para prescribir los ejercicios terapéuticos, analizó los movimientos ejecutados en muchas artes y oficios e insistió en los principios sentados por Fuchs y Hoffmann, aconsejando a los lesionados que se ejercitaran por medio de los movimientos de las artes manuales. Esto supone un antecedente claro de la Terapia Ocupacional que en

---

<sup>130</sup> Rousseau publicó su obra más emblemática, *Émile* en 1762, que supuso una revolución en el campo de la enseñanza.

<sup>131</sup> Emergieron por toda Europa corrientes e instituciones basadas en la nueva pedagogía: Dessau: Escuela Philanthropinum, Johan Bernard Basedow, J. Guthsmuths, Ludwig Jahn, F.Nachtegall, Pestalozzi

<sup>132</sup> Los dos modelos de mayor importancia y penetración ya en el siglo XIX fueron conocidos como gimnasia sueca y gimnasia francesa.

sus inicios utilizó como herramienta fundamental las artes y los oficios tradicionales. Por ello podemos considerar que Tissot fue un precursor de la terapia ocupacional, pero también inició el uso de la terapia recreativa y de los deportes adaptados. Por ejemplo, recomendaba la esgrima como uno de los ejercicios más curativos.

De todos los ejercicios gimnásticos, la esgrima es no sólo el más activo, sino que proporciona el mayor número de estímulos al mecanismo del cuerpo entero y pone en acción todos los músculos de las extremidades [...] Estas actividades proveen a la medicina y a la cirugía de un medio saludable para fortalecer las extremidades y aumentar la amplitud articular, lo mismo que la circulación de la víscera.

Su opinión acerca del uso de las artes, oficios y ocupaciones como método de Cinesioterapia, se expresa claramente en su obra:

La mayoría de las actividades artesanas colocan los músculos de las extremidades superiores en contracción casi continua. De acuerdo con su uso, algunas activan más ciertos músculos que otras. El análisis anatómico nos dice qué ejercicios debemos seleccionar para la cura de ciertas enfermedades donde el movimiento está indicado. Por ejemplo, si queremos restaurar el húmero y la escápula, o el codo y la muñeca, debemos usar el mango de la prensa de imprimir, el hacha, el movimiento de remar, el del arco del violín, los tambores.

Tissot insiste en que el cirujano considere el ejercicio como una parte del tratamiento igual que cualquier otra prescripción. Fue un enérgico enemigo del reposo prolongado en la cama. También se preocupó por el tratamiento de las úlceras por decúbito y las recomendaciones para el cuidado de los pacientes que habían sufrido un ictus y los artríticos.<sup>133</sup>

### **Salud, trabajo y condiciones sociales**

Los cambios socioeconómicos que fueron apareciendo a lo largo del siglo XVII y principios del XVIII, conllevaron nuevos hábitos en la forma de vida de la burguesía y condiciones socio-laborales de la población trabajadora que comenzaron a ser un foco de interés para la salud pública y la incipiente medicina social.

Ramazzini (1663), a menudo llamado "el padre de la medicina ocupacional", publicó en 1700, *De morbis artificum Diatriba*, el primer tratado global

---

<sup>133</sup> Licht, *Terapéutica por el ejercicio*, 303-305.

sobre las enfermedades de los trabajadores. Realizó un examen sistemático de los factores etiológicos de las afecciones propias de los distintos oficios que existían antes de la Revolución Industrial.<sup>134</sup> Propuso que los médicos extendieran la lista de preguntas que Hipócrates recomendó agregando: "¿Cuál es su ocupación?" Insistió en que los avances en medicina no debían centrarse exclusivamente en la fisiología y las cuestiones clínicas, sino que debería cubrir la salud de la población, la observación de las relaciones entre los factores ambientales y las enfermedades.<sup>135</sup> Resaltó la importancia de la prevención de riesgos frente al tratamiento y, asimismo, la importancia de observar al paciente en su lugar de trabajo.

### **Progreso científico**

El siglo XVIII, con la Ilustración como elemento fundamental, constituyó una época de progreso de los conocimientos racionales y de perfeccionamiento de las técnicas de la ciencia. Todos estos cambios culminaron con el final del Antiguo Régimen. La Revolución francesa, la Revolución estadounidense y la Revolución industrial fueron elementos que contribuyeron decisivamente al desarrollo de ideas y conocimientos que suscitaron la aparición de nuevas especialidades profesionales a partir del siglo XIX.

La comprensión de la enfermedad como un fenómeno explicable por la razón, analizable y tratable, contribuyó al desarrollo de la medicina física, la medicina social o del trabajo, la pediatría, la psiquiatría y la psicología. Además, las propuestas pedagógicas de Rousseau influyeron en la educación y la forma de considerar la infancia.

Hallamos también en este periodo elementos precursores de la disciplina de la Terapia Ocupacional, especialmente reconocida es la influencia de los principios filosóficos del tratamiento moral, que tuvo su mayor auge precisamente entre la última mitad del XVIII y primera mitad del XIX en Europa y Estados Unidos, a través de figuras como Philippe Pinel y William Tuke que resultaron fundamentales en ese momento. En el siguiente capítulo analizaremos con detalle algunas de las influencias más notables para la Terapia Ocupacional en el siglo XIX que terminaron uniendo a los pioneros de la profesión.

---

<sup>134</sup> Laín Entralgo, *Historia de la Medicina*, 356.

<sup>135</sup> F. Carnevale y S. Lavicoli, "Bernardino Ramazzini (1633-1714): a visionary physician, scientist and Communicator", *Occup Environ Med* 72, n°1 (January 2015): 2-3, [doi: 10.1136/oemed-2014-102744](https://doi.org/10.1136/oemed-2014-102744).



**5. LA TERAPIA OCUPACIONAL COMO PROFESIÓN:  
NACIMIENTO Y EXPANSIÓN**





## **4.2. Movimientos influyentes en el origen de la profesión: siglos XIX y XX.**

La diversidad de acontecimientos, cambios sociales, conocimientos e ideas que surgieron a lo largo del siglo XIX fueron el caldo de cultivo para el origen de la Terapia Ocupacional como disciplina. Como afirmaron Reed y Sanderson:

Los conceptos fundacionales de la Terapia Ocupacional derivan de muchas fuentes. Algunas tienen más influencia que otras, pero todas son provechosas. Entre las 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 los Settlement, el entrenamiento manual y el equipamiento rehabilitador.<sup>136</sup>

Esta forma de aproximarse al origen de la profesión ofrece una perspectiva realista puesto que no solo considera los avances científicos, tecnológicos o conceptuales que se producen en un momento dado, sino que da valor a la influencia de las condiciones sociales, políticas, culturales e institucionales. Como veremos más adelante, a menudo son estos factores los que determinan el avance o retroceso de una práctica profesional.

### **4.2.1. Tratamiento Moral**

Como hemos mencionado en el apartado anterior, la Ilustración trajo consigo importantes transformaciones en la forma de entender al ser humano y el mundo que nos rodea. Las ideas promovidas en la Revolución francesa y la abolición del Antiguo Régimen tuvieron importantes repercusiones en muchos ámbitos, generando nuevos contextos socio-económicos y políticos en toda Europa.

Gran parte de las reformas sociales iniciadas en la Revolución se dirigieron hacia el problema de los pobres y los indigentes. Este numeroso colectivo ocupaba una gran cantidad de recursos institucionales, cuyas condiciones eran generalmente deplorables. El espíritu de reforma social del momento, inspiró todo un proceso de transformación hospitalaria en la que se buscaba una mejora en el funcionamiento de estas instituciones. En 1785, Jean Colombier y Francois

---

<sup>136</sup> Kathlyn L. Reed y Sharon R. Sanderson, *Concepts of occupational therapy*, 4ª ed. (Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, 1999), 14.

Doublet presentaron el documento *Instruction sur la manière de gouverner les Insensés, et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur sont destinés* que fue difundido en todos los hospitales de Francia. Por otra parte, la aplicación del principio de igualdad trajo consigo ciertos derechos y obligaciones de la población marginal que ahora comenzaba a verse como una fuerza de trabajo potencial en el nuevo contexto socio-económico.<sup>137</sup> Junto a esta justificación económica encontramos la influencia de pensadores como Joseph Daquin que en 1791 publicó la primera edición de su obra *La Philosophie de la Folie*<sup>138</sup> y Pierre Jean George Cabanis, cuyas ideas sobre la inclusión de lo moral como parte de las ciencias de la naturaleza y sus explicaciones sobre cómo “ciertas impresiones morales tienen consecuencias patológicas en el cuerpo” influyeron en el planteamiento del que sería conocido como Tratamiento Moral.<sup>139</sup>

Todas estas ideas y transformaciones influyeron en el modo de abordar el problema de la asistencia psiquiátrica.<sup>140</sup> Los cambios fundamentales se produjeron en la manera de considerar al enfermo mental y en la orientación del tratamiento. Comenzar a entender que los locos eran criaturas de la razón, demandaba un tratamiento compasivo y amable, en el que las ocupaciones eran importantes para recuperar la salud y reintegrar a los enfermos en la sociedad. La libertad ofrecida al enfermo mental podía permitirle recuperar su “responsabilidad moral”, a través del trabajo podía recuperar los valores morales, el orden y las buenas costumbres.<sup>141</sup> Esta forma de acercarse a la atención del enfermo psiquiátrico se denominó trato o tratamiento moral y alcanzó una gran relevancia en ese momento.

La asistencia psiquiátrica planteada desde el Tratamiento Moral implicaba el internamiento del enfermo en una institución o “asilo” con idea de separarlo de su entorno habitual, que se asociaba al origen de sus conflictos. El asilo en sí mismo se entendía como un instrumento terapéutico, de manera que

---

<sup>137</sup> Rafael Huertas, *Del manicomio a la salud mental. Para una historia de la psiquiatría pública* (Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, 1992), 27-30.

<sup>138</sup> Véase el artículo de Rafael Huertas, “De la filosofía de la locura a la higiene del alma. Joseph Daquin (1732-1815)”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* 67, nº2 (julio-diciembre 2015): 106, <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.24>

<sup>139</sup> Javier Aztarain Díez, *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)* (Pamplona: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 2005), 50.

<sup>140</sup> Para un análisis de todo el proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica en Francia, véase la obra citada *Del manicomio a la salud mental. Para una historia de la psiquiatría pública* de Rafael Huertas:

<sup>141</sup> Pedro Moruno Miralles, “Razonamiento clínico en Terapia Ocupacional: un análisis del procedimiento diagnóstico” (tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, 2002), 12.

se asignaba un papel importante al diseño y la estructura de las distintas dependencias, así como a la organización y el funcionamiento de la institución. El trato al enfermo debía ser amable y humanitario y el empleo de las ocupaciones debía plantearse como parte del tratamiento y con objetivos educativos y rehabilitadores. También eran fundamentales el mantenimiento del orden y la disciplina, así como la clasificación y la observación sistemática de los enfermos, una actividad característica de los médicos de la época, que vivían también en el Asilo y cuya autoridad en estas instituciones fue aumentando progresivamente.<sup>142</sup>

Esta corriente de reforma social influyó en el funcionamiento de distintas instituciones europeas. Si bien es cierto que Philippe Pinel ha pasado a la historia como la figura central del tratamiento moral él mismo reconoció en sus escritos la labor de otros especialistas europeos que regentaban centros psiquiátricos, entre los más conocidos se encontraban: William Tuke en el Retiro de York (Inglaterra), Vincenzo Chiarugi en el Hospital de San Bonifacio de Florencia (Italia)<sup>143</sup>, Abraham Joly (Ginebra, Suiza) y Johann Gottfried Langerman (Bayreuth, Alemania). Además, como ya se comentó anteriormente, Pinel hizo importantes alusiones a la asistencia psiquiátrica en España donde ya se habían aplicado con anterioridad medidas no coercitivas y ocupaciones terapéuticas. Por otra parte, en este mismo periodo se publicaron las obras de Johan Christian Reil (1759-1813)<sup>144</sup> y Alexander Crichton (1763-1856)<sup>145</sup> consideradas referencias clave en el nacimiento de la psiquiatría europea.<sup>146</sup>

Philippe Pinel (1745-1826),<sup>147</sup> es considerado por muchos como el fundador de la Psiquiatría en Francia, destacó por su trabajo como nosógrafo y

---

<sup>142</sup> Aztarain, *El nacimiento y consolidación...*, 49.

<sup>143</sup> Director del Hospital de San Bonifacio entre 1788 y 1818; sus obras: *Della pazzia in genere ed in specie. Trattato medico-analitico con una centuria di osservazioni* publicada en 1793 y *Reglamento de Bonifacio* publicada en 1789 muestran la inclusión de actividades con indicaciones médicas como las prácticas religiosas, paseos, excursiones y tareas laborales. Véase el artículo de Norberto Aldo Conti, "Vincenzo Chiarugi: la Pazzia y el reglamento de Bonifacio en los orígenes de la psiquiatría moderna", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* 67, nº2 (julio-diciembre 2015): 105. <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.23>

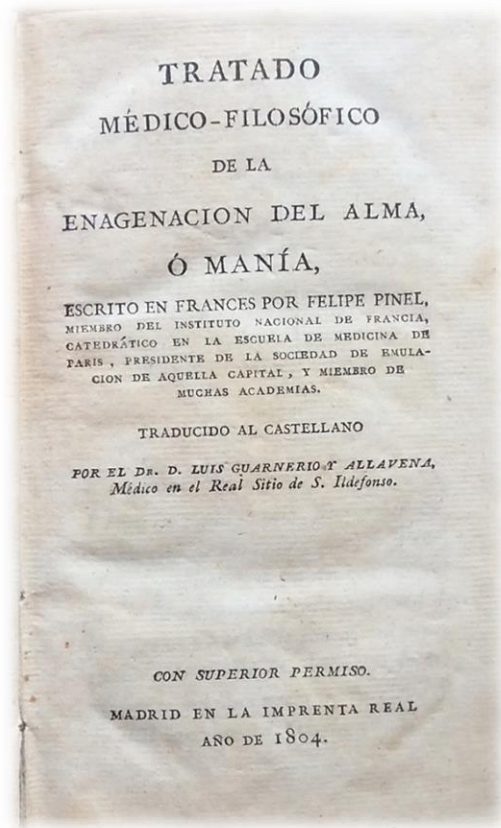
<sup>144</sup> Véase el artículo de Juan Carlos Stagnaro, "Los aportes de Johann Christian Reil al nacimiento de la Psiquiatría", Dossier: El nacimiento de la Psiquiatría: un movimiento europeo. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 67, nº2 (julio-diciembre 2015), 108. <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.26>

<sup>145</sup> Véase el artículo de Daniel Matusevich, "La pasión de Alexander Crichton", Dossier: El nacimiento de la Psiquiatría: un movimiento europeo. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 67, nº2 (julio-diciembre 2015), 107. <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.25>

<sup>146</sup> Otro modelo terapéutico desarrollado en el siglo XIX es el denominado "non-restraint" que se originó en Inglaterra y se extendió primero en los países anglosajones y finalmente en Alemania.

<sup>147</sup> Para un análisis de la obra de Pinel y su relación con la Terapia Ocupacional véase *Philippe Pinel y Terapia Ocupacional: mitos, leyendas, hechos y evidencias* de Sanjurjo Castela.

clínico.<sup>148</sup> La medicina clásica tuvo una importante influencia en su formación y en sus estudios sobre la salud y la enfermedad.



**Figura 2. Philippe Pinel. Tratado médico-filosófico de la enagenacion del alma o manía.**

En París, fue nombrado médico jefe del hospicio de Bicêtre<sup>149</sup> en 1793 y se trasladó a *La Salpêtrière* en 1795, donde permaneció hasta su muerte. Ejerció una gran influencia en la organización del tratamiento de los alienados y se interesó en el desarrollo de la reglamentación psiquiátrica.<sup>150</sup> Aplicó el tratamiento moral prescribiendo ejercicios físicos y ocupaciones manuales, convencido de que "el trabajo manual ejecutado con rigor es el mejor método para

---

<sup>148</sup> La nosografía se ocupa de la clasificación y descripción de las enfermedades. En 1798 Pinel publicó la obra *Nosographie philosophique ou Méthode de l'analyse appliquée à la médecine* y en 1800 apareció la primera edición del *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*.

<sup>149</sup> Aquí conoció a Jean Baptiste Pussin, superintendente del pabellón de pacientes incurables desde 1784. Pussin poseía importantes habilidades de observación, organización y trato con los enfermos. Antes de la llegada de Pinel ya había puesto en práctica algunos métodos característicos del tratamiento moral. Fue una figura de referencia y un apoyo imprescindible para Pinel quien reclamó su traslado a La Salpêtrière para ayudarlo en la organización, hecho que no se produjo hasta 1802. Para algunos, Pussin es una figura injustamente olvidada por la historia de la psiquiatría.

<sup>150</sup> Su discípulo y colaborador Dominique Esquirol (1772-1840) continuó su labor nosográfica y reformadora, participó en la preparación de la Ley de Reforma psiquiátrica de 1838, en la que se puede observar un cambio de enfoque respecto a las ideas de Pinel.

asegurar una buena moral y disciplina".<sup>151</sup> El uso de actividades como la música, la literatura, el ejercicio físico y el trabajo pasaron a formar parte del programa terapéutico de cada institución, con la condición de ser empleados de acuerdo con los gustos del enfermo. Mediante estas actividades se pretendía la superación del factor emocional que acompañaba a cada enfermedad. Según Pinel, también eran necesarios el análisis, el razonamiento y la planificación para la utilización del tratamiento moral.<sup>152</sup>

En Inglaterra el pionero de esta corriente fue William Tuke (1732-1822) un destacado líder filántropo de la Sociedad Religiosa de los Amigos, cuyos miembros son conocidos habitualmente como "cuáqueros".<sup>153</sup> En 1796 fundó *The Retreat Mental Hospital* en York, y su primer médico fue Thomas Fowler. El hospital se planteó con el objetivo de ofrecer una atención psiquiátrica más humana en la que el diseño de las actividades y los espacios se consideraban aspectos esenciales en el tratamiento de las personas enfermas. Para Tuke el enfermo mental mantenía su valor espiritual y cierto grado de raciocinio por lo que consideraba que el tratamiento moral era superior al tratamiento represivo y al uso de drogas. Sus principios se basaban en el efecto benéfico de la actividad, que en muchos casos se realizaba al aire libre. Proponía el trabajo regular y la organización del tiempo como procedimiento para evitar la apatía y recuperar la atención y la responsabilidad sobre las tareas. Esto a su vez servía como antídoto de los síntomas delirantes y preparaba al paciente para su reincorporación a la vida social. Su apoyo en una filantropía religiosa en la que la finalidad era más humanitaria y espiritual que médica puede considerarse su característica fundamental y una de las principales diferencias con el tratamiento moral desarrollado en Francia.<sup>154</sup> Los herederos de Tuke continuaron su labor por al menos cuatro generaciones, *The Retreat* llegó a alcanzar fama internacional y sirvió de referente para los cuáqueros que se instalaron en Pensilvania y Nueva York.<sup>155</sup>

---

<sup>151</sup> Pinel (1806), reimpresso en *Occupational therapy source book*, de Sidney Licht (Baltimore: Williams and Wilkins Company, 1948), 19, citado en *Terapia Ocupacional y disfunción física* de Turner, 4.

<sup>152</sup> Gómez Tolón, *Fundamentos metodológicos...*, 42.

<sup>153</sup> Este grupo religioso protestante fue fundado en Inglaterra en 1648 por George Fox. Carece de culto externo y jerarquía eclesiástica, defiende la sencillez, el igualitarismo y la honradez. Ha sido conocido por su activismo social, su rechazo hacia la esclavitud, la defensa de los derechos de las minorías y el pacifismo.

<sup>154</sup> Huertas, *Del manicomio...*, 54.

<sup>155</sup> Samuel Tuke, *Description of the Retreat, an institution near York, for insane persons of the Society of Friends* (London: Dowsons of Pall, 1964, original work published 1813), citado en el capítulo "Los comienzos de la Terapia Ocupacional" de

En Estados Unidos fue Benjamin Rush (1746-1813), médico considerado por muchos como el padre de la psiquiatría norteamericana, quien introdujo el tratamiento moral en los establecimientos psiquiátricos.<sup>156</sup> Nacido en Philadelphia, completó su formación en Europa, estudiando Medicina en la Universidad de Edimburgo (Inglaterra) y realizando estancias en Londres y en Francia. A su vuelta a Estados Unidos en 1769, ejerció como médico y profesor en Pennsylvania. Pertenecía también a la Sociedad de los Amigos y creía que "el hombre estaba hecho para ser activo" por lo que recomendaba el ejercicio, el trabajo y la música como parte del tratamiento. La influencia del tratamiento moral se evidencia en su obra *Medical Inquiries and Observation upon the Disease of the Mind* (Observación e indagación médica en las enfermedades mentales) que se publicó en 1812 y que ha pasado a la historia como el primer tratado de psiquiatría escrito en los Estados Unidos.<sup>157</sup>

La influencia de Rush favoreció la creación, durante las primeras décadas del siglo XIX, de diversos asilos psiquiátricos en Estados Unidos. Muchos de ellos fueron regentados por seculares cuáqueros y médicos psiquiatras que aplicaron el tratamiento moral. Las ocupaciones representaban un elemento esencial de este tratamiento ya que se entendía que el trabajo era el medio de estructuración del tiempo y que ayudaba a que los enfermos adquirieran hábitos morales adecuados. Se utilizaban distintas formas de trabajo en relación con actividades como agricultura, jardinería, sastrería, zapatería, costura, juegos, etc. muchas de estas tareas se relacionaban con el mantenimiento de la institución o con trabajos contratados en la comunidad. Las actividades religiosas también eran un componente frecuente debido a que muchos superintendentes de los asilos eran personas muy religiosas.<sup>158</sup> Todas estas ideas, sirvieron de referencia a múltiples instituciones y personajes relevantes vinculados a la asistencia psiquiátrica en Estados Unidos, siendo el período entre 1840-1860 el de mayor auge del tratamiento moral.<sup>159</sup>

---

Kathlyn L. Reed, publicado en *Willard & Spackman Terapia Ocupacional*, editado por Helen L. Hopkins y Helen D. Smith, 8ª ed. (Madrid: Médica Panamericana, 1998), 27.

<sup>156</sup> Benjamin Rush es conocido también por su activismo político, fue uno de los firmantes de la Declaración de Independencia y ayudó formar la primera sociedad anti-esclavitud en los Estados Unidos.

<sup>157</sup> Reed, "Comienzos de la Terapia Ocupacional", 28.

<sup>158</sup> Don M. Gordon, "Historia de la Terapia Ocupacional" en *Willard & Spackman Terapia Ocupacional*, editado por Elizabeth Blesedell Crepeau, Ellen S. Cohn y Barbara A. Boyt Schell, 11ª ed. (Buenos Aires: Médica Panamericana, 2011), 203.

<sup>159</sup> Reed, "Comienzos de la Terapia Ocupacional", 26-43.

Sin embargo, al igual que sucedió en Europa, este enfoque de acercamiento a la enfermedad mental fue declinando progresivamente.<sup>160</sup> Durante la segunda mitad del siglo XIX los psiquiatras comenzaron a prestar mayor atención a los factores orgánicos y el concepto médico de enfermedad mental se fue transformando. Comenzaron a modificarse las explicaciones etiológicas de la enfermedad que ahora tomaban en consideración factores anatómicos y hereditarios. Además, el uso de medicamentos y otras formas de tratamiento somático se hicieron más frecuentes. A todos estos cambios en la comunidad científica se sumaron diversos factores socioeconómicos que contribuyeron al deterioro de las condiciones de las instituciones nosocomiales. Las dificultades para el mantenimiento económico de los asilos tanto en Europa como en Estados Unidos acabaron generando problemas derivados de la masificación y de la falta de personal que obstaculizaron el mantenimiento de los principios del tratamiento moral. Así que los asilos ideados inicialmente como entornos terapéuticos se fueron convirtiendo en centros de reclusión.<sup>161</sup>

Para finales del XIX la efectividad del manicomio como "institución terapéutica" era ampliamente cuestionada. En Europa, "el predominio de la psiquiatría francesa fue dejando paso a la escuela germánica y comenzaron a tomar fuerza ideas reformadoras en relación a la no coerción, puertas abiertas, individualización del tratamiento y la superación del nihilismo terapéutico en psiquiatría".<sup>162</sup>

#### **4.2.2. Movimiento de Artes y Oficios**

El Movimiento de Artes y Oficios (*Arts and Crafts Movement*), tuvo su origen en la segunda mitad del siglo XIX en Inglaterra con el filósofo John Ruskin (1819-1900) y el arquitecto y artista William Morris (1834-1896) como sus principales representantes. Para aquel momento, la industrialización se había convertido en un motor de cambio social cuyas repercusiones en la salud y las condiciones de vida de la población estaban generando graves problemas en

---

<sup>160</sup> Los artículos de Suzanne M. Peloquin sobre el tratamiento moral aportan muchos detalles sobre su desarrollo en Estados Unidos. Ver nota nº7.

<sup>161</sup> Como explica Reed "El tratamiento moral requería un escaso número de pacientes, alta proporción de empleados por paciente y una población de pacientes homogénea. Además, no utilizaba drogas u otros medicamentos, que los médicos consideraban como la verdadera práctica de la medicina. [...] Tras la Guerra civil [estadounidense], la crisis económica asoló los hospitales, los defensores de las propuestas murieron, el público perdió interés y los hospitales se llenaron de nuevos inmigrantes que tenían dificultades para adaptarse a su nuevo país". En "Comienzos de la Terapia Ocupacional", p.28.

<sup>162</sup> Huertas, *Del manicomio...*, 86.



diversas áreas. Ante esta realidad, surgió el Movimiento de Artes y Oficios como una reacción ante los efectos negativos del trabajo industrial y las formas de vida modernas. Esto dio lugar a la creación de las *Societies of Arts and Crafts* (Sociedades de Artes y Oficios) que fueron proliferando en las primeras décadas del siglo XX.<sup>163</sup>

Los impulsores de este movimiento recomendaban el retorno a una vida más sencilla, proponían el retorno al cultivo de la tierra, la convivencia en pequeñas villas y la realización de productos útiles y funcionales que promovieran la confianza en sí mismos. Asimismo, ensalzaban el valor del producto manufacturado en oposición a la producción en serie, ya que consideraban que el trabajo artesanal aportaba dignidad al trabajador. Este movimiento desarrolló diferentes características en los países en los que fue emergiendo, en el caso de Estados Unidos, no existía el mismo sentimiento anti-industrial que en Inglaterra pero las ideas en cuanto al valor del arte, la creatividad, la artesanía bien ejecutada y otros aspectos como la planificación funcional, la confianza en uno mismo y el papel de los oficios para promover la salud física y mental despertaron especial interés y prepararon el terreno para la utilización del trabajo artesanal como método educativo o terapéutico.<sup>164</sup>

La aplicación al ámbito educativo y terapéutico proporcionó dos enfoques de trabajo que influyeron en los fundadores de la Terapia Ocupacional. El primero de ellos, se conoció originalmente como ocupaciones de sala, actividades para inválidos o distracciones, y más tarde como terapia recreativa. Este enfoque entendía que las ocupaciones tenían poder para alejar la atención del paciente de la discapacidad y que esto en sí mismo podía suponer una cura. El segundo enfoque recibió denominaciones tales como entrenamiento manual, educación vocacional y entrenamiento ocupacional. En este caso había una relación más directa entre ocupación y discapacidad, y aunque el interés o diversión con las actividades se consideraba parte de la cura, la idea era que el afectado aprendiera a confiar en la ocupación como lo haría en un medicamento, y

---

<sup>163</sup> Véase *The Craftsmen and the critic: defining usefulness and beauty in arts and Crafts, era Boston*, de Beverly Kay Brandt (University of Massachusetts, 2009)

<sup>164</sup> E. Boris, *Art and labor: Ruskin, Morris and the craftsman ideal in America* (Philadelphia: Temple University Press, 1986) citado por Reed en "Los comienzos de la Terapia Ocupacional", 27.

así desarrollar interés en su mejoría al observar el incremento de su habilidad y de la duración de los períodos de trabajo.<sup>165</sup>

### 4.2.3. Pragmatismo y educación

El Pragmatismo ha sido definido como un “movimiento iniciado en los Estados Unidos por Charles Sanders Peirce y William James a fines del siglo XIX, que busca las consecuencias prácticas del pensamiento y pone el criterio de verdad en su eficacia y valor para la vida”.<sup>166</sup> Esta forma de pensar “subraya la prioridad de la acción sobre la doctrina, de la experiencia sobre los principios fijos, y sostiene que las ideas toman sus significados de sus consecuencias y sus verdades de su verificación”.<sup>167</sup> En consecuencia, la acción humana adquiere una posición privilegiada ya que se juzga la validez de un concepto en función del resultado práctico de la acción, las ideas se convierten en verdaderas cuando marcan una diferencia para la conducta humana. Los criterios de evaluación de los resultados se basan en los principios de utilidad, viabilidad y practicidad.

Los pragmáticos promovieron una visión del conocimiento como flexible, falible y contingente [...] El conocimiento era flexible porque estaba determinado en el quehacer de la experiencia directa y, por lo tanto, no podía ser “encontrado” o convertirse en fijo. El conocimiento era falible porque siempre estaba siendo anulado por mejores formas de explicar o entender las cosas [...] El conocimiento era igualmente contingente porque surgía de un proceso iterativo entre acción y contextos particulares.<sup>168</sup>

Las ideas del Pragmatismo se difundieron y se manifestaron de formas diversas en la sociedad americana, a través de la educación, la industria, la política, etc. Resultaba una corriente congruente con el ambiente intelectual de Estados Unidos en el que confluyeron las ideas religiosas protestantes; la valoración del “sentido común”, el conocimiento útil y la influencia del ambiente; el culto al individualismo y al progreso tecnológico; y el desarrollo económico.<sup>169</sup>

---

<sup>165</sup> Reed, “Comienzos de la Terapia Ocupacional”, 28.

<sup>166</sup> Diccionario de la Real Academia Española, s.v. pragmatismo, <http://dle.rae.es/?id=TtZPFap>

<sup>167</sup> Enciclopedia británica (traducción propia), s.v. “pragmatism” philosophy, <https://global.britannica.com/topic/pragmatism-philosophy>

<sup>168</sup> B. Hooper y W. Wood, “Pragmatism and structuralism in occupational therapy: The long conversation”, *Am J Occup Ther*56, nº1 (January-February 2002): 42.

<sup>169</sup> Thomas Hardy Leahey, *Historia de la psicología: principales corrientes en el pensamiento psicológico*, 4ª ed. (Madrid: Prentice Hall Iberia, 1998), 322-324, 339-345, 318-320.

El Pragmatismo tuvo repercusiones en los inicios de la Terapia Ocupacional como profesión, su influencia se recoge habitualmente en las publicaciones sobre historia de la Terapia Ocupacional, donde hallamos diversas alusiones a esta corriente por su papel en la construcción de la filosofía de la profesión. Los principales autores de este movimiento corriente tuvieron relación directa con algunas de las personas clave en el inicio formal de la Terapia Ocupacional, entre ellas Adolf Meyer del que hablaremos en el siguiente apartado. En los últimos años del siglo XIX, las conexiones culturales, intelectuales y sociales, que se establecieron en la zona de Chicago en cuya Universidad ejercían John Dewey y George Herbert Mead, fueron factores esenciales para la elaboración y difusión de estas ideas.<sup>170</sup>

La aplicación de los principios del pragmatismo en la educación fue uno de los principales campos de interés de John Dewey. Existían necesidades urgentes puesto que la sociedad americana se transformaba rápidamente, la diversidad de población inmigrante, con sus costumbres, idiomas y convicciones debía encontrar su lugar y adaptarse a un mundo urbano e industrial en el que se demandaban nuevas habilidades. El pragmatismo de Dewey impulsó la introducción de la educación progresista, lo que conllevó importantes cambios en la forma de entender la enseñanza y la aplicación de estrategias educativas en las que se priorizaba el aprendizaje a través de la acción y de la experiencia.

Como veremos en el siguiente apartado, sus conceptos fueron aplicados en la *Hull House* de Chicago, uno de los lugares más representativos para el inicio de la Terapia Ocupacional en Estados Unidos. Además, influyó en otra de las primeras figuras de la Terapia Ocupacional, Susan Tracy, que estudió con Dewey en el *Columbia University's Teachers College* y aplicó algunas de sus ideas en su manual *Studies in Invalid occupations* donde utilizó, por ejemplo, su definición de ocupación: "un modo de actividad por parte del niño que transcurre paralelamente a algún tipo de trabajo realizado en la vida social".<sup>171</sup>

---

<sup>170</sup> Para más información pueden consultarse los artículos de: Estelle Breines "Pragmatism as a Foundation for Occupational Therapy Curricula", *Am J Occup Ther*41, nº8 (August 1987): 522-525; "Media Education Based of the Philosophy of Pragmatism", *Am J Occup Ther*43, nº7 (July 1987):461-464.

<sup>171</sup> Schwartz, K.B. "Occupational Therapy and Education", 15.

#### 4.2.4. Movimiento de los "Settlement"

El concepto *Settlement House* (Casa de Acomodación),<sup>172</sup> comenzó a desarrollarse en Inglaterra, pero pronto se exportó a Estados Unidos y Canadá donde se siguieron creando instituciones parecidas a finales del XIX, lo que dio lugar al *Settlement Movement* (Movimiento de los Establecimientos y Casas de Acomodación). En las primeras décadas del siglo XX, estas "casas" constituyeron un importante referente cultural en los Estados Unidos y ejercieron una gran influencia en las prácticas educativas, de trabajo social y sanitarias.

Las *Settlement Houses* se enmarcaban en el ámbito del trabajo social y sus actividades se dirigían a las clases más desfavorecidas, en su mayoría población inmigrante. Actuaban en ámbitos como la educación, los servicios comunitarios, las condiciones de las viviendas, las condiciones laborales, etc. La influencia del tratamiento moral también se reflejó en este tipo de servicios puesto que se tenía en cuenta el desarrollo espiritual de la persona y se ofrecía un tratamiento digno y humanitario.

La *Settlement House* de Chicago, conocida como *Hull House*, llegó a ser una de las más famosas e influyentes por su papel en los movimientos de reforma social. Fue fundada en 1889 por Jane Addams y Ellen Gates Starr con aportaciones de la filantropía, su propósito era:

Crear un centro de vida crítica y social elevada, crear y mantener obras filantrópicas y educativas, estudiar y mejorar las condiciones de existencia de la clase obrera.<sup>173</sup>

Se trataba de ofrecer oportunidades a las personas pobres de las áreas urbanas de Chicago que les dieran dignidad y favorecieran su participación. Parece que muchos de los voluntarios vivían en estas comunidades y enseñaban destrezas prácticas para la vida diaria para ayudar a los necesitados a salir de la pobreza y llegar miembros productivos e independientes de la sociedad.<sup>174</sup> La conexión de esta institución con la Terapia Ocupacional proviene de su relación

---

<sup>172</sup> En español lo encontramos traducido como "Casa de Acomodación" o "Casa de Acogida", preferimos utilizar la primera opción puesto que indica mejor el propósito de estas instituciones.

<sup>173</sup> René Sand, *Le service social à travers le monde. Assistance, prévoyance, hygiène* (Paris: Librairie A. Colin, 1931), 41, citado por Miguel Miranda Aranda, "Pragmatismo, Interaccionismo simbólico y Trabajo Social. De cómo la caridad y la filantropía se hicieron científicas" (tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili, 2003), 137.

<sup>174</sup> Charles H. Christiansen y Kristine Haertl, "Historia contextual de la Terapia Ocupacional" en *Willard & Spackman Terapia Ocupacional*, 12ª ed., editado por Barbara A. Boyt Schell et al. (México: Médica Panamericana, 2015), 10-11.

con la *Chicago Arts and Crafts Society*, la creación del *Hull-House Labor Museum*, el apoyo al movimiento de Higiene Mental y la organización de cursos de formación para cuidadores de enfermos mentales.<sup>175</sup>

Este último aspecto se comenzó a desarrollar en 1908, en ese año, la *Hull House* acogió la *Chicago School of Civics and Philanthropy* con el Dr. Graham Taylor como director. Además, desde 1909 la *Illinois Society for Mental Hygiene* estableció allí un departamento ocupacional experimental, *Experimental Station*, dirigido a la prevención de trastornos mentales. El éxito de sus actividades y la confluencia de personalidades como Adolf Meyer, su esposa Mary Potter Brooks Meyer, Julia Latrhop y Emil G. Hirsch, favorecieron la puesta en marcha de cursos de formación para profesionales que pudieran hacerse cargo de departamentos similares en hospitales psiquiátricos públicos. Eleanor Clarke Slagle, formó parte de la cuarta clase que se graduó en 1911 y en 1915 fue propuesta como directora de la que se denominaría *Henry B. Favill School of Occupations* y que para muchos constituye la primera Escuela de Terapia Ocupacional, ya que ofrecía un programa formal de entrenamiento.<sup>176</sup>

#### **4.2.5. Movimiento de Higiene Mental**

Para principios del siglo XX se admite la necesidad de cambio en la asistencia psiquiátrica. La custodia era el objetivo principal de las instituciones mentales y apenas se promovían actuaciones terapéuticas que persiguieran la integración de las personas en la sociedad. En este contexto, las críticas al internamiento originaron nuevos movimientos de denuncia y de reforma.

El movimiento de reforma psiquiátrica en Estados Unidos se originó a raíz de la publicación en 1908 de *A Mind That Found Itself* (Una mente que se encontró a sí misma) de Clifford Whittington Beers (1876-1943). Esta obra autobiográfica relataba su lucha contra la enfermedad mental y denunciaba las condiciones vergonzosas de los servicios de atención psiquiátrica. La necesidad de realizar cambios fundamentales en la estructura y organización de los establecimientos psiquiátricos quedó en evidencia impulsando así la creación del movimiento de higiene mental. En 1909, se formó *The Nacional Committee for Mental Higiene* (NCMH), una organización que fue gestada por el propio Clifford

---

<sup>175</sup> Reed y Sanderson, *Concepts Occupational Therapy*, 24.

<sup>176</sup> Barbara Loomis, "The Henry B. Favill School of Occupations and Eleanor Clarke Slagle", *Am J Occup Ther* 46, nº1 (January 1992): 34-37.

Beers, con la colaboración de Adolf Meyer (1866-1950) y William James (1842-1910).<sup>177</sup> Las actividades de la Comisión tuvieron importantes repercusiones internacionales que favorecieron la formación de asociaciones o ligas de higiene mental en otros países y la creación del *International Committee for Mental Hygiene* (ICMH) en 1919, que en 1947 cambió su denominación por *World Federation of Mental Health*, (WFMH).

El importante papel de Adolf Meyer en el origen del movimiento de higiene mental y su influencia en la psiquiatría de la primera mitad del siglo XX es un hecho incuestionable. Meyer nació en Suiza, se formó en diversas universidades europeas y en 1892 emigró a Estados Unidos donde comenzó ejercer como psiquiatra en el *Eastern Illinois Asylum de Kankakee* y posteriormente en *The Henry Phipps Psychiatric Clinic* del *John Hopkins Hospital*. Su formación europea, influida fundamentalmente por la escuela alemana se combinó con las ideas del pragmatismo americano y el enfoque humanitario del tratamiento moral. Además de su faceta clínica desarrolló una importante labor docente en varias universidades.

Su perspectiva psicobiológica se introdujo a través de un enfoque individual de tratamiento, “esencialmente holístico y que marcaba el acento en la unidad dinámica de la persona. [...] Consideraba que los trastornos mentales estaban originados por el desajuste que se producía en las personas cuando no podían manejar las situaciones y circunstancias que les rodeaban”.<sup>178</sup>

En el Asilo de Kankakee donde ya se utilizaba algún tipo de trabajo en pabellones y talleres cuando él llegó,<sup>179</sup> puso en marcha una iniciativa terapéutica, *Mental Orthopedics*, (Ortopedia mental)

en la que diversas actividades manuales (artísticas, artesanales, agrícolas), pero también lúdicas (cantar, bailar, jugar) contribuirían al reequilibrio mental y posibilitarían el reemplazo gradual de otros tratamientos. Se trataría de entrenar hábitos (*habit-training*) y habilidades, lo que estaría en el origen de los que hoy entendemos como Terapia Ocupacional.<sup>180</sup>

---

<sup>177</sup> Esta organización se denominó posteriormente: National Mental Health Association, y ahora se conoce como Mental Health America (MHA). <http://www.mentalhealthamerica.net/our-history>

<sup>178</sup> Rafael Huertas, reseña de *Pathologist of the Mind: Adolf Meyer and the origins of American Psychiatry*, por Susan D. Lamb (Baltimore: John Hopkins University Press, 2014), *DYNAMIS* 36, nº1 (2016): 255-259.

<sup>179</sup> Adolf Meyer, “The Philosophy of Occupational Therapy”, *Archives of Occupational Therapy* nº1, (1922): 1. <http://www.aotf.org/Portals/0/documents/Resources-WLWLibrary/Archives%20Guide/Meyers%20full%20article.pdf>

<sup>180</sup> Huertas, reseña de *Pathologist of the Mind*, 257.

En las instituciones donde Meyer continuó su labor, siguió aplicando y defendiendo estos tratamientos. En su relato encontramos además una interesante referencia a Mary Potter Brooks, su esposa, quien se implicó activamente en la puesta en marcha de estas iniciativas,

puede haber sido una de las primeras, sino la primera en introducir un nuevo tipo de actividad sistematizada en los pabellones de una institución estatal. Ella había llegado a ser de gran ayuda para mis pacientes cuando los visitaba en mi pabellón, y había comenzado las visitas en los domicilios, como probablemente, la primera trabajadora social con un programa sistematizado de ayuda al paciente, a la familia y al médico. [...] Cuando en 1907 fue contratada una trabajadora social titulada, Ms. Horton, Mrs. Meyer volvió a centrarse en las ocupaciones y las recreaciones organizadas para los pacientes del pabellón, pero no sólo en los talleres y la sala recreativa, sino también en el uso del tiempo libre del pabellón.<sup>181</sup>

Para esa época, el contacto de Meyer con la *Chicago School of Civics and Philanthropy* que desde 1909 comenzó a organizar cursos sobre ocupaciones, fue uno de los factores que contribuyó a su definitiva conexión con la Terapia Ocupacional. De hecho, la historia de la profesión reconoce que las ideas de Meyer sobre la enfermedad mental y su tratamiento proporcionaron una base filosófica para la nueva disciplina. En 1921, presentó la conferencia titulada *The Philosophy of Occupational Therapy* (La filosofía de la Terapia Ocupacional), que constituyó el primer artículo de la revista *Archives of Occupational Therapy* y que se considera el primer modelo organizado de Terapia Ocupacional, este artículo se convirtió en un clásico para la profesión.<sup>182</sup>

En este escrito, Meyer explica que la actividad es la manera de mantener al hombre en equilibrio con el medio y, como consecuencia, mejorar y mantener su salud. Su concepto de la enfermedad mental en relación con los problemas de adaptación, de deterioro de los hábitos y de falta de equilibrio entre trabajo y ocio fue una aportación esencial. La forma de tratar estos problemas incluía el entrenamiento en hábitos, ejemplificado por los programas presentados por

---

<sup>181</sup> Meyer, "Philosophy Occupational Therapy", 3.

<sup>182</sup> Este artículo fue leído en el 5º encuentro anual de la *National Society of the Promotion of Occupational Therapy* (NSPOT), que tuvo lugar en Baltimore, el 20-21 de octubre de 1921.

Eleanor Clarke Slagle, y programas terapéuticos ideados para brindar oportunidades de participación en ocupaciones que fueran placenteras, creativas y educativas.

### **4.3. Los inicios de la Terapia Ocupacional como profesión (1917)**

Los movimientos sociales y las ideas que se han descrito en el apartado anterior influyeron fundamentalmente en Reino Unido, Canadá y Estados Unidos. En estos países, el uso de las ocupaciones en el tratamiento de los enfermos mentales, la educación y los problemas sociales, se fue extendiendo por distintas vías. El resultado de todo esto fue la confluencia, en las primeras décadas del siglo XX, de una serie de experiencias, trabajos y publicaciones que terminaron uniéndose para dar origen formal a la Terapia Ocupacional.

Como veremos a continuación, un grupo de personas de diversos antecedentes unieron sus fuerzas con la idea compartida de que la ocupación podía desempeñar un papel importante en la curación y la salud. Los esfuerzos que realizaron por favorecer el desarrollo científico de la Terapia Ocupacional y la defensa de la necesidad de un profesional especializado de la disciplina, caracterizaron su labor como pioneros en las primeras décadas del siglo XX.

#### **4.3.1. Creación de la primera organización profesional**

En marzo de 1917 se celebró en Clifton Springs (Nueva York), la reunión fundacional de "The National Society of the Promotion of Occupational Therapy, Inc." (NSPOT, Sociedad Nacional para la Promoción de Terapia Ocupacional conocida como Asociación Americana de Terapia Ocupacional, AOTA, desde 1921).<sup>183</sup> La fundación de dicha corporación, se conmemora el 15 de marzo y se considera el nacimiento oficial de la Terapia Ocupacional como profesión, ya que supuso un impulso decisivo para su reconocimiento como especialidad independiente en el área de la salud.

---

<sup>183</sup> Gordon, "Historia de la Terapia Ocupacional", 206.





**Figura 3. Reunión fundacional de la *National Society for the Promotion of Occupational Therapy (NSPOT)*.**

*Consolation House de Clifton Springs, Nueva York, 15 de marzo de 1917.*

De izquierda a derecha: Susan Cox Johnson, George Edward Barton, Eleanor Clarke Slagle. Left to right standing: William Rush Dunton, Isabel Gladwin (Newton) Barton, Thomas Bessell Kidner.<sup>184</sup>

Entre los objetivos de la NSPOT se establecieron: “el avance de la ocupación como una medida terapéutica; el estudio de los efectos de la ocupación sobre el ser humano y la dispensación científica de este conocimiento”.<sup>185</sup> El requisito para unirse a la nueva sociedad era “un interés en el trabajo”, los fundadores creían que las personas se sumarían a la profesión “por la promesa de que su ‘buen trabajo’ infundiría significado a sus vidas al mismo tiempo que ayudaría al mundo”.<sup>186</sup>

El grupo de personas que se reunió entonces estuvo formado por: George Edward Barton, William Rush Dunton Jr., Eleanor Clark Slagle, Susan

<sup>184</sup> The American Occupational Therapy Association, Inc. “1917-2017 Occupational Therapy Celebrating 100”, <http://www.otcentennial.org/photo/the-founders-in-1917>

<sup>185</sup> Peloquin, “Occupational therapy service, part 2”, 742

<sup>186</sup> W. Wood, “The heart, mind, and soul of professionalism in occupational therapy”, *Am J Occup Ther* 58, n°3 (May-June 2004): 251

Cox Johnson, Thomas Bisel Kidner e Isabel G. Newton.<sup>187</sup> Por distintos motivos, Susan E. Tracy y Herbert James Hall no asistieron a esta reunión, sin embargo, la historia de la NSPOT los reconoce como fundadores.<sup>188</sup> El encuentro duró tres días en los que se discutieron y pusieron en común ideas para la puesta en marcha de la NSPOT.<sup>189</sup> Todos ellos aportaron sus puntos de vista y experiencias con el uso de las ocupaciones, lo que evidenció desde el principio el reconocimiento del carácter multifacético de la Terapia Ocupacional, un hecho que no siempre ha sido comprendido por la comunidad científica. A continuación, mostraremos algunos de los aspectos biográficos más destacables de estos pioneros.

### **Pioneros de la Terapia Ocupacional, aspectos biográficos**

**George Edward Barton** (1871-1923), era un conocido arquitecto que ejerció de anfitrión de la reunión fundadora. Nació en Brookline (Massachusetts) y completó su formación en Londres, donde conoció a William Morris. A su regreso a Estados Unidos trabajó en Boston y fue el primer secretario de la *Boston Society of Arts and Crafts*. Su experiencia personal de lucha contra la enfermedad y la discapacidad le ayudó a comprender el valor de la ocupación en la recuperación de la salud y le impulsó a comprometerse en actividades que facilitarían la recuperación de enfermos y discapacitados.<sup>190</sup> Estudió cursos sobre rehabilitación y trató de establecer contactos con personas dedicadas a la reforma de las condiciones de los asilos y que mostraban interés por la aplicación de las ideas del tratamiento moral. Entre ellos, defensores prominentes de las ocupaciones curativas como William R. Dunton Jr.,<sup>191</sup> Eleanor Clarke Slagle, Susan Tracy y Susan Cox Johnson,<sup>192</sup> asimismo escribió artículos y comenzó a

---

<sup>187</sup> Bing, "Point of departure...", 31.

<sup>188</sup> Peloquin, "Occupational therapy service, part 1", 353.

<sup>189</sup> Licht, Sidney. «The founding and founders of the American Occupational Therapy Association.» *Am J Occup Ther*XXI, nº 5 (1967): 269-277.

<sup>190</sup> En 1901 fue diagnosticado de tuberculosis, posteriormente sufrió la amputación de un pie y la parálisis del hemicuerpo izquierdo, su ingreso en el sanatorio Clifton Springs de Nueva York y su contacto con el reverendo Elwood Worcester de la Iglesia Emmanuel fueron los factores detonantes de su fuerte interés por la aplicación de ocupaciones curativas y la divulgación de sus beneficios.

<sup>191</sup> Robert K. Bing en su artículo "Point of departure", explica que la relación epistolar que mantuvo con Dunton fue la clave para la posterior fundación de la NSPOT, las diferencias de opinión que fueron surgiendo en cuanto a los objetivos y funcionamiento de la corporación terminaron por alejar a Barton, y aunque continuó perteneciendo a la NSPOT, desde 1918 dejó de asistir a sus reuniones.

<sup>192</sup> Jean Clifford O'Brien, Susan M. Hussey y Barbara Sabonis-Chafee, 4ª ed. *Introduction to occupational therapy*, (St. Louis: Elsevier Mosby, 2012), 15.

desarrollar planes para establecer una profesión de cuidadores dedicados al uso de ocupaciones en la terapia.<sup>193</sup>

En 1914 fundó en Clifton Springs, la "Consolation House" para pacientes convalecientes. Allí trató de aplicar su concepción de un ambiente adecuado para la curación, la casa disponía de un jardín, una escuela, un taller y una oficina vocacional. Los que acudían allí podían continuar su convalecencia de trastornos crónicos y desarrollar sus destrezas vocacionales, en realidad, la Casa constituyó uno de los primeros ejemplos de Terapia Ocupacional para el entrenamiento manual y la formación vocacional en el ámbito comunitario.<sup>194</sup> "Las personas podían participar en ocupaciones para fortalecer sus cuerpos, aclarar sus mentes y descubrir 'una vida nueva después de la recuperación'".<sup>195</sup> Contrató a Isabelle Gladwin Newton (1891-1975) como secretaria, para ayudarle a escribir sus artículos y colaborar en las distintas actividades de la Casa, en 1918 se casaron y continuaron trabajando juntos hasta la muerte de Barton en 1923.<sup>196</sup>

**William Rush Dunton Jr.** (1868-1966), era médico psiquiatra, nació y completó su formación médica en Pennsylvania y llegó a ser un defensor y un líder en el desarrollo profesional de la Terapia Ocupacional. Dunton era sobrino del famoso psiquiatra Benjamin Rush, un referente en el uso de ocupaciones terapéuticas, su ejemplo y sus estudios sobre psiquiatría y tratamiento moral, así como su relación con Adolf Meyer, le ayudaron a plantear las bases iniciales de la Terapia Ocupacional.<sup>197</sup> Su influencia social y su labor incansable como escritor y editor resultaron decisivas para el desarrollo del conocimiento científico de la Terapia Ocupacional y su consolidación como profesión.

Desde 1914 estableció una relación epistolar con Barton, lo que dio lugar a numerosos intercambios de ideas y al proyecto de creación de la NSPOT que se hizo realidad en 1917. En 1918 fue nombrado presidente de la NSPOT y

---

<sup>193</sup> Christiansen y Haertl, "Historia contextual...", 14.

<sup>194</sup> Reed, "Comienzos de la Terapia Ocupacional", 30.

<sup>195</sup> Kathleen Barker Schwartz, "Historia de la Terapia Ocupacional" en *Willard & Spackman Terapia Ocupacional* editado por Elizabeth Blesedell Crepeau, Ellen S. Cohn, Barbara A Boyt Schell, 10ª ed. (Madrid: Médica Panamericana, 2005), 6.

<sup>196</sup> Isabel G. Newton fue la primera secretaria de la NSPOT. En 1968, escribió el artículo "Consolation house, fifty years ago" donde plasmaba sus recuerdos sobre esos primeros años. *Am J Occup Ther* 22, nº4, (1968): 340-5.

<sup>197</sup> Gary Kielhofner, *Fundamentos conceptuales*, 34.

continuó apoyando la asociación como una "constante fuente de consejo y sabiduría hasta su muerte en 1966".<sup>198</sup>

En las primeras décadas del siglo XX trabajó en el *Sheppard and Enoch Pratt Asylum* de Baltimore (Maryland), donde ejerció como responsable de los programas en ocupaciones desde 1912. Comenzó a escribir acerca de sus experiencias con la utilización de actividades artísticas y manuales en la *Maryland Psychiatric Quarterly* en una columna llamada "Ocupaciones y entretenimientos".<sup>199</sup> En 1915 publicó *Occupational Therapy: a manual for nurses*, un recopilatorio de los textos de las clases de sus cursos de entrenamiento en ocupaciones, en 1919 publicó un segundo libro, *Reconstruction therapy* que esbozaba los principios básicos de la Terapia Ocupacional y en 1928 publicó su tercer libro, *Prescribing Occupational therapy*. En el año 1922 inició la publicación de la revista *Archives of Occupational Therapy*,<sup>200</sup> conocida desde 1925 como *Occupational Therapy and Rehabilitation* y cuya heredera desde 1947 es la *American Journal of Occupational Therapy*. Otras colaboraciones importantes fueron la publicación de *Principles and Practice of recreational therapy for the mentally ill* de John Eisele Davis en 1936 y *Occupational therapy: principles and practice* de Sidney Licht en 1950.

**Eleanor Clarke Slagle** (ca.1871-1942), era una trabajadora social que se formó en la *Hull House* de Chicago con Jane Addams y Julia Lathrop, lo que influyó en su temprano interés por la utilización de las artes y oficios. En 1911, completó el curso *Curative occupations and recreation* (Ocupaciones curativas y recreación) y comenzó a aplicar sus conocimientos en el *Eastern Illinois Asylum de Kankakee*, especialmente con pacientes inactivos. En 1912 comenzó a trabajar con Adolf Meyer en la *Henry Phipps Clinic* del *Johns Hopkins Hospital* de Baltimore, para encargarse del programa terapéutico de ocupaciones curativas, donde comenzó a desarrollar su sistema de "entrenamiento de hábitos". En 1914 conoció al Dr. William Rush Dunton Jr., con el que comenzó una estrecha relación profesional, ambos tuvieron la oportunidad de trabajar con Adolf

---

<sup>198</sup> Reed, "Comienzos de la Terapia Ocupacional", 30.

<sup>199</sup> Continuó colaborando como editor de esta revista y como editor asistente en *The American Journal of Psychiatry*. Para entonces también se editaba la revista *Modern Hospital* en la que se publicaron diversos artículos sobre Terapia Ocupacional.

<sup>200</sup> Desde 2011, la Biblioteca Wilma L. West de la *American Foundation of Occupational Therapy* ofrece acceso a los artículos digitalizados de esta revista. <http://www.aotf.org/resources/wlwl/library/archivesofoccupationaltherapy>

Meyer en la *Phipps Clinic*, una circunstancia que les permitió aprender, compartir y desarrollar ideas que serían la base para el desarrollo de la Terapia Ocupacional.<sup>201</sup>

En esta época siguió participando en la docencia de la *Hull House* de Chicago y comenzó a impartir cursos similares sobre ocupaciones en servicios de salud mental de Michigan y Nueva York. En 1915, volvió a Chicago como responsable de la *Henry B. Favill School of Occupations*,<sup>202</sup> y directora de Terapia Ocupacional para los Hospitales Psiquiátricos del Estado de Illinois. Posteriormente recibió otros nombramientos importantes: superintendente general de Terapia Ocupacional del Departamento de Bienestar Social de Illinois; consultora del Ejército de Estados Unidos en el entrenamiento de los ayudantes de reconstrucción y directora de Terapia Ocupacional del Departamento de Higiene Mental del estado de Nueva York (1922-1942).<sup>203</sup>

En 1917, fue una de las firmantes de la creación de la NSPOT, en la que trabajó intensamente como presidenta, vicepresidenta y secretaria ejecutiva (cargo en el que estuvo 15 años). Su experiencia política y administrativa la convirtieron en una figura de referencia para la profesión.<sup>204</sup> Su trabajo por la consolidación del conocimiento, los tratamientos y los programas de formación favorecieron el desarrollo de la identidad profesional.<sup>205</sup> Por ello, ha sido considerada como “la personificación del profesional de Terapia Ocupacional y la figura que puso en marcha sus señales de identidad”.<sup>206</sup>

**Susan Cox Johnson**, era maestra de artes y oficios, estudió y ejerció en Berkeley, California y en 1912 viajó a Filipinas donde aprendió, enseñó y escribió acerca de actividades textiles. A su regreso a los Estados Unidos en 1914, comenzó a trabajar en el *Blackwell's Island Hospital*, un servicio para enfermos crónicos, en Nueva York, y aceptó el puesto de *Director of Occupations at New York State Department of Public Charities* (Directora del Comité de Ocupaciones del Departamento de Beneficencia Pública del estado de Nueva York).

---

<sup>201</sup> Bing, “Point of departure”, 30.

<sup>202</sup> Loomis, “Henry B. Favill School...”, 35.

<sup>203</sup> Kielhofner, *Fundamentos conceptuales*, 36-37.

<sup>204</sup> El “Eleanor Clarke Slagle Lectureship Award” es uno de los premios de mayor reconocimiento para los terapeutas ocupacionales de Estados Unidos, se estableció en memoria de Eleanor C. Slagle en 1954.

<sup>205</sup> Kielhofner explica que “en 1933 publicó el *Syllabus for Training of Nurses in Occupational Therapy*. En 1930 trabajó con la American Medical Association en el desarrollo de las pautas de acreditación de los programas de Terapia Ocupacional, así como un sistema para el registro de los profesionales capacitados”. *Fundamentos conceptuales*, 37.

<sup>206</sup> Gómez Tolón, *Fundamentos metodológicos...*, 45.

Su creencia en el potencial curativo y restaurador de la ocupación, se reflejaba en su convencimiento de que las ocupaciones podrían mejorar las condiciones morales, mentales y físicas de los pacientes y de los internos, tanto en hospitales públicos como en casas de beneficencia además de contribuir a su auto-sostenimiento.<sup>207</sup>

Sus actividades fueron conocidas por Barton, quien la invitó a participar en la organización de la NSPOT, fue una de las firmantes de la creación de la corporación en 1917. Para esas fechas comenzó a enseñar Terapia Ocupacional en la *Columbia University* de Nueva York y en 1923 fue nombrada directora de Terapia Ocupacional en el *Montefiore Home and Hospitals* de Nueva York. Hasta su muerte en 1932 fue directora de *The Convalescent Workshop* de la ciudad de Nueva York.<sup>208</sup>

Defendió firmemente el uso de la artesanía manual como "forma de ayudar a los pacientes a recuperar su auto-confianza, reorientar sus pensamientos y fortalecer sus cuerpos mediante el uso del ejercicio físico graduado".<sup>209</sup> Sus antecedentes profesionales como educadora se reflejaron en su interés y preocupación por la calidad de la formación en Terapia Ocupacional. Una de sus preocupaciones era la dificultad del mantener el equilibrio entre la función médica y la función didáctica de la Terapia Ocupacional.<sup>210</sup> Sus diferencias de opinión en cuanto a la forma de plantear los programas de formación se acentuaron con la acelerada puesta en marcha de cursos a consecuencia de la guerra, lo que parece provocó su distanciamiento de la NSPOT.<sup>211</sup>

**Thomas Bessell Kidner (1866-1932)**<sup>212</sup> se formó en arquitectura y construcción en Bristol y Londres. Su contacto con el movimiento de Artes y Oficios le llevó a interesarse en la educación y a reconocer el valor de la formación manual como parte de la enseñanza básica de los niños. En 1900 emigró a Canadá para introducir la Enseñanza Técnica en las escuelas primarias, allí

---

<sup>207</sup> Peloquin, cita del artículo "Occupational therapy, vocational reeducation and industrial rehabilitation" escrito por Susan C. Johnson en 1919 en la revista *Modern Hospital*. "Occupational therapy service, part 2", 739-740.

<sup>208</sup> Kathleen Barker Schwartz, "History of occupation", en *Perspectives in Human Occupation, participation in life* editado por Paula Kramer, Jim Hinojosa y Charlotte Brasic Royen (Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003), 22.

<sup>209</sup> Schwartz, "Historia Terapia Ocupacional", 6.

<sup>210</sup> Peloquin, "Occupational therapy service, part 2", 739-740.

<sup>211</sup> Reed, "Comienzos de la Terapia Ocupacional", 30 y Clifford O'Brien, *Introduction occupational therapy*, 18.

<sup>212</sup> Véanse los artículos "From education to occupation..." de Judith Friedland y Naomi Davids-Brumer y "Evolving identities..." de Judit Friedland y Jennifer Silva, [nota n°5](#).

desempeñó diferentes cargos educativos y se familiarizó con las ideas de reforma educativa de Dewey. En esta época colaboró con la revista *Educational Review* de la *New Brunswick Teachers' Association* (NBTA) y publicó su libro *Educational Handwork* en 1910.

En 1915, el gobierno canadiense creó la *Military Hospitals Commission* para hacer frente a las necesidades hospitalarias y de centros de convalecencia como consecuencia de la participación de Canadá en la I Guerra Mundial. Kidner fue nombrado Secretario Vocacional de dicha Comisión, su labor en este cargo le permitió desarrollar programas de recuperación y formación vocacional basados en el uso de ocupaciones. Estos programas estaban dirigidos a militares heridos o con secuelas discapacitantes, así como aquellos afectados por enfermedades como la tuberculosis con el propósito de que pudieran reintegrarse en la sociedad como miembros productivos. Su labor despertó interés en los Estados Unidos, motivo por el que se le invitó a participar en la creación de la NSPOT en 1917, en la que siguió colaborando activamente a lo largo de su vida, ejerció el cargo de presidente de 1922 a 1928 y dirigió varios comités.

En 1918, Kidner fue "cedido" a Estados Unidos para asumir el cargo de *Advisor on Rehabilitation to the Federal Board of Vocational Education* (Asesor de Rehabilitación de la Junta Federal de Educación Profesional) en el *US Surgeon General's Department*.<sup>213</sup> Al finalizar la guerra, comenzó a trabajar para la *National Tuberculosis Association* como jefe de los *Advisory Service on Institutional Construction* (Servicios de Asesoramiento para la construcción institucional). Desde 1926 centró su actividad en la arquitectura y la asesoría en el diseño de hospitales y otras instituciones de rehabilitación.

**Susan Elizabeth Tracy** (1878-1928) se graduó como enfermera en el Massachusetts Homeopathic Hospital, en 1898. Tras ejercer como enfermera particular y formarse en economía hospitalaria y artes manuales llegó a ser administradora de la *Training School for Nurses at the Adams Nervine Asylum* (Escuela de capacitación de enfermeras del Adams Nervine Asylum) en Jamaica Plain, Boston (Massachusetts).<sup>214</sup> Allí comenzó a desarrollar actividades, *invalid occupations*, para abordar de manera activa el tratamiento de los pacientes y

---

<sup>213</sup> *The Surgeon General* es la jefatura del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos y actúa como principal portavoz en cuestiones de salud pública en el gobierno federal. <https://www.surgeongeneral.gov/about/history/index.html>

<sup>214</sup> Kielhofner, *Fundamentos conceptuales*, 38.

comenzó a impartir clases de ocupación para enfermeras. En 1910, publicó el libro *Studies in Invalid Occupations: a Manual for Nurses and Attendants* (Estudios acerca de ocupaciones para inválidos; un manual para enfermeras y auxiliares) considerado el primer manual de Terapia Ocupacional en Estados Unidos. Dos años más tarde, creó *Experiment Station for the Study of Invalid Occupations* (Centro experimental para el estudio de la ocupación de inválidos) donde continuó impartiendo cursos de formación.<sup>215</sup> A través de sus cursos, Tracy hizo una importante labor de difusión del conocimiento del uso de la ocupación para el tratamiento tanto de pacientes con enfermedades físicas como mentales.<sup>216</sup>

Tracy fue invitada a la reunión fundacional de la NSPOT, pero no pudo acudir por motivos laborales, sin embargo, se la considera miembro fundador ya que desde el principio se implicó en las actividades de la corporación, si bien existían diferencias de opinión sobre la cualificación de los terapeutas ocupacionales. Tracy defendía que las enfermeras entrenadas eran las únicas personas que podían aprender a utilizar las ocupaciones correctamente con pacientes, por lo que propuso el término "enfermera ocupacional" que finalmente no llegó a utilizarse.<sup>217</sup>

**Herbert James Hall**, (1870-1923) se graduó como médico clínico en la Harvard Medical School en 1895. Para 1904 ya prescribía ocupaciones como un medio regulador para la vida. En 1906 recibió una beca de la Universidad de Harvard<sup>218</sup> para estudiar el uso de la ocupación manual graduada y progresiva en el tratamiento de la neuroastenia.<sup>219</sup> Creó un taller experimental en Marblehead, Massachusetts llamado *Handcraft Shops* (talleres de trabajos manuales) en el que junto a la artesana Jessie Luther, desarrolló la *work cure* (cura de trabajo) orientada a la participación activa de los pacientes en oficios y artesanías y que se contraponía a la "cura de reposo" imperante hasta entonces. Trataba de demostrar que la adecuada ocupación de las manos y de la mente podía ser un factor esencial para el mantenimiento de la salud física, moral y

---

<sup>215</sup> *Ibid.*

<sup>216</sup> Helen L. Hopkins, "An historical perspective on Occupational Therapy", en *Willard & Spackman's Occupational Therapy* editado por Helen L. Hopkins y Helen D. Smith, 7ª ed. (Philadelphia: Lippincot, 1988), 20.

<sup>217</sup> Reed, "Comienzos de la Terapia Ocupacional", 29.

<sup>218</sup> Hopkins, "Historical perspective...", 20.

<sup>219</sup> La neuroastenia era un trastorno nervioso funcional que producía fatiga y languidez y se creía que era consecuencia del estrés por los cambios sociales y el énfasis cultural en la productividad y la eficiencia.



mental en el individuo y la comunidad. Para 1912 se había trasladado a la mansión Devereux en Marblehead, Massachusetts, donde continuó con sus trabajos e investigaciones y ofreció cursos de formación dirigidos fundamentalmente a enfermeras y trabajadoras de los servicios sociales.<sup>220</sup>

Publicó diversos artículos y libros sobre Terapia Ocupacional, el más conocido en 1915 junto a la maestra artesana Mertice M. C. Buck: *The work of our hands: a study of occupations for invalids* (El trabajo en nuestras manos: un estudio de las ocupaciones para inválidos) que puede considerarse como el primer estudio sistemático acerca de los efectos de la ocupación en la salud mental. Aunque Herbert J. Hall no fue uno de los firmantes de la creación de la NSPOT, se le considera miembro fundador ya que pronto comenzó a colaborar en la asociación. En 1921 fue elegido presidente y hasta su muerte en 1923 siguió contribuyendo con su trabajo en favor de la Terapia Ocupacional como como profesión y práctica científica.<sup>221</sup>

### **Aportaciones clave de los pioneros de la Terapia Ocupacional**

Como hemos podido notar, los pioneros de la Terapia Ocupacional, eran personas de diversos antecedentes personales, educativos y profesionales. Desde finales del XIX, habían desarrollado el uso de ocupaciones en contextos y con propósitos diferentes, de manera que cada uno distinguía unas facetas en cuanto al uso y beneficio de la ocupación. Sin embargo, todos compartían la misma idea, que una participación significativa en la ocupación era la clave para crear un cuerpo y una mente saludables. Esta idea constituyó la base sobre la que seguir construyendo el conocimiento y crear una parcela propia que nos diferenciara de otras profesiones.

Por otra parte, los valores humanitarios y el humanismo manifestado en el reconocimiento del valor y el carácter complejo del individuo, contribuyeron a cimentar la Terapia Ocupacional. Su perspectiva holística se apreciaba a través de la importancia que se otorgaba a la interacción entre el cuerpo, la mente y las ocupaciones que las personas llevan a cabo en un entorno determinado, Meyer lo explicaba así en su artículo *The Philosophy of Occupational Therapy*:

---

<sup>220</sup> Hopkins, "Historical perspective...", 20.

<sup>221</sup> Kielhofner, *Fundamentos conceptuales*, 28-29.

Nuestro concepto de hombre es el de un organismo que se mantiene y busca un equilibrio dentro del mundo de lo tangible y lo real a través de la vida activa y del uso activo, esto es, haciendo uso, viviendo y actuando su vida en armonía con su propia naturaleza y la del medio que lo rodea. Es el uso de nosotros mismos lo que deja su impronta final en cada uno de nuestros órganos.<sup>222</sup>

Se entendía además que a través del proceso terapéutico las personas podían mejorar su capacidad de adaptación a los "problemas de vida". Las ocupaciones terapéuticas que se utilizaban, podían incluir el entrenamiento en hábitos, la artesanía, el arte, la música, las actividades recreativas, el ejercicio físico y actividades preindustriales.

El entusiasmo por la ciencia y su potencial para contribuir al bienestar de la sociedad característico de la época, contribuyó a que los pioneros reconocieran desde el principio, la importancia de desarrollar un conocimiento científico de la ocupación, dar a conocer sus resultados y elaborar unos estándares adecuados de formación que contribuyeran a establecer la legitimidad de la Terapia Ocupacional como una profesión con identidad propia dentro de las disciplinas médicas.<sup>223</sup>

En ese momento crucial para la historia de las profesiones, estas características resultaban congruentes con las expectativas de la sociedad respecto a una profesión, que en esencia demandaban un conjunto de conocimientos especializados y una vocación de servicio a la comunidad. A partir de aquí, era imprescindible establecer y controlar la formación específica en el campo y favorecer su expansión. Como veremos a continuación, algunos aspectos relacionados con la formación fueron determinantes para la dirección que tomaría el proceso de profesionalización en las primeras décadas del siglo XX.

#### **4.3.2. Inicios de la formación en Terapia Ocupacional**

##### **Estados Unidos**

El inicio de la formación en Terapia Ocupacional se atribuye habitualmente a Susan E. Tracy. En 1906, desde su cargo como responsable de la *Training School for Nurses at the Adams Nervine Asylum* de Boston, puso en marcha un curso sobre ocupaciones para estudiantes de enfermería. El curso se tituló

---

<sup>222</sup> Meyer, "Philosophy occupational therapy", 5.

<sup>223</sup> Schwartz, "Historia Terapia Ocupacional", 7-8.

*Invalid Occupations* (Ocupaciones para inválidos) y fue el primer programa de formación diseñado para preparar instructores de ocupaciones para pacientes en Estados Unidos, en poco tiempo se extendió a enfermeras del área de Boston, incluyendo el *Massachusetts General Hospital*.<sup>224</sup> Muchos reconocen esta experiencia educativa como la primera sistematización de la formación en Terapia Ocupacional. En 1910, Tracy publicó el manual de texto, *Studies in Invalid Occupations: a Manual for Nurses and Attendants* (Estudios acerca de ocupaciones para inválidos; un manual para enfermeras y auxiliares) en el que realizó una compilación de los contenidos de sus clases y presentó una guía ilustrada sobre el uso de actividades con pacientes. Este libro fue el primero de estas características publicado en Estados Unidos y parece que se siguió utilizando en la formación en Terapia Ocupacional hasta los años cuarenta.<sup>225</sup>

En Chicago, la *School of Civics and Philanthropy*, comenzó a programar cursos sobre ocupaciones desde los inicios de su funcionamiento, estos cursos se orientaron fundamentalmente a la formación de personal de instituciones psiquiátricas. El primer curso fue organizado por Julia Lathrop y Jane Addams con la ayuda del rabino Emil G. Hirsh y respaldado por Adolf Meyer. La filosofía del programa se basaba en sustituir la idea de custodia por la educación en el cuidado diario de los enfermos mentales, se utilizaron fundamentalmente actividades de juego, arte, artesanía y ejercicios. Se entendía que las personas con enfermedad mental necesitaban ser estimuladas a través de la ocupación, la enseñanza y la diversión.<sup>226</sup> Desde entonces, con el apoyo añadido de la *Society for Mental Hygiene* (Liga de Higiene Mental) se siguieron programando otros cursos sobre "ocupaciones curativas y recreación" en hospitales públicos y asilos. Como se comentó anteriormente, este trabajo fue continuado a partir de 1915 por Eleanor Clarke Slagle como directora de la *Henry B. Favill School of Occupations*.

En el contexto universitario, el primer curso sobre ocupaciones para inválidos, fue iniciado por Evelyn Lawrence Collins<sup>227</sup> y Susan Cox Johnson en *Department of Nursing and Health* de la Universidad de Columbia de Nueva

---

<sup>224</sup> Peloquin, "Occupational therapy service, part 1", 356.

<sup>225</sup> Kielhofner, *Fundamentos conceptuales*, 38.

<sup>226</sup> Loomis, "Henry B. Favill School...", 35.

<sup>227</sup> Alice J. Punwar, "The development of occupational therapy" en *Occupational therapy: principles and practice*, de Alice J. Punwar y Suzanne M. Peloquin, 3ª ed. (Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000), 25.

York. Susan C. Johnson asumió las responsabilidades de la enseñanza en 1916,<sup>228</sup> el curso se denominó *Invalid Occupations* y se componía de conferencias, trabajo práctico y demostraciones.

Para finales de 1917, momento en el que Estados Unidos entró en la I Guerra Mundial, ya se habían puesto en marcha, en distintas ciudades, programas de formación de trabajadores de la ocupación, desde el ámbito de la Enfermería o desde organizaciones independientes y Casas de Acomodación. Para entonces, las ocupaciones curativas y recreativas se estaban utilizando en diferentes recursos asistenciales para la recuperación de la salud mental, el tratamiento de lesiones físicas y de enfermedades crónicas como la tuberculosis.

La entrada de Estados Unidos en la Gran Guerra en 1917, aceleró la puesta en marcha de cursos de preparación de profesionales que en ese momento se denominaron *reconstruction aides* (ayudantes o auxiliares de reconstrucción), para realizar tratamientos de Fisioterapia y de Terapia Ocupacional en los servicios y hospitales de "reconstrucción".<sup>229</sup>

La dificultad de encontrar suficientes hombres que se pudieran ocupar de estos servicios, impulsó la contratación de mujeres civiles que cumplieran con una serie de requisitos. En el caso de las ayudantes de reconstrucción de Terapia Ocupacional se requería que fueran "expertas en sus especialidades artesanales, expertas en enseñanza y preferiblemente graduadas en una Escuela de Artes y Oficios Industriales y, desde 1918, poseer experiencia hospitalaria".<sup>230</sup> Algunos de estos auxiliares de reconstrucción fueron enviados a Europa para trabajar en hospitales militares del frente, los resultados obtenidos fueron considerados un éxito, lo que favoreció la permanencia de este tipo de profesionales en la medicina de Estados Unidos.<sup>231</sup>

A principios de 1918, se establecieron varios programas de formación de emergencia con certificación de la *Surgeon General's Office* de Estados Unidos: la *Boston School of Occupational Therapy* (Escuela de Terapia Ocupacional

---

<sup>228</sup> Clifford O'Brien, *Introduction occupational therapy*, 16.

<sup>229</sup> María A. Pastor Montaña, Patricia Sanz Valer y Cristina Rubio Ortega, "La influencia de las ayudantes de reconstrucción en la historia de la Terapia Ocupacional", *Revista TOG* 10, nº18 (noviembre 2013): 2, <http://www.revista-tog.com/num18/pdfs/historia1.pdf>

<sup>230</sup> Ann M. Ritchie Hartwick, *The Army Medical Specialist Corps. The 45th Anniversary* (Washington D.C.: Center of Military History, United States Army, 1995), 8, <https://archive.org/details/armymedicalspeci00annm>

<sup>231</sup> Virginia A. Metaxas Quiroga, *Occupational therapy: the first 30 years 1900-1930* (Bethesda, Md.: American Occupational Therapy Association, 1995) citado por Christiansen y Haertl, "Historia contextual...", 14.

de Boston), presidida por la Sra. Goldthwait;<sup>232</sup> *Training Course for Teachers of Occupational Therapy*, (Curso de formación de profesores de Terapia Ocupacional) en el Teachers College, de la Universidad de Columbia y dirigido por la señorita Susan C. Johnson; y *War Services Classes* (Clases de servicios de guerra) en Nueva York con la Sra. Mansfield como presidente.

Durante la guerra y en los años inmediatamente posteriores, la NSPOT, continuó promocionando la Terapia Ocupacional en distintos medios con el objetivo de reclutar a más terapeutas ocupacionales y se continuaron aprobando más cursos en universidades y hospitales de Estados Unidos.<sup>233</sup>

## Canadá

En Canadá, el uso de ocupaciones terapéuticas se vio impulsado por los efectos de la I Guerra Mundial desde sus inicios en 1914. En los hospitales militares se establecieron *vocational workshops* (talleres vocacionales o de formación profesional) y también comenzó a utilizarse *bedside occupation*, es decir, ocupación terapéutica durante el periodo de convalecencia de los soldados que regresaban de la guerra.

Pronto se vio la necesidad de formar un cuerpo de profesionales especializado en estas tareas, de manera que, en febrero de 1918, a instancias de Mr. Norman Burnette y el profesor Herbert Haultain,<sup>234</sup> el *Council of the Faculty of applied Science at the University of Toronto* (Consejo de la Facultad de Ciencias Aplicadas de la Universidad de Toronto) comenzó a organizar los primeros cursos formales para terapeutas ocupacionales, en ese momento conocidos como *ward aides* o *occupation aides* (ayudantes de sala o ayudantes de ocupación).<sup>235</sup> Según lo describía Herbert Haultain, "el objetivo del trabajo es terapéutico pero también está estrechamente relacionado con la preparación para

---

<sup>232</sup> La Sra. Goldthwait era la esposa del Dr. Joel Goldthwait, uno de los líderes de la *American Orthopedic Association*, AOA (Asociación Americana de Traumatología).

<sup>233</sup> María A. Pastor Montaña, Patricia Sanz Valer y Cristina Rubio Ortega, "La figura profesional de las ayudantes de reconstrucción de terapia ocupacional", *Revista TOG* 10, nº18 (nov. 2013): 20, <http://www.revista-tog.com/num18/pdfs/historia1.pdf>

<sup>234</sup> Norman Burnette estaba a cargo del taller del Hospital Militar en Whitby, Ontario y Herbert Haultain era profesor de la Facultad de Ciencias Aplicadas de la Universidad de Toronto, [http://www.otlegacy.ca/present\\_en.html](http://www.otlegacy.ca/present_en.html)

<sup>235</sup> El profesor C. H. C. Wright del Departamento de Arquitectura fue nombrado presidente de un Comité de Dirección, que se hizo cargo de los cursos. A través de los esfuerzos del Sr. Thomas B. Kidner, entonces secretario Formación de la Comisión Canadiense de Hospitales Militares, Winifred Brainerd, una de las primeras terapeutas ocupacionales estadounidenses, del sanatorio en Clifton Springs, ayudó a planificar los cursos y participó en la enseñanza. Ella continuó allí durante tres meses después de lo cual los graduados del primer curso fueron encargándose de la enseñanza. Isabel M. Robinson, "Muriel Driver Memorial Lecture 1981: the mists of time", *Canadian Journal of Occupational Therapy* 48, nº4 (1981): 145-152. 146

una vocación/profesión y, por tanto, las clases se llaman clases en Terapia Ocupacional". Este inicio de la formación en Terapia Ocupacional en Canadá resulta característico por dos aspectos importantes: la Terapia Ocupacional no se desarrolló a partir de una profesión existente, sino que fue siempre una disciplina por derecho propio y los terapeutas ocupacionales se formaron desde el principio en las universidades de Canadá.<sup>236</sup>

## Reino Unido

En Europa, la implantación académica de la Terapia Ocupacional fue más tardía que en Estados Unidos y Canadá. En el caso del Reino Unido, las ocupaciones se habían instaurado en establecimientos psiquiátricos y hospitales de crónicos, así como en la recuperación de los soldados heridos en la I Guerra Mundial.<sup>237</sup> Sin embargo, hubo que esperar hasta 1930 para la fundación de la primera escuela de Terapia Ocupacional, la *Dorset House School of Occupational Therapy* en Bristol, Inglaterra.<sup>238</sup>

La *Dorset House School* fue fundada por la doctora Elizabeth Casson, una mujer cuyo recorrido educativo y profesional se vio influenciado por la pionera del trabajo social, Octavia Hill, y otros defensores de los valores del movimiento de Artes y Oficios, en pleno auge en aquel momento.<sup>239</sup> Posteriormente, a través de su trabajo en el *Holloway Sanatorium* en Virginia Water, su contacto con el Dr. Henderson<sup>240</sup> y sus visitas a centros de Nueva York y Boston fue desarrollando la idea de crear una escuela de Terapia Ocupacional en Inglaterra,

---

<sup>236</sup> Canadian Association of Occupational Therapy (CAOT), "Beginnings", *Occupational Therapy, a Canadian Legacy*, <http://www.otlegacy.ca/past/beginnings.htm>

<sup>237</sup> Con autorización del War Office (Ministerio de la Guerra), Sir Robert Jones, cirujano ortopédico, abrió "Curative Workshops" (Talleres curativos) en los hospitales militares con el objetivo de recuperar mano de obra durante y después de la I Guerra Mundial. Estos programas de rehabilitación se expandieron con rapidez y comenzó a demandarse personal entrenado para cubrir la necesidad de estos tratamientos, estos talleres fueron los precursores de los futuros departamentos de rehabilitación física. Se aplicaban fundamentalmente los principios de la medicina del trabajo, análisis de procesos, mecanoterapia y actividades como la carpintería y la pintura. Turner, *Terapia Ocupacional*, 7-8.

<sup>238</sup> Con posterioridad se trasladó a Oxford, hoy forma parte de la *Oxford Brookes University*.

<sup>239</sup> Edward A.S. Duncan, "Theoretical foundations of occupational therapy: internal influences" en *Foundations for practice in Occupational therapy*, editado por Edward A.S. Duncan, 5ª ed. (Edinburg: Churchill Livingstone-Elsevier, 2012), 21.

<sup>240</sup> El Dr. David K. Henderson, un médico psiquiatra de origen escocés, trabajó con Adolf Meyer y conoció la Terapia Ocupacional a partir del trabajo de Eleanor C. Slagle. A su vuelta a Escocia en 1919, abrió el primer departamento de Terapia Ocupacional en Reino Unido, en el *Gartnavel Royal Hospital* de Glasgow. Fue una figura importante para el desarrollo de la Terapia Ocupacional en Escocia, particularmente por su labor a favor de la creación y desarrollo de la Scottish Association of Occupational Therapy (1932). Jennifer Creek and Lesley Lougher, eds. *Occupational therapy and mental health*, 5ª ed. (Edinburg: Churchill Livingstone-Elsevier, 2014), 6-7.

el proyecto se hizo realidad en la *Dorset House*, una clínica psiquiátrica para mujeres que ella misma fundó.<sup>241</sup>

Aproximadamente en este mismo periodo, tanto en Escocia como en Inglaterra, coincidieron otras mujeres que se implicaron en la formación en Terapia Ocupacional y su desarrollo profesional, las más conocidas fueron: Dorothea Robertson,<sup>242</sup> Margaret Barr Fulton<sup>243</sup> y Alice Constance Tabbitt (conocida posteriormente por su apellido de casada, Glynn Owens).<sup>244</sup>

### **Primeros estándares de formación**

Los estándares de formación fueron objeto de preocupación y debate desde los inicios de la AOTA, periodo coincidente con la puesta en marcha de cursos acelerados para "ayudantes de reconstrucción". Una vez terminada la guerra y ante la continuada demanda de profesionales, se emprendió seriamente la tarea de elaborar unos criterios comunes para la formación en Terapia Ocupacional. Aunque existían diferencias de opinión, los pioneros entendían que la regulación de la formación podía ser el medio para legitimar y asegurar la continuidad de la profesión, garantizar la calidad del trabajo y mantener una imagen positiva de la profesión a través de los profesionales que se dedicaran a ella. Tras varios debates en las reuniones de la asociación se decidió formar un Comité de Educación que se hizo cargo de elaborar las normas para la formación y trabajar hacia el establecimiento del status profesional.

Finalmente, en 1923, con el impulso de Kidner como presidente de la AOTA, se aprobó el documento *Minimum Standards for Courses of Training in*

---

<sup>241</sup> En 1939 abrió el "Allendale Curative Workshop" para discapacitados físicos que llegó a servir de modelo para el desarrollo de departamentos similares durante y tras la II Guerra Mundial. Además, la Dorset House impartió cursos con carácter de urgencia durante la II Guerra Mundial. Turner, *Terapia Ocupacional y disfunción física*, 7-8.

<sup>242</sup> Robertson fue contratada por el Dr. Henderson como terapeuta ocupacional en 1922, aunque no se había formado en ninguna escuela oficial de Terapia Ocupacional, tenía titulación universitaria por la Universidad de Cambridge. Es considerada la primera instructora de Terapia Ocupacional/terapeuta ocupacional de Reino Unido.

<sup>243</sup> Margaret Fulton fue la primera terapeuta ocupacional con título oficial en Reino Unido. Estudió en Philadelphia y a su regreso a Escocia (1925), trabajó en el Royal Aberdeen Asylum con el Dr. R. Dods Brown, continuó allí hasta su jubilación en 1963, fue la primera presidenta de la WFOT. Duncan, "Theoretical foundations...", 20-21.

<sup>244</sup> Alice Constance Tabbitt (conocida posteriormente como Alice Constance Owens), obtuvo su título de terapeuta ocupacional en Philadelphia en 1929, fue la primera directora de la Dorset House School of Occupational Therapy, la primera presidenta de la Association of Occupational Therapists, fundó la Escuela de Liverpool y fue la primera secretaria de la WFOT. Para conocer la biografía de Owens, véase el artículo: "The Casson Memorial Lecture: 1999: Alice Constance Owens-Reflections upon a remarkable lady and a Pioneer of occupational therapy in England" de Barbara Tyldesley en *British Journal of Occupational Therapy* 62, nº8 (1999): 359-366.

*Occupational Therapy* donde se establecieron las primeras normas para la formación.<sup>245</sup> El documento reflejó las demandas de la práctica en ese momento, pero permitió flexibilidad para realizar futuras modificaciones que se preveían ya necesarias con la idea de aumentar el nivel de formación. Estas primeras normas incluían aspectos relacionados con los prerrequisitos para la admisión, la duración del curso y sus contenidos.

Los prerrequisitos para la admisión se dividieron en 6 puntos: edad, educación, carácter, salud, periodo de prueba y acreditación de la formación previa. De entre ellos destacamos: la edad mínima de 20 años; una formación previa en escuela superior o equivalente y formación o experiencia complementaria de al menos un año en campos como arte y diseño, artes y oficios, servicios sociales, trabajo académico avanzado, asimismo, podían valorarse los casos de personas que sin formación académica superior tuvieran experiencia profesional y/o comercial en esos campos; se requería que los candidatos presentaran evidencias de un buen carácter y una buena aptitud general así como la presentación de un certificado de buena salud física y mental; se establecía la posibilidad de reservar un tiempo como periodo de prueba de treinta días para que las Escuelas para excluir a estudiantes que no cumplieran los requisitos; finalmente se dejaba a discreción de las Escuelas la manera de acreditar la formación previa.

En cuanto a la duración del curso se estableció que debía extenderse por un mínimo de 12 meses un mínimo de 6 horas diarias de trabajo y clases. El contenido del curso debía incluir no menos de 8 meses de clases teóricas y trabajo práctico y no menos de tres meses de prácticas hospitalarias bajo supervisión.

La formación teórica debía tener al menos 75 horas de clases y abarcar materias relacionadas con los principales campos de la medicina y la cirugía, psicología, fisioterapia, servicios médicos sociales, servicios psiquiátricos, relaciones sociales (sociología), los diferentes tipos de hospitales (generales, psiquiátricos y tuberculosis), ética y gestión hospitalaria, higiene personal, higiene mental, historia y teoría de la Terapia Ocupacional, historia del desarrollo de las

---

<sup>245</sup> Adoptados en la Asamblea Anual de la AOTA, celebrada en Milwaukee, del 30 de octubre al 1 de noviembre de 1923 y publicados en la revista *Archives of Occupational Therapy* III, nº 4 (1923): 295-298. [http://otsearch.aota.org/files/archives/vol3/VOL3\\_295-298.pdf](http://otsearch.aota.org/files/archives/vol3/VOL3_295-298.pdf)



artes y los oficios y su relación con la civilización, teoría del diseño, historia del arte, industria moderna y fábricas, relación de la Terapia Ocupacional con la rehabilitación vocacional y enfermedades de los niños. Además, debían completarse un mínimo de 1080 horas de prácticas en artes y oficios, así como dibujo y diseño. La formación en estas áreas debía ser convenientemente administrada en función de los siguientes oficios y sus subdivisiones: madera, tejido, cestería, metal, joyería, dibujo y diseño aplicado.<sup>246</sup>

Con estos estándares de formación la AOTA trató de homogeneizar y establecer unos mínimos claros para acreditar los programas que se habían ido poniendo en marcha hasta ese momento. Los prerequisites exigidos para los estudiantes y los contenidos de la formación, muestran la Terapia Ocupacional como una disciplina independiente y singular que requería de una formación especializada para ofrecer la mejor asistencia a sus beneficiarios.

El hecho de que la AOTA asumiera las funciones de regulación y acreditación de los programas formativos que iban surgiendo, nos da una idea del nivel de profesionalización que se estaba alcanzando, puesto que el control de los conocimientos requeridos para el desempeño profesional se realizaba en el seno de la profesión.

Sin embargo, a principios de los años treinta empezó a valorarse la posibilidad de modificar este procedimiento. Desde 1931 se iniciaron negociaciones con la *American Medical Association* (AMA) para crear un órgano de trabajo cooperativo para la acreditación de programas educativos de Terapia Ocupacional. Como resultado de estas negociaciones la AMA comenzó a involucrarse en el debate sobre los estándares educativos y su regulación, de tal modo que, en 1935 aceptó ser el organismo para la acreditación de las escuelas de formación de Terapia Ocupacional. Como explica Colman, "al renunciar a su plena autonomía y a la responsabilidad de autorregulación, la AOTA comenzó una larga y controvertida relación con la medicina que continúa hasta el día de hoy".<sup>247</sup> El

---

<sup>246</sup> El documento especificaba las siguientes materias: tratamiento de la madera, incluyendo fabricación de juguetes, talla de madera y fabricación de cepillos; tejido, incluyendo el hilado, telares mecánicos de mano y pie de hasta seis arneses; cestería, incluyendo el trabajo en sauce, mimbre, rafia, caña, junco, y fibra; el trabajo del metal y la joyería, incluyendo el trabajo de chapa de estaño, cobre y bronce; trabajos en cuero, incluyendo encuadernación sencilla; tapices y alfombras; artes plásticas, incluyendo el modelado en barro y cerámica; artes de la aguja, incluyendo petit point y confección sencilla; grabado e impresión; trabajo textil, teñido, batik y nudos; punto, redes y macramé; diseño aplicado; dibujo técnico.

<sup>247</sup> Colman, "Structuring Education...", 659.

análisis de los factores que contribuyeron a la expansión de la profesión nos ayuda a entender el origen de esta situación.

#### **4.4. Factores clave para la expansión de la Terapia Ocupacional**

En la historia norteamericana las primeras décadas del siglo XX, han sido descritas como un periodo de "optimismo audaz sobre la capacidad de Estados Unidos de innovar y crear ideas y productos". Esta época denominada "era progresista" trajo consigo una gran cantidad de reformas sociales, económicas, sanitarias y educativas. Además, la aprobación del derecho al voto femenino en 1920, favoreció la participación de las mujeres en diversas áreas. Todo esto contribuyó a crear el contexto y las circunstancias necesarias para el inicio de la Terapia Ocupacional como profesión.<sup>248</sup>

##### **4.4.1. Repercusión de la I Guerra Mundial**

En 1914, comenzó el conflicto de mayor impacto en la sociedad occidental de principios de siglo, la Primera Guerra Mundial. El mundo ya no volvió a ser el mismo, pues la muerte de millones soldados y civiles junto con las secuelas del conflicto en forma de epidemias, hambre y discapacidad generaron nuevas necesidades y formas de afrontar los problemas que marcaron a toda una generación.

En cuanto a la Terapia Ocupacional, Dunton afirmó que la guerra sirvió como "catalizador para clarificar los principios de la profesión".<sup>249</sup> Las necesidades surgidas como consecuencia del conflicto, impulsaron los esfuerzos de los pioneros para articular más claramente el servicio que se estaba ofreciendo, la participación activa de Dunton, Slagle, Kidner y Hall en las actividades promovidas por el ejército contribuyó de manera determinante, además, el éxito de la Terapia Ocupacional como método de tratamiento fue validado durante la guerra.<sup>250</sup> A partir de entonces, el uso de las ocupaciones en la recuperación de las personas con problemas físicos quedó plenamente justificado.

Como ya ha explicado anteriormente, en Canadá y Estados Unidos<sup>251</sup> se crearon cuerpos profesionales (*ward aides* o *occupation aides* y *reconstruction*

---

<sup>248</sup> Christiansen y Haertl, "Historia contextual...", 12.

<sup>249</sup> Peloquin, "Occupational therapy service, part 2", 734.

<sup>250</sup> *Ibid.*

<sup>251</sup> Dos médicos líderes de la Asociación Americana de Traumatología (American Orthopedic Association- AOA), el Dr. Joel Goldthwait y el Dr. Elliot Brackett, junto con el Dr. Herbert Hall (cuñado de Goldthwait), sensibilizados por lo que estaba

aides) especialmente preparados para llevar a cabo programas de recuperación funcional de los soldados. Los terapeutas ocupacionales utilizaban actividades ligadas a las artes y oficios para la recuperación de los soldados en caso de problemas traumatológicos y/o psiquiátricos. Con su ayuda, los soldados podían retomar su servicio en combate o, a su regreso a casa, podían iniciar un proceso de rehabilitación para participar de nuevo en la vida civil.<sup>252</sup>



**Figura 4. Camp Grant, Rockford, Illinois. Circa Abril 1919.<sup>253</sup>**

El trabajo realizado por estos profesionales fue perfilando el carácter predominantemente femenino de la profesión. De hecho, Dunton atribuyó una medida de su éxito en la guerra a la propia condición femenina: "se ha encontrado que la presencia de mujeres enérgicas que pasaban por las salas de los

---

ocurriendo en otros países, habían elaborado un plan que se puso en marcha en cuanto Estados Unidos entró en guerra y que facilitó la inclusión de "reconstruction aides" en los servicios de "reconstrucción" de Estados Unidos. Sharon A. Gutman, "Occupational Therapy's link to Vocational Reeducation, 1910-1925", *Am J Occup Ther* 51, nº10 (November-December 1997): 909-910.

<sup>252</sup> Gutman explica que en el primer año de guerra se evidenció un conflicto de intereses entre la *Division of Physical Reconstruction*, creada en 1918 por el *Medical Department of the Army* y la *Federal Board for Vocational Education* (una organización no gubernamental). Para resolver el conflicto, se creó una división militar no médica, *Education Service*, donde fueron reasignados los terapeutas ocupacionales, separada de la *Division of Orthopedic Surgery*. "Occupational Therapy's link...", 910.

<sup>253</sup> The American Occupational Therapy Association, Inc. "1917-2017 Occupational Therapy Celebrating 100", <http://www.otcentennial.org/article/using-the-centennial-logo-promote-ots-100th>

hospitales estimulando a los pacientes en ocupaciones realizadas por ellos mismos ha tenido un efecto maravilloso en mantener la moral de los pacientes”.<sup>254</sup>

Ante el numeroso colectivo de soldados con secuelas, se hizo más evidente la necesidad de especialistas en “reconstrucción”.<sup>255</sup> Como consecuencia de ello, se programaron cursos, se crearon escuelas y se desarrollaron políticas, procedimientos, definiciones y descripciones de los servicios de Terapia Ocupacional.<sup>256</sup>

El deseo de que la profesión tuviera un campo claro de actuación y mejorara su nivel de prestigio se evidenció, por ejemplo, en las actividades realizadas por los primeros líderes para desvincular la profesión de los servicios de reeducación profesional. Durante la guerra, la asignación de los “ayudantes de reconstrucción” de Terapia Ocupacional al Servicio de Educación del ejército, se vio como una amenaza para la continuidad, expansión y reconocimiento de la profesión. Por ello, los pioneros comenzaron a trabajar por una mayor conexión con los servicios hospitalarios de cirugía ortopédica y traumatología. Entendieron que la afiliación al mundo médico facilitaría el reconocimiento de la Terapia Ocupacional como una profesión sanitaria y que esto garantizaría la continuidad de la profesión y el status profesional deseado. Los esfuerzos que se realizaron en esta línea, fueron una de las primeras estrategias de los fundadores para intentar preservar el control de la profesión. Sin embargo, con esta elección la función social de la Terapia Ocupacional quedó relegada a un segundo plano, perdiendo así oportunidades de ampliar su papel fuera del ámbito hospitalario y demostrar su valor en la integración de las personas en su vida social y comunitaria.<sup>257</sup>

Los líderes de la AOTA mostraron desde el principio un gran interés por la promoción de la profesión y buscaron distintas vías que les permitieran llegar al público: los contactos sociales, su propia red de miembros, sus reuniones anuales, la participación en congresos, la publicación de artículos en revistas

---

<sup>254</sup> Peloquin, “Occupational therapy service, part 2”, 735.

<sup>255</sup> Entre 1917 y 1920 cerca de 148.000 hombres enfermos y heridos fueron tratados a su regreso a Estados Unidos en 53 hospitales de reconstrucción. Christiansen y Haertl, “Historia contextual...”, 15.

<sup>256</sup> Hay que tener en cuenta que muchas de las mujeres que ejercieron de ayudantes de reconstrucción durante la guerra retomaron sus actividades anteriores, solamente un número limitado de ellas continuaron ejerciendo como terapeutas ocupacionales. Además, los cursos que se habían planificado de manera urgente dejaron de realizarse tras la guerra.

<sup>257</sup> Gutman, “Occupational Therapy’s link...”, 913.

médicas y la publicación de su propia revista. Todas estas iniciativas contribuyeron de manera importante al reconocimiento público de la profesión. El liderazgo de la Asociación fue un aspecto clave en el logro del reconocimiento social, el caso más representativo fue Eleanor Clarke Slagle, una mujer de carácter con una gran visión política. Slagle, realizó actividades de promoción que resultaron en la creación de redes desde los clubes de mujeres de clase alta y la apertura de una oficina central en Nueva York en el mismo edificio del *National Health Council* (Consejo Nacional de Salud). Esta estrategia de reclutamiento de mujeres de elevada educación y experiencia, con la misma clase social y antecedentes que muchos médicos prominentes, tenía el propósito de favorecer el avance de la profesión puesto que se entendía que desde su posición resultaría más sencillo ejercer un rol autónomo y adquirir un status profesional no subordinado a la medicina.<sup>258</sup> Diez años después del final de la I Guerra Mundial, había 18 asociaciones de Terapia Ocupacional estatales y locales y cerca de 1000 miembros de la AOTA.<sup>259</sup>

En los años veinte, la práctica de la Terapia Ocupacional comenzó a extenderse en los hospitales y centros especializados de rehabilitación física, psiquiatría y tuberculosis de Estados Unidos. El interés por dar estabilidad y mejorar la calidad de la profesión a través de unos estándares profesionales y educativos dio sus frutos en 1923, con el primer documento oficial publicado por la AOTA. Entre los años veinte y los treinta surgió lo que algunos han llamado la segunda generación de terapeutas ocupacionales, este grupo elaboró, codificó y aplicó la teoría inicial sobre la que se basa la práctica de hoy. Entre ellos destacaron: Louis Haas, Mary Alice Coombs, Winifred Kahmann, Henrietta McNary, Harriet Robeson, Marjorie Taylor y Helen Willard.<sup>260</sup>

La tendencia hacia la medicalización de la profesión se hizo cada vez más evidente, potenciándose todavía más en la década de los treinta con el avance de la medicina física, la aparición de epidemias de polio y la acreditación de los programas de formación de Terapia Ocupacional bajo la *American Medical Association* desde 1935. Los años treinta fueron años difíciles por la "Gran depresión" y se cerraron escuelas y clínicas en Estados Unidos, disminuyendo en número de terapeutas ocupacionales en activo. Sin embargo, fue

---

<sup>258</sup> *Ibid.*, 911-913.

<sup>259</sup> Christiansen y Haertl, "Historia contextual...", 18.

<sup>260</sup> Bing, "Paraphrastic journey", 513.

también entonces cuando el contacto con profesionales de otros países dio resultados con el inicio de cursos oficiales de formación específica y la creación de servicios de Terapia Ocupacional en Europa, especialmente en Reino Unido y los países nórdicos.

#### **4.4.2. Repercusión de la II Guerra Mundial**

En 1939, el comienzo de la II Guerra Mundial marcó un nuevo hito en la historia desencadenando una serie de acontecimientos que determinaron el futuro de la profesión. La guerra y sus consecuencias intensificaron la actividad médica impulsando la investigación y el desarrollo de técnicas, de tal modo que especialidades médicas como, Medicina Física, Traumatología, Cirugía Ortopédica, y Rehabilitación se fueron desarrollando y delimitando.

Los avances de la Medicina repercutieron a su vez en la Terapia Ocupacional, que había comenzado a ser reconocida profesionalmente durante la I Guerra Mundial y que en este periodo experimentó una extraordinaria expansión. Las asociaciones profesionales tuvieron también un papel en este crecimiento puesto que se implicaron en las políticas de reconstrucción y el apoyo al ejército. Durante la guerra las Fuerzas Armadas estadounidenses reconocieron el campo de la Terapia Ocupacional como un servicio vital de rehabilitación y los terapeutas ocupacionales adquirieron estatus militar.<sup>261</sup>

El numeroso colectivo de lesionados por la guerra, ejerció una presión asistencial que generó una mayor demanda de terapeutas ocupacionales. Se reactivaron las intervenciones a favor de la integración en la sociedad de los lesionados, con el entrenamiento en actividades de la vida diaria, el uso de la ergonomía y actividades de readaptación profesional. Asimismo, se comenzaron a aplicar técnicas más cercanas a la medicina física que exigían un mayor desarrollo científico y se desarrollaron tratamientos ortésicos y protésicos en los que los terapeutas comenzaron a involucrarse activamente.<sup>262</sup> Estos factores, así como los lazos entre la AOTA y la *American Medical Association* crearon un nexo más estrecho entre la Terapia Ocupacional y la medicina. El acercamiento al modelo médico trajo más reconocimiento y experiencia técnica, pero comenzó

---

<sup>261</sup> Sheila C. Yakobina, Stephanie R. Yacobina y Sandra Harrison-Weave, "War, What is Good for? Historical Contribution of the Military and War to Occupational Therapy and Hand Therapy", *Journal of Hand Therapy* 21, (April-June 2008): 106-114.

<sup>262</sup> Christiansen y Haertl, "Historia contextual...", 19.

a representar una amenaza para la aplicación del enfoque holístico y centrado en la ocupación de los fundadores de la profesión.

En cuanto a la formación, se organizaron cursos acelerados de Terapia Ocupacional para cubrir las necesidades urgentes y se reorganizaron los planes de estudios para adaptarse al avance de los conocimientos. Es en esta época cuando profesionales como Licht, Howarth y MacDonald, Willard y Spackman, Gail y Jay Fidler, publican trabajos que se han utilizado en la formación de los terapeutas ocupacionales.<sup>263</sup> A nivel mundial, el número de terapeutas ocupacionales continuó aumentando en relación con los programas educativos que se ponían en marcha. También comenzó a aumentar el nivel educativo con estudios de postgrado, por ejemplo, en 1947 comenzó a impartirse la primera maestría en Terapia Ocupacional por la *University of Southern California*.<sup>264</sup>

La expansión de la profesión, impulsó la preparación del proyecto de creación de una Federación Mundial.<sup>265</sup> En junio de 1951, se iniciaron discusiones formales en una reunión celebrada en Inglaterra a la que asistieron 28 representantes de diversos países. En septiembre del mismo año, las conversaciones continuaron durante la celebración del *Congress of International Society for the welfare of cripples* (ISWC) (Sociedad Internacional para el bienestar de los lisiados) en Estocolmo, Suecia.<sup>266</sup>

En 1952, se organizó una Comisión Preparatoria en Liverpool, Inglaterra, con la asistencia de representantes de siete países con asociaciones u organizaciones de Terapia Ocupacional y la aprobación por escrito de otros tres países para la creación de la federación. Los países representados y por tanto fundadores de la WFOT fueron: Estados Unidos, Reino Unido (Inglaterra y Escocia), Canadá, Sudáfrica, Suecia, Nueva Zelanda, Australia, Israel, India y Dinamarca. La Srta. Helen S. Willard de Estados Unidos ejerció como presidenta provisional hasta que se eligieron los cargos oficialmente: Presidenta Srta. Margaret B. Fulton de Escocia; Primera Vicepresidenta, Srta. Gillian Crawford de

---

<sup>263</sup> Uno de los más citados es: Occupational therapy source book, de Sidney Licht (Baltimore: Williams and Wilkins Company, 1948)

<sup>264</sup> Gordon, "Historia de la Terapia Ocupacional", 209.

<sup>265</sup> Véase el artículo: Clare S. Spackman, "The World Federation of Occupational Therapists: 1952-1967", *Am J Occup Ther* 21, nº5 (1967): 301-309.

<sup>266</sup> Después conocida como *International Society for the Rehabilitation of the Disabled*, actualmente *Rehabilitation International-RI Global*. Se trata de una organización filantrópica con sede en Nueva York, que tuvo una gran relevancia en el desarrollo de la rehabilitación y que actuó como impulsora de la creación de una sociedad internacional de terapia ocupacional, el Dr. Howard Rusk fue presidente de la ISWC de 1954-1957.

Canadá; Segunda Vicepresidenta, Srta. Ingrid Pahlsson de Dinamarca; Secretaria-Tesorera, Sra. Glyn Owens de Inglaterra y Asistente Secretaria-Tesorera, Srta. Clare S. Spackman de Estados Unidos.

Durante 1952 se desarrolló la Constitución de la WFOT cuyos objetivos iniciales fueron los siguientes:

- Actuar como la organización oficial internacional para la promoción de la Terapia Ocupacional.
- Promover la cooperación internacional entre las asociaciones de Terapia Ocupacional, terapeutas y otros grupos profesionales afines.
- Avanzar en la práctica y los estándares de Terapia Ocupacional.
- Ayudar a mantener la ética y para avanzar los intereses de la profesión.
- Facilitar el intercambio y la colocación internacional de terapeutas y estudiantes.
- Facilitar el intercambio de información.
- Promover la educación y la formación de terapeutas.
- Celebrar congresos internacionales.<sup>267</sup>

En relación a estos objetivos destacamos: la publicación en 1958 del primer documento sobre estándares de formación, *Programme for the Education of Occupational Therapists* que sirvió regular asegurar la uniformidad y garantizar el nivel de formación en Terapia Ocupacional; y los esfuerzos por promover la cooperación con otras organizaciones, que tuvieron resultados muy significativos, ya que la Federación fue admitida en relaciones oficiales con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1959 y reconocida como organización no gubernamental (ONG) de las Naciones Unidas (ONU) en 1963.

Las actividades iniciales de la WFOT fueron especialmente relevantes por el momento histórico en el que se produjeron. La II Guerra Mundial ocasionó profundos efectos en la sociedad y la política internacionales. Muchos de los valores, los conceptos y las necesidades de la población cambiaron drásticamente, un reflejo de ello fue la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948,<sup>268</sup> que marcó un hito en la historia de los derechos humanos y repercutió decisivamente en ámbitos relacionados con la salud.

---

<sup>267</sup> World Federation of Occupational Therapists (WFOT), *History*, <http://www.wfot.org/AboutUs/History.aspx>

<sup>268</sup> Organización de las Naciones Unidas (ONU), *Declaración Universal de Derechos Humanos*, aprobada en 183ª sesión plenaria, 10 de diciembre de 1948, resolución 217 A (III) [http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/217\(III\)](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/217(III))



Desde la Organización de las Naciones Unidas (ONU)<sup>269</sup> surgieron y/o se desarrollaron otros organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS),<sup>270</sup> el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)<sup>271</sup> y la Organización Internacional del Trabajo (OIT)<sup>272</sup> que ejercieron una influencia directa en la Terapia Ocupacional.

En la Constitución de la OMS se reconocía la finalidad de alcanzar para todos los pueblos el grado más alto de salud.<sup>273</sup> El concepto de salud se ampliaba y se consideraba como condición fundamental para lograr la paz y la seguridad de los pueblos. Los programas que se llevaron a cabo tras la II Guerra Mundial, se centraron en los problemas urgentes de salud pública y nutrición, aunque fueron extendiéndose gradualmente hacia objetivos a largo plazo.

Algo parecido sucedió en la evolución del UNICEF, un organismo creado en 1946 con el propósito de ayudar a los niños víctimas de la II Guerra Mundial. Como organismo permanente de Naciones Unidas desde 1953, su mandato era “responder a las necesidades de la infancia y proteger sus derechos”. Desde el principio, se establecieron mecanismos para la utilización de personal y asistencia técnica<sup>274</sup>, de otros organismos, en particular de la OMS. En 1959, la adopción por la Asamblea General de la ONU de la Declaración sobre los Derechos del Niño, conllevó cambios en la propia organización: el UNICEF debía prestar atención a todo el niño, no sólo a las necesidades de salud o nutricionales.

El ámbito laboral también resultó fundamental en este periodo, la preocupación por las condiciones de trabajo y la salud laboral, principalmente en cuanto a prevención de enfermedades y accidentes, fue creciendo en las primeras décadas del siglo XX. En 1919 se creó la OIT sobre la base del reconocimiento de la importancia de la justicia social para el logro de la paz y en 1946

---

<sup>269</sup> Organización de las Naciones Unidas (ONU), *Historia de las Naciones Unidas*, <http://www.un.org/es/aboutun/history/>

<sup>270</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), *Historia de la OMS*, <http://www.who.int/about/history/es/>

<sup>271</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Nuestra historia: UNICEF, pasado, presente y futuro*, [https://www.unicef.org/spanish/about/who/index\\_history.html](https://www.unicef.org/spanish/about/who/index_history.html)

<sup>272</sup> Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Orígenes e historia*, <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/history/lang-es/index.htm>

<sup>273</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>

<sup>274</sup> Manuel Bermúdez Pareja, *UNICEF protector de la infancia*, Colección de folletos para médicos (Madrid: Dirección General de Sanidad, 1961), 16-17.

tras la II Guerra Mundial, se convirtió en agencia especializada de la ONU continuando así su expansión y ampliando su influencia en las políticas de protección de los trabajadores.

La capacidad de respuesta a las necesidades marcó trascendentalmente todo este desarrollo pues tras la guerra, las posibilidades de reconstrucción de los países afectados estaban limitadas por la disminución de la población y la aparición de un grupo importante de supervivientes con graves secuelas. Al número de "impedidos" por accidentes de trabajo y enfermedades se sumó un grupo importante de hombres jóvenes mutilados de guerra. Había por tanto motivos sanitarios, humanitarios, sociales, políticos y económicos que apoyaban los esfuerzos dirigidos a este colectivo.

La sensibilidad hacia las necesidades de los "impedidos" se evidenció en el Primer Informe sobre Rehabilitación de la OMS (1958).<sup>275</sup> Los expertos que elaboraron este informe utilizaron un enfoque muy avanzado respecto a la manera de evaluar y tratar estos problemas. Se asumía que las personas impedidas poseían la misma dignidad y el mismo derecho a la seguridad que las sanas y, por tanto, no debían limitarse los esfuerzos para devolverles las aptitudes perdidas y ponerlas en condiciones de llevar una vida tan normal como fuera posible.<sup>276</sup> Además de considerar las necesidades médicas se tenían en cuenta las consecuencias sociales, educativas y profesionales de la discapacidad. Teniendo en cuenta que el objetivo pretendido era poner al mayor número de impedidos en condiciones de obtener un empleo remunerado y reintegrarlos a la colectividad, la responsabilidad de los servicios de rehabilitación sólo podía terminar cuando la persona se reincorporaba a su medio familiar y social.

Como explicaba Climent Barberá, "el informe de 1958 supuso el impulso teórico y político definitivo para la focalización del trabajo sobre el fenómeno de la invalidez, más que sobre las técnicas físicas que se usan para su tratamiento". Este punto de vista aportaba algo nuevo, ya que desde finales del XIX las especialidades médicas habían ido delimitando su terreno fundamentalmente a partir del progreso tecnológico y la especialización a partir del órgano, pero aquí el foco estaba en "una idea abstracta, la de que la enfermedad producía unos

---

<sup>275</sup> Comité de Expertos en Rehabilitación Médica, *Primer informe, Serie Informes Técnicos, nº158* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1958), [http://www.bvs.ins.gob.pe/print/oms/informes\\_tecnicos/158.pdf](http://www.bvs.ins.gob.pe/print/oms/informes_tecnicos/158.pdf)

<sup>276</sup> *Ibíd.*, 5.

efectos restrictivos sobre la vida de las personas, conocidos bajo la denominación de incapacidad, y que tales efectos requerían una atención facultativa especializada".<sup>277</sup>

En el informe se explicaba uno de los principios fundamentales del tratamiento rehabilitador: "se tratará al individuo como a un todo y no como a un compuesto de órganos y de extremidades. La finalidad es la reintegración de todas sus funciones en un conjunto total, eficaz y dinámico".<sup>278</sup> Además se indicaban dos maneras en que la rehabilitación médica podía contribuir al logro de la salud: evitando la aparición de impedimentos y ayudando a conseguir el grado máximo de eficacia física, mental, social y profesional en aquellas personas con alguna deficiencia permanente. Esta concepción de la persona y del tratamiento exigía la intervención coordinada de diversos especialistas y la aplicación de distintas técnicas para alcanzar los mejores resultados. Entre las disciplinas reconocidas como parte del equipo estaba la Terapia Ocupacional, que se describía como,

La disciplina que persigue la restauración de las funciones defectuosas mediante labores de artesanía o trabajos industriales; no sólo trata de que realice los actos de la vida cotidiana (comer, vestirse, etc.), sino también de devolverle su aptitud para el trabajo. Por consiguiente, se prestará atención preferente no a las actividades de diversión o recreo, sino al desarrollo de aquellas que permitan al enfermo llevar una vida independiente y dedicarse a una ocupación cualquiera.

Sin embargo, en la elección de los métodos ergoterápicos para los niños, se dejará un margen mayor de flexibilidad. Como los juegos tienen una gran importancia en la vida del niño y con ellos es posible mejorar indirectamente el estado funcional, la ergoterapia debe comprender en este caso la organización de juegos y de otras actividades de diversión o recreo.<sup>279</sup>

Con estos antecedentes llegó la Terapia Ocupacional como profesión a España a principios de la década de los sesenta del siglo XX. Las características contextuales y los acontecimientos que precedieron a ese momento difieren en muchos aspectos de lo descrito hasta aquí. En la siguiente sección describiremos los factores que entendemos han marcado el origen y desarrollo de la profesión en nuestro país y analizar su influencia en el proceso de profesionalización.

---

<sup>277</sup> Climent Barberá, *Historia de la Rehabilitación*, 270

<sup>278</sup> *Ibíd.*, 11.

<sup>279</sup> *Ibíd.*, 12.

## **6. LA TERAPIA OCUPACIONAL COMO PROFESIÓN EN ESPAÑA**



## **5. LA TERAPIA OCUPACIONAL COMO PROFESIÓN EN ESPAÑA**

### **5.1. Factores contextuales en el origen de la profesión en España.**

En este capítulo, ahondaremos en los ámbitos que constituyeron las bases sobre las que cimentó el origen formal de la profesión en España. Trataremos de explicar los principales factores condicionantes en relación con la situación política, las condiciones sanitarias y sociales, la influencia de determinados organismos e instituciones, así como el desarrollo de la Medicina y sus especialidades. Todos estos factores nos ayudarán a explicar cómo, cuándo y por qué surgió la Terapia Ocupacional en España, aspectos cruciales que marcaron el inicio del proceso de profesionalización y que pueden resultar útiles como elementos de comparación con otras zonas del mundo.

#### **5.1.1. Del siglo XIX hasta el comienzo de la Guerra Civil española en 1936**

El desarrollo de este apartado se ha organizado alrededor de las tres áreas que consideramos críticas para el origen y la consolidación de la Terapia Ocupacional en España: la asistencia psiquiátrica, la atención a la discapacidad física y el desarrollo de la Sanidad y sus instituciones.

En primer lugar, nos detendremos en los avances de la Psiquiatría, que favorecieron la transformación de las instituciones asistenciales y la aplicación de medios terapéuticos.

En segundo lugar, veremos que el interés por la discapacidad física, junto con el progreso de algunas especialidades médicas y la creación de un sistema de protección social, llegaron a conformar aspectos esenciales que repercutieron de manera sobresaliente en el colectivo de personas con invalidez y por extensión en el origen formal de la Terapia Ocupacional.

Por último, prestaremos atención a la Salud Pública, cuyo desarrollo favoreció la creación de la Escuela Nacional de Sanidad, institución bajo la que se creó la Escuela de Terapia Ocupacional en 1961.

## **Aspectos socio-económicos y políticos**

El siglo XIX resultó fundamental para la construcción y posterior desarrollo de los Estados europeos. En el caso de España, la transformación social, económica y política hacia la modernidad se realizó en medio de numerosos obstáculos. Los enfrentamientos entre absolutistas y liberales burgueses se sucedieron a lo largo del siglo ocasionando conflictos, inestabilidad y cambios de gobierno que repercutieron de manera importante en muchos ámbitos. Los problemas económicos del Estado fueron una constante en todo este periodo, “a la ruina que supuso la Guerra de la Independencia, se sumó la pérdida del imperio americano, dos guerras civiles y costosas guerras coloniales”.<sup>280</sup> Por otra parte, la modernización de la agricultura, la industrialización y la revolución liberal-burguesa no lograron alcanzar en España la intensidad e influencia de otras naciones europeas.

Como consecuencia de las guerras, los cambios en la política y la administración, los problemas en la asistencia social y sanitaria se multiplicaron. Durante siglos, el medio principal de acción social había sido la Caridad, pero el influjo de los movimientos e ideas de la Ilustración y el Liberalismo fue materializándose en cambios que favorecieron el desarrollo de un sistema público de Beneficencia. Este proceso de transición desde una asistencia caritativa a una basada en la beneficencia pública indicaba que el concepto de pobreza comenzaba a verse desde una perspectiva socio-económica y no solo desde sus implicaciones religiosas. El nuevo mercado de trabajo y sus consecuencias socioeconómicas mostraban la pobreza como un obstáculo al desarrollo y un foco de riesgo social y sanitario que debía ser tratado desde los estamentos públicos para mantener el orden público y contener las epidemias.<sup>281</sup>

Esta transformación hacia un mayor control civil de la asistencia social y sanitaria resultó un proceso muy complejo ya que los graves problemas presupuestarios trataron de paliarse con estrategias desamortizadoras que, a su

---

<sup>280</sup> M. Ángel de Uña Mateos, «La asistencia psiquiátrica en Huesca.» En Historia de la Psiquiatría del siglo XX en Aragón, coordinado por Asunción Fernández Doctor (Zaragoza: Sociedad Aragonesa y Riojana de Psiquiatría, 2014), 74.

<sup>281</sup> Fernando López Castellano, *Las raíces históricas del tercer sector*, cuaderno de trabajo de la obra: La economía social en España (Madrid: Fundación ONCE, 2005), 47-48. <http://www.fundaciononce.es/es/publicacion/las-raices-historicas-del-tercer-sector>

vez, generaron cambios muy importantes en el patrimonio eclesiástico, las órdenes religiosas y el funcionamiento de los establecimientos dedicados a la asistencia social y sanitaria.

Durante este periodo se desarrollaron también iniciativas civiles para tratar de paliar la situación precaria de la clase obrera como, asociaciones y círculos de finalidades filantrópicas, sociedades de socorros mutuos, Cajas de Ahorro, Montes de Piedad, sindicatos y organizaciones reivindicativas. Por otra parte, tras las desamortizaciones, la Iglesia se reorganizó creando instituciones de caridad y congregaciones religiosas sin ánimo de lucro que adquirieron de nuevo un relevante papel a partir de la Restauración.

La Constitución de 1812 reclamó por primera vez para el Estado y los organismos públicos la asunción y el control de la asistencia social. En 1822, durante el Trienio Liberal, se aprobó la primera Ley de Beneficencia,<sup>282</sup> que surgió desde la necesidad de organizar y racionalizar los servicios ofrecidos por los diversos establecimientos de Beneficencia heredados del Antiguo Régimen.<sup>283</sup> Esta ley sistematizó los diferentes aspectos de la Beneficencia con un organigrama fundamentado en la autonomía de las corporaciones locales, lo que supuso una contribución esencial en el proceso de asimilación de estos servicios por parte de la Administración.<sup>284</sup> La transformación del sistema de Beneficencia influyó de manera notable en la asistencia psiquiátrica y la atención a las discapacidades físicas, ámbitos tradicionales de la Terapia Ocupacional.

A continuación, mostraremos algunos de los acontecimientos que marcaron la asistencia psiquiátrica en España durante el siglo XIX y las primeras décadas del XX y en el siguiente apartado centraremos nuestra atención en el desarrollo de la atención a las personas con discapacidades físicas en ese mismo periodo.

---

<sup>282</sup> Decreto XL de 27 de diciembre de 1821 sobre Establecimiento general de Beneficencia, publicado el 23 de enero de 1822. El Reglamento de la Beneficencia se aprobó el 6 de febrero de 1822.

<sup>283</sup> Álvaro Cardona, "La racionalidad centralizadora de la beneficencia y la asistencia de los locos en la España del trienio liberal", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría* 1, nº2 (2001): 89.

<sup>284</sup> Florentina Vidal Galache, "El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid", *Espacio, tiempo y forma. Serie V, Historia contemporánea* 1 (1988): 49.



## La asistencia psiquiátrica en España

La primera ley de Beneficencia (1822), influyó en un ámbito tradicional de la Terapia Ocupacional, la asistencia psiquiátrica. De hecho, fue la primera normativa legal que estableció ciertos requisitos para los establecimientos de hospitalización del enfermo mental, conocidos como "casas de locos". Entre los artículos dedicados a estos establecimientos destacamos:

Art. 122. El encierro continuo, la aspereza en el trato, los golpes, los grillos y cadenas jamás se usarán en estas casas.

Art. 123. Se ocupará a los locos en los trabajos de manos más proporcionados a cada uno, según la posibilidad de la casa y el dictamen del médico.

Esta forma de ver la asistencia al enfermo mental, desde la posibilidad de curación y con la utilización de métodos no violentos reflejaba la influencia de las ideas de Pinel y otros alienistas franceses que promovieron la especialización de las instituciones psiquiátricas donde el tratamiento moral humanitario constituyera la base para la integración de los locos a la vida social y productiva. En realidad "se trataba de poner en ejecución el ideal revolucionario y liberal de que también los locos fueran ciudadanos 'libres e iguales'".<sup>285</sup>

Como ya explicamos anteriormente, dentro de nuestras fronteras existían experiencias en el ámbito de la psiquiatría en la que los locos habían sido tratados como enfermos y las ocupaciones habían formado parte del régimen de funcionamiento de los establecimientos dedicados a estas personas. Esta situación parecía favorecer el posicionamiento de España junto a los avances y reformas que estaban ocurriendo en el continente europeo. Sin embargo, por motivos políticos, la ley de 1822 no llegó a aplicarse en su totalidad, pues durante la década absolutista (1823-1833) se abolieron todas las leyes del periodo anterior y "el país se retardó notablemente en relación con otras naciones en el abordaje de estos temas".<sup>286</sup> El acceso a publicaciones extranjeras se limitó y, por ejemplo, aunque la obra de Pinel se había traducido al castellano en 1804, durante este periodo apenas se dio a conocer y la obra de Esquirol no se tradujo hasta 1847. Como consecuencia de todo ello sucedió que, "cuando ya las ideas

---

<sup>285</sup> Cardona, "La racionalidad centralizadora...", 97.

<sup>286</sup> *Ibíd.*, 99.

de Pinel sobre el tratamiento moral estaban siendo superadas por otros desarrollos científicos y resultaban completamente anacrónicas, se intentó aclimatarlas en el país”.<sup>287</sup>

Hacia la segunda mitad del siglo, durante el reinado de Isabel II, comenzaron a desarrollarse algunos intentos por cambiar la situación. Surgió una nueva generación de médicos alienistas, como: Juan Bautista Peset y Vidal (1821-1885), en Valencia, Antonio Vieta y Sala (1809-...) en Zaragoza, Villargoitia en Madrid y Emili Pí y Molist en Barcelona, que influyeron en los intentos de cambio de la asistencia psiquiátrica.<sup>288</sup> Por ejemplo, en 1848 se realizó la Estadística General de dementes del Reino<sup>289</sup> y en 1849 se aprobó una nueva Ley de Beneficencia.<sup>290</sup> Dicha normativa consolidó la Beneficencia como servicio público y favoreció algunos cambios en la asistencia psiquiátrica. Los distintos establecimientos públicos se organizaron en generales, provinciales y municipales y se regularon las características de los centros benéficos particulares. La asistencia psiquiátrica pública se adscribió a los establecimientos generales según se indicaba en el artículo segundo:

Son establecimientos generales de Beneficencia todos aquellos que exclusivamente se hallen destinados a satisfacer necesidades permanentes, o que reclaman una atención especial. A esta clase pertenecen los establecimientos de locos, sordomudos, ciegos, impedidos y decrépitos.

Durante las primeras décadas del siglo XIX, la asistencia a los enfermos mentales se venía realizando mayoritariamente en “departamentos de hospitales generales o en antiguos edificios conventuales asistidos por órdenes religiosas y, siempre, con grandes carencias espaciales y de personal”.<sup>291</sup> A partir de la segunda mitad del siglo XIX, comenzaron a proyectarse edificios destinados a Manicomios siguiendo el modelo francés, que desde comienzos de siglo venía desarrollando recomendaciones y propuestas para su construcción. Según este modelo, las instituciones psiquiátricas debían ser espacios terapéuticos proyec-

---

<sup>287</sup> *Ibid.*, 100.

<sup>288</sup> Aztarain, *El nacimiento y consolidación...*, 72.

<sup>289</sup> Ministerio de la Gobernación. Dirección de Beneficencia. Gaceta de Madrid de 7 de octubre de 1848. En 1880 se publicó la Estadística de los manicomios españoles (año económico de 1879 a 1880) de Rafael Rodríguez Méndez.

<sup>290</sup> Ley de creación en Madrid de una junta general de Beneficencia de 20 de junio de 1849. El Reglamento para su ejecución se aprobó dos años más tarde, según RD de 14 de mayo de 1852.

<sup>291</sup> M<sup>º</sup> José Navarro Bometón, “Dos siglos de arquitectura para las instituciones psiquiátricas en Aragón”, en *Historia de la Psiquiatría*, coord. Fernández Doctor, 24.

tados con una arquitectura racional que se adecuara a su funcionalidad. Se recomendaba su ubicación en espacios abiertos, en medio de la naturaleza y se organizaban las dependencias cuidadosamente para facilitar la distribución de los enfermos en función de su clasificación nosológica y aplicar el tratamiento moral con actividades de laborterapia y técnicas como la hidroterapia. El objetivo final era tratar y curar a los enfermos con el fin de reintegrarlos como miembros activos de la sociedad.<sup>292</sup> Sin embargo, como ya hemos mencionado, la aplicación de este modelo se realizó en nuestro país con décadas de retraso, prácticamente a finales del XIX.<sup>293</sup> Como indica Huertas en su comentario sobre el proyecto de construcción del Manicomio de Santa Cruz en Barcelona en 1860:

Bajo la apariencia de una memoria para la construcción de un manicomio, el Proyecto de Pi i Molist constituye, en efecto, la principal aportación española a la doctrina del tratamiento moral. No deja de resultar significativo que en la España de 1860 se propugnara la ortodoxia del tratamiento moral y del asilo esquiroliano, precisamente en el momento en que comienzan en Francia las primeras críticas al manicomio y a la concepción asistencial que este representa. Tampoco debe extrañarnos, pues la medicalización de la locura que en el tránsito del XVIII al XIX protagonizaron Pinel y otros alienistas, no se produjo en España hasta mucho después.<sup>294</sup>

Los constantes problemas de la Hacienda estatal y de la administración pública dificultaron la aplicación de la ley de Beneficencia de 1849. Para tratar de resolver la situación, desde 1864 se aprobaron distintas disposiciones reglamentarias en las que se indicaba que las Diputaciones debían hacerse cargo de los gastos hasta que el Estado pudiese reunir los recursos necesarios, y en 1885 se aprobó un Decreto que regulaba el internamiento en los manicomios.<sup>295</sup> En realidad esta estrategia no solucionó el problema, ya que surgieron prolongados litigios con el Estado por el pago de los gastos. Estos problemas administrativos

---

<sup>292</sup> Véase Navarro Bometón, "Dos siglos de arquitectura...", 23-52.

<sup>293</sup> Navarro Bometón (p.28) explica que "en 1859 se inició un proyecto de construcción de un manicomio-modelo español que serviría de prototipo a otros seis, pero el proyecto del Estado fracasó y los establecimientos para la asistencia de los locos pasaron a depender en 1864 de las diputaciones provinciales. Suprimidas las Juntas de Beneficencia en 1868, las diputaciones de varias provincias se plantearon en las últimas décadas del siglo XIX, la renovación de sus instituciones manicomiales con proyectos más o menos ambiciosos, cuya construcción, en los mejores casos, se dilataría durante uno o más decenios". Como ejemplo las obras en Zaragoza se inauguraron el 25 de enero de 1878 y se prolongaron hasta 1904.

<sup>294</sup> Rafael Huertas, "La organización de la asistencia psiquiátrica en la España del cambio de siglo" en *Modelar para gobernar. El control de la población y el territorio en Europa y Canadá*, editado por Pedro Fraile (Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona, 2001), citado en Cardona, "La racionalidad centralizadora...", 100.

<sup>295</sup> Reales Decretos de 27 de junio y 19 de diciembre de 1864; Orden circular de la Regencia de 27 de julio de 1870; Real Orden de 29 de febrero de 1876; Real Decreto de 19 de abril de 1887; Decreto de 19 de mayo de 1885. Véase *La marginación de los locos y el Derecho* de Rodrigo Bercovitz, citado en Aztarain, *El nacimiento y consolidación...*, 76.

se convirtieron en el problema prioritario sobre la preocupación por las condiciones de los enfermos o su tratamiento.

Las consecuencias de esta difícil situación favorecieron la entrada de algunas órdenes religiosas en las instituciones manicomiales para hacerse cargo de gran parte de la asistencia psiquiátrica. La Orden de San Juan de Dios fue la más significativa en ese momento, Benito Menni, encargado de la restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España y fundador de la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, consiguió en un periodo relativamente corto de tiempo (1875-1903) la creación de una red asistencial con centros en propiedad y centros cedidos por el Estado.<sup>296</sup>

Aunque la implicación religiosa en la asistencia psiquiátrica mejoró la situación de los enfermos, también sucedió que las direcciones médicas quedaron relegadas a un segundo plano frente a la administración religiosa. En realidad, esto generaba contradicciones en el tratamiento de los internos puesto que al mismo tiempo que se procuraba aplicar la ciencia de la psiquiatría, se mantenían estructuras e intereses religiosos.<sup>297</sup> Con el tiempo y a pesar de las buenas intenciones, muchos de estos establecimientos acabaron convirtiéndose en asilos de reclusión con entornos que eran más represivos que terapéuticos. La administración orientada desde una actitud religiosa y paternalista favoreció el mantenimiento de la estructura asilar en la que el régimen interno y la utilización de las ocupaciones y las actividades de laborterapia se orientaba más bien hacia el sostenimiento autárquico de los establecimientos, para ahorrar recursos a las diputaciones.

La mayoría de los estudiosos reconoce que, a principios del siglo XX, la psiquiatría española se encontraba en un estado lamentable, en 1911 César Juarros, identificó carencias graves en el terreno científico, la legislación, la asistencia, los profesionales y los docentes.<sup>298</sup> En realidad habría que esperar

---

<sup>296</sup> A la larga, la Orden dejó de ocuparse de los centros públicos cedidos en comisión en favor de los centros que eran de su propiedad. Otras órdenes religiosas que no tenían centros en propiedad, como las Hermanas de la Caridad de Sta. Ana en el manicomio de Zaragoza, pasaron a ocuparse de la administración y la asistencia en los establecimientos psiquiátricos.

<sup>297</sup> Manuel Martín Carrasco, "La psiquiatría en España en el siglo XIX y los centros fundados por Benito Menni", *Informaciones psiquiátricas* 159 (Primer trimestre 2000), 5-16, [http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2000/01\\_159\\_01.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2000/01_159_01.htm)

<sup>298</sup> José Lázaro, "Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999)", *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 20, nº75 (2000): 402.

hasta la tercera década del siglo XX para ver en España intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica decimonónica.

Durante los últimos años del XIX, y los primeros del XX, las críticas a la institución nosocomial se van haciendo cada vez más duras e insistentes. Se cuestiona la efectividad del asilo cerrado como "institución terapéutica". Poco a poco la psiquiatría germana fue adquiriendo relevancia en Europa. Fueron tomando fuerza ideas reformadoras en relación a la no coerción, puertas abiertas, individualización del tratamiento, superación del nihilismo terapéutico en psiquiatría.<sup>299</sup>

Las ideas sobre Higiene Mental que provenían de Estados Unidos, Francia y Alemania influyeron notablemente en un grupo de psiquiatras españoles que comenzaron a promover medidas de reforma.<sup>300</sup> José María Sacristán afirmaba en 1921 que,

[...] no es solo el estado de nuestros manicomios lo que exige una urgente reforma, sino todo cuanto se refiere a la asistencia psiquiátrica en su más amplio concepto. El problema es, por lo tanto, más complejo y ocupa, dentro de las cuestiones sanitarias nacionales, uno de los primeros lugares por su enorme trascendencia social.<sup>301</sup>

Fruto de estas inquietudes, en la década de los veinte se crearon tres instituciones fundamentales: la revista *Archivos de Neurobiología* (1920), la Asociación Española de Neuropsiquiatras (1924)<sup>302</sup> y la Liga Española de Higiene Mental (1927)<sup>303</sup>. Desde los inicios, uno de los objetivos de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, fue la creación de la Liga de Higiene Mental, en el primer artículo de sus estatutos establecía como objetivo,

Estudiar y proponer la adopción de medidas sanitarias que tiendan a conseguir la profilaxis de la locura, que mejoren la asistencia médica y social del psicópata y del alienado y que condensen las reglas más indispensables de la higiene mental individual.

---

<sup>299</sup> Rafael Huertas, *Del manicomio a la salud mental. Para una historia de la psiquiatría pública* (Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, 1992), 86.

<sup>300</sup> Rafael Huertas, "El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España", *DYNAMIS*, 15 (1995): 193-209.

<sup>301</sup> José Miguel Sacristán, "Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España", *Archivos de Neurobiología*, 2 nº1 (1921): 1-15, reeditado en *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* XX, nº75 (2000): 519-529.

<sup>302</sup> Los antecedentes más importantes de la Asociación los encontramos en la celebración en 1883 del Primer Certamen Frenopático Español y la creación de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona en 1911.

<sup>303</sup> Real Orden de 25 de enero de 1927 sobre creación de la Liga Española de Higiene Mental (*Gaceta de Madrid* nº27, de 27 de enero de 1927).

A diferencia de la Asociación Española de Neuropsiquiatras cuyos integrantes eran exclusivamente profesionales, en la Liga podían participar, según el artículo tercero, “todos los que puedan y deseen cooperar a los fines de misma, sean profesionales o no”. En el artículo veintiuno de sus Estatutos se establecieron las siguientes secciones:

- a) Propaganda y educación popular.
- b) Asistencia médica y protección social de los psicópatas.
- c) Legislación.
- d) Orientación profesional.
- e) Pedagogía.
- f) Prevención de la criminalidad, delincuencia y vagabundeo. Lucha contra las toxicomanías, enfermedades venéreas (en aquello que se relacione con la etiología de las psicopatías), infecciones, etc.

Hasta el inicio de la guerra civil, la Liga realizó una labor muy importante sobre la profilaxis mental, aportando ideas y propuestas sobre actuaciones prácticas que pudieran mejorar la asistencia psiquiátrica.<sup>304</sup> Entre otras medidas, se propuso la necesidad de realizar una asistencia psiquiátrica comunitaria a través de centros o dispensarios psiquiátricos que se orientaran hacia la prevención y la asistencia postmanicomial. El primer Dispensario de Higiene mental se puso en marcha en Madrid cuya función específica se definió como “el estudio de los procesos iniciales, el tratamiento ambulatorio de los casos leves iniciales, el tratamiento ambulatorio de los casos leves y las curas de reposo en servicio abierto en los enfermos neuróticos pobres”.<sup>305</sup>

En cuanto a las propuestas sobre la organización de los manicomios, encontramos diversas referencias al tratamiento de los aspectos ocupacionales, Sacristán proponía que,

- e) El manicomio dispondrá de los elementos necesarios para organizar una terapéutica del trabajo de utilidad innegable.

Ésta deberá ser dirigida exclusivamente por el médico y en atención a las bases científicas de la misma. Entre nosotros es a veces mal interpretada su finalidad,

---

<sup>304</sup> J. Santo-Domingo Carrasco, “Pasado, presente y futuro de la higiene mental en España”, *XX Reunión Anual de la Liga Europea de Higiene Mental, Actas* (Palma de Mallorca), (1972): 39-43, reeditado en *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* XX, nº75 (2000): 233-236.

<sup>305</sup> *Circular de la Dirección General de Sanidad al director del Manicomio de Leganés*. Tomado de Espino (1980), Op.cit., nota 4, p.88. Citado por Huertas en “Papel de la higiene mental”, 204.

y en varias ocasiones motivo de protestas por parte de los familiares. En aquellos manicomios en que se explotase alguna industria los enfermos obreros de la misma percibirán un tanto por ciento como sueldo o jornal, el cual servirá de base para una cartilla de ahorro, que se entregará al enfermo a su salida del establecimiento.<sup>306</sup>

En la década de los treinta se aprobó el Decreto para la Asistencia a Enfermos Mentales,<sup>307</sup> que conllevó la creación posterior del Consejo Superior Psiquiátrico<sup>308</sup> y del Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica en Madrid.<sup>309</sup> Además, se pusieron en marcha las primeras cátedras de Psiquiatría y Neurología en la Universidad Autónoma de Barcelona (1933).<sup>310</sup> Desafortunadamente, muchos de los planteamientos e iniciativas de aquellos años, quedaron atrás tras la guerra civil, aunque la ley de 1931 se mantuvo vigente durante la dictadura franquista,<sup>311</sup> así como la responsabilidad de las Diputaciones Provinciales en cuanto al mantenimiento de los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, desde el punto de vista asistencial, el sistema apenas experimentó cambios hasta la reforma psiquiátrica de 1986, lo que generó de nuevo un enorme retraso respecto a otros países.

Una vez desmontado el modelo y el dispositivo asistencial que comenzó a ponerse en marcha durante la República, los manicomios fueron relegados a cumplir funciones asilares y judiciales, escasamente sanitarias y, salvo contados esfuerzos aislados, no llegaron a ser nunca núcleos de producción de conocimientos. En definitiva, la asistencia psiquiátrica fue, durante esos años preferentemente benéfica, custodial, defensiva de la sociedad y segregada de la asistencia sanitaria general, concediendo muy escasa consideración a aspectos preventivos, terapéuticos, rehabilitadores o epidemiológicos.<sup>312</sup>

---

<sup>306</sup> José M. Sacristán, "Plan moderno de asistencia a los alienados", *Archivos de Neurobiología* 6, (5/6), (1926): 226-231, reeditado en *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 20, nº75 (2000): 555-558.

<sup>307</sup> Gaceta de Madrid nº188, de 7 de julio de 1931.

<sup>308</sup> Gaceta de Madrid nº316, de 16 de noviembre de 1931.

<sup>309</sup> Gaceta de Madrid nº108, de 17 de abril de 1932.

<sup>310</sup> Lázaro, "Historia de la AEN", 309.

<sup>311</sup> Hubo otras regulaciones que se aprobaron durante las primeras décadas del franquismo: el Decreto de 24 de mayo de 1943 que autorizó la creación de Dispensarios de Higiene Mental; la Orden de 14 de junio de 1943 por la que se crean Dispensarios en Madrid, Barcelona, Valencia, Bilbao, Málaga, Jaén y Huelva; la aprobación del nuevo Reglamento del Manicomio de Santa Isabel de Leganés por Orden de 3 de noviembre de 1941 y la ley de Bases para la organización de la Sanidad de 25 de noviembre de 1944, cuya base 15 estaba dedicada a la Higiene Mental; la Orden de 22 de febrero de 1954 por la que se establecían los estatutos de la Liga de Higiene Mental; la creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) por Ley de 14 de abril de 1955 y su Reglamento de fecha 21 de diciembre de 1956.

<sup>312</sup> Rafael Huertas, *Los médicos de la mente: Lafora, Vallejo Nágera, Garma. De la Neurología al psicoanálisis*. (Madrid: Nivola, 2002), citado en "La asistencia psiquiátrica en Huesca", de M. Ángel de Uña, 77-78.

## **La atención a la discapacidad física y el desarrollo de los sistemas de protección social en España**

Durante el siglo XIX, se produjeron importantes avances en la utilización de agentes y procedimientos físicos en medicina. El desarrollo de la pedagogía gimnástica, el perfeccionamiento de los aparatos de mecanoterapia y de los dispositivos ortopédicos, así como los avances en las aplicaciones de la electricidad y otros medios físicos favorecieron la progresiva especialización en este ámbito.<sup>313</sup> Para finales del XIX, la Gimnasia se había disgregado en función de sus aplicaciones principales: militar, pedagógica y médica. En cuanto a la Ortopedia comenzaron a diferenciarse: la ortopedia correctiva-conservadora, la ortopedia quirúrgica y la ortopedia técnica. Todas estas estrategias terapéuticas, unas conservadoras y otras dirigidas a la recuperación de la función contribuyeron al desarrollo posterior de la rehabilitación física como especialidad.

El tipo de establecimientos que se crearon en este periodo nos da una idea de la progresiva especialización en este ámbito. La gimnasia se desarrolló fundamentalmente en instituciones gimnásticas estatales y en gimnasios privados que habitualmente se ubicaban en zonas urbanas.<sup>314</sup> Al mismo tiempo, se publicaron obras sobre el tema que favorecieron la difusión social y el avance científico en la aplicación de estos métodos.<sup>315</sup> En cuanto a la ortopedia, desde finales del XVIII se fueron creando gabinetes o institutos ortopédicos que llegaron a ser muy conocidos en los países nórdicos y Europa central.<sup>316</sup> Se trataba de establecimientos que habitualmente combinaban la ortopedia y la gimnasia ofreciendo un conjunto de tratamientos de fundamento físico, con aparatos ortopédicos, ejercicio e hidroterapia.

---

<sup>313</sup> Para conocer el desarrollo de estas modalidades terapéuticas y su influencia en el origen de la Rehabilitación como especialidad médica en España véase la obra *Historia de la Rehabilitación* de Climent Barberá, que será utilizada en diversas ocasiones en este apartado.

<sup>314</sup> Climent Barberá explica que las instituciones gimnásticas estatales más conocidas del XIX fueron: el Real Instituto Militar Pestalozziano de Amorós, el Gimnasio Real de Aguilera y la Escuela Central de Gimnástica. El Instituto Pestalozziano, promovido por Francisco Amorós y Ondeano, solo estuvo en funcionamiento tres años 1806-1808 pero su influencia perduró durante todo el siglo; el Gimnasio Real, promovido por Francisco de Aguilera y Becerril, conde de Villalobos, comenzó a construirse en 1863 y se mantuvo en funcionamiento hasta 1867; la Escuela Central de Gimnástica se fundó en 1887 y se clausuró en 1891, en ella se formaron algunas de las figuras decisivas para la medicina física en nuestro país como Joaquín Decref y José Enrique García Fraguas. *Historia de la Rehabilitación*, 58-77, 208-210.

<sup>315</sup> Entre los autores más conocidos: el coronel Francisco Amorós, Sebastián Busqué y Francisco de Aguilera.

<sup>316</sup> Los más relevantes se fundaron en: Suiza por Jean André Venel en 1780; en Suecia (Estocolmo) donde se funda el Instituto Ortopédico en 1827 que pasó a denominarse Instituto Gimnástico-Ortopédico desde 1847 por la influencia de la escuela gimnástica sueca de Ling; en Alemania (Würzburg) fundado por Johan Georg Heine en 1816 y en Francia (Toulouse desde 1825 y Lyon desde 1830). Climent Barberá, *Historia de la Rehabilitación*, 139-141.



Con el tiempo, el interés de los especialistas médicos por la aplicación de los distintos procedimientos físicos facilitó la creación en España de los llamados Institutos de Kinesiterapia o Mecanoterapia. Estos establecimientos, se concebían como espacios terapéuticos en los que, bajo diagnóstico médico, se realizaban ejercicios físicos generales e higiénicos y se aplicaban técnicas ortopédicas y otros medios físicos. Habitualmente se ubicaban en zonas urbanas para facilitar el tratamiento de los enfermos sin alterar demasiado su vida cotidiana.<sup>317</sup> Desde finales del siglo XIX hasta las primeras décadas del XX se fundaron diversos centros de este tipo, consolidando así una actividad especializada que para algunos supone el antecedente más claro de las actuales clínicas y servicios de rehabilitación física.<sup>318</sup>

El interés en los distintos procedimientos físicos se plasmó también a nivel académico. Desde la materia de Terapéutica fue surgiendo en las facultades de Medicina el área de Medicina Física llamada también Física Terapéutica o Fisioterapia. En esta área se fueron aglutinando los nuevos conocimientos en relación con la radiología, la electroterapia, la kinesioterapia, la hidroterapia, etc. lo que tuvo importantes repercusiones a la hora de asignar la docencia en estas áreas y para la creación de las distintas especialidades.<sup>319</sup>

Evidentemente los avances tecnológicos y científicos en torno al campo de la medicina física facilitaron la especialización, pero los factores de carácter social y económico resultaron decisivos para el origen y posterior desarrollo de este tipo de medicina y sus profesiones "auxiliares". Al igual que sucedió en otros países, la implantación de los sistemas de protección social en España, conllevó cambios en la asistencia médica y en la forma de ver la invalidez y sus consecuencias. A continuación, describiremos algunos de los aspectos que configuraron el contexto en el que se inició formalmente la Terapia Ocupacional en nuestro país.

---

<sup>317</sup> A diferencia de los balnearios que se hallaban fuera de las ciudades, al margen de la vida cotidiana y cuya base terapéutica, las aguas medicinales, se consideraban como un medicamento de acción interna.

<sup>318</sup> Climent Barberá recoge en su obra los siguientes establecimientos de orientación médica con las fechas aproximadas de su fundación: el "Instituto Ortopédico" del Dr. Ninet (Barcelona, 1872); el "Establecimiento terapico-funcional" a cargo de M. Nunell (Barcelona, 1872); "Baños árabes" de José Díaz Benito (Madrid, 1887); "Instituto de Mecanoterapia e Hidroterapia" de Joaquín Decref (Madrid, 1889) que incluyó posteriormente la electroterapia y la hidroterapia; "Gabinete de Masaje y Kinesioterapia" de José Enrique García Fraguas (Valencia, 1897); "Instituto de Fisioterapia" de José Enrique García Fraguas (Zaragoza, 1904); "Instituto de Mecanoterapia" (Barcelona, 1907); "Instituto de Kinesioterapia, Ortopedia y Educación física" bajo la dirección de Francisco Bartrina Costa (Madrid, 1917). *Historia de la Rehabilitación*, 210-219.

<sup>319</sup> A pesar del alto grado de especialización que fueron adquiriendo estas materias, la Universidad española mantiene a día de hoy el área de conocimiento "Radiología y Medicina Física" que incluye las especialidades de: Radiodiagnóstico, Radioterapia, Medicina Nuclear, Medicina Física, Rehabilitación, Física Médica e Hidrología Médica.

## **Industrialización, inválidos del trabajo y medicina.**

El proceso de industrialización en España, resultó un fenómeno tardío respecto al contexto industrial internacional. Para mediados del siglo XIX la industria en nuestro país se dedicaba fundamentalmente al trabajo textil, la siderometalúrgica y la obtención de materias primas. No obstante, la producción era limitada y existía una importante dependencia tecnológica y financiera del exterior, además, la inestabilidad debida a los numerosos cambios de gobierno, se tradujo en una política industrial contradictoria que impidió un adecuado proceso de modernización. Las zonas más industrializadas eran Cataluña, País Vasco, Asturias, algunas provincias de Andalucía y puntos del interior peninsular como Madrid. Sin embargo, la mayoría de los trabajadores se ocupaban en el sector agrario, que siguió siendo predominante en la actividad económica del país hasta los años sesenta.

Hacia finales del siglo XIX, los problemas en el ámbito laboral comenzaron a ser un área de preocupación para el Estado por lo que inició el desarrollo de políticas destinadas a modificar la situación de los obreros.<sup>320</sup> El desarrollo de las leyes sobre protección social en países vecinos como Francia y Alemania sirvió de modelo para los legisladores españoles.<sup>321</sup> Como veremos, la influencia de dichas políticas en el modo de intervenir sobre los problemas que afectaban a la clase trabajadora condicionó la evolución y desarrollo de algunas de las especialidades médicas relacionadas tradicionalmente con la Terapia Ocupacional en el ámbito de la salud física.

En 1883, se creó la Comisión de Reformas Sociales que según su artículo primero, debía servir para “estudiar todas las cuestiones que directamente interesan a la mejora o bienestar de las clases obreras, tanto agrícolas como industriales, y que afectan a las relaciones entre capital y trabajo”.<sup>322</sup>

Los trabajos de dicha Comisión propiciaron la creación del **Asilo para Inválidos del Trabajo** en 1887 en el palacio de Vista Alegre de Madrid.<sup>323</sup> Esta institución se inauguró dos años más tarde y su propósito era ofrecer un lugar

---

<sup>320</sup> J. Martínez-Pérez y María I. Porras Gallo, “Hacia una nueva percepción social de las personas con discapacidades: legislación, medicina y los inválidos del trabajo en España (1900-1936)”. *DYNAMIS* 26 (2006): 201.

<sup>321</sup> Esteban Rodríguez Ocaña y Alfredo Menéndez, “Salud trabajo y medicina en la España de la legislación social, 1900-1939”, *Arch Prev Riesgos Labor* 9, nº2 (2006): 81-88.

<sup>322</sup> Real Decreto de 5 de diciembre de 1883 (Gaceta de Madrid nº344, de 10 de diciembre de 1883).

<sup>323</sup> Real Decreto de 11 de enero (Gaceta de Madrid nº13, de 13 de enero de 1887). Ley de 27 de julio de 1887 (Gaceta de Madrid nº211, de 30 de julio de 1887).

donde acoger a los obreros con discapacidad que no pudieran continuar trabajando y que no contaran con apoyo familiar. El artículo primero del Reglamento aprobado en 1892 lo exponía así:

El Asilo de Inválidos del Trabajo [...] está destinado a albergar a los obreros solteros, o viudos, sin hijos menores de edad, que por un accidente desgraciado hayan quedado absolutamente inválidos para el trabajo.

El orden de preferencia para el ingreso en este Asilo es el que determinan las siguientes clases:

Primera. Los que resulten impedidos para el trabajo por accidentes ocurridos en ocasión de prestar socorros para salvar personas en incendios, naufragios, inundaciones, hundimientos de minas o edificios y casos similares.

Segunda. Los impedidos para el trabajo por accidente en el ejercicio del arte u oficio a que estuvieren dedicados, sin que por parte del interesado se hubiere omitido cuidado o prevención alguna para evitarlo.

Tercera. Los que hayan quedado inútiles para el trabajo por cualquiera accidente de mismo, aun cuando por parte del interesado se hubiere procedido con imprevisión o descuido.<sup>324</sup>

Las disposiciones contenidas en el Reglamento con respecto al funcionamiento del Asilo indicaban una orientación que excluía posibles estrategias terapéuticas o de reinserción. Las actividades cotidianas a las que se hacía referencia eran aquellas relacionadas con la higiene personal, paseos y salidas fuera del establecimiento, asistencia a los oficios religiosos y lectura en la Biblioteca.<sup>325</sup>

En 1900, se aprobó la **Ley de Accidentes del Trabajo**, conocida popularmente como ley de Dato,<sup>326</sup> un hito legislativo que conllevó cambios en la asistencia y consideración de las personas con discapacidad como consecuencia de siniestros laborales.<sup>327</sup> En 1903 se creó el Instituto de Reformas Sociales, un órgano consultivo del Ministerio de la Gobernación que continuó la labor de la Comisión de Reformas Sociales y que tuvo un papel importante en las mejoras

---

<sup>324</sup> Real Orden de 12 de enero de 1892 por la que se publica la Instrucción General y Reglamento del Asilo de Inválidos de trabajo. (Gaceta de Madrid nº15, de 15 de enero de 1892)

<sup>325</sup> Esta actividad implicaba la lectura en voz alta por parte de un asilado voluntario, se entendía como un servicio a sus compañeros, particularmente a los ciegos y a los que no habían aprendido a leer.

<sup>326</sup> Eduardo Dato era el Ministro de la Gobernación en ese momento.

<sup>327</sup> Ley sobre accidentes de trabajo de 30 de enero de 1900 (Gaceta de Madrid nº31, de 31 de enero de 1900). El 28 de julio se aprobó el Reglamento para la aplicación de la ley (Gaceta de Madrid nº211, 30 de julio de 1900) En este mismo año se aprobó la Ley acerca del trabajo de mujeres y niños. Ley de 13 de marzo de 1900 (Gaceta de Madrid nº73, de 14 de marzo de 1900)

sucesivas de la ley de 1900 hasta la aprobación en 1922 de una nueva Ley de Accidentes del Trabajo.

En los primeros años de la aplicación de la ley de 1900 se fue gestando una nueva institución, el Instituto Nacional de Previsión (INP) con el fin de articular un sistema de seguros libres subsidiados frente a los distintos riesgos y cuya creación se aprobó finalmente en febrero de 1908.<sup>328</sup> Los obreros comenzaron a ser protegidos a través del pago de pensiones e indemnizaciones y, aunque no consideraba la rehabilitación como una inversión,<sup>329</sup> se estableció el derecho a la asistencia facultativa en caso de accidente de trabajo, lo que facilitó la intervención de los médicos en la esfera de los problemas generados por la actividad laboral.

De manera gradual, la medicina de los accidentes fue evolucionando hacia una medicina del trabajo. Fueron figuras representativas en este contexto en las primeras décadas del siglo XX, los doctores: Joaquín Decref Ruiz (1864-1939),<sup>330</sup> Antonio Oller Martínez (1887-1937)<sup>331</sup> y Manuel Bastos Ansart (1887-1973)<sup>332</sup> que ejercieron una gran influencia en el desarrollo de la atención y la reeducación de los inválidos del trabajo. Todos ellos mantuvieron vías de comunicación con Europa y complementaron su formación con diferentes experiencias en el extranjero. Joaquín Decref realizó diversas estancias en Europa para complementar su formación sobre ortopedia y mecanoterapia, visitó establecimientos dedicados a la reeducación y asistencia de los accidentados en el trabajo convirtiéndose en un claro partidario de la incorporación de este tipo de

---

<sup>328</sup> María I. Porras Gallo, "La medicina y los seguros en el abordaje del problema de los inválidos del trabajo en España en la primera mitad del siglo XX", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 13, nº2 (abr-jun 2006): 393-410.

<sup>329</sup> Arturo Molina Ariño, *Rehabilitación. Fundamentos, técnicas y aplicación* (Valladolid: Editora Médica Europea, 1990), 14.

<sup>330</sup> Estudió Medicina en Madrid (1884) y continuó su formación en la Escuela Central de Gimnástica (1887). Inició la enseñanza oficial de la Medicina Física en la Universidad Central de Madrid. Considerado uno de los principales representantes de la emergente actividad especializada en rehabilitación. Un recuento no exhaustivo de su obra alcanza el centenar de publicaciones. Climent Barberá, *Historia de la Rehabilitación*, 179-201.

<sup>331</sup> Cirujano ortopédico. Especialista en Medicina del trabajo. Figura representativa de la Medicina social en España. Véase Ángel Bachiller Baeza, *La medicina social en España. El Instituto de Reeducación y la Clínica del Trabajo (1922-1937)*. Acta Histórico-Médica Vallisoletana XXI. Monografías (Valladolid: Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones, 1985).

<sup>332</sup> Nacido en Zaragoza en 1887, estudió Medicina en Zaragoza (1907). Ingresó en el Cuerpo de Sanidad Militar y fue destinado al Hospital Militar de Carabanchel. Se especializó en cirugía ortopédica. Ejerció como cirujano militar en la guerra de Marruecos, 1909. Profesor de Patología Quirúrgica en la Facultad de Medicina de Madrid, etc. Presentó los estatutos de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT), para su fundación el 6 de julio de 1935. Véase Salarich, J. "Nota biográfica del Dr. D. Manuel Bastos Ansart". *Anales de Medicina y Cirugía* LIII, 232 (1973): 187-194.

instituciones en nuestro país. Antonio Oller adquirió experiencia en el tratamiento de los accidentados laborales en Suiza, donde ya existían centros especializados de reeducación para los accidentados laborales antes de la I Guerra Mundial. Manuel Bastos, por su experiencia como médico militar y cirujano durante la guerra de Marruecos se sintió impulsado a trabajar por la recuperación de los mutilados de guerra.

Tras la I Guerra Mundial comenzó a desarrollarse una actitud más sensible hacia las personas con discapacidad física. En diversos países de Europa, en los que ya existían centros de reeducación de inválidos del trabajo, la atención se concentraba ahora en las personas que sufrían secuelas como consecuencia de la guerra. Los médicos españoles se apoyaron en esta creciente preocupación internacional por la reeducación de los inválidos para mejorar su grado de influencia y crear mejores condiciones para el desarrollo de su actividad en nuestro país. Se sintieron atraídos por las posibilidades que parecían ofrecer el desarrollo de las prótesis, de la cirugía restauradora y de especialidades como la ortopedia, la cirugía traumatológica o la rehabilitación.

Bastos Ansart publicó en el año 1921 su petición de creación de un "Instituto de rehabilitación de mutilados e inutilizados de la campaña".<sup>333</sup> Justificaba su demanda en la gran transcendencia que creía poseía un instituto de dichas características "tanto para saldar las tristes consecuencias de la guerra como para emprender... en la paz, la reconstrucción de los inutilizados por los accidentes industriales". Ese mismo año, en respuesta a la solicitud de Bastos, fue creada la "Clínica de cirugía ortopédica y reeducación" en el Hospital Militar de Carabanchel (Madrid).<sup>334</sup> Sin embargo, como él mismo reconoció, dado que en España no había un número elevado de excombatientes con discapacidades, los médicos hubieron de "descubrir inválidos donde realizar [la labor de reeducación], y se les encontró prontamente entre las víctimas de los accidentes de trabajo". Fue de este colectivo del que en efecto se sirvieron para alcanzar un considerable grado de reconocimiento social.<sup>335</sup>

---

<sup>333</sup> Manuel Bastos Ansart, *Problemas de la guerra. La rehabilitación de inutilizados*, El Sol, 8 de septiembre, 1921, citado en Porras-Gallo, "La medicina y los seguros", 400.

<sup>334</sup> María I. Porras-Gallo, "Medicina, guerra y reintegración social del inválido del trabajo en la España del primer cuarto del siglo XX" en *Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)*, coordinado por R. Campos, L. Montiel y R. Huerfano (Madrid: CSIC, 2007).

<sup>335</sup> Martínez-Pérez y Porras-Gallo, "Hacia una nueva percepción...", 210.

Joaquín Decref poseía una amplia experiencia clínica desde la inauguración en 1889 de su Gabinete de Mecánica Médica.<sup>336</sup> En su opinión, los procedimientos mecanoterápicos debían administrarse en establecimientos dedicados al tratamiento de los obreros lesionados, con el fin de alcanzar una pronta reanudación de la capacidad laboral para que pudieran obtener un jornal. Destacaba la importancia de los tratamientos que se encaminaban a la recuperación de las aptitudes y a la curación de la enfermedad en dos colectivos especialmente importantes: los soldados inválidos y los obreros accidentados. La idea de que los incapacitados podían llegar a ser miembros activos de la sociedad aparecía ya en sus propuestas. La forma de referirse a sus pacientes indicaba delicadeza y respeto, desde una orientación muy poco agresiva y con una intención curativa muy sensata, que se entroncaba con la reanudación de las capacidades perdidas:

Yo ostento con orgullo la única recompensa de este género que tengo, no por otra cosa, sino porque me recuerda que de los soldados heridos o enfermos inútiles que repatriaron de ultramar, a más de cuarenta los restituí a la normalidad para ejercer un cargo o un oficio... consiguiendo así suprimir un pordiosero y aumentar un ciudadano, todo lo contrario de lo que hacen otras instituciones, que suprimen los ciudadanos para aumentar los pordioseros [...]<sup>337</sup>

### **El Instituto de Reeducción Profesional de Inválidos del Trabajo**

Los cambios legislativos que se reflejaron en la nueva ley de Accidentes del Trabajo de 1922 facilitaron el desarrollo de los aspectos reeducativos en la intervención con obreros víctimas de accidentes de trabajo que sufrían algún tipo de discapacidad. Entre otros resultados, se creó el Instituto de Reeducción Profesional de Inválidos del Trabajo (IRPIT) que conllevó la transformación del antiguo Asilo para Inválidos del Trabajo. El Ministerio de Trabajo, del que dependía el Instituto comisionó al Dr. Joaquín Decref como asesor para visitar otros centros europeos semejantes y observar las ideas y tecnologías más novedosas para su aplicación posterior en el entorno español. Se le encargó también la adquisición y dotación del material, con los avances tecnológicos disponibles en radiología, electroterapia y mecanoterapia, dispositivos que fueron

---

<sup>336</sup> En 1892 cambia su denominación por el de Instituto de Mecanoterapia e Hidroterapia de Madrid y más tarde como Instituto de Física terapéutica, ortopedia y radiografía. Climent Barberá, *Historia de la Rehabilitación*, 189.

<sup>337</sup> Joaquín Decref Ruiz, "Seguros Sociales", *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* (1918): 162-168, 115, citado en Climent Barberá, *Historia de la Rehabilitación*, 199.

importados fundamentalmente desde Alemania. Su labor parece que terminó ahí, puesto que no llegó a ocupar nuevos cargos en el IRPIT.<sup>338</sup>

Los fines del Instituto eran: la readaptación funcional de los inválidos del trabajo, su reeducación, precedida de una cuidadosa investigación de sus aptitudes y la tutela social de los reeducados. Para ello se constituyeron tres secciones: la médica, la técnica y la administrativa (Reglamento de 13 de marzo de 1923). La sección médica se encargaba del diagnóstico, tratamiento físico o quirúrgico, cirugía reconstructora y tomaba parte en la orientación profesional del inválido. El Dr. Antonio Oller Martínez fue nombrado "Director Médico" y desempeñó su labor en el Instituto hasta 1933. La sección técnica abarcaba los servicios de orientación profesional, la escuela de reeducación, los talleres y las explotaciones agrícolas. El Ingeniero Cesar Madariaga, fue nombrado "Director Técnico" del Instituto. La sección administrativa se encargaba de las funciones burocráticas necesarias para la contabilidad general del Instituto y sus relaciones con el Ministerio.<sup>339</sup>

El Instituto llegó a ser un centro de referencia internacional sobre el tratamiento de los inválidos del trabajo y se considera el lugar donde comenzó la orientación profesional en España y los primeros trabajos de psicología aplicada y psicotecnia. En los años 30 comenzaron a experimentarse las consecuencias de la crisis económica que acarreó transformaciones laborales y económicas que repercutieron en las personas con discapacidad. Por un Decreto de la Presidencia de 19 de septiembre de 1931 fueron transferidos del Ministerio de Trabajo al de Instrucción Pública los servicios de Formación Profesional y de Perfeccionamiento Obrero, comprendiendo al Instituto de Reeducación Profesional.

El 8 de octubre de 1932 se aprobó la nueva Ley de Accidentes del Trabajo, estableciendo el seguro obligatorio contra el riesgo de accidentes de trabajo. Para gestionar adecuadamente todo ese sistema, el Instituto Nacional de Previsión fundó la Caja Nacional de Seguro de Accidentes de Trabajo, que ac-

---

<sup>338</sup> Climent Barberá, afirma que parece que esto supuso un duro golpe para Decref que veía como el recién creado Instituto se decantaba decisivamente a la cirugía y se alejaba de su control. *Historia de la Rehabilitación*, 185.

<sup>339</sup> Bachiller Baeza, *La Medicina Social en España...*, 10-14.

tuaría como fondo de garantía y aseguradora directa junto a las mutuas patronales o las compañías de seguros<sup>340</sup> y que entre otras cosas asumiría los servicios de inspección y revisiones médicas, así como la readaptación funcional.

Es entonces cuando se crea la Clínica Nacional de Accidentes del Trabajo del INP en la Avda. Reina Victoria de Madrid, para ofrecer un servicio completo de readaptación. El propósito de la readaptación funcional se definía en relación a la reintegración del operario a su aptitud para el trabajo. El tratamiento podía seguirse antes de ser dado de alta el obrero o después de declarada su incapacidad. En el primer caso correspondía ordenarla al médico del patrono; en el segundo, al servicio médico de la Caja Nacional. La Clínica comprendía una serie de consultorios de las diversas especialidades, secciones de fisioterapia, ortopedia, laboratorio de análisis clínicos, salas de operaciones y clínicas para el internado de enfermos.<sup>341</sup> El Dr. Oller pasó a dirigir dicha Clínica junto con algunos de sus colaboradores del IRPIT. Sin embargo, el estallido de la Guerra Civil y la conversión de la Clínica del Trabajo en hospital de campaña truncaron el desarrollo alcanzado en esta nueva etapa de la reeducación profesional de los accidentados del trabajo.<sup>342</sup>

Todos estos cambios derivados de la Ley de Accidentes de Trabajo de 1932, en relación a los servicios de readaptación conllevaron también modificaciones en la estructura y en las funciones que hasta entonces había asumido el IRPIT. Desde 1933 pasó a denominarse Instituto Nacional de Recuperación de Inválidos (INRI, 5 de junio de 1933) y a depender del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Tuvo que reducir sus actividades a los aspectos reeducativos de los inválidos, atendiendo a personas que probablemente no serían susceptibles de readaptación a un oficio. Su reestructuración tenía como propósito servir de "clínica, residencia eventual y escuela de recuperación de lisiados, baldados, parálíticos, tullidos y deformes".<sup>343</sup> Es decir, desde ese momento sus

---

<sup>340</sup> Pedro M. Pérez-Castroviejo, "La previsión social pública en Vizcaya: origen y desarrollo de los primeros seguros sociales (1900-1936)", *Revista de Historia Industrial*, nº45, año XX, 1(2011): 46.

<sup>341</sup> Instituto Nacional de Previsión. Caja Nacional de Seguro de Accidentes del Trabajo. Fines, organización, operaciones. Madrid: Publicaciones del INP nº381; 1933.

<sup>342</sup> María I. Porras Gallo, "Vulnerable populations and inequalities in sickness and in health: the rehabilitation of the disabled and/or invalids of the Spanish Civil War", *Hygiea Internationalis an Interdisciplinary Journal for the History of Public Health* 9, nº1 (November 2012): 427-446.

<sup>343</sup> Preámbulo del decreto de 5 de junio de 1933, Gaceta de Madrid de 7 de junio de 1933.



funciones fueron la reeducación de todo tipo de inválidos, exceptuando los inválidos del trabajo,<sup>344</sup> se reconocía así un colectivo de nuevos inválidos: todas las víctimas de enfermedades, defectos congénitos y accidentes no producidos en el trabajo ni en los conflictos bélicos. El Dr. Bastos Ansart asumió la dirección del INRI hasta la Guerra Civil.

En este primer tercio del siglo XX los debates sobre el modo de abordar el problema social que representaban las personas afectadas por una discapacidad física se situaron en una esfera, como es la del mercado de trabajo y la producción industrial, que los hacía muy sensibles al influjo de la coyuntura histórica, muy especialmente a su vertiente económica.<sup>345</sup>

Tras la guerra, la dirección del Instituto pasó al doctor Alberto Azpeitia Escolá. Las dificultades de aquellos años convirtieron el Instituto en un recurso fundamentalmente asistencial y asilar. Como veremos más adelante, en los años cincuenta comenzó una etapa de renovación en la que se retomó la función rehabilitadora.

---

<sup>344</sup> Porras Gallo, "La medicina y los seguros", 401.

<sup>345</sup> Martínez-Pérez y Porras Gallo, "Hacia una nueva percepción...", 219.

## La Sanidad en el Primer tercio del siglo XX

En el cambio de siglo, la situación sanitaria de España era realmente precaria, con un nivel de atraso importante respecto a otros países. Existían graves problemas en cuanto al suministro de agua y saneamiento, no se habían creado servicios organizados de estadística sanitaria, las cifras de mortalidad general eran muy elevadas y las enfermedades infecto-contagiosas afectaban a miles de personas.<sup>346</sup> El problema de salud pública más grave era la mortalidad infantil, con cifras alarmantes que alcanzaban a la quinta parte de los niños en el primer año de vida, muertes que se producían principalmente por diarreas, bronquitis o neumonías. En las estadísticas de mortalidad aparecían como principales causas la tuberculosis, con 40.000 muertes al año; la gripe con 17.000 muertes, el sarampión con 12.000 muertes, y la difteria, la viruela, la tosferina y el paludismo con 8, 6, 5, y 4.000 muertos al año respectivamente. Además, la mortalidad maternal alcanzaba las 1.800 defunciones al año solo por fiebre puerperal.<sup>347</sup>

Por otra parte, la situación crítica de España como nación, tras la pérdida de Cuba y Filipinas, generó un estado de pesimismo e indignación que se expresó en distintos ámbitos de la sociedad. En este contexto se desarrolló el "regeneracionismo", una corriente crítica que aspiraba a la transformación del país y a partir de la que surgieron diversas iniciativas y propuestas, especialmente desde los contextos intelectual, educativo y político, que se orientaban hacia "modificar la vida social y la acción del Estado, con un sentido modernizador que consistía en adaptar a las condiciones españolas las pautas y estructuras vigentes de los países que se consideraban civilizados".<sup>348</sup> En materia sanitaria, la conciencia de atraso respecto a los países de nuestro entorno, se achacaba esencialmente a los problemas de administración sanitaria, lo que facilitó el seguimiento de distintos acuerdos internacionales, como los Convenios de París de 1903 y 1912 y los acuerdos de Washington de 1919. En 1907, desde

---

<sup>346</sup> Esteban Rodríguez Ocaña y Ferrán Martínez Navarro, *Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI* (Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2008)

<sup>347</sup> Ramón Navarro García, *Historia de la Sanidad en España* (Barcelona: Lunwerg, 2002), 11301.

<sup>348</sup> Lourdes Mariño, Cristina Navarro y Gema Pino, *Los inicios de actividades de salud pública en España. Colección patrimonial* (Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad, 2014), 24.

el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes se creó la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas (JAE), cuya exposición de motivos reconocía que,

El pueblo que se aísla, se estaciona y se descompone. Por eso, todos los países civilizados toman parte en ese movimiento de relación científica internacional, incluyendo en el número de los que en ella han entrado, no sólo los pequeños Estados europeos, sino las Naciones que parecen apartadas de la vida moderna [...]. No hay nada que pueda sustituir al contacto directo con un medio social e intelectual elevado.<sup>349</sup>

Las acciones promovidas por la JAE pretendían “la renovación del mundo científico español principalmente a través de la capacitación de personas”,<sup>350</sup> que pudieran transmitir sus aprendizajes y aplicarlos a nivel institucional y legislativo. Entre sus muchas actividades, la JAE promovió contactos con la Fundación Rockefeller,<sup>351</sup> esta relación dio lugar a un acuerdo posterior que impulsó la consolidación de la salud pública en nuestro país. “La Fundación por su parte, buscaba implantar el estilo científico y la dinámica de gestión norteamericanos a través, igualmente, de la formación postgraduada de quienes, en sus países de origen, debían hacerse cargo de la administración y la docencia”.<sup>352</sup>

En cuanto a legislación sanitaria, en estos primeros años se realizaron progresos con la aprobación en 1904<sup>353</sup> de la Instrucción General de Sanidad.<sup>354</sup> Dicha norma sirvió como reforma de la Ley de Sanidad de 1855, aunque mantuvo los esquemas decimonónicos en la organización pública sanitaria. Uno de los cambios se produjo en la Dirección General de Sanidad, que fue sustituida

---

<sup>349</sup> Real Decreto de 11 de enero de 1907 (Gaceta de Madrid nº15, de 15 de enero de 1907). La JAE se creó en 1907 en el marco de la Institución Libre de Enseñanza, para facilitar la promoción de la investigación, la educación y el trabajo de científicos y artistas. Contribuía, además, con pensiones para formación e investigación, sobre todo en el extranjero. Fue presidida por Santiago Ramón y Cajal desde su fundación hasta su muerte en 1934. Se desmanteló en 1939 tras la Guerra Civil, y a partir de su estructura se creó el CSIC.

<sup>350</sup> Esteban Rodríguez Ocaña, “La intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la Sanidad contemporánea en España”, *Rev Esp Salud Pública* 74, monográfico, (2000): 28.

<sup>351</sup> La Fundación Rockefeller se creó como institución filantrópica en 1913. Intervino extensamente en la sanidad europea tras la I Guerra Mundial. “Su propósito sigue siendo promover el bienestar de la humanidad en todo el mundo” <https://www.rockefellerfoundation.org/about-us/>

<sup>352</sup> Rodríguez Ocaña, “Intervención de la Fundación Rockefeller...”, 28.

<sup>353</sup> En este mismo año también se aprobó la Ley de protección a la infancia de 12 de agosto de 1904 (Gaceta de Madrid nº230n de 17 de agosto de 1904). En 1910 se aprobó el Reglamento de Puericultura y Primera Infancia (Protección a la Infancia) por Real Decreto 12 abril de 1910 (Gaceta de Madrid nº107, de 17 de abril de 1910).

<sup>354</sup> Real Decreto de 12 de enero de 1904 (Gaceta de Madrid nº22 de 22 de enero de 1904, p. 273-275; 290-295).

por dos Inspecciones Generales, la de Sanidad Exterior y la de Sanidad Interior.<sup>355</sup> La estructura sanitaria, se dividía en organismos consultivos como el Real Consejo de Sanidad, las Juntas Provinciales, las Juntas Municipales y organismos de inspección como las Inspecciones generales, provinciales y municipales. La mayoría de los servicios sanitarios dependían por tanto de las administraciones locales, que o bien empleaban servicios propios o bien subvencionaban otros de origen privado para poder hacer frente a sus obligaciones. Las constantes dificultades presupuestarias y la complejidad de la estructura asistencial hacían que la atención a la salud pública de la población resultara deficiente en muchos aspectos.

Como organismo a nivel estatal se había creado en 1899 el Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII,<sup>356</sup> que pasó a denominarse Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII en 1911.<sup>357</sup> Al igual que Institutos similares creados en otros países en esa misma época, se dedicó a la investigación sobre la etiología de las enfermedades transmisibles, el estudio de sus ciclos biológicos y sus mecanismos de transmisión, así como a la realización de diagnósticos y estudios epidemiológicos. Además, se desarrollaron programas de enseñanza, formación técnica y tareas de divulgación para aplicar los nuevos conocimientos en la prevención de las enfermedades bacterianas, víricas y parasitarias.<sup>358</sup> Este Instituto tuvo como directores a D. Santiago Ramón y Cajal (1899-1920) y D. Jorge Francisco Tello (1920-1939) y llegó a ser ampliamente reconocido a escala internacional por su intensa y prestigiosa labor en materia de salud pública.

En el segundo decenio del siglo XX, la epidemia de gripe, conocida internacionalmente como "gripe española", marcó un punto de inflexión en la lucha contra las enfermedades contagiosas. La epidemia cesó a finales de 1919, dejando a su paso una morbilidad de ocho millones de casos y cientos de miles

---

<sup>355</sup> La Dirección General de Sanidad ya fue suprimida en 1892 para ser de nuevo restablecida en 1899. El decreto de 1904 la suprimió de nuevo y nombró dos Inspecciones Generales, la de Sanidad Exterior y la de Sanidad Interior que se fundieron en una sola en 1916. Estos cambios supusieron una cierta pérdida de poder de actuación, que se tradujo en una falta de resoluciones en el ámbito sanitario en los años siguientes. En 1922 se creó de nuevo la Dirección General de Sanidad en sustitución de la Inspección General de Sanidad.

<sup>356</sup> Real Decreto de 28 de octubre de 1899 (Gaceta de Madrid nº302, de 29 octubre 1899). Este Instituto agrupó los anteriores Instituto Nacional de Bacteriología e Higiene (Real Decreto 3 de octubre de 1894) e Instituto Central de Vacunación del Estado (Real Decreto 24 de julio 1881)

<sup>357</sup> Real Decreto de 24 de enero de 1911 (Gaceta de Madrid nº25, de 25 de enero de 1911). El Reglamento del Instituto por RD de 3 octubre de 1916 (Gaceta de Madrid nº280, de 6 de octubre de 1916).

<sup>358</sup> Fernando Ruiz-Falcó López, "Escuela de Sanidad. Problemática pasada, actual y futura", *Rev San Hig Públ* 57, (1983): 359-372.

de muertes en España.<sup>359</sup> Como consecuencia de la epidemia, “la organización sanitaria del país, multiforme y dispersa, débilmente financiada y escasamente dotada en personal especializado, sufrió un grave descrédito”.<sup>360</sup> Se constataron la descoordinación y los conflictos de intereses agravando la sensación de desalimiento sanitario en la población. El Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII y otros laboratorios trataron de hacer frente a la demanda de vacunas y sueros. Además de la labor estatal realizada por el Instituto de Higiene de Alfonso XIII, surgieron iniciativas empresariales para hacer frente a la demanda de vacunas y sueros, en 1918 se creó en Madrid el Instituto THIRF y en 1919 se puso en marcha el Instituto de Biología y Sueroterapia (IBYS).<sup>361</sup>

Los problemas que conllevó la epidemia de gripe impulsaron las iniciativas en cuanto a la mejora de la capacidad de lucha contra las enfermedades infectocontagiosas, se ampliaron servicios de atención específicos y se fomentó la investigación y desarrollo de medicamentos. La Dirección General de Sanidad volvió a funcionar como tal en 1922 y ese mismo año, tras las gestiones realizadas por José Castillejo, secretario Permanente de la JAE, se firmó un acuerdo con la *International Health Board (Division)* (IHB) (Junta o División Sanitaria Internacional), de la Fundación Rockefeller.<sup>362</sup> El acuerdo entró en vigor en 1924 y contemplaba dos tipos de actuaciones: la Junta Sanitaria enviaría algún personal técnico a España, a la vez que facilitaría becas para formación de postgrado en Salud Pública a titulados españoles. Este acuerdo resultó decisivo en tres terrenos: facilitar la extensión de la salud pública al ámbito rural, suministrar becas para la formación especializada, y exigir una dedicación completa al servicio público.

La intervención norteamericana, resultó decisiva en la configuración de los aspectos más destacados del modelo sanitario que implantó la República,<sup>363</sup> en 1925 se aprobaron los Reglamentos de Sanidad Provincial y Municipal. Se

---

<sup>359</sup> Sobre este tema resulta muy interesante el artículo de Porras Gallo “Sueros y vacunas en la lucha contra la pandemia de gripe de 1918-1919 en España”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* LX, nº2 (julio-diciembre 2008): 261-288.

<sup>360</sup> Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, *Salud pública...*, 65.

<sup>361</sup> Ambos laboratorios terminaron fusionándose en 1929 bajo el nombre de IBYS.

<sup>362</sup> En su artículo “La intervención de la fundación Rockefeller en la creación de la sanidad contemporánea española” Rodríguez Ocaña explica que el acuerdo se firmó durante la visita a España de la delegación la IHB que aprovechó para establecer contactos con círculos cualificados en el país, designados como *intelligent people* en los informes internos de la Fundación, entre los que destacaron Castillejo y Gustavo Pittaluga, considerado “el hombre mejor preparado de la Sanidad española”.

<sup>363</sup> Rodríguez Ocaña, “Intervención de la Fundación Rockefeller...”, 33.

generalizó el modelo jerárquico-territorial en cuatro niveles, central, provincial, comarcal y local, la atención por la salud rural y el trabajo en forma de campañas médico-sociales, la creación de una infraestructura de docencia especializada, la Escuela Nacional de Sanidad y la fundación de la enfermería de salud pública.<sup>364</sup>

La exigencia de una formación especializada, al igual que sucedió en otros países, impulsó la creación de la Escuela Nacional de Sanidad en 1924.<sup>365</sup> La Escuela se creó sobre la base del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII y del Hospital del Rey, garantizando así la docencia y el aprendizaje de los contenidos clásicos del currículum sanitario.<sup>366</sup> El Instituto Nacional de Higiene había organizado desde sus inicios, cursos de especialización sanitaria, algunos cursos largos, de ocho meses, y otros cursos breves de temas concretos. El primer curso largo, precursor del de Oficiales Sanitarios, se verificó en 1917.<sup>367</sup> Conforme la salud pública se fue desarrollando, se hizo patente la necesidad de una separación entre los Institutos de Higiene, de orientación técnica y las Escuelas, de orientación didáctica. Este fenómeno sucedió también en nuestro país, donde la autonomía de la Escuela fue creciendo gradualmente.<sup>368</sup> El RD de 1924 estableció su misión de la siguiente manera:

- a) Instruir y formar el Cuerpo de funcionarios Médicos que en lo sucesivo haya de pertenecer a los organismos de la Dirección General de Sanidad.
- b) Dar la enseñanza y preparación convenientes a cada uno de los grupos auxiliares hoy reconocidos y a los que en lo sucesivo se constituyan, empezando por los Practicantes, las enfermeras sanitarias, los desinfectores y el personal subalterno utilizable en la profilaxis antipalúdica y antipestosa.
- c) Establecer cursos especiales de enseñanza higiénico-sanitaria para Arquitectos, Ingenieros, Médicos libres, Farmacéuticos y Veterinarios.
- d) Iniciar la fundación de un Museo de Higiene, y atenderlo y gobernarlo, por ser institución indispensable para el mejor éxito de la Escuela.

---

<sup>364</sup> Juan Atenza Fernández y José Martínez Pérez, coords. *El Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina y la sanidad española de su tiempo* (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2001), 32-33.

<sup>365</sup> Real Decreto de 9 de diciembre de 1924 (Gaceta de Madrid nº347, de 12 de diciembre de 1924).

<sup>366</sup> Josep Bernabeu-Mestre, "El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la salud pública en España, 1924-1934", *Rev. San. Hig. Púb.* 64, monográfico, (1994): 64.

<sup>367</sup> Ramón Navarro García, *Historia de las instituciones sanitarias nacionales* (Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III, 2001).

<sup>368</sup> Ruiz-Falcó López, "Escuela de Sanidad...", 360.

e) Difundir los principios de higiene y divulgar sus prácticas, organizando sistemáticamente la propaganda con auxilio de las artes y recursos que la industria científica ofrece en la actualidad; y

f) Dar instrucción conveniente a los Inspectores municipales de Sanidad para el desempeño de las funciones que se especificarán en el Reglamento del Estatuto.

Hubo que esperar hasta abril de 1930 para que se aprobara el Reglamento de la Escuela Nacional de Sanidad,<sup>369</sup> que permitió la consolidación definitiva de la misma. En el Reglamento se establecía que la Escuela formaría parte, como organismo autónomo, de las instituciones dependientes de la Dirección General de Sanidad. En julio de 1930<sup>370</sup> se aprobó el nombramiento de D. Gustavo Pittaluga Fatorini como primer director de la Escuela.<sup>371</sup> A partir de ese momento y durante el primer quinquenio de los años treinta, la organización se realizó de acuerdo con las exigencias de la moderna Salud pública. Gran parte del profesorado había completado su formación de postgrado en algunos de los centros de mayor prestigio internacional y se realizó un gran esfuerzo de renovación e incorporación de novedades científicas y técnicas. En 1932, se aprobó un nuevo Reglamento,<sup>372</sup> que introdujo algunos cambios que limitaron el grado de autonomía de la Escuela. En 1934, como consecuencia de la creación del Instituto Nacional de Sanidad,<sup>373</sup> la Escuela pasó a integrarse en la Sección de Estudios Sanitarios de dicho Instituto.

Tras la guerra civil, la situación de la Escuela, “mermada por la desaparición y el exilio de buena parte de su profesorado, tardaría años en normalizarse”.<sup>374</sup> En 1939, en los terrenos de Chamartín de la Rosa, se creó el Instituto Superior de Enseñanza e Investigaciones Sanitarias, para “coordinar las instituciones centrales donde se lleven a cabo los trabajos de investigación de índole sanitaria y la preparación técnica del personal”. El Instituto Superior de Enseñanza que quedó integrado por los siguientes servicios: el hospital Nacional de

---

<sup>369</sup> Real Decreto nº1141, de 12 de abril de 1930. Ministerio de la Gobernación (Gaceta de Madrid nº112, de 22 abril).

<sup>370</sup> Real Orden de 3 de julio de 1930. nº716. Ministerio de la Gobernación (Gaceta de Madrid nº186, de 5 de julio).

<sup>371</sup> Este eminente doctor se mantuvo en su cargo hasta la finalización de la guerra civil, después continuó trabajando en el exilio, primero en Francia y luego en Cuba, donde falleció en 1956.

<sup>372</sup> Decreto de 3 de junio de 1932 por el que se aprueba el Reglamento para el funcionamiento de la Escuela Nacional de Sanidad (Gaceta de Madrid nº168, de 16 de junio).

<sup>373</sup> El Instituto Nacional de Sanidad desapareció como tal en la Ley de Bases de Sanidad de 1944 con el restablecimiento de la Escuela Nacional de Sanidad. En 1974 reapareció y se volvió a suprimir en 1988, al crearse el Instituto de Salud Carlos III, que lo ha sustituido.

<sup>374</sup> Bernabeu-Mestre, “El papel de la ENS...”, 78.

Infecciosos, la Escuela Nacional de Sanidad, la Escuela Nacional de Puericultura, la Escuela Nacional de Tisiología, la Escuela Nacional de Enfermeras e Instructoras Sanitarias, el Instituto Nacional de Higiene, el Centro de Lucha contra el cáncer y el Parque de Sanidad.<sup>375</sup>

---

<sup>375</sup> Orden de 29 de abril de 1939 creando el Instituto Superior de Enseñanza e Investigaciones Sanitarias (BOE nº120, de 30 de abril de 1939).



## 5.1.2. Desde la finalización de la Guerra Civil española hasta 1961.

### Contexto socioeconómico y político

La Guerra Civil Española (1936-1939) supuso un punto de inflexión y un retroceso en muchos ámbitos, acarreando graves problemas demográficos, económicos, sanitarios y sociales que impactaron extraordinariamente en la población hasta finales de los años cuarenta. Este periodo se ha descrito como una década de "hambre, escasez y extremo nacionalismo económico".<sup>376</sup> La política autárquica del gobierno conllevaba un riguroso control de los productos de primera necesidad a través de cartillas de racionamiento<sup>377</sup> lo que contribuyó al crecimiento de la miseria y la aparición de un extenso mercado negro.<sup>378</sup>

La situación preexistente de alejamiento internacional de España, especialmente en el ámbito económico, se potenció por las consecuencias políticas de la guerra civil. El régimen dictatorial, emparentado claramente con los fascismos europeos que fueron vencidos en la II Guerra Mundial fue aislado forzadamente de la comunidad internacional. A consecuencia de esto, España se vio fuera de los proyectos y acuerdos económicos que se realizaron en aquel momento: la Conferencia de Bretton Woods (1944) en la que nacieron el fondo Monetario y el Banco Mundial; el European Recovery Program (ERP), conocido popularmente como Plan Marshall (1948-1952); y la Organización Europea para la Cooperación Económica (OECE, 1948)<sup>379</sup> que se convirtió en el motor de la cooperación económica del continente.<sup>380</sup>

En el ámbito político, desde el final de la II Guerra Mundial se planteó la denominada "cuestión española" (*spanish question*). Este asunto fue tratado en la histórica Conferencia de San Francisco que se celebró en 1945,<sup>381</sup> lo que dio lugar a la aprobación del artículo 4 del capítulo II de la Carta de las Naciones

---

<sup>376</sup> Julián Casanova y Carlos Gil Andrés, *Historia de España en el siglo XX*, 2ª ed. (Madrid: Editorial Ariel, 2009), 260.

<sup>377</sup> Estas cartillas se mantuvieron hasta 1952.

<sup>378</sup> Carlos Barciela López, "Guerra Civil y primer franquismo (1936-1959)", en Francisco Comín, Mauro Hernández y Enrique Llopis, eds. *Historia económica de España, siglos X-XX* (Barcelona: Crítica, 2003), 331-368.

<sup>379</sup> La OECE fue la organización precursora de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE.

<sup>380</sup> Félix Varela Parache y Manuel Varela Parache, "España y los organismos económicos internacionales", en *75 años de Política Económica Española*. Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. Secretaría de Estado de Turismo y Comercio. *Revista de Economía ICE (Información Comercial Española)*, nº826 (noviembre 2005): 167-177. [http://www.revista-sice.com/CachePDF/ICE\\_826\\_167-177\\_8D477CF1B73B5882DA3E622F7020934F.pdf](http://www.revista-sice.com/CachePDF/ICE_826_167-177_8D477CF1B73B5882DA3E622F7020934F.pdf)

<sup>381</sup> En la Conferencia de San Francisco se elaboró el texto final de la Carta de las Naciones Unidas. [http://www.un.org/es/aboutun/history/sanfrancisco\\_conference.shtm](http://www.un.org/es/aboutun/history/sanfrancisco_conference.shtm)

Unidas. Al año siguiente, en febrero de 1946, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se pronunció respecto a las relaciones entre los miembros de las Naciones Unidas y España:

1. La Asamblea General recuerda que la Conferencia de San Francisco adoptó una resolución según la cual el párrafo 2 del artículo 4 del Capítulo II de la Carta de las Naciones Unidas 'no podrá aplicarse a Estados cuyos regímenes han sido establecidos con la ayuda de fuerzas militares de los países que han luchado contra las Naciones Unidas, mientras estos regímenes permanezcan en el poder'.

2. La Asamblea General recuerda que, en la Conferencia de Potsdam, los Gobiernos del Reino Unido, los Estados Unidos de América y la Unión soviética han declarado que no apoyarán una demanda de admisión a las Naciones Unidas por parte del actual Gobierno español, 'el cual, habiendo sido fundado con el apoyo de las potencias del Eje, no posee en vista de sus orígenes, su naturaleza, su historial e íntima asociación con los Estados agresores, las condiciones necesarias que justifiquen su admisión'.

3. La Asamblea General, haciendo suyas esas dos declaraciones, recomienda a los Miembros de las Naciones Unidas que actúen, en la conducta de sus futuras relaciones con España de acuerdo con la letra y el espíritu de esas declaraciones.<sup>382</sup>

Con esta resolución, la ONU expresaba de manera unánime que España no podría ser miembro de la organización mientras Francisco Franco y sus colaboradores tuvieran el control del gobierno español. En diciembre de ese mismo año, se aprobó la Resolución 39(1) que resultó determinante para la exclusión de España como miembro de la ONU y sus organismos dependientes, citamos textualmente,

La Asamblea General:

Recomienda que se excluya al Gobierno español de Franco como miembro de los organismos internacionales establecidos por las Naciones Unidas o que tengan nexos con ellas, y de la participación en conferencias u otras actividades que puedan ser emprendidas por las Naciones Unidas o por estos organismos hasta que se instaure en España un gobierno nuevo y aceptable.

---

<sup>382</sup> Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 32 (1). Vigésima sexta sesión plenaria, 9 de febrero de 1946. [http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/32\(I\)](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/32(I)) (1 de julio 2016)

Recomienda que todos los miembros de las Naciones Unidas retiren inmediatamente a sus embajadores y ministros plenipotenciarios acreditados en Madrid.<sup>383</sup>

Así se materializaba una época de aislamiento internacional que se prolongó diez años y cuyas consecuencias se sumaron a los problemas derivados de la contienda.

En la década de los cincuenta, denominada "etapa intermedia",<sup>384</sup> la situación evolucionó gradualmente hacia la ruptura del aislamiento del régimen. Las negociaciones y movimientos diplomáticos que se produjeron durante la etapa de aislamiento todavía no se conocen en profundidad, sin embargo se reconocen una serie de factores que propiciaron la reinserción gradual de España en la comunidad internacional, entre ellos: "la inexistencia de una alternativa viable a Franco, el declive de una oposición dividida en el exilio y su privilegiada situación geoestratégica".<sup>385</sup> Los cambios geopolíticos y sus consecuencias estratégicas a nivel internacional junto a las primeras señales de la guerra fría y algunos factores de carácter económico, también contribuyeron a esta transformación. Como consecuencia de todo ello, en 1950, la Asamblea General de la ONU aprobó una nueva Resolución sobre Relaciones de los Estados Miembros y de los organismos especializados con España<sup>386</sup> por la que se revocaron:

1. La recomendación de retiro de embajadores y ministros acreditados en Madrid, contenida en la resolución 39 (I) de la Asamblea General, aprobada el 12 de diciembre de 1946.
2. La recomendación encaminada a impedir que España sea miembro de los organismos internacionales establecidos por las Naciones Unidas o vinculados con éstas, la cual es parte de la misma resolución aprobada por la Asamblea

---

<sup>383</sup> Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 39 (I) Relaciones de los miembros de las Naciones Unidas con España. Quincuagésima nona reunión plenaria, 12 de diciembre de 1946.

[http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/39\(I\)](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/39(I))

<sup>384</sup> El franquismo se suele dividir en tres períodos: 1) el "primer franquismo" o "etapa autárquica", desde el término de la Guerra civil española hasta finales de los años cuarenta, que se caracteriza por el aislacionismo político y económico; 2) la "etapa intermedia", que ocupará prácticamente el decenio de los años cincuenta, registrándose importantes cambios políticos, económicos y sociales; y 3) el "tardofranquismo" desde 1959 hasta la muerte de Franco en 1975 marcado por el denominado desarrollismo.

<sup>385</sup> Rosa Ballester, "España y la Organización Mundial de la Salud en el contexto de la historia de la salud pública internacional (1948-1975)", *Discurso de recepción de la Académica electa D<sup>a</sup> Rosa Ballester Añón* (Valencia: Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana, 2016), 22.

<sup>386</sup> Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 386 (V) Relaciones de los Estados Miembros y de los organismos especializados con España. 304 a. Sesión plenaria, 4 de noviembre de 1950.

[http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/386\(V\)&Lang=S&Area=RESOLUTION](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/386(V)&Lang=S&Area=RESOLUTION)

General en 1946, concerniente a las relaciones de los estados Miembros de las Naciones Unidas con España.

En sus consideraciones, la Asamblea General realizaba un recordatorio sobre los aspectos que se habían tenido en cuenta en esta decisión,

El establecimiento de relaciones diplomáticas y el intercambio de embajadores y ministros con un gobierno, no implica ningún tipo de juicio sobre la política interior de dicho gobierno,

Los organismos especializados de las Naciones Unidas son técnicos y en gran parte no tienen carácter político, y que han sido establecidos en beneficio de los pueblos de todas las naciones, y que, por lo tanto, deben estar en libertad de decidir por sí mismos si es deseable, para beneficio de su labor, la participación de España en sus actividades.

Como consecuencia de esta derogación, se produjo el regreso gradual de embajadores occidentales a Madrid y la aprobación de entrada o re-entrada de España en distintos organismos internacionales. A partir de 1950, España comenzó a integrarse en los organismos especializados de la ONU: la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) en 1950; la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1951,<sup>387</sup> la Organización para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en 1952 y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1953.

En 1953 se firmaron dos acuerdos que resultaron trascendentales para la situación socio-política de España: el Concordato con la Santa Sede (27 agosto 1953) y el Pacto de Madrid con Estados Unidos (26 de septiembre de 1953). El anticomunismo del Régimen franquista, las consideraciones estratégicas aportadas por los militares y el interés por la recuperación del poder y los privilegios de la Iglesia Católica facilitaron estas negociaciones.<sup>388</sup>

El Concordato con la Santa Sede supuso un nuevo reconocimiento del Vaticano al régimen y la ampliación de derechos y privilegios para la Iglesia:

---

<sup>387</sup> Rosa Ballester relata así el proceso de admisión de España en la OMS: "En el transcurso de la IV Asamblea Mundial de la Salud, se adoptó el acuerdo de admitir a España como miembro de la OMS sujeto al depósito del instrumento de aceptación de la Constitución de acuerdo con el artículo 79 (*WHO Official Records*, nº35). A dicha Asamblea se invitó, como delegados a J.A. Palanca, Director General de Sanidad, Gerardo Clavero Campo, director de la Escuela Nacional de Sanidad y como ministro plenipotenciario en Suiza, Alberto de Aguilar y Gómez Acebo, conde de Acebo. [...] Finalmente, España ratificó la Constitución de la OMS el 28 de mayo de 1951". "España y la Organización Mundial de la Salud...", 24-25.

<sup>388</sup> W.J. Callahan, *La iglesia católica en España (1875-2002)* (Barcelona: Crítica, 2002), citado en Casanova y Gil Andrés *Historia de España en el siglo XX*, 263.

Confirmó el catolicismo como la religión del Estado español, la enseñanza del dogma católico se hizo obligatoria en todos los niveles educativos; se sufragaron todos los gastos diocesanos; el clero obtuvo un fuero judicial propio y la Iglesia percibió una indemnización por las desamortizaciones del siglo XIX, gozó de la exención de impuestos, contempló el reconocimiento civil del matrimonio y la separación canónicos y quedó encargada de la censura de libros. A pesar de ser un tratado desigual, el gobierno español consideró precisa su firma porque la confesionalidad católica era uno de los fundamentos del régimen franquista, y el apoyo del Vaticano había sido su primer aval internacional importante.<sup>389</sup>

El Pacto de Madrid, evidenció el cambio de actitud de los Estados Unidos respecto a la cuestión española, lo que resultó decisivo para la readmisión de España en la política internacional. Dicho pacto tuvo una importancia esencialmente militar, ya que, en ese momento, el apogeo de la Guerra Fría hizo que la situación geográfica de España en la entrada del Mediterráneo resultara fundamental para las estrategias estadounidenses de obstaculizar el avance del comunismo. El pacto consistió en tres acuerdos: asistencia técnica, ayuda para la mutua defensa y ayuda económica. El apoyo económico y político por parte de Estados Unidos se produjo a cambio del establecimiento de unas bases militares de utilización conjunta que en ese momento se consideraron esenciales. Franco entendió que dichos pactos permitirían a España defenderse en caso de que el comunismo desencadenase una nueva guerra y que supondrían una ayuda para la reconstrucción económica y social del país, la realidad es que el gobierno realizó unas concesiones de enorme importancia, pero sin grandes beneficios económicos.<sup>390</sup>

Finalmente, España ingresó en la ONU el 14 de diciembre de 1955, integrándose definitivamente en el bloque occidental y quedando así cerrada la "cuestión española" abierta en 1946 con la condena de la ONU al Régimen de Franco. Con estos apoyos la dictadura ganó estabilidad y legitimidad tanto dentro como fuera del país.

---

<sup>389</sup> Eduardo González Calleja, coord. *España: Mirando hacia adentro. 1930/1960*, tomo 4 de la Historia de España-América Latina de Mapfre (Madrid: Mapfre-Penguin, 2014).

<sup>390</sup> María R. Piñeiro Álvarez, "Los convenios hispano-norteamericanos de 1953". *HAOL*, nº11, (otoño 2006): 175-181.

## **Problemas sanitarios y organización de la Sanidad tras la guerra civil.**

Especialmente durante los primeros años de posguerra, el deterioro de las condiciones de vida y la penuria económica desencadenaron un aumento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias. Hubo tres grandes epidemias al terminar la guerra: viruela, tifus exantemático y difteria; y la tuberculosis, la mortalidad infantil y el paludismo se extendieron de forma alarmante.<sup>391</sup>

Durante los años siguientes, los problemas que acapararon la atención de la Salud pública fueron: la desnutrición, la salud materno-infantil, la siniestralidad laboral, enfermedades como el tracoma, la lepra, la sífilis, así como las ya mencionadas tuberculosis y paludismo, que siguieron afectando a gran parte de la población, en su mayoría de la clase trabajadora.<sup>392</sup> A todo ello se sumó, especialmente desde finales de los años cuarenta, la poliomielitis, que adquirió carácter epidémico con brotes que alcanzaron mayor intensidad en los años cincuenta afectando a miles de personas, sobre todo en edad infantil.

Los graves problemas de salud a los que tuvo que hacer frente la población en este periodo, junto con el vacío creado por el exilio forzoso de sobresalientes figuras de la ciencia y la medicina fueron determinantes a la hora de priorizar las medidas sanitarias, lo que a su vez acarrió un retroceso en el desarrollo de la ciencia y en la modernización de la Sanidad española.<sup>393</sup>

En materia de Salud Pública hubo un retorno científico a las concepciones de principios de siglo, favorables a la práctica de integrar la higiene y la microbiología. La Dirección General de Sanidad (DGS) controlada ahora por médicos católicos provenientes de la Sanidad Militar, adoptó esta orientación, que dejaba a un lado las dimensiones sociales de la salud pública y las modernas concepciones sobre epidemiología y administración sanitaria. En cuanto a la práctica sanitaria, la estructura sanitaria comarcal prácticamente desapareció y se concentró en los niveles provincial y central. Al mismo tiempo, el presupuesto

---

<sup>391</sup> Pedro Marset Campos, José M. Sáez Gómez y Fernando Martínez Navarro, "La Salud Pública durante el franquismo". *DYNAMIS*, 15 (1995): 211-250.

<sup>392</sup> Navarro García, *Historia de la Sanidad...*

<sup>393</sup> María I. Porras Gallo, "La poliomielitis en la España franquista: educar e reeducar". *Educar em Revista*, Curitiba, Brasil 54, (out/dez 2014): 71-95.

en materia sanitaria experimentó un estancamiento, que se prolongó hasta finales de los años sesenta.<sup>394</sup>

Desde las primeras décadas del siglo XX, era común el planteamiento de campañas o luchas sanitarias estatales para hacer frente a los graves problemas sanitarios de la población. En España, la Dirección General de Sanidad era la responsable de la ordenación y puesta en marcha de dichas Luchas como parte de los servicios sanitarios del Estado.<sup>395</sup> Hasta 1960 se aprobaron luchas contra la tuberculosis, el paludismo, el cáncer, la lepra, el tracoma, las enfermedades sexuales, el reumatismo, las enfermedades del corazón, la invalidez y el aparato circulatorio. También se siguieron destinando recursos para combatir la mortalidad infantil, con los servicios de Puericultura, Maternología e Higiene escolar. Generalmente dichas campañas eran organizadas y supervisadas por Patronatos cuyos miembros eran nombrados por el Estado. Como veremos más adelante, las tareas realizadas por algunos de estos Patronatos y los recursos de que disponían resultaron fundamentales en la creación y desarrollo de los servicios de rehabilitación y la Terapia Ocupacional en nuestro país.

### **Legislación sanitaria en las primeras décadas del franquismo**

En la década de los cuarenta hubo un importante desarrollo legislativo, desde el punto de vista sanitario destacamos la aprobación de dos leyes cuya aplicación influyó claramente en la creación y desarrollo de los servicios de atención y educación sanitaria: la Ley de 12 de julio de 1941 de Sanidad Infantil y Maternal <sup>396</sup> y la Ley de 25 de noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional,<sup>397</sup> a continuación resaltamos algunas de sus características:

La Ley de Sanidad Infantil y Maternal de 1941, constituyó una clara muestra de la preocupación del régimen por el problema de la mortalidad materno-infantil. Se elaboró con el objetivo de intensificar las obras de asistencia médica dedicadas a este ámbito, unificando y regulando las diferentes instituciones y servicios dedicados a la infancia, "encuadrándolas en el marco de los

---

<sup>394</sup> Marse, Sáez y Martínez, "La salud pública...", 219.

<sup>395</sup> Ley de 25 de noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional (BOE nº331, de 26 noviembre 1944). Base Primera. Servicios Centrales.

<sup>396</sup> Ley de 12 de julio de 1941 de Sanidad Infantil y Maternal (BOE nº209, de 28 de julio de 1941)

<sup>397</sup> Esta es la tercera norma que regula la sanidad después de la Ley de Sanidad de 28 de noviembre de 1855 y la Instrucción General de Sanidad de 1904.

Servicios de Sanidad Nacional [...] y sumando la colaboración de las Delegaciones de F.E.T. y de las J.O.N.S.<sup>398</sup> que tienen relación con Sanidad, Infancia y Juventudes”. Otras características de la ley se relacionaban con la “coordinación de los Servicios de Higiene y Medicina Infantil mediante el Protectorado Sanitario y la extensión al campo de la Sanidad Infantil, por requerirlo así los 19 millones de habitantes de la agricultura”.<sup>399</sup> El artículo 2 establecía que, “la acción de esta Ley alcanza a la mujer gestante, a la que lacta, a la que cuida de niños propios o ajenos y al niño desde que nace hasta la edad de quince años.”

La ley de Sanidad Infantil y maternal de 1941 se desarrolló rápidamente con la constitución de las comisiones provinciales de sanidad infantil y maternal, regulando la creación de centros maternales y organizando la educación sanitaria de las madres.<sup>400</sup> En el artículo 22 se hacía referencia a los niños con deficiencias estableciendo que “la recuperación de niños inválidos y deformes, así como de los anormales mentales, se verificará a través de los Dispensarios y Centro de tratamiento especializado, coordinados o dependientes de Sanidad, estratégicamente distribuidos por toda la Nación”. Con dicho artículo se reconocía legalmente la necesidad de tratamiento y rehabilitación de estos niños, algo que mostraba una actitud positiva hacia el desarrollo de esta área.

La ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944, constaba de tres títulos y 34 bases que abarcaban toda la organización y los problemas sanitarios del momento. En su título preliminar se reconocía que “incumbe al Estado el ejercicio de la función pública de Sanidad” es decir, la sanidad se entendía como una función pública y de competencia estatal. Los objetivos de la ley se dirigían a la coordinación de las actuaciones sanitarias y a la protección de la salud pública con acciones preventivas e interventoras. La asistencia médica desde Sanidad se dirigía básicamente a enfermedades de importancia sanitario-social o a población necesitada a través de la Beneficencia, los Ayuntamientos y las Diputaciones Provinciales. Desde la DGS se generó una red de hospitales generales, psiquiátricos y maternales y una red de consultorios locales en los municipios donde se ejercía la medicina general y las actividades de salud pública.

---

<sup>398</sup> Falange Española Tradicionalista (F.E.T.) y Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista (J.O.N.S.).

<sup>399</sup> Juan Bosch Marín, *La asistencia sanitaria a la madre y al niño*, publicaciones “Al servicio de España y del niño español”, nº57 (Madrid: Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad. Sección de Puericultura, maternología e higiene escolar, noviembre 1942), [http://ddd.uab.cat/pub/lilibrs/1942/77726/serespinesp\\_a1942n57.pdf](http://ddd.uab.cat/pub/lilibrs/1942/77726/serespinesp_a1942n57.pdf)

<sup>400</sup> Navarro García, *Historia de la Sanidad...*



Sin embargo, como reconoció José Alberto Palanca<sup>401</sup> esta ley fue poco desarrollada por el Gobierno, “desgraciadamente, después de aprobada la Ley por las Cortes del Reino, salvo el Ministerio de Gobernación, los restantes departamentos ministeriales procedieron como si no existiese, haciendo lo que les parecía conveniente”.<sup>402</sup>

### **La formación en Salud Pública. La Escuela Nacional de Sanidad**

La formación en materia sanitaria también sufrió las consecuencias de la contienda bélica, los cambios de ubicación, de profesorado y de organización interna de la Escuela Nacional de Sanidad, provocaron dificultades importantes para la continuidad de su labor educativa y de investigación.<sup>403</sup> En 1941 se designó una Comisión para reorganizar el funcionamiento de la Escuela, en 1943 se instaló definitivamente en el primer pabellón de la Facultad de Medicina en la ciudad universitaria<sup>404</sup> y al año siguiente, con la publicación de la *Ley de Bases de Sanidad* el papel de la Escuela Nacional de Sanidad se concretó lo que supuso un impulso en su evolución. En la base tercera sobre Instituciones Sanitarias Centrales de la Ley de Bases de Sanidad, se ordenó lo siguiente:

A) Escuela Nacional de Sanidad.-Sobre la base del actual Instituto nacional de Sanidad se crea la Escuela del mismo nombre, que, sin perder las funciones básicas del actual Instituto, dedicará especialmente su atención a la enseñanza sanitaria; la Escuela Nacional de Sanidad dependerá del Ministerio de la Gobernación y se incorporará a la Universidad española de acuerdo con la Ley de Ordenación Universitaria, siendo, por tanto, un órgano para el ejercicio de las funciones primordiales de la universidad.

Estará la Escuela bajo la dirección de un Patronato integrado por el Ministro de la Gobernación (Presidente) y el de Educación Nacional, Subsecretario del Ministerio de la Gobernación, Directores generales de Sanidad y Enseñanza universitaria, Rector de la Universidad y el director de la Escuela, que actuará de Secretario.

Serán funciones de la Escuela las siguientes:

Enseñanza sanitaria

Investigación científica

---

<sup>401</sup> José Alberto Palanca y Martínez-Fortún fue Director General de Sanidad en 1930 y de 1936-1956.

<sup>402</sup> José A. Palanca, *Discurso de apertura del curso académico 1958-1959* (Madrid: Estades, 1958), citado en Maset, Sáez y Martínez, “La salud pública...”, 238.

<sup>403</sup> En 1939, a los pocos días de terminada la Guerra Civil, se creó el Instituto Superior de Enseñanza e Investigaciones Sanitarias (Orden del 29 de abril), que pretendía unificar todas las instituciones sanitarias estatales, incluida la Escuela Nacional de Sanidad. No obstante, tuvo escaso desarrollo, y siguió funcionando el Instituto Nacional de Sanidad.

<sup>404</sup> Local que compartió con la Escuela de Tisiología más de cuarenta años, hasta su traslado en 1987.

## Función epidemiológica

### Producción de elementos sanitarios

El material del actual Instituto Nacional pasará a la Escuela y su personal será totalmente confirmado en sus cargos dentro del nuevo centro. En lo sucesivo el director de la Escuela Nacional de Sanidad será un Médico del cuerpo de Sanidad Nacional, recayendo el nombramiento preferentemente en los que sean, además, Catedráticos Universitarios o se hayan distinguido notoriamente por sus trabajos de investigación científica o publicaciones de carácter sanitario. El profesorado será nombrado entre médicos del cuerpo de Sanidad Nacional, Catedráticos universitarios especializados y, de no haberlos, por oposición libre.

La enseñanza sanitaria comprenderá la del personal médico, farmacéutico, veterinario y profesionales auxiliares al servicio de la sanidad, agentes sanitarios, así como la obra de perfeccionamiento sanitario en colaboración con las Universidades y Consejos de Colegios profesionales y, en todo caso, siempre de acuerdo con lo dispuesto por el Decreto de coordinación del servicio sanitario y asistencial con la enseñanza.

Las Escuelas especiales, tales como las de Puericultura, Instructoras sanitarias y cuantas puedan crearse en lo sucesivo, funcionarán, en el orden docente, como filiales de la Escuela nacional de Sanidad, a la que habrán de someter sus planes de estudio.

La Escuela Nacional de sanidad, aparte de esta función formadora del personal sanitario, dará cursos libres generales o monográficos con expedición de certificados de asistencia. Para las necesidades de la enseñanza y sin perjuicio de las Instituciones que se crean con este fin, la Dirección General de Sanidad asignará a la Escuela Nacional un cierto número de instalaciones dispensoriales, Centros de Higiene, Nosocomios y otros similares.

La investigación científica, complemento de la docente, se realizará de acuerdo con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

La función epidemiológica tendrá doble finalidad: la de establecer una vigilancia sobre todo el territorio nacional (con excepción de aquellas luchas íntegramente contenidas en otros organismos sanitarios) y de que esta vigilancia sirva de material de estudio a los alumnos de la Escuela.

Las funciones productoras de la Escuela Nacional de sanidad quedarán reducidas a la preparación de material necesario para el cumplimiento de la función epidemiológica que no sean susceptibles de una explotación industrial y que al mismo tiempo sirva de enseñanza a los alumnos.

La Ley de Bases dejaba claro que la Escuela Nacional de Sanidad asumía las funciones del Instituto Nacional de Sanidad bajo el Ministerio de la Gobernación. Preveía su incorporación a la Universidad española de acuerdo con la Ley de Ordenación Universitaria y se le adscribían todas las Escuelas Sanitarias como filiales, ya fueran existentes o de futura creación,<sup>405</sup> además, se le encomendó la Obra de Perfeccionamiento Sanitario (OPS), que tenía por misión la formación continuada del personal sanitario.

El Reglamento de la Escuela Nacional de Sanidad, aprobado en 1946, estableció las regulaciones pertinentes sobre su funcionamiento y las enseñanzas que ofrecía.<sup>406</sup> Se impartían los títulos de Especialista Sanitario (puericultura, fisiología, dermatología y enfermedades sexuales, etc.), el título de Instructora Sanitaria y los títulos de Oficial Sanitario Médico y Diplomado en Sanidad. El título de Diplomado en Sanidad era necesario para acceder a las Escuelas Especiales (título de especialista sanitario), a su vez el título de especialista sanitario era necesario para ingresar en los Servicios de la Dirección General de Sanidad, y para el acceso al Cuerpo Médico de Sanidad Nacional era indispensable el título de Oficial Sanitario. Toda esta formación dependía de la Escuela Nacional de Sanidad, por lo que la Escuela fue adquiriendo un gran protagonismo en la Sanidad Nacional.

No obstante, la Escuela tuvo grandes dificultades para desarrollar todas las funciones que le otorgaba la Ley de Sanidad de 1944 y el reglamento de 1946. Por ejemplo, a pesar de su carácter universitario, reconocido también por la Ley de Ordenación Universitaria de 1943,<sup>407</sup> vio limitadas sus actividades en las enseñanzas sanitarias y las de investigación científica y epidemiológica que debían desarrollarse en coordinación con el Consejo superior de Investigaciones científicas. Desde la aprobación del Reglamento, la Escuela no fue actualizada en sus recursos, de tal manera que aspectos como las propias instalaciones, el presupuesto, la estructura interna y el propio Reglamento quedaron estancados o relegados, todo ello limitó el cumplimiento de su labor docente.<sup>408</sup> La Escuela

---

<sup>405</sup> Posteriormente la Escuela de Dirección y Administración de Hospitales y la Escuela de Terapia Ocupacional.

<sup>406</sup> Decreto de 31 de mayo de 1946 por el que se aprueba el Reglamento de la Escuela Nacional de Sanidad (BOE nº178, de 27 de junio de 1946).

<sup>407</sup> Ley de 29 de julio de 1943 sobre ordenación de la Universidad Española (BOE nº212, de 31 de julio de 1943).

<sup>408</sup> Ruíz-Falcó López, "Escuela Nacional de Sanidad...", 364.

de Terapia Ocupacional que comenzó su andadura en 1961 como escuela filial de la ENS, sufrió también las consecuencias de esta situación.

La conclusión de algunos autores, es que durante el franquismo, la Escuela Nacional de Sanidad y por extensión la salud pública no consiguió el nivel alcanzado en los años treinta. Las posibilidades de desarrollo en este campo se vieron limitadas por factores como la constante falta de recursos, la incapacidad para adaptarse a los avances de la salud pública, y las consecuencias de las políticas sanitarias que marginaban la medicina preventiva, apostando por un modelo de asistencia médica donde se priorizaba la atención a la enfermedad.<sup>409</sup>

Mientras la Dirección General de Sanidad, dependiente del Ministerio de la Gobernación se ocupaba, con las dificultades citadas, de la Salud Pública, la red asistencial comenzó a desarrollarse desde el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) bajo el Instituto Nacional de Previsión perteneciente al Ministerio de Trabajo.

La competencia o incluso el "enfrentamiento" de origen ideológico entre las "familias" políticas que controlaban estos dos organismos (militares católicos y falangistas respectivamente) tuvo múltiples consecuencias. Con el tiempo, la influencia de la DGS se vio debilitada y la división entre tareas preventivas y asistencia sanitaria se evidenció con mayor claridad, en la práctica se "acabaría desarrollando un doble sistema con múltiples distorsiones, que en muchos casos todavía perduran".<sup>410</sup>

### **La protección social en España. Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)**

El aumento del número de trabajadores de la industria influyó en la puesta en marcha del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), pero también y de manera bastante clara se impusieron razones políticas. El régimen buscaba el apoyo de la clase trabajadora y la política social podía resultar un elemento de legitimación que daría cohesión a la sociedad española, facilitando su control y evitando la conflictividad social. La creación del SOE quedó a cargo del sector

---

<sup>409</sup> Josep Bernabeu-Mestre, "La Escuela Nacional de Sanidad", *Eidon, Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, nº32 (noviembre-febrero 2010): 74-80.

<sup>410</sup> Navarro García, *Historia de la Sanidad...*

falangista del Ministerio de Trabajo de manera que la Falange se convirtió en la instancia “protectora” de la clase trabajadora.<sup>411</sup>

La ley sobre el Seguro Obligatorio de Enfermedad se aprobó en 1942 y su implantación se hizo efectiva en 1944. El seguro iba dirigido a proteger a los trabajadores económicamente débiles (rentas de trabajo que no excedieran de 9000 pesetas) que trabajasen por su cuenta o cuenta ajena, a domicilio o en el servicio doméstico. Quedaban exceptuados los funcionarios públicos o de corporaciones por tener otro tipo de prestaciones. El colectivo de beneficiarios se amplió con una cobertura de riesgo que incluía a los familiares que vivieran con el asegurado y a sus expensas (cónyuge, ascendientes, descendientes e hijos adoptivos y hermanos menores de 18 años o incapacitados para el trabajo).<sup>412</sup>

Los fines del SOE, según el Artículo 2 de la ley eran:

- a) La prestación de asistencia sanitaria en caso de enfermedad.
- b) La prestación de asistencia sanitaria en caso de maternidad.
- c) La indemnización económica por la pérdida de retribución derivada de los riesgos determinados en los apartados a) y b) de este artículo.
- d) La indemnización para gastos funerarios al fallecer los asegurados.<sup>413</sup>

El seguro hacía referencia a la prestación de una asistencia médica completa, tanto en los servicios de medicina general como en los de especialidades. El criterio de aplicación era laboral, con un sistema de reparto a partir de las cuotas de los trabajadores y de los empresarios, de manera que la colaboración financiera del Estado fue secundaria.<sup>414</sup> En esos momentos el seguro podía proteger a poco más del 25% de la población española, alrededor de siete millones de personas, porque la cobertura se limitaba a los trabajadores con salarios muy bajos y sus beneficiarios.<sup>415</sup>

---

<sup>411</sup> Marset, Sáez y Martínez, “La salud pública...”, 237.

<sup>412</sup> Jerònia Pons Pons, “Los inicios del seguro social de salud en España 1923-1945”, en *Los orígenes del estado de bienestar en España, 1900-1945: los seguros de accidente, vejez, desempleo y enfermedad*, coordinado por Jerònia Pons Pons y Javier Silvestre Rodríguez (Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza, 2010), 217-246.

<sup>413</sup> Ley de 14 de diciembre de 1942 por la que se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad. BOE nº 361, de 27 de diciembre 1942.

<sup>414</sup> Marset, Sáez y Martínez, “La salud pública...”, 236-237

<sup>415</sup> María I. Porras Gallo, “El camino hacia la instauración del seguro obligatorio de enfermedad”, *El médico* 5-VI (1998): 70-77, citado en: Ana M. Águila Maturana, “El debate médico en torno a la rehabilitación en España (1949-1969)” (tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 2000), 125.

El Instituto Nacional de Previsión (INP) se hizo cargo del SOE como entidad aseguradora única, no obstante, podía realizar acuerdos con otras instituciones públicas y privadas para ofrecer estos servicios. De hecho, en la práctica, este seguro sólo pudo organizarse gracias a los conciertos con empresas y sociedades privadas. Las entidades privadas que podían entrar en el acuerdo eran cajas de empresas, mutualidades e igualatorios médicos (asociaciones de médicos) y gracias a estos conciertos pudo extenderse la aplicación del SOE.<sup>416</sup>

El 23 de diciembre de 1944 se aprobó el Decreto sobre las Bases para el seguro total.<sup>417</sup> En él se recogieron las prestaciones del seguro en caso de muerte, vejez, enfermedades comunes o profesionales, maternidad, accidentes de trabajo, invalidez y paro forzoso. Los supuestos de invalidez e incapacidad permanente para el trabajo se establecían siempre que “fuera imposible o no se lograra la reeducación o readaptación profesional del productor en condiciones que le permitieran obtener una remuneración equivalente a la que habitualmente percibía”.

Con el desarrollo de legislación sobre sanidad y protección social en España en esta primera etapa del franquismo, la asistencia socio-sanitaria de la población quedaba claramente repartida en cuatro sistemas coexistentes: la Beneficencia, la Sanidad, el SOE, y la medicina privada. Estos servicios y su interrelación ganaron complejidad con el paso del tiempo, un hecho importante para comprender cómo se fue desarrollando la atención a los inválidos en nuestro país y como consecuencia la evolución de la futura asistencia en Terapia Ocupacional.

### **La atención a “inválidos” en España**

Como se explicó en páginas anteriores, durante las primeras décadas del siglo XX, la atención a los “inválidos” en España se había orientado fundamentalmente a los trabajadores accidentados y las víctimas de enfermedades profesionales. Tras la guerra civil el colectivo de personas impedidas creció y fue transformándose lo que hizo surgir nuevas necesidades de atención social y sanitaria.

---

<sup>416</sup> Jeronia Pons Pons, *El seguro obligatorio de enfermedad y la gestión de las entidades colaboradoras* (Murcia: IX Congreso Internacional de la Asociación Española de Historia Económica, 2008), 8-9. <http://www.um.es/ixcongresoaehe/pdfB3/EI%20seguro%20obligatorio.pdf>

<sup>417</sup> Decreto de 23 de diciembre de 1944 por el que se fijan las bases para el Seguro total (BOE nº13, de 13 de enero 1945).

A diferencia de otros países en los que las “legiones de inválidos” de guerra, habían servido para justificar la necesidad de una atención especializada, en España las necesidades de este colectivo no resultaron prioritarias. Se han registrado algunas iniciativas desde la medicina militar como el Centro de Recuperación de Mutilados de Guerra de Oza en A Coruña y la propuesta *La reorientación y colocación profesional de mutilados de guerra* (1942) de Benito Nogales Puertas sobre la organización de la atención de los inválidos de guerra. Sin embargo, los problemas sanitarios y la desestructuración del Estado impidieron la puesta en marcha del proyecto de Nogales y, a partir de ese momento, se desconoce la existencia de otras iniciativas rehabilitadoras en el ámbito militar. Parece que las estrategias de intervención en este colectivo se dirigieron a la compensación económica más que a la creación de un sistema de rehabilitación.<sup>418</sup>

El interés social, sanitario y político en la rehabilitación y recuperación funcional de los impedidos se desarrolló en la década de los cincuenta, fundamentalmente a partir de la propagación de la poliomiélitis y la aparición de problemas relacionados con el proceso de modernización industrial como el incremento de accidentes.

Hasta entonces, la asistencia a estas personas, se había centralizado en el Instituto de Reeducción Profesional y la Clínica del Trabajo de Madrid que trabajaban desde la perspectiva de la medicina laboral. Además, en algunos hospitales se mantenían gimnasios en los que se aplicaban técnicas de cinesiterapia, mecanoterapia, masaje y electroterapia que se adscribían generalmente a los servicios de cirugía ortopédica y traumatología. Por otra parte, existían algunos institutos privados que provenían de los anteriores Institutos de Mecanoterapia, como el Instituto de Medicina Correctiva de Barcelona.

---

<sup>418</sup> En 1937, se creó la Dirección de Mutilados de la Guerra, encargada, a su vez, de organizar el Benemérito Cuerpo Mutilados de la Guerra para “dar solución a los múltiples problemas que plantea la clasificación, ordenamiento, reeducación, colocación y atenciones de su personal” (Decreto nº188 de creación de la Dirección de Mutilados de la Guerra, BOE nº98, de 24 de enero de 1937). En 1938 se aprobó el Reglamento del Cuerpo de Mutilados de Guerra, que recogía posibles formas de colocación y porcentajes de reserva de puestos de trabajo, así como la necesidad de medidas de recuperación y reeducación de los mutilados. (Decreto de aprobación del Reglamento del Benemérito Cuerpo de Mutilados de Guerra de 5 de abril de 1938, BOE nº540, de 14 de abril de 1938). Todas estas medidas dejaron fuera a los mutilados civiles y a los ex-combatientes republicanos que tuvieron que esperar hasta finales de los años setenta y principios de los ochenta para que se les reconociera algún tipo de compensación económica como consecuencia de la contienda.

En todo ese periodo, el ámbito de la medicina física y la rehabilitación se había desarrollado extraordinariamente a nivel internacional como consecuencia de la II Guerra Mundial. La influencia de estos avances comenzó a dejarse notar en nuestro país y los profesionales que trataban estos problemas vieron no solo la necesidad sino la oportunidad de aplicar aquí estos modernos planteamientos. Ganaba peso la necesidad de ampliar y coordinar los servicios de asistencia a estas personas y algunos médicos dedicados a este terreno comenzaron a interesarse por el reconocimiento de la especialidad de rehabilitación.<sup>419</sup>

Por otra parte, la política desarrollista del régimen favoreció la promulgación de actividades encaminadas a la recuperación de los impedidos. La invalidez comenzó a reconocerse como una preocupación estatal y se elaboraron distintas normativas de carácter social y sanitario que reconocieron derechos y obligaciones en materia de recuperación funcional.

En 1949, se aprobó la Lucha Sanitaria Nacional contra la Invalidez y la creación de su Patronato. En el decreto se hacía alusión a las diferentes causas de la invalidez que podían ser procesos de carácter infeccioso, congénitos o traumáticos (tuberculosis, parálisis infantil, accidentes y otros). Se justificaba la aprobación de la ley por la necesidad de conexión entre las Instituciones Públicas y Privadas que se ocupaban de la asistencia y recuperación de estos enfermos, entre ellas: fundaciones benéficas, órdenes religiosas, Hospitales, Patronato nacional Antituberculoso y Servicios de Higiene Infantil de la Dirección General de Sanidad. Además, se reconocía que el número de inválidos era muy elevado en la infancia y la juventud y que con un tratamiento inmediato y vigilancia podrían ser recuperados con gran ventaja para los intereses económicos de la nación y personal de los enfermos y familiares. Aparece aquí uno de los argumentos fundamentales para demandar una atención especializada, las consecuencias sociales y económicas que ocasionaba el inválido.<sup>420</sup> Por otra parte, se hacía referencia a lo dispuesto en la base catorce de la Ley de Sanidad y en el artículo veintidós de la Ley de Sanidad Infantil y Maternal, que hacían referencia a la recuperación de inválidos y deformes.

---

<sup>419</sup> Águila Maturana, "Debate médico...", 124.

<sup>420</sup> *Ibid.*, 129



El artículo 2 establecía que el Patronato estaría presidido por el Ministro de la Gobernación, quien podría delegar en el subsecretario de la Gobernación, actuando de Vicepresidente nato el Director General de Sanidad. Los vocales serían representantes de los servicios e instituciones que en ese momento se ocupaban de la atención a los inválidos en España, quedando todas ellas bajo la supervisión de la Dirección General de Sanidad en la prevista sección específica de esta nueva lucha.<sup>421</sup>

Los fines del Patronato se establecían de la siguiente manera según el artículo tercero: <sup>422</sup>

- a) Conocer la amplitud del problema, recoger estadísticas y proponer a la Superioridad las resoluciones que estime oportunas.
- b) Orientar y organizar la asistencia de inválidos en centros especializados.
- c) Coordinar la labor de cuantos centros públicos y privados dediquen sus actividades a los fines de esta Lucha, evitando la duplicidad de servicios y ejerciendo una vigilancia directa de los mismos.
- d) Propulsar e intervenir en la construcción de los aparatos ortopédicos necesarios para el tratamiento de los inválidos.
- e) Colaborar con los servicios dependientes de otros Ministerios para la Reeducción y colocación de inválidos.
- f) Coordinar con el seguro de enfermedad la asistencia en casos de invalidez.

Como se puede observar, uno de los objetivos del Patronato era estudiar a fondo el problema de la invalidez para aportar datos que orientaran en el planteamiento de soluciones. A su vez, se reconocía que el colectivo de inválidos tenía unos problemas peculiares que precisaban tratamientos e instalaciones adecuadas en Centros especializados, así como el fomento del desarrollo de la tecnología ortopédica. Además, se proponía la colaboración con otros Ministerios para la reeducación y colocación de inválidos, lo que ampliaba la perspectiva fuera del ámbito sanitario.

---

<sup>421</sup> Los vocales serían: el Director general de Enseñanza Profesional y Técnica; el director del Instituto Nacional de Rehabilitación de Inválidos; un catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid (propuesto por el Ministerio de Educación Nacional); el director del Instituto de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo; el secretario general del Patronato Nacional Antituberculoso; un médico del Servicio de Higiene Infantil de la Dirección General de Sanidad; un médico por las Órdenes religiosas que se dedicaban a la asistencia de inválidos, designado por el Ministerio de la Gobernación; un representante propuesto por la Sociedad Española de Cirugía Ortopedia y Traumatología; cuatro vocales designados libremente por el Ministerio de la Gobernación y por último las funciones de secretario las desempeñaría un médico del Cuerpo de Sanidad Nacional.

<sup>422</sup> Decreto de 6 de junio de 1949 por el que se establece la Lucha Sanitaria Nacional contra la invalidez (BOE nº201, de 20 de julio)

Estos objetivos indicaban que los conceptos sobre la invalidez y sus repercusiones estaban cambiando, ya no solo se consideraba como un problema personal o familiar, sino que las consecuencias económicas y sociales justificaban la intervención del Estado. La rehabilitación debía abarcar aspectos médicos, pero también educativos y laborales. Como reconoció con posterioridad el Dr. Cecilio González, uno de los artífices del Decreto, la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 fue uno de los factores que seguramente influyó en las autoridades.<sup>423</sup> El inválido debía recuperar la mejor capacidad funcional posible para poder desempeñar un papel activo en la sociedad y, el Estado, a través de los diferentes Ministerios, debía ofrecer la posibilidad de reeducación y empleo.

No obstante, a pesar de un adecuado punto de partida, de acuerdo con los criterios y normas internacionales, esta lucha contra la invalidez no tuvo grandes repercusiones. El Dr. Cecilio González explicaba así las actividades que se realizaron tras la aprobación de la Lucha:

Se establecieron contactos con las Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología para implicarlos en el problema, y de acuerdo con ellos se hizo un proyecto de Escuela Nacional de Cirugía Ortopédica, Traumatología y Rehabilitación, que del mismo modo que la Nacional de Sanidad o la de Tisiología, se pretendía funcionase dentro del marco de la Universidad como escuela de graduados.

Hicimos también un proyecto de organización basado en el alemán, que a nuestro modo de ver era el más perfecto, y preparamos las fichas para hacer el censo de inválidos, que era uno de los compromisos de carácter internacional que aún no habíamos abordado. Hicimos también el proyecto para la creación de un centro de parapléjicos, ya que en aquella época no había ninguno en toda España.

De todo ello tan sólo se logró la creación de un Dispensario, que se instaló en unas habitaciones cedidas en el Antituberculoso sito en la calle de Maudes, y la consignación en los presupuestos del Estado de 100.000 pesetas para todos los gastos ocasionados por la Lucha contra la Invalidez.

En cuanto al Patronato, sólo se reunió dos veces, y la sección de la Lucha contra la Invalidez, dentro de la Dirección General de Sanidad ni siquiera llegó a constituirse.

---

<sup>423</sup> Cecilio González Sánchez, "Pasado, presente y futuro de la rehabilitación", *Anales de la Real Academia de Medicina*, tomo LXXXVII, cuaderno 4º, 1ª Sesión científica, 20 enero 1970 (Instituto de España, Real Academia Nacional de Medicina, 1970), 43.

Durante varios años, en nuestras esferas oficiales nadie quiso oír hablar de la invalidez y así estuvimos hasta que, en la primavera de 1956, a petición de nuestro Gobierno y enviados por la OMS, vinieron a visitarnos varios expertos en rehabilitación.<sup>424</sup>

Fue en los años cincuenta cuando la reeducación de inválidos adquirió un verdadero impulso, por tanto, podemos afirmar que, es en este periodo cuando se sentaron las bases para el inicio de la rehabilitación como especialidad médica y de la Terapia Ocupacional como profesión sanitaria en España. En esta década, confluyeron toda una serie de factores clave: una situación internacional más estable, la apertura del aislamiento del país, el papel desempeñado por algunas organizaciones internacionales, el aumento del interés del colectivo sanitario en este tipo de medicina, las epidemias de poliomielitis, y algunos esfuerzos individuales y proyectos aislados que influyeron también en todo este proceso. La interacción de todos estos factores determinó las estrategias y el camino que tomaría la rehabilitación y por extensión la Terapia Ocupacional en nuestro país.

Como ejemplo de todo ello, queremos hacer referencia a la labor que realizaban en esta época los centros asistenciales más claramente orientados a la reeducación funcional. Las siguientes instituciones constituyeron el núcleo fundamental para el desarrollo del conocimiento, de las técnicas y de la organización de las unidades de rehabilitación y, algunos de sus profesionales estuvieron directamente implicados en el posterior comienzo de la Terapia Ocupacional en España.

La **Clínica del Trabajo**, perteneciente al INP y cuya actividad tanto asistencial como docente fue el núcleo desde el que se desarrolló la especialidad en medicina del trabajo de nuestro país. Tras la muerte de Antonio Oller, los directores de la clínica fueron Sánchez Bordona y López de la Garma. En 1966, como consecuencia de los cambios asistenciales y la creación de las ciudades sanitarias, la Clínica fue clausurada como tal y todo su personal fue transferido al Servicio de Rehabilitación de la recién creada Ciudad Sanitaria de la Paz.

El **Instituto de Reeducación de Inválidos**, que como ya se ha comentado, mantuvo su funcionamiento tras la guerra, aunque con grandes limitaciones. Tras la contienda asumió la dirección el doctor Alberto Azpeitia Escola,

---

<sup>424</sup> *Ibíd.*, 44-45.

en este periodo su cometido fue meramente asistencial y asilar. Con posterioridad se reconstruyó el edificio renovando y modernizando las instalaciones. La actividad de Instituto se impulsó a partir de 1959, bajo la dirección de Agustín Lozano Azulas, con un aumento de la actividad quirúrgica y rehabilitadora. La Ley de Formación Profesional de 1955,<sup>425</sup> le había conferido la misión de dar asistencia y tratamiento médico a los inválidos provenientes de la Industria, y de modo especial, la adaptación profesional de los adolescentes y la readaptación de adultos, excluyendo expresamente a los acogidos a la Ley de accidentes. Este impulso quirúrgico-rehabilitador se acompañó de una verdadera decantación por la actividad docente, con el refuerzo de la enseñanza profesional para los alumnos inválidos. En estos años, la mayoría de los internos fueron adolescentes que habían sufrido poliomielitis, seguidos de otros con anomalías del aparato locomotor:

La parte médica se encargó de la Rehabilitación somática, alcanzando los tratamientos quirúrgicos una gran relevancia. Dichos tratamientos eran precedidos y después complementados con una metódica e intensiva práctica de rehabilitación en la sala de fisioterapia y Terapia Ocupacional.<sup>426</sup>

El **Dispensario Central de Rehabilitación**, fue un importante centro estatal para el desarrollo de la rehabilitación en España, en sus años de funcionamiento llevó a cabo una importante actividad clínica y docente. Se puso en marcha en 1951 bajo la dirección del Dr. Cecilio González Sánchez (1907-1974) un médico traumatólogo especializado en medicina del trabajo y con un notable interés y experiencia en la reeducación funcional. Se instaló en las dependencias del antiguo dispensario antituberculoso de la calle Maudes de Madrid hasta 1971, momento en que todo su personal fue trasladado al Centro Nacional de Rehabilitación, en la calle Francisco Silvela, de Madrid. La Escuela de Terapia Ocupacional utilizó las instalaciones del Dispensario desde el año 1961.

El **Centro Médico/Servicio Nacional de Rehabilitación** perteneciente a la red hospitalaria de la **Obra social del 18 de julio**. Fue dirigido por el traumatólogo Luis Esteban Múgica<sup>427</sup> que además de su labor quirúrgica mostró gran interés en las técnicas cinesiterápicas y la difusión de estas técnicas

---

<sup>425</sup> En ese momento el INRI dependía del Ministerio de Educación Nacional.

<sup>426</sup> J. Palacios Sánchez (1989), 78, citado en *Historia de la Rehabilitación* de Climent Barberá, 276.

<sup>427</sup> En 1973, aparecía la reseña de la 4ª ed. de su libro *Rehabilitación por ejercicios*, en el boletín del CODEM "Medicina y cirugía auxiliar". Se resumía así su trayectoria profesional: adjunto en la cátedra de Patología Quirúrgica, jefe del equipo

con la obra *Rehabilitación, ejercicios correctores y masaje (1956)* dirigida a “médicos, ayudantes técnicos sanitarios, enfermeras y profesores de educación física que quieran especializarse en la práctica de la rehabilitación funcional por el ejercicio”.<sup>428</sup>

**Hospital Provincial de Madrid.**<sup>429</sup> El doctor Vicente Sanchís Olmos (1911-1963) fue nombrado profesor jefe del Servicio de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación del Hospital en 1950. Junto con el Dr. Jesús Silva creó un servicio de fisioterapia que desarrolló una importante labor clínica y de formación. Sólo durante el año 1955 se atendieron 700 casos de poliomielitis. Sanchís Olmos desarrolló una enorme labor clínica y de investigación de la parálisis infantil, la tuberculosis osteoarticular y de las lesiones traumáticas, fue el primer presidente de la Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional fundada en 1954.<sup>430</sup>

En Barcelona encontramos ejemplos de actividad rehabilitadora en servicios clínicos hospitalarios de titularidad municipal o religiosa. Los más conocidos eran el servicio de cirugía ortopédica del **Hospital San Juan de Dios**, la unidad de rehabilitación del **Hospital Nuestra Sra. del Mar**<sup>431</sup>, y el **Hospital de San Rafael** dirigidos por Rafael Esteve de Miguel (Huesca 1924-Barcelona 2013). Este médico se había especializado en cirugía ortopédica con Robert Jones y Josep Trueta en Reino Unido, obteniendo el doctorado en Oxford en 1958, su práctica tenía una fuerte inclinación rehabilitadora. En 1963 publicó *Rehabilitación en Ortopedia y Traumatología*, en el que se muestra un modelo de valoración y tratamiento rehabilitador amplio que contenía aspectos fisioterápicos y ocupacionales.

Los **Hospitales de la Cruz Roja** también mantuvieron servicios de rehabilitación activos. Francisco Barnosell Nicolau y José María Poal en Barce-

---

nacional de Rehabilitación de la obra “18 de julio” y de traumatología de la Seguridad Social, además de cirujano de la Beneficencia Municipal.

[http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/d3eadcce-9319-4c0a-9877-c081de241132/67bd8462-fd42-4dd2-81cc-b5687d814b1b/0cc5a240-5375-4566-adba-d656010b2646/RA\\_1973-11.pdf](http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/d3eadcce-9319-4c0a-9877-c081de241132/67bd8462-fd42-4dd2-81cc-b5687d814b1b/0cc5a240-5375-4566-adba-d656010b2646/RA_1973-11.pdf)

<sup>428</sup> Esteban Múgica, 7, citado en *Historia de la Rehabilitación* de Climent Barberá, 274. La obra tuvo al menos 4 ediciones.

<sup>429</sup> En 1914 se creó por suscripción popular un pabellón de Infecciosos anejo al Hospital General. Allí ejerció su labor el Dr. D. Gregorio Marañón, hoy se conoce como Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

<sup>430</sup> En 1957 dimitió de su cargo por diferencias de opinión y se dedicó más definitivamente a la Sociedad de Cirugía Ortopédica (SECOT) y a las publicaciones periódicas de su especialidad.

<sup>431</sup> Desde la instalación de unos pabellones provisionales en 1914 a consecuencia de una epidemia de fiebre tifoidea hasta 1939 se le conoció como Hospital Municipal de infecciosos.

lona y Rafael González Mas en Madrid dirigieron estas unidades. Los dos primeros fueron figuras clave para la creación de la Sociedad Española de Rehabilitación en 1954. Gonzalez Mas, realizó una importante labor de difusión de la especialidad de rehabilitación con el *Tratado de Rehabilitación Médica (1960)*.

Los **Sanatorios Marítimos Nacionales** que se habían creado en el contexto de la lucha antituberculosa también resultaron instituciones importantes, los más conocidos fueron: Oza (A Coruña), Pedrosa (Santander), Torremolinos (Málaga) y la Malvarrosa (Valencia). Teniendo en cuenta las complicaciones óseas de la enfermedad se realizaban actividades de mecanoterapia y electroterapia, unos servicios que se adscribían a las unidades de medicina ortopédica. A medida que disminuyó la incidencia de la tuberculosis las instalaciones de los sanatorios marítimos comenzaron a utilizarse para la lucha contra la invalidez, en 1960 se incorporaron a una red embrionaria de rehabilitación asistencial.

La actividad en todos estos centros fue muy intensa en estos años, la extensión del problema de la invalidez, la aparición de normativa internacional sobre la materia y las visitas realizadas por expertos de la OMS, incidieron en cambios de carácter institucional que se materializaron en 1957 con la aprobación del Decreto de creación del Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos que sustituyó al antiguo Patronato Nacional de Lucha contra la Invalidez de 1949.<sup>432</sup>

En el Decreto se reconocía que, el creciente número de deficientes físicos de origen congénito o adquirido por enfermedad o accidentes con cierto grado de invalidez, constituía una seria preocupación sanitaria. Además, explicaba que, aunque la rehabilitación física y social se incluía ya en la legislación sanitaria española a través del Decreto de 1949, la extensión del problema, su complejidad social y sanitaria y la conveniencia de recoger las normas internacionales sobre dicha materia, aconsejaban ampliar el cometido atribuido al mencionado Patronato. El Patronato se creó como una entidad dependiente del Ministerio de la Gobernación y con la colaboración de los organismos interesados de otros Ministerios. Podemos observar de nuevo aquí, la consideración de la

---

<sup>432</sup> Decreto de 28 de junio de 1957 por el que se crea el Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos (BOE nº180, de 13 de julio de 1957).

invalidez como un problema que iba más allá de lo puramente sanitario y que por tanto necesitaba la implicación de diversos organismos del Estado.

El artículo segundo establecía que serían órganos del Patronato el Pleno, la Comisión Permanente y las Comisiones Provinciales:

Constituirán el Pleno, como Presidente, el ministro de la Gobernación que podrá delegar sus funciones en el Subsecretario del Departamento; como Vicepresidente, el Director General de Sanidad, y como Vocales, el Director de Organismos Internacionales del Ministerio de Asuntos Exteriores; dos representantes del Ministerio de Trabajo y uno por cada uno de los siguientes organismos: Dirección General de Enseñanza laboral, Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos, Seguro Obligatorio de Enfermedad, Dirección General de Beneficencia y Obras sociales, Instituto Nacional de Previsión, Sociedad Española de Cirugía, Ortopedia y Traumatología, Órdenes Religiosas que se dedican a la asistencia de inválidos, designado por el Ministerio de la Gobernación: Delegación Nacional de Sindicatos y un representante sindical de la Organización que agrupe a los Inválidos Civiles. Un catedrático de la Facultad de Medicina propuesto por el Ministro de Educación Nacional. El Secretario general del Patronato Nacional Antituberculoso. El Jefe de la Sección de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos de la Dirección General de Sanidad. Cuatro vocales designados libremente por el Ministro de la gobernación entre personas calificadas por sus estudios, experiencias y actividades en la materia. Un Secretario general, que pertenecerá al Cuerpo de Sanidad Nacional.

La Comisión Permanente estará constituida por: el Director general de Sanidad; el jefe de la Sección de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos de la Dirección General de Sanidad, dos vocales elegidos entre los miembros del Patronato y el Secretario general. Esta Comisión Permanente propondrá las medidas conducentes al desarrollo del plan de rehabilitación y utilización del inválido.

La composición y constitución de las Comisiones Provinciales se determinarán en el Reglamento del Patronato.<sup>433</sup>

En cuanto a los fines del Patronato, se definieron en el artículo tercero tal como sigue:

a) Confeccionar una estadística que permita conocer la amplitud del problema y proponer a la Superioridad las soluciones oportunas.

---

<sup>433</sup> Como indica Águila Maturana en su tesis doctoral (p.132): “Conviene destacar que todo el colectivo de médicos que se ocupaban de los inválidos estaba ampliamente representado. Pero el grupo de médicos que se dedicaban más específicamente a la recuperación funcional, no tenían un órgano de expresión específico y en esta época estaban incluidos dentro de la Sociedad de Cirugía, Ortopedia y Traumatología.”

- b) Estimular y cooperar a la organización de Centros de asistencia y rehabilitación de inválidos en dispensarios, clínicas y servicios hospitalarios generales y especiales.
- c) Coordinar la labor de los Centros públicos y privados existentes, que se dediquen a estas actividades, para evitar duplicidad de servicios y contribuir a su mayor eficacia.
- d) Cooperar al establecimiento de Centros modelo de estudio y construcción de aparatos ortopédicos necesarios para el tratamiento de los inválidos.
- e) Colaborar con los Servicios dependientes de otros Ministerios a la reeducación y colocación de deficientes físicos.
- f) Coordinar con el Seguro de Enfermedad la asistencia y recuperación social y laboral de los lisiados.
- g) Fomentar la organización de Centros de estudio de los problemas sociales que plantea la invalidez y de formación de personal de asistencia social.
- h) Establecer relación intercambio y cooperación con los Organismos específicos internacionales, por mediación del Ministerio de Asuntos Exteriores o con arreglo a las normas y trámites que por el mismo se señalen.

Respecto a los objetivos del Patronato de 1949 se observan algunas novedades: aquí se aconseja la creación de centros especializados y la cooperación con dispensarios, clínicas y servicios hospitalarios generales; además se establece la necesidad de coordinar con el SOE para conseguir, no solo la asistencia médica sino la recuperación social y laboral de los lisiados; se indica la necesidad de crear centros de estudio de los problemas sociales que plantea la invalidez y la formación de personal específico; se señala expresamente la obligación de establecer relaciones de intercambio y cooperación con los Organismos internacionales específicos en la materia.

Desde 1959, se impulsó la labor del Patronato con algunos cambios promovidos por el Director General de Sanidad. El equipo formado por el Dr. Pedro González como Secretario General junto con el Dr. Oñorbe, como Jefe de la Sección de Rehabilitación, el Dr. Bosch Marín, como especialista en los problemas de rehabilitación infantil y el Dr. Cecilio González como experto en rehabilitación general, "tuvo una actividad muy notable durante algunos años y su



papel dinamizador, en clave de apoyo político, fue básico para facilitar las restantes actividades que el colectivo profesional emergente (especialidad médica en rehabilitación) estaba realizando".<sup>434</sup>

Parte de su trabajo se reflejó en el Reglamento del Patronato que se publicó en 1960.<sup>435</sup> En este Reglamento se añadió al Secretario General de la Dirección General de Sanidad como vocal del Pleno y de la Comisión Permanente y se establecieron las directrices para la composición de las comisiones provinciales.<sup>436</sup> Además se crearon las siguientes secciones del Patronato:

- a) Rehabilitación y Recuperación de Inválidos del aparato locomotor. Ortopedia.
- b) Rehabilitación y Recuperación de Inválidos de los sistemas circulatorio, respiratorio, y de los órganos de los sentidos.
- c) Infancia físicamente disminuida.
- d) Enseñanza: reeducación, adaptación y orientación profesional del inválido.
- e) Cuestiones sociales: colocación laboral, recuperación económica.
- f) Hospitalización de grandes inválidos.
- g) Relaciones con Organismos internacionales.

En cuanto a las funciones de las comisiones provinciales,<sup>437</sup> el artículo 15 establecía.

- a) Estimular la organización de Centros de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos y coordinar la acción de sus actividades.
- b) Efectuar la labor social conducente a la recuperación económica del inválido.

---

<sup>434</sup> Climent Barberá, *Historia de la Rehabilitación*, 278.

<sup>435</sup> Orden de 11 de enero de 1960 por la que se aprueba el Reglamento por el que ha de regirse el Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos (BOE nº29, de 3 de febrero de 1960).

<sup>436</sup> Artículo 12: En cada provincia española se organizará una Comisión Provincial del Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos, la cual se constituirá también en Pleno y Comisión Permanente.

Artículo 13: El Pleno de estas comisiones se formará del siguiente modo: presidente el Gobernador Civil; vicepresidente primero el presidente de la Diputación Provincial; vicepresidente segundo el alcalde de la capital; vocales: un catedrático de la Facultad de Medicina en la provincias que exista, propuesto por el Claustro, un médico director o jefe facultativo de un Establecimiento de la Beneficencia provincial, propuesto por la diputación, un representante de los servicios médicos de la Seguridad Social, un pediatra-puericultor del Estado con destino en la provincia propuesto por el Jefe provincial de Sanidad, un cirujano-ortopédico con actuación en la provincia, propuesto por la Sociedad Española de Cirugía, Ortopedia y Traumatología, dos especialistas calificados de la provincia, por sus actividades o conocimientos relacionados con la rehabilitación, en aquellas provincias en que sea conveniente su incorporación, estos vocales se designarán por el Ministro de la Gobernación, a propuesta del presidente de la Comisión Provincial, el presidente de la Asociación de Inválidos de la provincia, el Delegado provincial de Sindicatos, el Inspector de Trabajo de la provincia. Secretario: el jefe provincial de Sanidad.

Artículo 14: La comisión permanente estará integrada por: Presidente: el vicepresidente primero, el Pediatra-Puericultor del Estado, un Cirujano ortopédico, un Vocal del Pleno de la Comisión Provincial. Secretario: el Jefe provincial de Sanidad".

<sup>437</sup> Las delegaciones provinciales fueron absorbidas por las Delegaciones de Servicios Técnicos creados según Decreto de 8 de mayo de 1961.

c) Confeccionar una estadística de los inválidos que existan en la provincia y otra referente a Centros que efectúen rehabilitación.

d) Informar al Patronato sobre la creación de Centros o Servicios de Rehabilitación en Entidades oficinas o particulares.

e) Cumplir las indicaciones que reciban del Patronato.

Como se puede observar por la composición de las comisiones, las secciones que se crearon y las funciones atribuidas, el problema de la invalidez se concebía desde una perspectiva integral que requería por tanto acciones sanitarias, sociales y educativas. Las especialidades médicas que en ese momento tuvieron un papel esencial fueron la pediatría-puericultura y la cirugía ortopédica, sin embargo, la recientemente creada Sociedad Española de Rehabilitación quedó sin representación, lo que generó un malestar manifiesto en la Sociedad.<sup>438</sup>

En 1958 surgió otra iniciativa importante, en esta ocasión desde el colectivo de afectados, la constitución de la Asociación Nacional de Inválidos Civiles (ANIC) que agruparía “con carácter general a todos los inválidos que voluntariamente quisieran pertenecer a ella”, entre otros fines se reconocían:

Colaborar con el Patronato en especial en orden al desarrollo y evolución de los programas de rehabilitación social y laboral, coadyuvando en la medida que le permitan sus posibilidades o recursos a la acción de los centros de orientación y de las instituciones culturales y educativas.

Procurar la colocación de los inválidos debidamente capacitados en las empresas y servicios públicos o privados, instando para ello a los organismos laborales y sindicales competentes las disposiciones adecuadas.

Favorecer la incorporación de inválidos a la vida social, a través de la cultura, las artes y el deporte, para su mejoramiento espiritual y físico.

Cooperar con la Dirección General de la Beneficencia en la asistencia de los inválidos permanentes, absolutos e indigentes.<sup>439</sup>

---

<sup>438</sup> Los comentarios recogidos en el Acta de la reunión plenaria de la Junta Directiva de la SER, celebrada en 14 de diciembre de 1958 son bastante elocuentes, Jiménez Díaz habló de “disgusto de la Sociedad porque no haya sido incluido ningún miembro que la represente en el Patronato”. El Dr. Poal intervino diciendo que “es ridículo que la DGS ignore a nuestra Sociedad, cuando internacionalmente ésta es la que representa a España y es una de las cinco naciones que forman el Comité Ejecutivo de la Federación Internacional de Medicina Física y Rehabilitación”. Al finalizar la reunión se acordó redactar un escrito de protesta.

<sup>439</sup> Orden de 29 de noviembre de 1958 por la que se autoriza la constitución de la “Asociación Nacional de Inválidos Civiles” y se aprueban sus Estatutos (BOE nº305, de 22 de diciembre de 1958).

Los fines de la Asociación Nacional de Inválidos Civiles eran similares a los del Patronato y nos muestran la importancia que se otorgaba a la consideración integral del problema de la invalidez. Además, se reconocía claramente la integración en el mundo laboral como un elemento indispensable en la atención a este colectivo. Todo esto coincidía con los avances en el mundo de la rehabilitación, la sensibilidad social y los cambios políticos que se estaban produciendo.

Desde mediados de los cincuenta hasta principios de los sesenta se desarrollaron otras normativas importantes que influyeron no tanto en el origen como en el posterior desarrollo de la asistencia en Terapia Ocupacional, capítulo que desarrollaremos más adelante. Las más destacables fueron:

La Ley de 14 de abril de 1955 sobre creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica que se propuso con "la mira de realizar más amplios fines, coordinar y encauzar las actividades que en la lucha contra las enfermedades mentales desarrollan tanto los Organismos públicos u oficiales como las Entidades de carácter privado de la Nación". Se reconocía como deber del Estado "salvaguardar por igual la salud psíquica que la física, una misión que no había asumido íntegramente con anterioridad".<sup>440</sup>

El Decreto de 22 de junio de 1956 por el que se aprueba el texto refundido de la legislación de accidentes del trabajo y Reglamento para su aplicación.<sup>441</sup> La sección primera del capítulo VIII de la aplicación del Reglamento está dedicado enteramente a la rehabilitación.

El Decreto 792/1961 de 13 de abril por el que se organiza el aseguramiento de las enfermedades profesionales y la Obra de Grandes Inválidos y Huérfanos de fallecidos por accidente de trabajo o enfermedad profesional con un apartado dedicado exclusivamente a la Recuperación y rehabilitación (artículos 27-29).<sup>442</sup>

---

<sup>440</sup> Ley de 14 de abril de 1955 sobre creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (BOE nº105, de 15 de abril de 1955). Decreto de 21 de diciembre de 1956 por el que se aprueba el Reglamento provisional del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (BOE nº6, de 6 de enero de 1957).

<sup>441</sup> Decreto de 22 junio 1956 por el que se aprueba el texto refundido de la Legislación de accidentes del trabajo y Reglamento para su aplicación (BOE nº197, de 15 julio de 1956).

<sup>442</sup> Decreto 792/1961 de 13 de abril por el que se organiza el aseguramiento de las enfermedades profesionales y la Obra de Grandes Inválidos y Huérfanos de fallecidos por accidente de trabajo o enfermedad profesional (BOE nº128, de 30 de mayo de 1961).

La Ley 193/1963 de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social<sup>443</sup> y el Decreto 907/1966 de 21 de abril, aprobando el texto articulado primero de la Ley 193/1963.<sup>444</sup> En la ley de 1963 se contempló la nueva ordenación de la invalidez, la protección con tratamiento especializado, la nueva iniciativa para garantía de ocupación con relación a los inválidos readaptados y la puesta en marcha de un Plan Nacional de Rehabilitación que culminaba con la dotación de servicios en todos los hospitales de la Seguridad Social.<sup>445</sup>

Todas estas iniciativas muestran que los últimos años de la década de los 50 supusieron un periodo de intensa actividad y movimientos diversos en relación con la rehabilitación y la recuperación funcional de las personas afectadas por trastornos invalidantes. Como ya se mencionó anteriormente, la influencia de ciertos organismos internacionales en un momento de cierta apertura del régimen, junto con la preocupación por la extensión de una enfermedad como la poliomielitis, resultaron factores clave para el desarrollo de la atención a los inválidos. En el siguiente apartado trataremos de describir el papel de la atención a los problemas de la infancia, en especial la poliomielitis y las organizaciones internacionales en todo este proceso, que en el caso de la Terapia Ocupacional resultaron esenciales para el inicio de la formación en esta especialidad.

---

<sup>443</sup> Ley 193/1963 de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social (BOE nº312, de 30 de diciembre de 1963).

<sup>444</sup> Decreto 907/1966 de 21 de abril, aprobando el texto articulado primero de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social (BOE nº96, de 22 de abril de 1966).

<sup>445</sup> Molina Ariño, *Rehabilitación*, 16.

## **Infancia, poliomielitis e intervención internacional**

La elevada mortalidad infantil y su prevención había sido una preocupación constante para la sanidad española desde finales del siglo XIX. Como se explicó anteriormente, existían graves y diversos problemas de salud que afectaban a la población infantil. Por ello, desde las primeras décadas del siglo XX, la Dirección General de Sanidad había impulsado la creación de servicios de atención pediátrica y puericultora para atender a las madres y los niños.<sup>446</sup>

En 1937, el Dr. Bosch Marín asumió la Jefatura de la sección de Puericultura de la Sanidad, con el lema "Al servicio de España y del niño español", sobre las causas de mortalidad infantil llegó a afirmar que,

en nuestro país ejercen influencia causas de orden económico, pero la ejercen mucho mayor las que podemos llamar de orden cultural. Es la incultura de las madres, es la ignorancia en materia de puericultura, es la práctica de costumbres en la crianza de los niños que, transmitiéndose de generación en generación, mantienen entre nosotros una mortalidad infantil elevadísima.

Estos planteamientos determinaron las políticas natalistas y de "protección de la infancia", concebida en el franquismo como un bien social, un patrimonio que era preciso cuidar y conservar.<sup>447</sup> Sirva como ejemplo lo que Pilar Primo de Rivera afirmó dirigiéndose a las mujeres de la Sección Femenina: "les enseñaremos el cuidado de sus hijos para que no mueran tantos niños, que son hijos de Dios y futuros soldados de España".<sup>448</sup>

Desde el principio, la Jefatura de los Servicios de Sanidad Infantil y Maternal se planteó tres objetivos principales: elevar el nivel cultural en materia de Pediatría y Puericultura en todos los niveles de la sociedad española; realizar la vigilancia sanitaria sistemática del mayor número de niños posible; conocer la situación de la infancia en diversos países del mundo y asistir y colaborar en las más diversas organizaciones internacionales. Las acciones que se llevaron a cabo y la legislación que se aprobó en aquellos años, indica el interés político

---

<sup>446</sup> Esteban Rodríguez Ocaña, "La construcción de la salud infantil. Ciencia, Medicina y Educación en la transición sanitaria en España", *Historia Contemporánea* 18, (1998): 19-52.

<sup>447</sup> José Martínez-Pérez, "Consolidando el modelo médico de discapacidad: sobre la poliomielitis y la constitución de la traumatología y la ortopedia como especialidad en España (1930-1950)", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* LXI, nº1, (enero-junio 2009): 117-142.

<sup>448</sup> Juan Bosch Marín, "Treinta años de acción sanitaria puericultora". *Discurso leído en la solemne sesión inaugural del curso académico 1968*. (Instituto de España, Real Academia Nacional de Medicina, 1968), 11.

del régimen franquista en la familia y la infancia.<sup>449</sup> Por otra parte, surgieron una variedad de "organismos paraestatales y no oficiales, en algunos casos, procedentes de cuerpos recién creados como el Auxilio Social o la Sección Femenina. También existía una gran variabilidad en lo tocante a la formación de los profesionales sanitarios en esta área".<sup>450</sup>

En este contexto, apareció la poliomielitis o parálisis infantil,<sup>451</sup> no como algo nuevo, sino como una enfermedad que se convirtió en epidémica desde finales de los años cuarenta hasta el comienzo de los sesenta en nuestro país. Los especialistas en el tema suelen dividir la historia de la polio como problema de salud pública mundial en cuatro etapas: 1) de "emergencia epidémica de la enfermedad (1880-1920)"; 2) de "expansión global (1921-1955)"; 3) de "retirada global (1955-1988)", y 4) de "erradicación global (1988-2002)".<sup>452</sup> En Europa y Estados Unidos se habían producido grandes epidemias en los años veinte y treinta pero las de mayor magnitud y extensión se produjeron de la segunda mitad de los cuarenta al comienzo de los cincuenta. Gran Bretaña, Irlanda o Berlín occidental resultaron zonas gravemente afectadas, lo que supuso un impulso para la creación en 1951 de la Asociación Europea contra la Poliomielitis.<sup>453</sup> En España, la llegada de las grandes epidemias se retrasó un tiempo, el inicio de la década de los años cincuenta y los años posteriores se convirtieron en el periodo de mayor incidencia de la enfermedad, y las tasas de mortalidad

---

<sup>449</sup> Juan Bosch Marín hacía referencia a la Delegación extraordinaria de Protección de Menores (1937), la ley de subsidio familiar (1938), la fundación de Auxilio Social y el Frente de Juventudes (1940), la ley de Sanidad Infantil y Maternal (1941), las leyes penales y tuitivas de 1940, 41 y 42, la de Familias Numerosas (1941), las de Seguro de Maternidad y Enfermedad (1942) y la de Protección Escolar (1944). En el discurso "Treinta años de acción sanitaria puericultora", 15.

<sup>450</sup> Ballester, "España y la Organización Mundial de la Salud...", 38-39.

<sup>451</sup> La poliomielitis era conocida popularmente como parálisis infantil, por su afectación predominantemente de los niños y más rara vez de adolescentes o adultos. Se definía como: "una enfermedad infecciosa causada por uno de los tres virus del mismo nombre y se caracteriza por una inflamación aguda del sistema nervioso central y de las meninges. Resulta afectada principalmente la neurona motora distal, situada en los cuernos anteriores de la médula espinal y del tronco cerebral. La lesión selectiva de estas células es la causante del síntoma característico de la enfermedad: una parálisis de la neurona motora distal, que se asocia con lesiones en los músculos denervados si la lesión es irreversible". J. Trueta, K. Wilson y M. Agerholm, *Poliomielitis, principios y práctica de su tratamiento* (Barcelona: Juventud, 1957), 9, citado en Águila Maturana, "Debate médico...", 246.

<sup>452</sup> M. Smallman-Raynor y A. Cliff, eds., *A world geography. Emergence to eradication* (Oxford: Oxford University Press, 2006), citado en "La lucha europea contra la presencia epidémica de la poliomielitis: una reflexión histórica", de Rosa Ballester y María I. Porras Gallo, *DYNAMIS* 32, (2) (2012): 273-285.

<sup>453</sup> El artículo de María I. Porras Gallo, María J. Báguena, Rosa Ballester y Jaime de las Heras, "La Asociación Europea contra la Poliomielitis y los programas europeos de vacunación", *DYNAMIS* 32, nº2 (2012): 287-310, describe el proceso de creación de la Asociación e indaga en la relación de la AEP con otras agencias internacionales y los programas europeos de vacunación.

y morbilidad por polio siguieron en cifras elevadas hasta principios de los sesenta.<sup>454</sup>

En el año 1947, aumentó la preocupación de las autoridades sanitarias española por la poliomielitis y la Dirección General de Sanidad publicó la Orden por la que se reorganizaban cuatro Centros de Lucha contra la poliomielitis, que radicarían en Madrid, Barcelona, Sevilla y Santander.<sup>455</sup> En la orden se definía la polio como:

Una enfermedad endémica de gran importancia porque más del cincuenta por ciento de los afectados queda con invalideces definitivas y también por el estado de peligro que determina, a causa de la frecuencia con que sufre exacerbaciones que dan lugar a epidemias de alguna consideración.

Por esos motivos se reconocía la apremiante necesidad de establecer la lucha contra esta enfermedad y sus secuelas. Las funciones de los centros de lucha eran: la hospitalización de enfermos, la enseñanza epidemiológica y clínica para médicos, la organización de los medios de tratamiento, la enseñanza para enfermeras y personal auxiliar y la divulgación y propaganda de la lucha. El decreto estableció además que las Jefaturas Provinciales de Sanidad remitirían un parte estadístico semanal de cada caso declarado.

Dos años más tarde se aprobó la Lucha Sanitaria Nacional contra la Invalidez, que incluía la poliomielitis como una de las causas de invalidez y reconocía que el número de afectados por trastornos invalidantes en edad infantil y juvenil era muy elevado. Evidentemente la extensión de la enfermedad impulsó la puesta en marcha de esta lucha.

En el año 1950, se produjo un brote muy importante, registrándose cerca de 1600 casos en España, la epidemia atacó con intensidades diferentes a gran número de provincias españolas, pero las más afectadas fueron Madrid y Santander.<sup>456</sup> Se formó una Junta para la lucha contra la enfermedad y en el año 1951, se aprobó la Orden Ministerial por la que se creó el Servicio contra la Poliomielitis en Madrid, dependiente de la Dirección General de Sanidad.<sup>457</sup> En

---

<sup>454</sup> J. Vicente Toledo Marhuenda, "La poliomielitis en España (1880-1970) y su impacto sobre el desarrollo de las técnicas de fisioterapia" (tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández de Elche, 2010).

<sup>455</sup> Orden por la que se reorganizan cuatro Centros de Lucha contra la poliomielitis, que radicarían en Madrid, Barcelona, Sevilla y Santander (BOE nº226, de 14 agosto 1947).

<sup>456</sup> Toledo Marhuenda, "Poliomielitis en España...", 68 y 538.

<sup>457</sup> Orden Ministerial del 23 de abril por la que se crea el Servicio contra la Poliomielitis, dependiente de la Dirección General de Sanidad (BOE nº115, de 25 de abril de 1951).

la orden se reconocía que “la presencia durante el pasado verano de numerosos casos de poliomielitis, constituyendo un verdadero brote epidémico, aconseja tomar las precauciones sanitarias precisas por si hubiese una repetición de la misma enfermedad” por lo que se disponía la creación de un Servicio contra la poliomielitis dependiente de la Dirección General de Sanidad que se ubicaría en un Pabellón del Hospital Niño Jesús. El servicio constaba de dos secciones, una ambulatoria y otra de hospitalización y se especializó en las formas agudas y graves de la enfermedad, en las que resultaban afectadas las funciones respiratorias. Además, se facultó a la Dirección General de Sanidad para extender este servicio a otras provincias si lo estimaba necesario, así que a partir de ese momento se fueron creando algunos centros hospitalarios de tratamiento y empezó a generarse una red de asistencia de pulmones de acero.<sup>458</sup>

La cantidad de niños afectados por la enfermedad en la década de los cincuenta era muy elevada si bien es cierto que “las cifras disponibles se cuantificaron dudosamente y nunca fueron reconocidas públicamente en sus auténticas dimensiones”.<sup>459</sup> Realmente sólo se declaraban los casos de poliomielitis con clínica paralítica, lo que dejaba sin cuantificar el resto de formas descritas de la enfermedad.<sup>460</sup> Existían además desacuerdos entre las diferentes “familias” del régimen sobre la manera de afrontar la enfermedad y transmitir la información a la población.<sup>461</sup> En realidad, el gobierno se resistía a reconocer que la polio constituía un importante problema de salud pública para España, puesto que el elevado número de personas “impedidas” y las graves secuelas de la enfermedad, “desafiaban el discurso pro-natalista y regeneracionista del régimen; el niño con secuelas poliomiélticas suponía una exhibición paradójica del pueblo numeroso, sano y fuerte concebido para forjar una ‘España Imperial Grande y Libre’”.<sup>462</sup>

---

<sup>458</sup> Los popularmente conocidos “pulmones de acero” eran respiradores de tanque por presión negativa. Se recurría a estos artefactos en el tratamiento de la fase crítica en los primeros momentos de la enfermedad. Esta terapéutica se insertó dentro del campo de la respiración artificial y se constituyó como un método no invasivo de respiración. Toledo Marhuenda, “Poliomielitis en España...”, 218-219

<sup>459</sup> Juan A. Rodríguez Sánchez y Jesús Seco Calvo, “Las campañas de vacunación contra la poliomielitis en España en 1963”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* LXI, nº1 (enero-junio 2009): 82.

<sup>460</sup> Para un análisis de los datos epidemiológicos sobre la poliomielitis en España véase la tesis doctoral de Toledo Marhuenda.

<sup>461</sup> Ballester, “España y la Organización Mundial de la Salud...”, 50.

<sup>462</sup> Ángela Cenarro, *La sonrisa de Falange. Auxilio Social en la guerra civil y en la posguerra* (Barcelona: Crítica, 2006), 114, citado en “Las campañas de vacunación...” de Rodríguez Sánchez y Seco Calvo, 83.



En medio de este contexto, comenzaba la apertura del aislamiento político internacional del régimen de Franco. En materia de salud, el ingreso de España en la OMS en 1951 permitió el establecimiento de contactos esenciales para la creación y desarrollo de proyectos que mejoraran la situación sanitaria del país. En lo que se refiere a la atención a la población infantil, estos contactos facilitaron la firma de un convenio con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la visita de especialistas de la OMS para evaluar la situación y realizar recomendaciones dirigidas al gobierno. En el siguiente apartado explicaremos los detalles de este proyecto que fue determinante para el desarrollo de la rehabilitación, y más en concreto de la Terapia Ocupacional.

Las evaluaciones y recomendaciones de estos expertos en cuanto a los servicios dirigidos a la infancia afectada de poliomielitis, surtieron efecto tanto en los responsables gubernamentales como en los especialistas dedicados a estos problemas, para algunos, constituyó el apoyo y el refuerzo que necesitaban en ese momento a su labor. Así que en ese periodo se movilizaron diversos recursos y se buscaron maneras de impulsar los servicios de asistencia y de prevención, así como la formación y la especialización de profesionales dirigidos a las personas afectadas.

Desde el asociacionismo médico también se produjo una novedad importante, en 1954 se creó la Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional<sup>463</sup> que desde 1957 pasó a denominarse Sociedad Española de Rehabilitación.<sup>464</sup> Otras sociedades profesionales médicas ligadas al mundo de la invalidez ya funcionaban con anterioridad,<sup>465</sup> lo que dio lugar a conflictos de intereses en lo que respecta al control de la enseñanza especializada y de los servicios dirigidos a la invalidez. A esto se sumaba el ya mencionado "enfrentamiento" entre Dirección General de Sanidad y Seguro Obligatorio de Enfermedad que complicó las estrategias de afrontamiento de la enfermedad, un hecho que se evidenció claramente en la organización de las campañas de vacunación como veremos más adelante.

---

<sup>463</sup> La Reunión fundacional se celebró el 11 de octubre de 1954 en la ciudad de Barcelona. Climent Barberá, *Historia de la Rehabilitación*, 295.

<sup>464</sup> Desde 1993 es conocida como Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF)

<sup>465</sup> La Sociedad Española de Cirugía ortopédica y Traumatología desde 1947, la Sociedad Española de Reumatología desde 1948 y la Sociedad Española de Neurología desde 1949.

En cualquier caso, las acciones que desde diversos ángulos de la medicina se llevaron a cabo en esta época en cuanto a participación y organización de congresos, investigación, publicaciones, estancias y ampliación de estudios en el extranjero, contribuyeron a generar un ambiente de interés profesional y gubernamental por la asistencia a las personas con invalidez. Desde el ámbito estatal se comenzó a trabajar en la renovación del Patronato Nacional de Lucha contra la Invalidez dando lugar, como se explicó anteriormente, a la creación del Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos en 1957. Además, la celebración en Madrid del V Simposio de la Asociación Europea contra la Poliomiélitis en septiembre de 1958, favoreció que la clase política comenzara a reconocer la polio como un problema de salud pública. En el congreso, se presentó el problema de la poliomiélitis como un rasgo propio de países occidentales desarrollados, una afirmación basada en la descripción del “fenómeno Payne” que afirmaba que,

cuando las tasas de mortalidad infantil, en una determinada zona geográfica, como indicador del nivel sanitario del país, mostraban una tendencia a la baja, entonces aumentaba la incidencia y prevalencia de la poliomiélitis.<sup>466</sup>

La consideración de la polio como una “enfermedad de la civilización” sirvió como argumento político para impulsar los servicios de atención a la poliomiélitis, pero el evidente retraso en la admisión del problema trajo consigo diversas consecuencias, puesto que las medidas legislativas y asistenciales dirigidas a la creación y adaptación de servicios de atención y tratamiento se materializaron realmente en los años sesenta.<sup>467</sup>

Desde el ámbito estatal comenzó a funcionar oficialmente en Madrid, en el año 1959, el Servicio Nacional de Poliomiélitis Aguda, en el Pabellón III del Hospital del Rey, con una dotación de “pulmones de acero” y servicios de rehabilitación.<sup>468</sup> Dicho hospital estaba especializado en enfermedades infecciosas y había participado activamente en la formación de la Escuela Nacional de Sanidad

---

<sup>466</sup> Toledo Marhuenda, “Poliomiélitis en España...”, 51.

<sup>467</sup> María I. Porras Gallo et.al., coords. *El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista*. (Madrid: Los libros de la Catarata; 2013), 104-105.

<sup>468</sup> El Hospital del Rey se inauguró el 25 de enero de 1925 como Hospital de infecciosos, dependiente de la Dirección General de Sanidad. En 1962, se realizó el traslado al recién inaugurado Hospital Clínico San Carlos de la Ciudad Universitaria. Actualmente el campus de Chamartín del Instituto de Salud Carlos III ocupa los antiguos pabellones del Hospital del Rey.

desde los años veinte en coordinación con la Universidad de Madrid.<sup>469</sup> Desde 1955 se puso en marcha un departamento de fisioterapia y allí mismo, el profesor Francisco Martín Lagos<sup>470</sup> comenzó a organizar cursos de fisioterapia en 1957,<sup>471</sup> al año siguiente se aprobó oficialmente la creación de la Escuela de Fisioterapia adscrita a la Cátedra de Patología y Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid.

En 1959, en el Dispensario Central de Rehabilitación de Madrid,<sup>472</sup> el doctor Cecilio González organizó cursos de capacitación en rehabilitación para médicos de los Sanatorios Marítimos Nacionales, se impartió también dentro de la Cátedra de Patología Quirúrgica del profesor Martín Lagos y tuvo una duración de tres meses.

En vista del éxito obtenido con el curso de médicos, desde el año siguiente (1960), fuimos encargados de organizar, en colaboración con la Facultad de Medicina, cursos regulares de un año académico, para la formación de especialistas, subvencionados por la Dirección General de Sanidad.<sup>473</sup>

De esta manera, a partir del año 1960 podía obtenerse un título universitario de capacitación en rehabilitación en Madrid, refrendado por la Dirección General de Sanidad.<sup>474</sup> En años posteriores y con planes de estudios semejantes empezaron a impartirse otros cursos en Barcelona y Valencia.

Además de estas instituciones de competencia estatal, se implicaron en el problema otras entidades, fundamentalmente hospitales de titularidad municipal y provincial, clínicas privadas y establecimientos a cargo de órdenes religiosas. Todas ellas participaron de diferentes maneras en el desarrollo de la asistencia y la rehabilitación de los afectados, así como la formación de personal especializado.

---

<sup>469</sup> La tesis doctoral de Alberto Gálvez Ruíz, "Enfermedad infecciosa y práctica clínica en la España del siglo XX: una aproximación a través de las historias clínicas del hospital del Rey de Madrid (1924-1950)" (Universidad Complutense de Madrid, 2009), muestra un análisis detallado del funcionamiento de este hospital y detalles interesantes sobre las descripciones clínicas de la polio que se registraron en las historias clínicas.

<sup>470</sup> Catedrático de Patología y Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central desde 1945. Director y fundador de la "Revista Española de Cirugía, Traumatología y Ortopedia" (1944). Director del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

<sup>471</sup> En 1957 se aprobó el "Decreto 26 de julio de 1957 por el que se establece la especialización de "Fisioterapia" para los Ayudantes Técnicos Sanitarios" (BOE nº215, de 23 de agosto de 1957). Al año siguiente se aprobó la "Orden de 25 de febrero de 1958 por la que se crea una Escuela para la enseñanza de "Fisioterapia", para Ayudantes Técnicos Sanitarios, adscrita a la cátedra de "Patología quirúrgica 1ª" de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid" (BOE nº93, de 18 de abril de 1958)

<sup>472</sup> Fue en este mismo Dispensario Central donde se iniciaron los estudios de Terapia Ocupacional en 1961.

<sup>473</sup> González Sánchez, "Pasado, presente y futuro...", 49.

<sup>474</sup> José M. Climent Barberá, "Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física: 50 aniversario", *Rehabilitación (Madr)* 39, nº1 (2005): 29-35.

En Valencia destacamos el Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa, entonces dirigido por el Dr. Álvaro López Fernández, el Hospital General/Provincial de Valencia y el Asilo Hospital de San Rafael. En esta ciudad el Dr. Carlos Caballé Lancry<sup>475</sup> ejerció una labor muy importante de promoción de la formación especializada, de manera que se inició un curso de formación en fisioterapia en el año 1957. La conocida como Escuela Departamental de Fisioterapia desde 1959, se adscribió inicialmente al Departamento de Rehabilitación de la Cátedra de Terapéutica Física del profesor Belloch Zimmermann de la Facultad de Medicina de Valencia.<sup>476</sup>

En Barcelona fue muy importante la labor del doctor Francisco Bernosell en el Hospital Clínico, que se orientó especialmente hacia los problemas respiratorios de los pacientes con poliomielitis. Además, el Hospital Municipal de Nuestra Señora del Mar, especializado en pacientes infecciosos, desarrolló una importante actividad rehabilitadora en esos años. Desde el Servicio de Recuperación Funcional dirigido por Rafael Esteve de Miguel, se atendieron 854 casos de poliomielitis entre 1956 y 1961.<sup>477</sup> Las palabras del Dr. Esteve de Miguel nos indican una orientación terapéutica muy al día con las novedades en rehabilitación:

El objetivo del tratamiento en la poliomielitis es ayudar al paciente a que alcance la mayor recuperación funcional posible. Para ello se ha de conseguir que las unidades motoras no destruidas recobren su función y utilizar del mejor modo posible la capacidad motora residual, obteniendo cuando convenga las suplencias necesarias.<sup>478</sup>

En la primavera de 1958, se celebró en el Hospital de Infecciosos (Hospital Municipal Ntra. Sra. del Mar) el "Curso de rehabilitación funcional de la poliomielitis".<sup>479</sup> En octubre de ese mismo año, comenzaron en Hospital de la Cruz Roja los "Estudios de especialización en medicina física y rehabilitación de

---

<sup>475</sup> Carlos Caballé Lancry, especialista en Medicina física y Rehabilitación ha sido reconocido por su trabajo en la especialidad de electroterapia y por su carrera profesional en el ámbito privado. Fue el primer Jefe de Servicio de Rehabilitación del Hospital Clínico de Valencia, el primer profesor oficial de rehabilitación y obtuvo la primera cátedra de Rehabilitación de la Universidad de Valencia.

<sup>476</sup> Toledo Marhuenda, "Poliomielitis en España...", 407.

<sup>477</sup> Climent Barberá, *Historia de la Rehabilitación*, 282.

<sup>478</sup> Rafael Esteve de Miguel y Alejandro Ota, *Rehabilitación en ortopedia y traumatología* (Barcelona: JIMS, 1965), 474.

<sup>479</sup> Tal como informaba la revista *Acta Fisioterápica Ibérica* en su volumen III, (1958): 94-95, el curso fue "profesado por el Dr. Esteve de Miguel, Jefe de Servicio de Recuperación Funcional, con la colaboración de los Dres. J.M<sup>a</sup> Ginabreda, J. Salarich Torrents, J. Alier, E Berini, J. Clará Pérez, F. Corominas Beret, J. Llopis Juliá, A. Ota, y de las instrucciones fisioterapistas señoras J. Lobato y J. Nystrom y de la profesora de Terapéutica Ocupacional señora A. Nicholson Turchi. El curso comenzó el día 8 de abril y concluirá el día 14 de junio de 1958, estando limitado a doce el número de cursillistas".

las enfermedades del aparato locomotor bajo el patrocinio de la Sociedad Española de Rehabilitación” y un “Curso de preparación para auxiliares fisioterapeutas”. Los cursos fueron dirigidos por Francisco Barnosell y José María Poal, co-jefes del Servicio Central de Rehabilitación del Hospital y tenían una duración de dos años.<sup>480</sup> En ambos cursos se incluía la Terapia Ocupacional como un capítulo específico con formación teórica y práctica. En el programa para auxiliares fisioterapeutas se incluían en el segundo curso, 21 horas de teoría y 160 horas de práctica de ergoterapia o terapéutica ocupacional. Los temas tratados eran los siguientes:

Lección 124. Ergoterapia. Definición y principios. Historia. Indicaciones de la ergoterapia en el niño, en el adulto y en el anciano. Tipos de ergoterapia.

Lección 125. La ergoterapia como elemento reeducador y mental. Adaptación general y segmentaria del enfermo a las distintas actividades ergoterápicas.

Lección 126. Consideraciones sobre la ergoterapia regional de la extremidad superior. Hombro, codo, muñeca y mano. Reeducción de la escritura.

Lección 127. Consideraciones sobre la ergoterapia regional del tronco.

Lección 128. Consideraciones sobre la ergoterapia regional de la extremidad inferior. Cadera, rodilla y pie.

Lección 129 a 142. Análisis kinesiológicos detallados de los trabajos correspondientes a cada una de las labores siguientes:

- a) mecanografía
- b) carpintería
- c) tejido manual
- d) metalistería
- e) material plástico
- f) alfarería y modelado
- g) repujado
- h) marroquinería
- i) juguetería
- j) tapicería
- k) artes domésticas

---

<sup>480</sup> Sociedad Española de Rehabilitación. Hospital de la Cruz Roja de Barcelona. “Estudios de especialización en Medicina Física y rehabilitación de las enfermedades del aparato locomotor bajo el patrocinio de la Sociedad Española de Rehabilitación”. En: Informaciones. *Acta Fisioterápica Ibérica* III, (1958): 93-94.

- l) cestería
- m) pintura y grabado
- n) impresión

Técnicas especiales en cada labor. Materiales a emplear. Utensilios, instrumentos y máquinas. Adaptaciones especiales en cada labor. Precauciones.

Lección 143. Escalas funcionales. Conceptos. Análisis y reeducación de las actividades diarias en función del déficit motor y en relación con la independencia del enfermo.

Lección 144. Actividades sociales.<sup>481</sup>

Para la preparación de las clases sobre Terapia Ocupacional se contó con la colaboración de la señora Anne Nicholson Turchi, probablemente la primera terapeuta ocupacional en impartir formación en España. Dña. Ana Forns, la primera terapeuta ocupacional titulada de Cataluña, estuvo directamente implicada en todo ese proceso, en la entrevista que nos ofreció, contó algunos detalles:

Terminé mis estudios de ATS en el año 1952, y trabajaba como instrumentista de cirugía en Tarrasa. Cuando surgió la epidemia de polio (56-57) me puse en contacto con el Hospital Sta. María del Mar de Barcelona para ayudar. Me dijeron que habían venido unas personas de la OMS y que por mis conocimientos de inglés podría ser una ayuda para traducir. Desde Estados Unidos llegaron Mrs. Emily Abouchar<sup>482</sup> que se ocupaba de la logística y Mrs. Anne Turchi, quien comenzó a organizar el departamento de Terapia Ocupacional del Hospital de Sta. María. Mi compañera Elena Salvá fue enviada a Suecia para formarse en fisioterapia y a su vuelta consiguió montar el primer centro de Rehabilitación de España en Tarrasa en 1958. Yo continué aquí con Anne Turchi, traduciendo libros y otros documentos para poder ser distribuidos también a otros centros. Esto me sirvió para conocer la Terapia Ocupacional y me gustó, en realidad no tenía una especial inclinación por la fisioterapia o la Terapia Ocupacional, ambas profesiones eran importantes y el trabajo era urgente. En 1959 Mrs. Abouchar me consiguió una beca para estudiar en la Liverpool School of Occupational Therapy, no estoy segura de que fuera una beca de la OMS, la cuestión es que la directora de la Escuela de Liverpool, que era una de las fundadoras de la WFOT, tenía contacto con Mrs. Abouchar y Mrs. Anne Turchi y facilitó las

---

<sup>481</sup> Sociedad Española de Rehabilitación. "Estudios de especialización en Medicina Física y rehabilitación de las afecciones del aparato locomotor. Programa para Auxiliares Fisioterapeutas". *Acta Fisioterápica Ibérica* III, nº4, (1958): 57-77.

<sup>482</sup> La Sra. Abouchar era la responsable de la Secretaría para España de la entonces *International Society for the welfare of cripples* (ISWC), Sociedad Internacional para el bienestar de los lisiados, actualmente conocida como *Rehabilitation International-RI Global*, una organización filantrópica con sede en Nueva York, el Dr. Howard Rusk fue presidente de la ISWC de 1954-1957. El marido de la Sra. Abouchar, Mr. William G. Abouchar fue presidente de la Cámara de Comercio de Estados Unidos en España de 1960-1965.

cosas. La carrera duraba tres años, pero mi preparación como ATS me permitió pasar todos los exámenes en dos, y tras ello me quedé un año más para adquirir experiencia. Volví a Tarrasa a finales de 1962, donde me esperaban para organizar el Departamento de Terapia Ocupacional.

### **Las campañas de vacunación antipoliomielítica**

De 1955 a 1958 existieron actividades puntuales de vacunación, bien como resultado de donaciones realizadas por laboratorios o por gobiernos de algunos países (USA, Canadá), bien como iniciativas privadas. Las que se realizaron a partir de 1958, por parte de la DGS, aunque públicas, no contaron con difusión y sólo fueron gratuitas para quienes eran subsidiarios de beneficencia.<sup>483</sup> La escasez de recursos a nivel estatal y municipal, un número insuficiente de dosis proporcionadas a las Jefaturas Provinciales de Sanidad, la falta de colaboración y coordinación entre los distintos estamentos impidieron una inmunización generalizada de la población, y la morbilidad por polio continuó elevada hasta la primera campaña masiva de vacunación de 1963-1964.<sup>484</sup>

En ese momento se evidenciaron las aspiraciones del SOE por ampliar sus competencias en materia preventiva al publicar una Orden para la que legislaba su campaña gratuita con vacuna Salk, que fue contestada con otra orden de la DGS por la que se establecía la gratuidad de sus vacunaciones y se preparaba una gran campaña nacional vacunación oral masiva. Estas campañas crearon desconcierto e inseguridad en la población y malestar entre los responsables sanitarios provinciales.

Florencio Pérez Gallardo, virólogo de la Escuela Nacional de Sanidad, gran impulsor de la virología e investigador de la poliomielitis hizo posible la creación del Centro Nacional de Virus y que se pusieran en marcha las campañas de vacunación anti-poliomielítica por vía oral gratuita. Afirmaba Pérez Gallardo que "en pocas o ninguna enfermedad infecciosa se encuentra el médico tan desprovisto de armas profilácticas como en el caso de la poliomielitis" y que en realidad todo lo que se podía hacer era poner en práctica ciertas medidas profilácticas generales usadas en todas las enfermedades infecciosas.<sup>485</sup>

---

<sup>483</sup> Juan A. Rodríguez Sánchez, "Del control a la erradicación: salud pública y atención primaria en la lucha contra la poliomielitis", en *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*, ed. por E. Perdiguer Gil, (Alicante: Universidad Miguel Hernández, 2015). <http://editorial.umh.es/tag/transicion-democratica/>

<sup>484</sup> Porras Gallo, "La poliomielitis...", 85.

<sup>485</sup> Mariño, Navarro y Pino, *Los inicios de actividades de salud pública...*, 55-56.

Finalmente, las primeras campañas de vacunación antipoliomielítica oral comenzaron en 1963-64, alcanzando una cobertura superior al 95% de los niños. Como consecuencia inmediata, los casos de poliomielitis descendieron de una media de 2000 casos anuales a 193 casos, no obstante, el número elevado de pacientes con deformidades ortopédicas causadas por la poliomielitis, continuó siendo un problema médico importante en los años sucesivos, haciendo necesaria la rehabilitación.

Pese a la eficacia de la vacunación [...] lo cierto es que el elevado número de niños con discapacidades físicas causadas por las formas parálíticas de la enfermedad, la sensibilidad frente a estas situaciones de vulnerabilidad, el problema social, político y económico que suponía y el hecho de que, paradójicamente, estos brotes epidémicos de la primera mitad del siglo XX, afectaran a países occidentales con un mayor grado de desarrollo sanitario, explican la importante movilización de recursos de rehabilitación a nivel internacional. Las agencias de la Organización de las Naciones Unidas (en especial la OMS y el UNICEF), desempeñaron, junto a otros actores del ámbito de las profesiones sanitarias y de la propia población civil, un importante papel.<sup>486</sup>

### **Organizaciones internacionales y apoyo a la infancia española: origen del programa “Rehabilitación de niños impedidos”**

La apertura del aislamiento internacional del régimen iniciada en 1950, se realizó con ciertas restricciones y la desconfianza general de los países occidentales hacia España todavía persistía. De manera que, aunque el ingreso en las organizaciones internacionales suponía una oportunidad para el gobierno, también era un medio de control por parte de dichas organizaciones. En cualquier caso, las autoridades españolas querían mostrar una imagen positiva del país que contribuyera a legitimar la dictadura, una actitud que se evidenció en el desarrollo de ciertas acciones y estrategias de contacto internacional.<sup>487</sup> Ese interés por ofrecer una buena imagen también contribuyó a la creación apresurada de ciertos servicios sanitarios, especialmente aquellos dedicados a la rehabilitación.<sup>488</sup>

---

<sup>486</sup> Rosa Ballester, “Marcos políticos y programas sanitarios en España (1958-1988). El largo camino hacia la erradicación de la poliomielitis: de las campañas sanitarias a la erradicación global”, en *Política, salud y enfermedad...*, ed. Perdiguer Gil, 62.

<sup>487</sup> Rosa Ballester, María I. Porras Gallo y María J. Báguena, “Las políticas locales de salud bajo el microscopio: consultores, expertos, misiones internacionales y la poliomielitis en España, 1950-1975”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 22, nº3, (jul.-set. 2015): 925-940.

<sup>488</sup> Ballester, “España y la Organización Mundial de la Salud...”, 51.



Como relató Bosch Marín, a partir de un estudio realizado por las autoridades españolas, se redactó conjuntamente con el Sr. Maurice Pate, Director ejecutivo del UNICEF, y con el Sr. Federico Eggers (prestigioso pediatra chileno), Jefe de la Oficina de este organismo para Europa y África, un convenio básico entre este organismo y el gobierno español.<sup>489</sup> La firma del convenio se realizó en Nueva York el 7 de mayo de 1954, con Román de la Presilla como representante del gobierno español y Maurice Pate como director ejecutivo de UNICEF. El 11 de junio del mismo año se aprobó la creación de la Comisión Interministerial para el Auxilio Internacional a la Infancia, que serviría para coordinar y ejecutar las acciones derivadas del convenio firmado con UNICEF.<sup>490</sup>

En este documento se definieron con carácter general los planes de operaciones para establecer una serie de programas, con los derechos y obligaciones de ambas partes. Sirvió de fundamento para los demás acuerdos parciales sobre los referidos programas, detallándose las particularidades de cada una de las etapas sucesivas que se fueron implantando para ejecutar los compromisos alcanzados. Bosch Marín reconoció que estos convenios secundarios, firmados formalmente por los representantes del UNICEF y del gobierno no se publicaron oficialmente. De hecho, es llamativo que ni siquiera el convenio se publicara en 1954, sino cinco años más tarde, el 21 de noviembre de 1959, cuando apareció en el BOE.<sup>491</sup> Teniendo en cuenta que España fue admitida en la ONU en 1955, es posible que existieran ciertas precauciones tanto desde los organismos dependientes de la ONU como desde el gobierno español respecto a todo lo que implicaba la provisión de ayuda internacional.

Los programas de carácter sanitario y social que UNICEF patrocinó, fueron cinco:

- Cuidados a niños nacidos prematuramente. Consejero-coordinador: Excmo. Sr. D. Juan Bosch Marín, Jefe de Servicios de Higiene Infantil.
- Diagnóstico y tratamiento de la sífilis congénita. Director sustituto: Ilmo. Sr. D. Félix Contreras Dueñas, Jefe de Sección de la Dirección General de Sanidad.

---

<sup>489</sup> Juan Bosch Marín, "El UNICEF en su acción por los niños en España", *Anales de la Real Academia de Medicina* LXXXXIX, (1972): 284.

<sup>490</sup> Decreto de 11 de junio de 1954 por el que se crea la Comisión Interministerial para el Auxilio Internacional a la Infancia. Ministerio de Asuntos Exteriores (BOE nº194, de 13 de julio de 1954).

<sup>491</sup> Convenio entre el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Gobierno español. Ministerio de Asuntos Exteriores (BOE nº279, de 21 de noviembre de 1959).

- Rehabilitación de niños físicamente impedidos (1956...). Coordinador y Director: Excmo. Sr. D. Pedro González Rodríguez, Secretario del Patronato Nacional de Rehabilitación.
- Lucha contra el tracoma. Director: Excmo. Sr. Dr. D. Gerardo Clavero del Campo, Director de la Escuela Nacional de Sanidad.
- Conservación y distribución de leche. Director gerente: Ilmo. Sr. D. Justo Pintado Robles, Jefe del Servicio Escolar de Alimentación.<sup>492</sup>

El tercero de ellos, "Rehabilitación de niños impedidos" dio comienzo a la organización de un programa nacional de rehabilitación, un hecho que resultó decisivo en el origen de la Terapia Ocupacional como profesión en España. El proyecto se puso en marcha con la visita realizada a España entre abril y mayo de 1956 por dos expertos, el Dr. Frank J. Safford, médico consejero para la cuestión de niños físicamente disminuidos de la OMS y M. Kurt Janson, Jefe del Servicio de Rehabilitación de la Dirección de Asuntos Sociales de la ONU. En el último mes se incorporó al equipo M. de Vermes del UNICEF,<sup>493</sup> para asesorar sobre las necesidades de material y realizar un anteproyecto de operaciones.<sup>494</sup>

Estos expertos desarrollaron una de las "misiones" que organizó la OMS en aquellos años. Para la realización de dichas misiones, se designaban personas concretas que hubieran demostrado su competencia en la materia correspondiente y que tuvieran la disponibilidad de ofrecer sus servicios durante varios meses o incluso años en otro país, como así sucedió en España. El tiempo que pasaban en sus respectivos destinos, les ofrecía la oportunidad de conocer la realidad sobre el terreno, de manera que podían evaluar la situación a través de sus observaciones y realizar recomendaciones. Además, muchos de ellos se implicaban en los proyectos incidiendo directamente en su puesta en marcha y desarrollo. Los informes que elaboraban se enviaban a la OMS, aunque generalmente no se publicaban. La independencia de los consultores quedó reflejada en el contenido de dichos informes que exponían con claridad las necesidades y problemas observados, "lo que no siempre resultaba fácil en determinados países con regímenes políticos no democráticos".<sup>495</sup>

---

<sup>492</sup> Manuel Bermúdez Pareja, *UNICEF protector de la infancia*, colección de Folletos para médicos (Madrid: Dirección General de Sanidad, 1961), 18-19.

<sup>493</sup> También conocido, especialmente en lengua francesa por las siglas FISE (Fondo Internacional de Socorro a la Infancia)

<sup>494</sup> Frank J. Safford y M. Kurt Janson, *Programa nacional de rehabilitación de niños físicamente disminuidos: informe sobre una misión en España*. Volumen nº227 de publicaciones "Al servicio de España y del niño español" (Madrid: Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad, 1957), 11.

<sup>495</sup> Ballester, "España y la Organización Mundial de la Salud...", 21.

El proyecto iniciado por Safford y Janson aparece en el informe de actividades de la OMS de 1956 con la denominación España-3. La puesta en marcha del proyecto se resumía así:

Un consultor de la Organización y un experto en protección social de las Naciones Unidas han visitado los servicios existentes en España y se ha preparado, en colaboración con el gobierno de España, un plan nacional de rehabilitación de impedidos que está siendo estudiado por el Gobierno, la Administración de Asistencia Técnica, la OIT, la OMS y el UNICEF.<sup>496</sup>

En la lista de proyectos llevados a cabo en ese año aparecía la siguiente descripción:

“España 3. Rehabilitación de niños impedidos (1956- ) (P, UN): <sup>497</sup>

**Objeto:** Organizar un programa nacional de rehabilitación de niños impedidos.

**Ayuda prestada por la OMS y labor realizada durante el año:** Un consultor durante seis semanas, que, con un experto en servicios sociales de las Naciones Unidas, visitó algunas instituciones en Madrid, Valencia y Barcelona; realizó una encuesta para determinar las necesidades y los medios disponibles, y examinó con las autoridades nacionales un proyecto de programa de rehabilitación aplicable a todo el país. A base de las recomendaciones formuladas por el experto en su informe, el Gobierno ha pedido becas y servicios de asesoramiento a la OMS y suministros al UNICEF”.<sup>498</sup>

Además de entrevistas con Francisco Franco, Ángel Quiroga,<sup>499</sup> José Alberto Palanca y Juan Bosch Marín, como principales responsables políticos, se realizaron otros encuentros con profesionales de la medicina y visitas a diversas instituciones. Los expertos agradecieron la ayuda y los informes estadísticos parciales proporcionados por los doctores Bosch Marín y Blanco Otero<sup>500</sup> así como la generosidad y apoyo de los doctores Miguel Ferrer<sup>501</sup>, Jesús Silva<sup>502</sup> y Mercedes Gregori<sup>503</sup> que les acompañaron en sus visitas y les ayudaron en la labor de traducción. Para la realización de la encuesta se visitaron centros en Madrid, Barcelona y Valencia, el informe registró los siguientes:

---

<sup>496</sup> OMS. *Actividades de la OMS en 1956. Informe anual del director general a la Asamblea Mundial de la Salud y de las Naciones Unidas*. Actas Oficiales de la OMS, nº75 (Ginebra: 1957), 77.

<sup>497</sup> P: presupuesto ordinario; UN: Naciones Unidas.

<sup>498</sup> OMS. *Actividades en 1956*, 169.

<sup>499</sup> Ángel Quiroga era el director general de Organismos Internacionales del Ministerio de Asuntos exteriores.

<sup>500</sup> Pediatra-puericultor del Estado. DGS.

<sup>501</sup> Cirujano ortopédico. Clínica de la Concepción.

<sup>502</sup> Cirujano ortopédico. Hospital Provincial de Madrid.

<sup>503</sup> Neuróloga. Clínica de la Concepción.

- En Madrid: Clínica de la Concepción, Hospital Provincial, Clínica del Trabajo, Hospital Niño Jesús, Asilo de San Rafael, Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, Institución Sindical (Escuela de Formación Profesional) "Virgen de la Paloma", Escuela de Enfermeras de la Sanidad Pública, Instituto Nacional de Rehabilitación de Inválidos, Escuela de Orientación Profesional, Instituto Nacional de Psicotecnia, Escuela de Formación Social y Familiar, Organización Nacional de Ciegos, Escuela Nacional de Sordomudos, Escuela Nacional de Anormales, Colegio de la Sagrada Familia, Fábricas de material ortopédico, Asociación Católica de Enfermeras de España, Sanatorio de Traumatología de la RENFE, Instituto Nacional de Previsión, Ambulatorio del SOE de la Puerta de Toledo, Dispensario de la Junta Provincial de Menores, Escuela de Capacitación Social, Escuelas Centrales de Artes y Oficios.
- En Valencia: Centro Sanitario Provincial, Institución de San Francisco Javier, Hospital de la Cruz Roja, Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa.
- En Barcelona: Servicio de Fisioterapia del Hospital Universitario, Residencia Sanatorial "Francisco Franco", Delegación Provincial de Sindicatos y Sindicato Provincial Textil, Instituto de Balneoterapia.

Los expertos quisieron dejar constancia de que la DGS, había comenzado a preparar informes estadísticos basados en encuestas hechas en todas las provincias orientadas a los medios existentes de rehabilitación de enfermos, sin embargo, se reconocía que no existían estadísticas nacionales del número total de enfermos inválidos. En cualquier caso, la descripción que se realizó sobre el cálculo del número de enfermos en España, nos da una idea de la magnitud del problema en ese momento:

No hay estadísticas nacionales del número total de enfermos inválidos. Los datos más concretos se refieren a sordos y ciegos para los cuales existen varios servicios en diversas regiones del país muy anteriormente a la segunda guerra mundial [...] Por el momento, el Gobierno recoge estadísticas sobre otras categorías de personas enfermas. La experiencia adquirida en otros países revela que es muy difícil obtener informes seguros, a menos de disponer de un sistema eficaz de descubrimiento y diagnóstico y sobre todo hasta tanto no se disponga de servicios de rehabilitación para la mayoría de las personas enfermas [...]

Para valorar aproximadamente la amplitud del problema de enfermedades en España nos podemos basar en resultados de diversos estudios o encuestas realizados en algunos países occidentales [...] De acuerdo con las estadísticas que preceden, se puede calcular que el 12 o el 13 por 100 de la población de todo país sufre una enfermedad física o mental permanente o durable, y una

proporción importante de estas personas debe ser rehabilitada o tratada de una u otra forma. El número de personas aquejadas de enfermedades físicas (incluso enfermedades sensoriales) puede ser calculado, entonces, para España en dos millones aproximadamente (lo que equivaldría al 6 ó 7 por 100 de la población). Sobre este número se puede suponer que un poco menos de un millón de personas están gravemente disminuidas y necesitan una rehabilitación. Puede ser que el número de casos de perturbaciones psiquiátricas sea un poco menos numeroso que en los Estados Unidos, más el problema en conjunto se presenta considerable y, por ello, el Gobierno y las organizaciones benéficas de España deben prestar al mismo una atención inmediata.<sup>504</sup>

Las observaciones que realizaron tras la realización de la encuesta sobre los problemas médicos de la rehabilitación en España se relacionaron con: la formación de personal, la creación de servicios de rehabilitación y centros de demostración, las organizaciones que pudieran apoyar el programa de rehabilitación y la introducción de la filosofía internacional de la rehabilitación.

En cuanto a la formación, se reconocía que no solo había que entender el interés social y económico de la rehabilitación, sino que, era preciso disponer de personal calificado para asegurar de forma conveniente el funcionamiento de los servicios de rehabilitación existentes o por implantar. Además, se explicaba que en el ámbito de la rehabilitación era fundamental el trabajo en equipo puesto que había que tratar aspectos médicos, sociales, profesionales y educativos. El equipo debía estar formado por médico, fisioterapeutas, ergoterapeutas, un enfermero, un logoterapeuta y un maestro especializado en la instrucción de enfermos.

Sobre la creación de servicios de rehabilitación y centros de demostración se reconocía que no parecía un problema encontrar ubicación y espacios dentro de los hospitales, sin embargo, no ocurría lo mismo con la actitud de los médicos, miembros de las Facultades de Medicina y la administración respecto al interés y la importancia de la rehabilitación moderna para un tratamiento médico verdaderamente completo.

Sobre las organizaciones que podían prestar apoyo al programa de rehabilitación se recomendaba la creación de un Consejo Nacional de Rehabilitación

---

<sup>504</sup> Safford y Janson, *Programa nacional...*, 16.

(Patronato Nacional de Rehabilitación) donde estuvieran debidamente representados los organismos, gubernamentales o no, que se interesaran en el programa.

Por último, en cuanto a la filosofía de la rehabilitación se afirmaba con sorpresa que en España se realizaban una gran cantidad de actividades dirigidas a estos problemas, solo que en distintas direcciones y sin coordinación. En cualquier caso, la actitud de algunos profesionales como el Dr. Jiménez Díaz, y ejemplos de proyectos que estaban funcionando les hacían presagiar resultados positivos de la puesta en marcha del programa.

El informe continuaba con la descripción de otros aspectos relacionados estrechamente con la rehabilitación: rehabilitación y servicio social, formación profesional y rehabilitación, la seguridad social y la rehabilitación y la instrucción de los niños enfermos. En todos estos contextos se detectaron necesidades y se propusieron acciones de mejora que en algunos casos podrían implicar la participación de otros ministerios y de otras organizaciones internacionales como la OIT, o la UNESCO. De nuevo, quedaba claro que la rehabilitación se concebía no solamente como un problema médico ligado a la enfermedad física, sino como un "problema social cuyas raíces se sumergen en la vida familiar y colectiva de la sociedad a la que pertenece el enfermo". Por ello, los trabajadores sociales, los maestros y los orientadores profesionales aparecían como figuras esenciales del programa, así como la creación de servicios de colocación, escuelas de formación específica para personas con discapacidad y servicios de rehabilitación en los centros adscritos al sistema de la Seguridad Social.

En cuanto a las recomendaciones que se realizaron para la puesta en marcha del Programa Nacional de Rehabilitación, cuya primera fase terminaría en 1959, encontramos la creación de una serie de organismos: Consejo Nacional de Rehabilitación, donde estuvieran representadas todas las instituciones relacionadas con el tema; Comisión Ejecutiva para la Rehabilitación; Consejo Consultivo médico; Consejo Consultivo para la Rehabilitación Profesional y por último Instituto Nacional de Rehabilitación.

El Instituto Nacional de Rehabilitación, realizaría las funciones siguientes: en primer lugar, recoger informes y dar orientaciones con miras a la organización de un programa nacional de rehabilitación y en segundo lugar instruir y formar el personal necesario. La formación del personal incluiría cursos de

especialización y creación de algunas escuelas para: médicos, fisioterapeutas, ergoterapeutas (terapeutas ocupacionales), logoterapeutas, enfermeras especializadas de la rehabilitación, trabajadores sociales, consejeros de orientación profesional, monitores de formación profesional, personal de los servicios de colocación de enfermos, técnicos de fabricación y acomodación de aparatos de prótesis y profesores especializados.

Se recomendó la Clínica de la Concepción como sede inicial del Instituto Nacional de Rehabilitación y por tanto principal centro de formación del personal. Esta elección no fue ninguna casualidad, la Dra. Gregori, neuróloga de la Clínica, había pasado dieciocho meses estudiando los métodos de rehabilitación en el Reino Unido y los consultores de la OMS la definieron como una persona que,

comprende de manera moderna los problemas de rehabilitación y se interesa particularmente en la parálisis cerebral. Siendo éste el médico que ha seguido la formación más completa en el extranjero, entre todos los doctores que hemos visitado en la región de Madrid, será el más calificado para asumir la principal tarea de formación práctica de doctores y de fisioterapeutas durante el primer año de la primera fase del programa nacional.<sup>505</sup>

En esta misma Clínica comenzó su recorrido profesional Alicia Chapinal, una de las primeras terapeutas ocupacionales de nuestro país. En 1957 entró a trabajar como enfermera especializada en pediatría, fue asignada al servicio de rehabilitación y en 1960 fue becada por la OMS para estudiar Terapia Ocupacional en la Universidad de Nancy (Francia), en la entrevista que nos concedió, contó algunos detalles sobre sus inicios en la Clínica de la Concepción,

La jefa que yo tuve, la Dra. Gregori, venía del equipo de Obrador, es decir que venía de neurocirugía, tuvo una beca y estuvo en Londres un año, allí trabajó con Bobath, porque se había interesado en las parálisis cerebrales. [...] Pero fue la poliomielitis la que movió todo, abrió el camino para la rehabilitación. PCI había muchos, pero los dejaban encerrados en casa a los niños porque había la idea de que era... pues yo que se... un castigo divino, los padres se sentían culpables y no los sacaban a la calle. [...] Se formó el gimnasio y yo sentí que faltaba algo, algo que no sabía qué era porque de rehabilitación nadie sabía nada porque era lo normal, empecé a comprar material de educación especial y mi jefa al ver eso me dijo "esto es una especialidad" y me empezó a traer libros de Terapia Ocupacional de Estados Unidos ahí empecé, entonces

---

<sup>505</sup> Safford y Janson, *Programa nacional...*, 18-19.

vino un alto jefe de Sanidad, [...] para entonces algún médico había instalado algo pero muy poco, no había nada [...] surgen pequeños núcleos sin conexión [...] gente interesada, sobre todo económicamente porque los tratamientos se pagaban muy caros.



**Figura 5. Tratamiento de la poliomielitis en la Clínica de la Concepción, 1958.**

(Archivo personal de Alicia Chapinal, fotografías publicadas en el Diario YA)

Además de la Concepción, los expertos recomendaron como centros experimentales: el Hospital Provincial General de Madrid, la Clínica del Trabajo de Madrid y los Hospitales de Valencia y Santander para el tratamiento de las tuberculosis óseas y articulares. Además, propusieron la creación de una Escuela profesional para enfermos en Madrid. Una vez finalizada la visita, se aprobó una propuesta que dio lugar al nombramiento por parte del Ministerio de la Gobernación de los componentes de la Comisión Ejecutiva que comenzaría a organizar el programa nacional de rehabilitación, dicha comisión estaría dirigida por el profesor Jiménez Díaz y compuesta por el Dr. Fornieles, representante de Sanidad, el Dr. Ferrer y la Dra. Gregori.



Tres años después, en la primavera de 1959, Safford volvió de nuevo a España para poner en marcha la segunda fase del programa.<sup>506</sup> Los objetivos de esta misión eran: recabar información sobre las instalaciones que prestaban servicios de rehabilitación, especialmente aquellas que podrían servir como centros de demostraciones y de enseñanza; proporcionar asesoramiento específico sobre la organización de la formación de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y médicos especialistas en rehabilitación; elaborar un informe sobre las actividades realizadas desde 1956 y formular recomendaciones para el plan de operaciones del programa.

Se observó que, aunque se había producido una mejora en las infraestructuras, todavía era necesario mejorar el nivel formativo y desarrollar actividades para perfeccionar los programas de rehabilitación ya en funcionamiento. En el documento se reiteraba la recomendación realizada tres años antes sobre la creación de una escuela en la Clínica de la Concepción, y se proponían medidas concretas para la formación de los diferentes componentes del equipo de rehabilitación. Las recomendaciones para la ejecución del programa se dirigieron hacia: el gobierno; la creación de escuelas de Fisioterapia y de Terapia Ocupacional; el perfeccionamiento de algunos servicios de demostraciones y de formación; la organización de la rehabilitación profesional además de ciertas recomendaciones específicas para las regiones de Madrid, Barcelona, Valencia y Oviedo.<sup>507</sup>

La forma en que terminaron aplicándose las recomendaciones son una muestra de la actitud no del todo receptiva hacia la intervención internacional. Por ejemplo, la propuesta reiterada sobre el uso de la Clínica de la Concepción como centro de demostraciones oficial no llegó a aplicarse, la decisión que se tomó fue utilizar un centro estatal perteneciente a la Dirección General de Sanidad, el Dispensario Central de Rehabilitación. Este centro no había sido recomendado por los expertos, probablemente por la falta de recursos materiales y humanos que se encontraron en aquel momento, un problema que hubo de

---

<sup>506</sup> Frank J. Safford, *Rapport sur une mission en Espagne, 20 mai-10 juin 1959*.

<sup>507</sup> Vicente Toledo Marhuenda y Rosa Ballester, "Los intentos de rehabilitación del régimen franquista y los consejos de expertos internacionales para la rehabilitación y tratamiento fisioterápico de niños con discapacidades físicas (1960-1975)" en *Política, salud y enfermedad...* ed. Perdiguero, 62-63, (capítulo 4). "A tenor del número de instituciones visitadas realizó un detallado estudio de campo. Su informe resumió los aspectos más característicos de los centros visitados y evaluó los principales medios disponibles para la rehabilitación de niños con discapacidades físicas, nueve en Madrid, cinco en Barcelona, siete en Valencia, cinco en Oviedo", p.61.

resolverse de forma apresurada y motivado por intereses políticos más que sanitarios.

Por otra parte, las declaraciones recogidas en las sesiones científicas de la Real Academia de Medicina dedicadas al tema de la rehabilitación en 1970, indican que no todos los especialistas en rehabilitación reaccionaron positivamente ante el informe de los expertos, en opinión del Dr. Cecilio González,

se les dio una visión inexacta y deformada del problema de la rehabilitación en nuestro país, haciéndoles creer que no había personas capacitadas en estas materias y que carecíamos de un programa de actuación, cuando en realidad, lo único que necesitábamos era que se nos dieran los medios económicos para poner en marcha el ambicioso plan [...] recomendado ocho años antes.

Lo único positivo que destacó el Dr. González fue que este viaje sirvió para “despertar el interés en los medios oficiales por la rehabilitación, [...] y actualizar el Patronato anterior”.<sup>508</sup> El Dr. Bosch Marín contestó al Dr. González diciendo que,

no fueron inútiles su informe y las recomendaciones en él contenidas, pues, a más de romper la inercia en los servicios de rehabilitación, con la doctora Gregori, en la Clínica de la Concepción; Dr. Olaizola, en el Hospital del Niño Jesús, y Dr. Sanchís Olmos, en el Hospital Provincial, con modesta ayuda del UNICEF estimuló la creación de Escuelas de Fisioterapeutas, y, sobre todo, la Escuela de Terapia Ocupacional y hasta los cursos de post-graduados, que eran la aspiración de pioneros como el profesor Martín Lagos y el mismo D. Cecilio González.<sup>509</sup>

Según los informes de la OMS, las actividades que se derivaron del programa de rehabilitación de niños impedidos se prolongaron hasta el año 1967 manteniendo los mismos objetivos:

Organizar un programa nacional de rehabilitación de niños impedidos; crear centros de formación y ampliar, en todo el país, los servicios para niños impedidos.

Encontramos las siguientes descripciones de las ayudas prestadas por la OMS y las labores realizadas a lo largo de la realización del proyecto en los informes anuales de actividades:

---

<sup>508</sup> González Sánchez, “Pasado, presente y futuro...”, 45.

<sup>509</sup> Juan Bosch Marín, “Pasado, presente y futuro de la rehabilitación. Discusión”. II Sesión Científica, día 27 de enero de 1970, *Anales de la Real Academia de la Medicina*, (Instituto de España, Real Academia Nacional de Medicina), 77.

**Tabla 1. Programa España 3 y 23 (OMS)<sup>510</sup>**

<b>Años</b>	<b>Ayudas y labor realizada</b>
1957	(a) Un consultor durante diez días encargado de colaborar en la organización de un programa nacional y de una nueva escuela de fisioterapia; (b) una beca de dos meses a un médico de uno de los centros para seguir estudios en Puerto Rico.
1958	Una beca de tres meses para estudiar en el Reino Unido.
1959 <sup>511</sup>	a) un consultor durante tres semanas en mayo y junio para colaborar con el Gobierno en la preparación de un plan provisional de operaciones; b) tres becas de tres meses, dos para estudiar en Francia y una para estudiar en Dinamarca, Suecia, el Reino Unido y Francia, y una beca de doce meses para estudiar en Francia.
1960	Una beca de doce meses para seguir en Francia estudios de ergoterapia. El médico de sanidad encargado del programa de rehabilitación discutió con las autoridades españolas el plan de operaciones proyectado.

En los informes anuales de actividades de la OMS, no se han hallado descripciones de ayudas o actividades específicas del programa España 23 en el periodo 1961-1967, si bien, se incluyó a España en los programas de becas y formación de la OMS, tanto a nivel nacional como europeo, tal como se venía haciendo desde 1956. A continuación, presentamos un resumen del programa de becas España 17 (1956-1968):

**Tabla 2. Programa España 17 (OMS)<sup>512</sup>**

<b>Años</b>	<b>Becas de formación</b>
1956	Rehabilitación. Una beca de dos meses para cursar estudios en el Reino Unido y en los Países Bajos, y otra de un mes para cursar estudios en el Reino Unido.
1957	Rehabilitación. Se concedieron dos becas, una de dos meses para estudiar en el Reino Unido, en los Países Bajos y en Francia, y otra de seis meses para estudiar en Francia, Bélgica e Italia.
1958	Rehabilitación. Se concedió una beca de dos meses para estudiar en el Reino Unido.
1959	Medicina Social. Una beca de dos meses para estudiar en Francia y en Italia.

<sup>510</sup> OMS. *Actividades de la OMS. Informes anuales del director general de la Asamblea Mundial de la Salud y de las Naciones Unidas*. Actas Oficiales de la OMS, nº82, 90, 98, 105 (Ginebra: 1957, 1958, 1959, 1960).

<sup>511</sup> Ese año se incluyó en la denominación del programa el código 23, a partir de 1962 se hace referencia al programa exclusivamente con el número 23.

<sup>512</sup> OMS. *Actividades de la OMS. Informes anuales del director general de la Asamblea Mundial de la Salud y de las Naciones Unidas*. Actas Oficiales de la OMS, nº75, 82, 90, 98, 105, 123, 131, 139, 147, 156, 172 (Ginebra: 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1968).

1960	Poliomielitis. Una beca de dos meses para estudiar en Francia.
1962	Ergoterapia 3 meses; rehabilitación (cuatro de dos meses)
1963	Rehabilitación catorce meses y medio.
1964	Rehabilitación tres meses.
1965	Salud mental y ergoterapia (tres meses)
1966	España 0200. Ergoterapia (seis semanas)
1968	España 0200. Rehabilitación (dos meses)

Además del programa E-23 encontramos otros proyectos en Europa que contaron también con la participación de profesionales de nuestro país, los que nos han parecido más relevantes son los siguientes:

**Tabla 3. Proyectos europeos con participación española (OMS)**

<b>Años</b>	<b>Proyectos</b>
1956	EURO 110 Escuelas de sanidad y centros de formación sanitaria en Europa (enero 1956 – fines de 1964) P
1957	EURO 34.2 Curso de formación sobre rehabilitación de adultos físicamente impedidos, Nancy (15 nov. - 7 dic. 1957) (P, UN)
1961	EURO 34.3 Curso de rehabilitación de adultos físicamente impedidos, Londres (19 sept. - 8 oct. 1960) P (ONU OIT)
1962	EURO 210 Segundo curso sobre rehabilitación médica, Dinamarca y Reino Unido (oct. 1961 -junio 1962) P AT (NU OIT) <sup>513</sup>
1967	España 0031 Servicios de higiene mental (1966-1972) PNUD /AT

En el informe anual de actividades de la OMS de 1968 hemos hallado la última referencia al programa España 23 (1959-1967) donde se da por finalizado el proyecto en 1967 describiéndolo de la siguiente manera:

“Se inició este proyecto con objeto de organizar un programa nacional de rehabilitación de niños impedidos creando en todo el país una red de servicios de rehabilitación y estableciendo centros para la formación del personal indispensable. La OMS facilitó los servicios de cuatro consultores por un total de 18 semanas (dos de ellos en 1956, otro de 1959 y el cuarto en 1964) para que asesoraran acerca del establecimiento de escuelas de fisioterapia en Madrid, Barcelona y Valencia, y envió a un fisioterapeuta desde octubre de 1960 a diciembre de 1963 y a un especialista en ergoterapia desde abril de 1961 a diciembre de 1963 para que colaboraran en la organización de cursos. Por otra

<sup>513</sup> AT: Programa ampliado de asistencia técnica.

parte, se concedieron 15 becas para estudios de fisioterapia y ergoterapia por periodos de un mes a un año".<sup>514</sup>

El doctor Juan Bosch Marín describió así los resultados del programa:

La modesta ayuda material del UNICEF en la rehabilitación de niños deficientes motóricos, sensoriales o mentales, fue de gran oportunidad, suponiendo ayuda moral de grandísima trascendencia. [...] La subvención aprobada por el Consejo de Administración del UNICEF en 1956 ha promovido en España una expansión considerable de los servicios de rehabilitación de niños deficientes. El UNICEF ha facilitado equipos de fisioterapia, laborterapia y de tratamiento de alteraciones de la palabra a seis Centros de Formación y Demostración, y el Gobierno, estimulado por esta experiencia, ha abierto un cierto número de otros Centros. El desarrollo de las actividades de los Centros ha debido afrontar grandes dificultades, a causa de la falta de personal cualificado en materia de rehabilitación, y el Programa de Formación ha tenido que ser ampliado y perfeccionado. Cursos de formación y perfeccionamiento en materia de rehabilitación, de fisioterapia y de laborterapia han tenido lugar con la ayuda de la OMS en Madrid, Barcelona y Valencia; han sido organizados por el Instituto Nacional de Rehabilitación bajo los auspicios del Patronato Nacional de Rehabilitación, organismos ambos creados para el desarrollo del Programa de asistencia internacional a los niños deficientes.<sup>515</sup>

Los informes elaborados por los consultores de la OMS que a lo largo de este periodo visitaron España contienen información de primera mano sobre los avances en la aplicación del programa.<sup>516</sup> Estos consultores realizaron visitas a centros y se entrevistaron con el personal responsable. Además, al menos dos de ellos se encargaron de organizar cursos de formación específica, así fue en el caso de Birgit Brødsgaard consultora sobre fisioterapia y Mercedes Abella consultora sobre Terapia Ocupacional. El Dr. Louis Pierquin de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nancy,<sup>517</sup> consultor de la OMS para la rehabilitación de personas con discapacidad física y una de las figuras clave en la medicina europea e internacional de rehabilitación, fue el encargado de evaluar el trabajo llevado a cabo por los profesionales enviados por la OMS entre 1960 y 1963 y

---

<sup>514</sup> OMS. *Actividades de la OMS en 1968. Actas Oficiales de la OMS, nº172*, pág. 185.

<sup>515</sup> Bosch Marín, "El UNICEF...", 296.

<sup>516</sup> En el archivo histórico de la OMS hay cuatro informes en relación con el programa E-23: Malan RM. *Rapport sur une mission en Espagne, 19-25 mars 1962*; Abella M. *Rapport sur une mission en Espagne, 10 avril 1961-31 décembre 1963*; Brødsgaard B. *Rapport sur une mission en Espagne. 10 octobre 1960-26 décembre 1963* y Pierquin L. *Rapport sur une mission en Espagne. 28 septembre-24 octobre 1964*.

<sup>517</sup> Dirigió el "Institut régional de médecine physique et de réadaptation" desde su fundación en 1953 hasta 1979, <http://irr-nancy.fr/spip.php?rubrique11>

de discutir con las autoridades españolas sobre el futuro del desarrollo del programa y la elaboración de un plan de acción para los años siguientes.

El informe de Pierquin se estructuró en cinco apartados que aportaron datos sobre la situación de: la Fisioterapia, la Terapia Ocupacional, la formación y rehabilitación, los servicios hospitalarios de Rehabilitación y el Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos. Como se explica en el artículo de las investigadoras Rosa Ballester, M<sup>a</sup> Isabel Porras Gallo y M<sup>a</sup> José Báguena,<sup>518</sup> el Plan España-23 fracasó en gran medida, fundamentalmente por razones derivadas de la falta de tradición organizativa, los escasos recursos económicos y la situación política.

Los informes de los comisionados recogieron las deficiencias en cuanto a la formación y las dificultades para poner en marcha las recomendaciones debido a la actitud no siempre receptiva de las autoridades. En cuanto a Fisioterapia se indicaba que la formación resultaba insuficiente, debido en parte al excesivo número de escuelas que ofertaban un programa anticuado y cuyo profesorado no tenía la formación adecuada, además se consideraba innecesario que los fisioterapeutas hubieran de cursar previamente los estudios de ATS. Respecto a la Terapia Ocupacional se explicaba que las recomendaciones sobre la creación de centros piloto en hospitales que Safford y Janson habían realizado en 1956 y de nuevo en 1959, no se habían tenido en cuenta. El informe de Mercedes Abella resultaba breve y algo pesimista, especialmente por las dificultades detectadas a la hora de garantizar la continuidad necesaria de las medidas emprendidas.<sup>519</sup> Los avances realizados respecto a la especialidad médica de rehabilitación recibieron una valoración más favorable por parte de los expertos, parecía que la formación internacional recibida por los médicos que se habían interesado en la nueva especialidad era un buen comienzo para el futuro desarrollo de la misma. Aun así, se reconocía la existencia de dificultades para la armonización de contenidos y cierta controversia sobre la forma de introducir la rehabilitación en la formación médica puesto que existía competencia con otros

---

<sup>518</sup> Rosa Ballester, María I. Porras Gallo y María J. Báguena, "Políticas sanitarias locales puestas a prueba: consultores, expertos, misiones internacionales y poliomielitis en España, 1950-1975", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro* 22, nº3 (jul.-set. 2015): 925-940, 934-936. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000300016>

<sup>519</sup> En el apartado sobre la formación en Terapia Ocupacional retomaremos dicho informe para explicar los inicios de la Escuela de Terapia Ocupacional.

especialistas del campo, medicina física, cirujanos ortopédicos, neurólogos o pediatras.

Otro de los ámbitos evaluados fue el de los servicios hospitalarios, en este caso, los expertos consideraron que los servicios dirigidos a la rehabilitación eran escasos y con espacios e instalaciones a menudo insuficientes. Además, las condiciones ambientales, los materiales y los dispositivos que se utilizaban quedaban bastante alejados de los avances que se habían producido en la rehabilitación.

En definitiva, "estas carencias tuvieron como consecuencia, una escasez y una calidad mediocre, salvo muy honrosas excepciones, de servicios de rehabilitación para la población afectada y una oportunidad desaprovechada, en gran medida, de proporcionar formación regular y actualizada a los profesionales sanitarios de estas áreas que tardaría tiempo en recuperarse".<sup>520</sup>

---

<sup>520</sup> Ballester, Porras y Báguena, "Políticas sanitarias locales...", 935.

## **5.2. Desarrollo educativo de la Terapia Ocupacional en España (1961-2007)**

El origen y posterior desarrollo educativo de una profesión están íntimamente relacionados con el proceso de profesionalización. El análisis de este capítulo nos puede facilitar la comprensión de algunos de los factores influyentes en la adquisición del estatus y la autonomía de la Terapia Ocupacional como profesión en España.

A través del estudio de la formación obtenemos una imagen del tipo de trabajo, funciones, conocimientos y técnicas atribuidos al terapeuta ocupacional. De igual manera, podemos observar la influencia de las instituciones, de la Medicina y de las necesidades socio-sanitarias de la población en el origen y desarrollo de la profesión.

En nuestro país, el desarrollo educativo de la Terapia Ocupacional puede dividirse en dos periodos fundamentales: el primero, abarca treinta años<sup>521</sup> en los que únicamente podía obtenerse la titulación de terapeuta ocupacional en la Escuela de Terapia Ocupacional de Madrid (Decreto 3097/1964 de 24 de septiembre); el segundo, comienza en el año 1990 con el reconocimiento de la Terapia Ocupacional como enseñanza universitaria, primero como Diplomatura (RD 1420/1990 de 26 de octubre) y desde 2007 como Grado Universitario (RD 1393/2007 de 29 de octubre). El análisis de la primera etapa resulta fundamental para los objetivos de esta tesis puesto que marca el inicio formal de la profesión en España. El análisis de la segunda etapa nos ayudará a comprender la evolución de la profesión en los últimos años y algunas características de la situación actual.

A continuación, pasamos a presentar los resultados obtenidos sobre el estudio del primer periodo. En primer lugar, mostraremos aquellos aspectos relacionados con la puesta en marcha y funcionamiento de la Escuela, a continuación, trataremos de analizar las características de los alumnos que cursaron allí sus estudios y terminaremos mostrando los diferentes planes de estudios y su importancia en la evolución de la profesión.

---

<sup>521</sup> Se considera aquí el período inicial de formación hasta el reconocimiento de la titulación a nivel universitario en el año 90, aunque la Escuela siguió funcionando hasta el año 1998. Hubo por tanto cinco promociones que se solaparon.



## 5.2.1. La Escuela de Terapia Ocupacional (1961-1998)

### La organización de la Escuela

#### Etapa 1. El inicio de la formación (1961-1964)

Como se explicó anteriormente, el Convenio firmado por el Gobierno Español con UNICEF en 1954 conllevó la puesta en marcha de cinco programas de carácter sanitario y social dirigidos a la infancia.<sup>522</sup> Uno de ellos se denominó "Rehabilitación de niños impedidos" y se desarrolló de 1956 a 1967 con el objetivo de organizar un programa nacional de rehabilitación a través de la creación de una red de servicios y de centros para la formación del personal indispensable. En 1963 todavía se reconocía que,

el problema más grave con que se tropezaba, y aún se plantea hoy, para la creación de Servicios de rehabilitación es el de la falta de personal especializado; para dar solución a esta dificultad la DGS, en colaboración con las Facultades de Medicina, ha organizado cursos para preparación de médicos rehabilitadores [...] preparación de personal auxiliar especializado en las técnicas de fisioterapia [...] preparación de terapeutas ocupacionales.<sup>523</sup>

La OMS y el UNICEF aportaron diversas ayudas y recursos, entre los que encontramos la contratación de una especialista en Terapia Ocupacional<sup>524</sup> de abril de 1961 a diciembre de 1963 para iniciar la formación en España.<sup>525</sup> Dicha especialista resultó ser Dña. Mercedes Abella Oliveros, una joven terapeuta ocupacional de origen cubano y padres españoles que había obtenido su titulación en la Universidad de Nueva York. Para cuando fue nombrada *Consultant in occupational therapy* por la OMS, llevaba varios años trabajando como terapeuta ocupacional, primero en La Habana y después en Nueva York.

Los organismos implicados directamente en la organización y puesta en marcha de la Escuela de Terapia Ocupacional se adscribieron al Ministerio de la Gobernación a través de la Sección de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos de la Dirección General de Sanidad y el Patronato Nacional de Rehabilitación

---

<sup>522</sup> Convenio entre el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Gobierno español (BOE nº279, de 24 de noviembre de 1959).

<sup>523</sup> Manuel Oñorbe, *Invalidez y rehabilitación*. Folleto para médicos (Madrid: Servicio de Rehabilitación Sanitaria de la Dirección General de Sanidad, 1963), 23-24.

<sup>524</sup> En los informes de la OMS se utilizó el término Ergoterapia, que es como habitualmente se conoce la Terapia Ocupacional en los países francófonos y Alemania.

<sup>525</sup> OMS. *Actividades de la OMS en 1968*, Actas oficiales nº172.

y Recuperación de Inválidos. Los cursos se realizaron como parte de la formación de la Escuela Nacional de Sanidad y con la colaboración de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid, hoy Universidad Complutense.

Se requirieron ocho meses de preparación para organizar el primer curso. Como se recoge en la entrevista a Mercedes Abella publicada en 2001,<sup>526</sup> su primera tarea fue viajar a Ginebra (Suiza), sede de la OMS, para recibir orientación sobre el proyecto y su organización. La misión encomendada, tenía una prioridad educativa con el objetivo principal de establecer una escuela de Terapia Ocupacional. Además, el proyecto incluía actividades de asesoría sobre rehabilitación y ayuda para la creación de estos servicios en distintas instituciones sanitarias.<sup>527</sup>

En el informe de su misión para la OMS, Abella explicó que, en el primer mes de su estancia en España, realizó un estudio del sistema educativo del país y de las profesiones afines para establecer las normas y los requisitos de la futura escuela de Terapia Ocupacional. A continuación, presentó un informe sobre dicha evaluación a la Secretaría del Patronato de Rehabilitación que decidió estudiarlo con la idea de poner todo en marcha en octubre.<sup>528</sup> Por sus comentarios, parece que este comienzo no se produjo como ella había esperado: “la persona con quien yo tenía la conexión era un médico de la Marina<sup>529</sup> que no sabía nada nada de rehabilitación, yo dije, ¿y ahora qué?”.<sup>530</sup>

Las cosas cambiaron poco tiempo después, cuando el Dr. Manuel Oñorbe Garbayo<sup>531</sup> asumió el cargo de Secretario General del Patronato de Rehabilitación, descrito por Abella como “un caballero en todo el sentido de la palabra”

---

<sup>526</sup> Josefa Martínez Berriel, “Entrevista a Mercedes Abella, joven fundadora de la Terapia Ocupacional en España”, *Terapia Ocupacional. Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales* 25, (2001): 29-39.

<sup>527</sup> Según consta en su informe, durante su estancia en España, Mercedes Abella visitó los siguientes centros: Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa de Valencia; Sanatorio de la Pedrosa de Santander; Hospital Clínico de Barcelona; H.H. San Juan de Dios y Servicio de Puericultura de Sevilla; Hospital del Niño Jesús, Hospital Beata M<sup>ª</sup> Ana y Hospital de la Cruz Roja de Madrid. Mercedes Abella, *Assignment report (10 April 1961 to 31 Decembre 1963)* World Health Organization. Regional Office for Europe. EUR-SPAIN-23. AT 12-59. Archivo de APETO. (traducción propia)

<sup>528</sup> Abella, *Assignment report*, 2.

<sup>529</sup> Lo más probable es que su primer contacto fuera el Dr. Pedro González Rodríguez, quien, según el relato del Dr. Cecilio González, dimitió de su cargo a los dos años de su designación (1961) como Secretario General del Patronato, “al no aceptarse por la superioridad el plan de trabajo y los presupuestos que presentó para aquel ejercicio”. El Dr. González explica que desde entonces y durante algún tiempo, el Patronato, “llevó una vida lánguida y finalmente dejó de funcionar”, aun cuando legalmente, todavía existía en 1970 integrado en el Servicio Nacional de Hospitales. González Sánchez, “Pasado, presente y futuro...”, 46-47.

<sup>530</sup> Martínez Berriel, “Entrevista a Mercedes Abella”, 31.

<sup>531</sup> Pertenecía al cuerpo de Sanidad Nacional, resultó una figura importante para la puesta en marcha del Seguro Obligatorio de enfermedad, durante años desempeñó su labor como alto cargo del Instituto Nacional de Previsión INP que dependía del Ministerio de Trabajo.

que además escuchaba y razonaba. En un primer encuentro con Abella, se le solicitó un nuevo proyecto para el establecimiento de la escuela de Terapia Ocupacional y se programaron diversas reuniones en las que también participaron los doctores Cecilio González Sánchez y Heliodoro Ruiz García<sup>532</sup>. Estos profesionales eran médicos pertenecientes al Cuerpo de Sanidad Nacional y ocupaban cargos en el Patronato de Rehabilitación: el Dr. Oñorbe, además de Secretario General del Patronato, era Jefe de los Servicios de Medicina Social y Rehabilitación Sanitaria de la Dirección General de Sanidad; el Dr. Cecilio González, era el Director del Dispensario Central de Rehabilitación y vocal del Pleno del Patronato y el Dr. Heliodoro Ruiz, trabajaba en el Dispensario Central de Rehabilitación y también era vocal del Pleno del Patronato, en este periodo de preparación fue nombrado secretario del curso de Terapia Ocupacional.<sup>533</sup>

Durante estos meses, se trató de “poner en práctica las recomendaciones formuladas en relación con el primer curso, se desarrollaron programas, se eligieron profesores y se aceptaron las solicitudes de los estudiantes”.<sup>534</sup> Mercedes Abella se reunió con el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, Dr. Benigno Lorenzo Velázquez,<sup>535</sup> para explicar sus funciones y conseguir su apoyo.<sup>536</sup> A raíz de estas conversaciones, la Cátedra dirigida por el Dr. Francisco Martín Lagos, entonces director de la Escuela Oficial de Fisioterapia adscrita a la Facultad de Medicina de Madrid asumió también parte de la docencia en los cursos de Terapia Ocupacional, así como había hecho oficialmente con

---

<sup>532</sup> El Dr. Ruiz (1922-2007), terminó la carrera de medicina en 1948, en los años cincuenta trabajó en el Hospital-Asilo de San Rafael, donde comenzó a interesarse por la rehabilitación a través del contacto con los niños afectados de poliomielitis. Realizó varias estancias en Europa, una de ellas becado por la OMS y a su regreso promocionó la Terapia Ocupacional en la Dirección General de Sanidad. Véase: Dulce Romero Ayuso, “La figura de Heliodoro Ruiz en la institucionalización de la Terapia Ocupacional en España”, *Temperamentum, Revista Internacional de Historia y Pensamiento Enfermero* 11, (2010), <http://www.index-f.com/temperamentum/tn11/t1283.php>

<sup>533</sup> Según el artículo sobre las Primeras Jornadas de Fisioterapia, también era miembro de la Sociedad Española de Rehabilitación (SER) y profesor en la Escuela de Fisioterapia del Hospital Asilo de San Rafael. Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios de España (sección: practicantes). “Primeras Jornadas Nacionales de Estudios fisioterápicos”, *Medicina y Cirugía Auxiliar*, (año XXIII, junio 1962): 8-11. [http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/d3eadcce-9319-4c0a-9877-c081de241132/b3f4fa42-5c3d-4440-bdd2-fd13954caf40/cf6c2a44-3fcb-4779-8ed6-304780cd0f0d/RA\\_1962-6.pdf](http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/d3eadcce-9319-4c0a-9877-c081de241132/b3f4fa42-5c3d-4440-bdd2-fd13954caf40/cf6c2a44-3fcb-4779-8ed6-304780cd0f0d/RA_1962-6.pdf).

<sup>534</sup> Abella, *Assignment report*, 2.

<sup>535</sup> El Dr. Benigno Lorenzo Velázquez comenzó su Decanato en el curso 1959-1960, sucedió a Jesús García Orcoyen y se mantuvo en el cargo hasta su jubilación en 1971. En: Perez Peña, F. *Los últimos clínicos de San Carlos. Estampas y vivencias de la Facultad de Medicina de San Carlos. Parte primera (hasta su cierre en octubre de 1965)* (Madrid: Ed. Vision Net, 2005)

[https://books.google.es/books?id=988bnZz\\_LpIC&pg=PA32&lpg=PA32&dq=Benigno+Lorenzo+Vel%C3%A1zquez&source=bl&ots=4xJlp\\_qol-&sig=xtnKJcGfNmMnWu3HeKH3-qONXx0&hl=es&sa=X&ei=XvKOVlbmMYbkUv38gegH&ved=0CCoQ6AE-wAQ#v=onepage&q=Benigno%20Lorenzo%20Vel%C3%A1zquez&f=false](https://books.google.es/books?id=988bnZz_LpIC&pg=PA32&lpg=PA32&dq=Benigno+Lorenzo+Vel%C3%A1zquez&source=bl&ots=4xJlp_qol-&sig=xtnKJcGfNmMnWu3HeKH3-qONXx0&hl=es&sa=X&ei=XvKOVlbmMYbkUv38gegH&ved=0CCoQ6AE-wAQ#v=onepage&q=Benigno%20Lorenzo%20Vel%C3%A1zquez&f=false)

<sup>536</sup> Martínez Berriel, “Entrevista a Mercedes Abella”, 31.

fisioterapia desde 1958.<sup>537</sup> Por otra parte, se hizo necesario contactar con las Escuelas de Artes y Oficios Artísticos para la impartición de contenidos específicos.<sup>538</sup> Es interesante señalar que en ese momento, la enseñanza técnica en España se encontraba en pleno proceso de transformación para acomodarse a las nuevas tendencias artísticas y a las exigencias de los cambios en materia industrial y artesanal del país. Este movimiento facilitó la entrada de los estudiantes de Terapia Ocupacional en la formación en estas materias.<sup>539</sup>

Abella planteó el proyecto desde el respeto a los estándares educativos marcados por la OMS y la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT).<sup>540</sup> Sin embargo, como mostraremos en este capítulo, algunos de los requisitos no se cumplieron al grado deseado. Dichas normas se articulaban en tres áreas: la selección de los estudiantes, el programa de formación y la organización de la Escuela. A continuación, resumimos los aspectos más relevantes.<sup>541</sup>

Según estos estándares, la selección de estudiantes implicaba: un nivel de educación reconocido, examen de ingreso o registros escolares o laborales específicos, referencias personales, entrevista personal, edad entre 18 y 35 años (salvo circunstancias excepcionales), un examen médico de salud que incluyera test de la tuberculosis y un periodo de prueba mínimo de dos meses.

Sobre el programa de formación se especificaba lo siguiente: una duración de dos años y medio (un mínimo de 100 semanas) con seis meses de práctica clínica; unos contenidos organizados en tres áreas, la médica, la terapéutica y la práctica clínica cuya carga debía repartirse a partes iguales.

Las normas respecto a la organización de la Escuela se agrupaban en seis áreas: requisitos que debían cumplir el director y el personal de la escuela, el espacio, la biblioteca, los exámenes y los registros:

---

<sup>537</sup> Águila Maturana, "Debate médico...", 206-212.

<sup>538</sup> En el año 1963 cambia su denominación a Escuela de Artes Aplicadas y Oficios Artísticos. Decreto 2127/1963, de 24 de julio, sobre reglamentación de los estudios de las Escuelas de Artes y Oficios Artísticos (BOE, nº214, de 6 septiembre 1963).

<sup>539</sup> R. Falcón Rodríguez, "La enseñanza de las artes aplicadas y los oficios artísticos". B. Enseñanza estatal. *Revista de Educación* LXI, 178 (1966): 63 [215] -70 [222]

<sup>540</sup> El primer documento con las normas mínimas requeridas para la formación de terapeutas ocupacionales se publicó en 1958 con el título "Establecimiento de un programa para la Formación de Terapeutas Ocupacionales".

<sup>541</sup> Spackman, "World Federation...", 302-303. (traducción propia)

Sobre la capacitación del director, las normas especificaban que debía ser un graduado en Terapia Ocupacional, capacitado para ejercer en los diferentes ámbitos de la profesión, con una experiencia clínica superior a dos años que incluyera al menos un año de supervisión de estudiantes, preferiblemente con edad superior a 25 años y cuyo contrato como director se hiciera a tiempo completo.<sup>542</sup>

En cuanto al personal de la escuela se resolvía que personal médico debidamente cualificado enseñaría los temas médicos básicos y que los instructores en actividades terapéuticas debían ser, cuando fuera posible, terapeutas ocupacionales calificados. Además, se recomendaba un número de quince alumnos para las clases sobre actividades terapéuticas, un número que podía variar en las clases de medicina y teoría de Terapia Ocupacional según el método de enseñanza o el material presentado.

Se decía también que los estudiantes debían formarse en un espacio adecuado asignado exclusivamente para su formación, es decir que debía evitarse el uso de espacios compartidos con otros profesionales o para el tratamiento de pacientes. Además, debía existir una biblioteca con instalaciones adecuadas.

En cuanto a los exámenes, debían realizarse de manera regular para determinar periódicamente la adecuación de cada estudiante. Debían ser preparados en cooperación entre la asociación, el personal de la escuela, y los directores o tutores clínicos, además debía haber un examen externo integral al finalizar la formación.

Por último, se establecía que debía existir un archivo en la escuela en el que se guardaran los registros de los logros del estudiante. Los informes sobre las calificaciones de la formación práctica realizados por los tutores clínicos debían también formar parte del registro del estudiante.

### **Primer Curso (1961-1962)**

En diciembre de 1961 comenzó el primer curso, descrito por Abella como un curso intensivo de ocho meses de duración que se anunció como "Primer

---

<sup>542</sup> Estos requisitos referentes al cargo de director de la Escuela no se cumplieron, puesto que el Dr. Heliodoro Ruiz que fue nombrado director de la Escuela en 1964, era un médico que se había especializado en rehabilitación.

curso abreviado intensivo de Terapia Ocupacional".<sup>543</sup> Por sugerencia suya, se acordó proponer como estudiantes a personas que ya trabajaran en hospitales o en otros servicios médicos y de rehabilitación. Se remitió una invitación a todos los directores de los diferentes centros de Madrid que ya contaran con servicios de rehabilitación para que enviaran representantes a este curso y así pudieran poner en marcha la Terapia Ocupacional en sus respectivos centros. La convocatoria se envió a las siguientes Instituciones:<sup>544</sup>

- Facultad de Medicina de la Universidad Central. En nuestros días conocida como Universidad Complutense de Madrid.
- Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos. Extinguido como Organismo autónomo de la DGS a finales de los sesenta.<sup>545</sup>
- Dispensario Central de Rehabilitación de la Dirección General de Sanidad. Actualmente, el edificio alberga el Centro de Salud Mental de Tetuán.
- Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos.<sup>546</sup> En aquel momento el INRI dependía del Ministerio de Educación Nacional y entre otros casos, se atendía a niños y jóvenes que sufrían poliomielitis y sus secuelas desde un enfoque médico y educativo-profesional. En la actualidad sigue en funcionamiento como Centro Público de Educación Especial María Soriano (CPEEMS).
- Clínica Nacional del Trabajo.<sup>547</sup> En 1965 se trasladó al Hospital "la Paz". Hoy día el edificio sigue en uso como Centro de Salud Reina Victoria de Madrid.
- Gran Hospital de la Beneficencia General del Estado situado en la calle Diego de León. En la actualidad se conoce como Hospital Universitario de la Princesa.

---

<sup>543</sup> Ángel Alonso conservaba el documento. Martínez Berriel, "Entrevista a Mercedes Abella", 37.

<sup>544</sup> Máximo, "Papel de D. Ángel Alonso...", 70.

<sup>545</sup> Decreto 246/1968, de 15 de febrero, sobre reorganización del Ministerio de la Gobernación (BOE nº42, de 17 de febrero de 1968).

<sup>546</sup> En 1986 se transformó en Centro específico de Educación Especial de régimen ordinario (Real Decreto 967/1986 de 11 abril) Centro Público de Educación Especial María Soriano. [http://es.wikipedia.org/wiki/Centro\\_P%C3%BAblico\\_de\\_Educaci%C3%B3n\\_Especial\\_Mar%C3%ADa\\_Soriano](http://es.wikipedia.org/wiki/Centro_P%C3%BAblico_de_Educaci%C3%B3n_Especial_Mar%C3%ADa_Soriano)

<sup>547</sup> El edificio había sido construido por la Cruz Roja para Sanatorio en la Avda. Pablo Iglesias, 19.

- Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Sigue funcionando en la actualidad como hospital dependiente del Servicio Madrileño de Salud.
- Servicio Nacional de Rehabilitación de la Obra Sindical "18 de julio". La obra Sindical se integró en la Seguridad Social en el año 1971.<sup>548</sup>
- Hospital-Asilo "Beata M<sup>a</sup> Ana de Jesús", se trataba de una clínica para monjas de clausura, niñas y mujeres. Actualmente conocido como: Hospital Beata María Ana (Hermanas Hospitalarias)
- Hospital Provincial/General de Madrid, hoy Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Hospital del Rey (Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas). Centro de referencia para el tratamiento de enfermedades infecciosas, disponía del Servicio Nacional de Poliomieltis en el Pabellón III.<sup>549</sup> Actualmente es conocido como Hospital Carlos III.
- Hospital del Niño Jesús. En ese momento disponía de un servicio de Poliomieltis conocido por su especialización en poliomieltis bulbares. En la actualidad: Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús.
- Hospital-Asilo de San Rafael (Hermanos de San Juan de Dios), disponía de un Centro de Rehabilitación infantil en el que se trataban casos de poliomieltis. En la actualidad: Hospital Infantil San Rafael.
- Clínica de la Concepción, conocida a partir de 1963 como Fundación Jiménez Díaz. Disponía de servicios dirigidos a la infancia y se le conocía por el tratamiento de poliomieltis bulbares.
- Centro infantil de rehabilitación "La casa del niño" perteneciente a la Institución "Salus Infirmorum"<sup>550</sup> que incluía también una Escuela de Fisioterapia dirigida por Dr. Manuel Blanco Argüelles. Actualmente sigue

---

<sup>548</sup> Decreto 558/1971 e 1 de abril por el que la Obra Sindical "18 de julio" se integra en la Seguridad Social (BOE n<sup>o</sup>78, de 1 de abril de 1971). En los años sesenta estaban en funcionamiento: el Sanatorio "Fernando Primo de Rivera", hoy Centro de Salud Eloy Gonzalo de Madrid; el Sanatorio Augusto Barrad y el Sanatorio Hermanos Aznar.

<sup>549</sup> Gálvez Ruiz, "Enfermedad infecciosa...", 405.

<sup>550</sup> Asociación Católica de Hermandades Diocesanas de Sanitarias Españolas ACSE, fundada por María de Madariaga.

en funcionamiento como "Escuela Infantil Casa del Niño (Salus Infirmorum)".<sup>551</sup>

Finalmente, los trece alumnos que completaron el curso llegaron de los siguientes centros: Ángel Alonso Miguel del Dispensario Central de Rehabilitación; María del Pilar Esteban Abad del servicio de Polio del Hospital del Niño Jesús; Mercedes Gutiérrez Peña del Hospital del Rey; Nuria de la Hoz Rodríguez del Gran Hospital de Beneficencia General del Estado; Mercedes López López del Sanatorio Psiquiátrico de Ciempozuelos; Fernando Mateos Herrador de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid; Ana María Mendieta Baeza de la Casa del Niño del Salus Infirmorum; M<sup>a</sup> Dolores Pardo Andrés del Asilo Beata M<sup>a</sup> Ana de Jesús; Andrés Saavedra Rivero del Servicio Nacional de Rehabilitación de la Obra del 18 de Julio; M<sup>a</sup> Jesús Sanjuan Elías de la Clínica de la Concepción; Josefina Senís Ruiz del Hospital de la Cruz Roja; M<sup>a</sup> Pilar Serrano Fandos de la Secretaría del Patronato de Rehabilitación y Francisco Javier Toldos Espejel del Centro de Rehabilitación Infantil del Hospital Asilo de San Rafael.<sup>552</sup>

Las condiciones exigidas a los alumnos para su inscripción fueron:

a) Pertener a un centro que haya tenido servicio de rehabilitación.

b) Nivel educativo de *high school* lo que se tradujo en España en la posesión del Título de Bachiller, Maestro o similar, Auxiliar Técnico Sanitario, Practicante o Enfermera u otros Títulos Sanitarios.

c) Edad entre 17 y 35 años, aunque en este primer año se realizaron algunas excepciones debido a la urgente necesidad de personal capacitado.

d) Certificado médico de aptitud para cumplir con los requisitos de la profesión.

El curso se prolongó hasta el mes de julio de 1962 y conllevó la puesta en marcha de la Escuela de Terapia Ocupacional,<sup>553</sup> así lo describió el Dr. Oñorbe:

---

<sup>551</sup> <http://www.saluscasadelnino.es> Salus Infirmorum sigue ligado a la formación sanitaria a través de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum Campus de Madrid de la Universidad Pontificia de Salamanca. <http://www.saluscampusdemadrid.com>

<sup>552</sup> Rosario Maíllo García de la Clínica del Trabajo no llegó a completar el curso.

<sup>553</sup> En el archivo de la Escuela hemos encontrado dos tipos de formularios para las actas de las asignaturas, unos con el membrete "Dirección General de Sanidad. Servicio de Rehabilitación" y el sello "Dirección General de Sanidad. Servicio de Rehabilitación. "Curso terapeutas ocupacionales" y otros con el membrete "Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad. Escuela de Terapia Ocupacional" que se usaba también en las fichas de los alumnos y el sello "Escuela



En el año escolar 1961-1962 se celebró en Madrid el primer curso para preparación de terapeutas ocupacionales, y se creó la escuela que en lo sucesivo ha de asumir la responsabilidad de seguir preparando a este personal, tan necesario para la práctica de la rehabilitación; con ello se llena el vacío que suponía el que en España no se realizasen estas enseñanzas y, como consecuencia, no se aplicase este sistema de tratamiento.<sup>554</sup>

La matrícula para este curso fue gratuita. La Escuela utilizó distintos lugares para la impartición de las materias, en este primer año: las aulas del Gran Hospital de la Beneficencia General del Estado, el Departamento de Terapia Ocupacional del Dispensario Central de Rehabilitación y varios Centros de Formación Profesional del Ministerio de Educación Nacional.<sup>555</sup>

En cuanto a la selección y funcionamiento del profesorado, el informe de Abella, recoge algunos detalles interesantes:

Al profesorado se le pagó una cantidad mínima calculada en función del número de horas que trabajaron. No había personal a tiempo completo.

Los profesores para los temas médicos fueron seleccionados entre aquellos que trabajaban como profesores ayudantes en distintas especialidades de la escuela de medicina. (Tres de estos cinco médicos habían tenido becas de la OMS para estudios en el extranjero).<sup>556</sup>

Las materias médicas fueron impartidas por al menos siete profesores: Dr. Serafín Rodríguez Gallego de Anatomía y Fisiología, Dr. Fernando Claramunt López de Psicología, Dr. Manuel Domínguez Carmona de Higiene, Socorrismo y Epibid.iología, Dr. Francisco Lamas Laclaustra de Sociología, Dr. Alberto Gimeno Álava de Neurología, Dr. Miguel Graciá de la Calle de Patología médica y Quirúrgica y Dr. Heliodoro Ruiz García de Kinesiología.<sup>557</sup>

También se contó con maestros de las Escuelas de Artes y Oficios Artísticos y, por supuesto con Mercedes Abella, que aportó sus conocimientos y experiencia profesionales impartiendo las asignaturas específicas de Terapia Ocupacional y orientando a los profesores de Artes y Oficios.

---

de Terapia Ocupacional. Secretaría". Por las características de impresión de los formularios parece que los primeros fueron provisionales. Este detalle muestra que desde el inicio se consideró el curso como parte de una Escuela, con una idea clara de continuidad.

<sup>554</sup> Oñorbe, *Invalidez y rehabilitación*, 24.

<sup>555</sup> Así lo describe Ángel Alonso, en el documento confidencial *¿Qué es la Terapia Ocupacional?* dirigido al Dr. D. Francisco López de la Garma en el año 1966. Citado y adjuntado como anexo por Nuria Máximo en su tesis sobre "Papel de D. Ángel Alonso...", 68.

<sup>556</sup> Abella, *Assignment report*, 3.

<sup>557</sup> Martínez Berriel, "Entrevista a Mercedes Abella", 31.

Se utilizaron instalaciones locales, como una escuela de cerámica y una escuela de artes y oficios industriales para la enseñanza de las artes y artesanías. Todos los aspectos técnicos relacionados con la Terapia Ocupacional fueron enseñados por la terapeuta ocupacional de la OMS.<sup>558</sup>

Los maestros instruían en cómo efectuar las diversas actividades, mientras que Mercedes Abella se hacía cargo de conectar las técnicas con la Terapia Ocupacional, “yo enseñaba la conexión entre las artes manuales y las ciencias, así es como funcionamos”.<sup>559</sup>

Para la formación clínica se utilizó el Departamento de Terapia Ocupacional del Dispensario Central si bien “se redujo a un mes, ya que solo había un departamento y un supervisor para todos los estudiantes. La supervisión fue proporcionada por la terapeuta ocupacional de la OMS”.<sup>560</sup> El Departamento de Terapia Ocupacional del Dispensario había comenzado a funcionar hacía solo unos meses,<sup>561</sup> Abella lo describió así en su informe:

Había un taller en el que una persona con conocimientos de las artes y oficios, pero sin capacitación en Terapia Ocupacional, recibía instrucciones verbales ocasionales de un médico para trabajar con los pacientes. No había registros de asistencia o tratamiento en este taller y el trabajo realizado era más a nivel psicológico que físico. La persona a cargo del departamento fue uno de los estudiantes del primer curso.<sup>562</sup>

La ayuda prestada por el UNICEF para la provisión de materiales y equipamiento especial, así como las instrucciones y supervisión proporcionadas por Abella permitieron que aquel departamento “comenzara a tomar forma y poder disponer de mejores condiciones para recibir a los estudiantes en su formación clínica”,<sup>563</sup> de esta manera podría comenzar a considerarse un centro de demostración a nivel nacional. Por otra parte, para poder seguir avanzando en la formación clínica, Mercedes acompañaba a los estudiantes a los centros donde ya estaban trabajando para ver cómo podrían colaborar en las prácticas y crear nuevas líneas de contacto.<sup>564</sup>

---

<sup>558</sup> Abella, *Assignment report*, 3.

<sup>559</sup> Martínez Berriel, “Entrevista a Mercedes Abella”, 32.

<sup>560</sup> Abella, *Assignment report*, 3.

<sup>561</sup> En un documento sobre la relación del personal y sus funciones de la Sección de Rehabilitación del Patronato, fechado en febrero de 1961, se hacía constar que Ángel Alonso Miguel formaba parte del personal del Dispensario ejerciendo como “encargado de dirigir la ‘Terapia Ocupacional’ recién instalada y organizada en dicho Centro”. Máximo, “Papel de D. Ángel Alonso...”, 99.

<sup>562</sup> Abella, *Assignment report*, 4.

<sup>563</sup> *Ibid.*, 4.

<sup>564</sup> Martínez Berriel, “Entrevista a Mercedes Abella”, 32.

El día 4 de julio de 1962, se publicó en prensa la reseña sobre el acto de clausura del "Curso de terapeutas ocupacionales":

En la Dirección General de Sanidad, y presidida por su director, profesor García Orcoyen, se ha celebrado la clausura del primer curso para formación de terapeutas ocupacionales, organizado por el Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos, bajo el patrocinio de la Dirección General de Sanidad.

La primera promoción está compuesta de doce<sup>565</sup> alumnos, de ellos cinco monjas asistenciales. En el acto de clausura hablaron el secretario del curso, doctor Ruiz, y el del Patronato de Rehabilitación, doctor Oñorbe.

El director general de Sanidad declaró clausurado el curso, después de resaltar la gran importancia social, terapéutica y docente de este primer curso de Terapéutica Ocupacional.

En la presidencia se sentaron, con el doctor García Orcoyen, el catedrático profesor Martín Lagos; el director de la Escuela Nacional de Sanidad, doctor Clavero; el inspector general de la Cruz Roja, doctor Aracama, y otras personalidades.<sup>566</sup>

Curiosamente no se hace ninguna alusión al programa de la OMS ni a su representante, Mercedes Abella, desconocemos si asistió al acto de clausura, pero está claro que no se quiso dar importancia a la intervención internacional ni a su labor como especialista en el tema. Este "descuido" se refleja también en la descripción que realizó el Dr. Heliodoro Ruiz sobre los primeros pasos de la formación en España, en dicho relato no encontramos ninguna referencia a la persona de Mercedes Abella ni a su trabajo.<sup>567</sup>

### **Segundo Curso (1962-1964)**

Como en el curso anterior, los alumnos de la segunda promoción debían tener alguna formación sanitaria o trabajar en hospitales o centros de rehabilitación. Los aspirantes tenían que dirigir la solicitud de admisión al curso al Secretario General del Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos, el Dr. Oñorbe.

De los veinte estudiantes que se admitieron en el curso, quedaron finalmente ocho, M<sup>a</sup> Pilar Bermejo Lozano, Basilia Cuadrado Antolino, M<sup>a</sup> Carmen

---

<sup>565</sup> Fueron trece alumnos.

<sup>566</sup> ABC miércoles 4 de julio de 1962, edición de la mañana pág. 48. "curso de terapeutas ocupacionales". <http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/1962/07/04/046.html>

<sup>567</sup> Romero Ayuso, "La figura de Heliodoro Ruiz...", 2

Franco Carballeira, M<sup>a</sup> Paz García García, Natividad Jareño Paricio, Pedro Martínez Carpintero, Pilar Navarro Lorente y Águeda Rodríguez Vaciero.<sup>568</sup> Sobre los trece estudiantes que abandonaron, Abella explicó,

la mayoría de los estudiantes tuvieron que abandonar debido a las dificultades financieras, ya que no eran de Madrid y no podían permitirse permanecer fuera de casa por su propia cuenta. Tres de los estudiantes dejaron el curso para casarse.<sup>569</sup>

Las clases de la segunda promoción comenzaron en septiembre de 1962 y se prolongaron hasta julio de 1964. El plan de estudios resultó muy similar al del primer curso "con algunos temas más, más horas de conferencias y seis meses de formación clínica".<sup>570</sup> Además, se comenzó a realizar un examen de reválida.<sup>571</sup> Continuaron los profesores que habían colaborado en el primer curso y se sumaron el Dr. Pedro Prim Alegría para Ortopraxis y los doctores Loma y Guillermo Luna en Patología quirúrgica.<sup>572</sup> Hasta diciembre de 1963 Dña. Mercedes Abella continuó impartiendo clases y preparando a otros terapeutas ocupacionales para que continuaran en la formación cuando ella se marchara. De hecho, en esta promoción se incorporaron a la docencia Ángel Alonso y Nuria de la Hoz que se habían titulado en el primer curso y dos terapeutas ocupacionales formadas en Francia con una beca de la OMS, Carmen Lacasa (Nancy) y María Llorente (París).<sup>573</sup> Estos primeros terapeutas comenzaron a impartir materias específicas de Terapia Ocupacional y algunas asignaturas de artes manuales. Además, siguieron colaborando: la Escuela de Cerámica de la Moncloa, la Escuela de Artes y Oficios de la calle la Palma y la Escuela Nacional de Artes Gráficas.<sup>574</sup>

En su informe, Abella mostró claramente la necesidad de prolongar el programa por al menos dos años, ya que todavía existían dificultades importantes que solventar. Si ella se marchaba, la responsabilidad de la formación iba a

---

<sup>568</sup> Las Instituciones de las que provenían sólo se registran en tres casos: Basilia Cuadrado Antolino del Sanatorio Marítimo de la Pedrosa, Pilar Navarro Lorente del Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa y Águeda Rodríguez Vaciero del Hospital Niño Jesús. En todas las actas de 1963 aparece la alumna Isabel Moniche García-Pumerino así que al menos durante el primer año de formación fueron 9 alumnos.

<sup>569</sup> Abella, *Assignment report*, 6.

<sup>570</sup> Ídem.

<sup>571</sup> A partir de la entrada en vigor del Reglamento de 1967 se le llamó oficialmente examen de Grado.

<sup>572</sup> Documento con los profesores y horarios del 2º curso (copia cedida por la profesora Nuria Máximo)

<sup>573</sup> María Llorente firmó el acta de la asignatura "Artes Manuales" en febrero de 1963. Es la única evidencia que hemos recogido de su participación en la docencia de la Escuela.

<sup>574</sup> En el acta de la asignatura de Encuadernación constan los Sres. Macedo y Cámara de la Escuela Nacional de Artes Gráficas.

recaer fundamentalmente sobre los estudiantes de la primera promoción y todavía necesitaban adquirir experiencia. Por otro lado, debía realizarse el cambio de adscripción de la Escuela para que los títulos se otorgaran desde el Ministerio de Educación:

La responsabilidad de la continuidad del presente curso corresponderá a los cuatro nuevos graduados disponibles que tendrán que llevar el peso de esta pesada carga, sin experiencia u orientación, junto con el médico que actúe como secretario de la escuela.

Aunque no hay confirmación verbal de que la escuela es oficial, no ha sido registrada en el lugar que le corresponde, en el Ministerio de Educación, y por lo tanto no tiene sanción legal. Los Diplomas que se dan a los alumnos están registrados en el departamento de Salud. La intención del Comité de Rehabilitación es que estos diplomas estén en colaboración con la escuela de medicina en el futuro.<sup>575</sup>

Por ello, en sus recomendaciones, descritas como “de vital importancia”, Abella se refiere a la necesidad de continuar con el programa y seguir trabajando para cumplir con las condiciones establecidas para la organización de la Escuela, el profesorado y la formación, citamos textualmente:

1. Reconocimiento Oficial de la Escuela de Terapia Ocupacional en el Ministerio de Educación. (La escuela debería de llegar a ser independiente)
2. Asignación de fondos para ayudar a los alumnos que no pueden mantenerse por su cuenta en Madrid.
3. Un presupuesto para la escuela para que se puedan adquirir suministros adecuados.
4. Salario adecuado y tiempo libre de otras obligaciones para el personal, de manera que así puedan dedicar suficiente tiempo a la enseñanza. Los terapeutas ocupacionales que serán profesores en la escuela deben tener unas horas libres al día del tratamiento a los pacientes para que puedan dedicar tiempo a clases y actividades administrativas, incluyendo los traslados entre la escuela y las instalaciones locales que se utilizan para la formación práctica de los alumnos. Los terapeutas ocupacionales capacitados deben utilizar su tiempo y esfuerzo en su propio campo y no dedicar tiempo a otras especialidades de rehabilitación para las que no han sido formados.
5. Si el gobierno español está de acuerdo, debería pedirse a la OMS la provisión de fondos para continuar con este programa durante los años 1965

---

<sup>575</sup> Abella, *Assignment report*, 8.

y 1966. Estos fondos podrían ser utilizados para proporcionar becas para los dos graduados de Terapia Ocupacional que estarán enseñando en la escuela. Cada uno de ellos debería tener una beca de un año, de preferencia en los Estados Unidos o en el Reino Unido, para aumentar sus conocimientos y experiencia en la enseñanza, de modo que la dirección de la escuela podría ser puesta en manos de los terapeutas ocupacionales en lugar de los médicos.

6. Se solicita también un terapeuta ocupacional con experiencia para supervisar la enseñanza y la práctica clínica de los alumnos por dos años más. Los centros de formación deberían establecerse en diferentes tipos de hospitales, para que los alumnos puedan asimilar la formación clínica. Los centros existentes no pueden ser utilizados para la formación clínica al menos que se pueda dar una supervisión adecuada.
7. Un curso de postgrado para los supervisores de centros que se concentrara en la práctica clínica.
8. Sería necesario traducir literatura en español para estudiantes y graduados, ya que hay muy poco material sobre la Terapia Ocupacional que no sea en inglés y, en menor medida, en francés.

Evidentemente para conseguir que se llevaran a cabo dichas recomendaciones se requería colaboración de las personas y de los órganos responsables, y remitir la solicitud de provisión de fondos a la OMS. Parece que esto nunca se hizo. En la entrevista realizada por Martínez Berriel, Mercedes Abella recordó:

Cuando yo me fui de España, les recomendé que pidieran a la OMS que mandara a otra persona para que continuara el trabajo que yo comencé. Ya estaban esas tres personas fuera estudiando Terapia Ocupacional [...]. Pero yo creo que se hizo un trabajo que es lástima grande que no se continuara entonces con otra persona que tuviera experiencia, que hubiera empezado donde yo terminé. Yo hice la recomendación a la OMS para que mandara a otra persona; España nunca solicitó que mandaran a otra persona y entonces no sé qué pasó, porque la persona que debería haber tomado mi lugar no sé si lo hizo, si no lo hizo, pero era una persona que no tenía experiencia. Acababa de graduarse, y para continuar dando los cursos... Entonces Heliodoro Ruiz continuó dando cursos y no se quien más, otras personas.

El 26 de noviembre de 1963, los alumnos de la 1ª y la 2ª promoción, encabezados por Ángel Alonso presentaron un escrito al Dr. Oñorbe, Secretario General del Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos, solicitando que se tomaran las medidas oportunas para que Mercedes Abella continuara

prestando sus servicios en la Escuela de Terapia Ocupacional. Recordamos que, para ese entonces, el Patronato era “el órgano rector, orientador y coordinador de todas las actividades rehabilitadoras en el ámbito nacional”.<sup>576</sup> Con fecha 4 de diciembre recibieron la negativa del Dr. Oñorbe argumentada como sigue:

Tengo que notificarle que la presencia de la Srta. Abella en España obedece al cumplimiento de un Plan para la readaptación de niños físicamente disminuidos en nuestro país, suscrito por el Gobierno español, la OMS y el UNICEF, que finaliza a mediados del presente mes, según ha notificado al Excmo. Sr. Director General de Sanidad, con fecha 28 de octubre último, la OMS, por lo que lamento no poder tomar medida alguna en relación con estas decisiones, que están fuera del alcance de las posibilidades de esta Secretaría General.<sup>577</sup>

Como vimos anteriormente, las actividades adscritas al programa E-23 se prolongaron hasta el año 1967. Además, en los informes de actividades de la OMS, siguió constando el UNICEF como organismo del que provenían parte de los fondos. Teniendo esto en cuenta, parece que existían posibilidades reales de que Abella u otra terapeuta ocupacional experimentada continuara su labor aquí, pero esta oportunidad no se aprovechó.

La estancia de Mercedes Abella fue demasiado breve, debería haber estado más tiempo para consolidar algunas cosas, pero parece que al Dr. Heliodoro no le interesaba que Mercedes adquiriera más importancia... no se sabe bien qué pasó... cuestiones políticas.<sup>578</sup>

Indudablemente, el ambiente cultural, social y político de la época influyó en todo este proceso dificultando una verdadera colaboración, Mercedes Abella lo relató de forma bastante elocuente,

El trabajo en España fue muy duro para mí [...] en esos momentos en España yo creo que había mucho contra los americanos por las bases navales, las bases aéreas, las bases militares. [...] Llevaba yo dos desventajas: primera, que soy mujer, era joven y profesional, para colmo de males, en ese tiempo en España la mujer no tenía ni voz ni voto; [...] segunda, que, aunque era de nacionalidad cubana, de padres de origen español, había estudiado en los Estados Unidos y ganaba dólares! [...]

---

<sup>576</sup> Manuel Oñorbe Garbayo, “La lucha contra la invalidez. Rehabilitación y recuperación de incapacitados”, en *Charlas radiofónicas: el problema de los disminuidos físicos y su rehabilitación* (Madrid: Patronato de Rehabilitación de Inválidos, Secretaría General, 1963), 11.

<sup>577</sup> Escrito de contestación del Dr. Oñorbe como Secretario General del Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos, fechado el 4 de diciembre de 1963. Citado y recogido como anexo en: Máximo, “Papel de D. Ángel Alonso...”, 67.

<sup>578</sup> Ana Forn, entrevista 15/03/2016.

[...] Creo que los hombres, aún hoy, se creen que están por encima de las mujeres, como especie humana. El hombre latino cree estar casi a la altura de Dios en cuanto a poder. El médico se cree a la par con Dios. El médico latino, español, ise cree por encima de Dios!

La realidad es que la enseñanza de la teoría y la práctica de la Terapia Ocupacional recayó en un pequeño grupo de terapeutas ocupacionales recién titulados, "gente muy ilusionada, con mucha voluntad y con ganas de sacar aquello hacia adelante",<sup>579</sup> pero que necesitaban adquirir experiencia en una profesión desconocida en España, en servicios de nueva creación que se hallaban bajo la autoridad de médicos sin suficiente conocimiento en el área y que a su vez se encontraban en plena pugna por la delimitación de sus especialidades. El panorama no se presentaba muy halagüeño.

## **Etaapa 2. Reconocimiento oficial de la escuela. Primer reglamento (1964-1967)**

En 1964, la Escuela fue reconocida oficialmente con el Decreto 3097/1964, de 24 de septiembre.<sup>580</sup> Como justificación de su creación, se aludía a la Terapia Ocupacional como una especialidad diferente de Fisioterapia dentro de las técnicas de rehabilitación y recuperación de inválidos, por lo que existía la necesidad de preparar personal cualificado que pudiera aplicar dichos tratamientos. En el artículo primero, el Decreto estableció como funciones de la Escuela de Terapia Ocupacional "el estudio e investigación de las técnicas de este procedimiento rehabilitador [...] así como preparar, en colaboración con la Facultad de Medicina de Madrid, el personal especializado en la aplicación de las mismas para el tratamiento de los deficitarios físicos y psíquicos". La Escuela quedó adscrita oficialmente a la Escuela Nacional de Sanidad como filial de la misma, de manera que sus alumnos tenían a todos los efectos la consideración de alumnos de dicha Escuela.

---

<sup>579</sup> Ana Fornas, entrevista 15/03/2016.

<sup>580</sup> Decreto 3097/1964, de 24 de septiembre por el que se crea la Escuela de Terapia Ocupacional (BOE nº246, de 13 octubre de 1964).



# MINISTERIO DE LA GOBERNACION

**DECRETO 3097/1964, de 24 de septiembre, por el que se crea la Escuela de Terapia Ocupacional.**

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. La especialidad en los estudios de las técnicas que comporta esta última, así como la necesidad de preparar el personal que haya de llevar a cabo la aplicación de las mismas, justifica ya de por sí la creación de una Escuela de Terapia Ocupacional—con cometidos de estudio e investigación y fines didácticos distintos de los que corresponde a las Escuelas o especialidades actualmente existentes de fisioterapia—, que se adscribe a la Escuela Nacional de Sanidad como filial de la misma.

En su virtud, a propuesta del Ministro de la Gobernación y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día diez de septiembre de mil novecientos sesenta y cuatro,

## DISPONGO :

Artículo primero.—Se crea la Escuela de Terapia Ocupacional, con funciones de estudio e investigación de las técnicas propias de este 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, así como con la finalidad de preparar, en colaboración con la Facultad de Medicina de Madrid, el personal especializado en la aplicación de las mismas para el tratamiento de los deficiencias físicas y psíquicas.

Artículo segundo.—La Escuela de Terapia Ocupacional queda adscrita a la Escuela Nacional de Sanidad como filial de la misma, y sus alumnos tendrán a todos los efectos la consideración de alumnos de esta última.

Artículo tercero.—Se autoriza al Ministro de la Gobernación para dictar el Reglamento por el que ha de regirse la Escuela, así como para dictar cualesquiera otras disposiciones que exijan el desarrollo y aplicación del presente Decreto.

Así lo dispongo por el presente Decreto, dado en Madrid a veinticuatro de septiembre de mil novecientos sesenta y cuatro.

FRANCISCO FRANCO

El Ministro de la Gobernación,  
CAMILO ALONSO VEGA

### **Figura 6. Decreto 3097/1964, de 24 de septiembre, por el que se crea la Escuela de Terapia Ocupacional**

El Reglamento que rigió el funcionamiento de la Escuela de Terapia Ocupacional en esta etapa se aprobó por Orden Ministerial de 3 de junio de 1965.<sup>581</sup> En dicha Orden se decía que la Escuela quedaba “encuadrada dentro de la disciplina de la Escuela Nacional de Sanidad, y como filial de ésta, con la debida colaboración de la Facultad de Medicina de Madrid”. En el artículo segundo se reconocieron los siguientes fines de la Escuela:

<sup>581</sup> Orden de 3 de junio de 1965 por la que se aprueba el Reglamento que ha de regir el funcionamiento de la Escuela de Terapia Ocupacional (BOE nº24, de 28 enero de 1966).

- a) Preparar personal especializado que reúna las condiciones precisas para aplicar las técnicas de la Terapia Ocupacional y a conceder al mismo el título de terapeuta ocupacional, cubriendo con ello las necesidades de este personal en los Servicios de Rehabilitación y en todos los Centros en los que sea precisa su colaboración técnica.
- b) Organizar cursos para el perfeccionamiento científico del personal ya especializado, y cursillos y conferencias de divulgación de esta técnica, entre los no especializados en la materia.
- c) Estimular, colaborar y contribuir directamente al estudio e investigación para el perfeccionamiento de las técnicas propias de este procedimiento rehabilitador.
- d) Colaborar con las Escuelas Departamentales de Terapia Ocupacional que se puedan crear por el Ministerio de la Gobernación a propuesta de la Dirección General de Sanidad.
- e) Fomentar la creación de Departamentos de Terapia Ocupacional en los Centros y Servicios de Rehabilitación.
- f) Interesar la creación de la Sociedad Española de Terapeutas Ocupacionales y fomentar su desarrollo e integración en la Federación Mundial.
- g) Mantener relación con las Asociaciones Internacionales que cubran sus mismos objetivos.

Se constituyeron los siguientes órganos de gobierno: una Junta Rectora, una Comisión Delegada Ejecutiva y la Secretaría de la Junta Rectora. Su composición y misiones principales, se concretaron de la siguiente manera en los artículos cuarto y quinto:

Junta Rectora constituida por: el Director de la Escuela Nacional de Sanidad, que sería su presidente; el Decano de la Facultad de Medicina de Madrid, que actuaría como vicepresidente; el Jefe de Estudios de la Escuela Nacional de Sanidad; un Médico de Sanidad Nacional especializado en materias de rehabilitación designado por el Director general de Sanidad; el Jefe Médico del Servicio o Departamento de Terapia Ocupacional de un Centro de Rehabilitación de la Dirección General de Sanidad designado por el Director general de Sanidad; el Jefe médico del Servicio o Departamento de Terapia Ocupacional de un Centro de Madrid no dependiente de la Dirección General de Sanidad en el que se realice este tratamiento, designado por el Director general de Sanidad; el Director de la Escuela de Terapia Ocupacional que a su vez será Secretario de la Junta Rectora; dos terapeutas ocupacionales que sean profesores de la Escuela de Terapia Ocupacional uno de los cuales será el asesor técnico de la Dirección de la Escuela.

Comisión Delegada Ejecutiva integrada por: el Jefe de Estudios de la Escuela Nacional de Sanidad; el Vocal Médico de Sanidad Nacional especializado en materias de rehabilitación; el Director de la Escuela de Terapia Ocupacional y Secretario de la Junta Rectora.

El artículo noveno estableció que el director de la Escuela sería el Jefe médico del Departamento de Terapia Ocupacional de un Centro dependiente de la Dirección General de Sanidad, designado por el Director General de Sanidad. Este cargo fue desempeñado desde ese momento por el Dr. Heliodoro Ruiz, que pasó de Secretario a Director de la Escuela.

Se estableció que el Director actuaría como Jefe de Estudios y dispondría de dos colaboradores técnicos, uno médico y otro terapeuta ocupacional. Entre los colaboradores técnicos y profesorado se indicaba que habría profesores médicos dedicados a la enseñanza de las materias médicas y profesores terapeutas ocupacionales dedicados a la enseñanza de la teoría de la Terapia Ocupacional, la supervisión de las prácticas y la instrucción de las actividades de uso terapéutico. El profesorado de la Escuela se designaría para cada curso, pudiendo repetirse la designación sin limitación alguna y sería seleccionado preferentemente entre Profesores, Auxiliares, Ayudantes y colaboradores de la Facultad de Medicina y de la Escuela Nacional de Sanidad y por personal especializado de Centros de Rehabilitación con Departamentos de Terapia Ocupacional.

Respecto al profesorado, no hemos hallado mucha información, sin embargo, podemos decir que, muchos de los profesores de materias médicas que colaboraron en los primeros años de funcionamiento de la Escuela, eran profesionales de cierta relevancia dentro de sus especialidades. Debido a esto, a medida que comenzaron a desempeñar otros cargos, algunos se desvincularon de la Escuela mientras que otros continuaron compaginando sus obligaciones con la docencia en Terapia Ocupacional.<sup>582</sup> Por otro lado, en este periodo aumentó la participación de terapeutas ocupacionales, a los que ya colaboraban desde el principio, se añadieron otros de la primera y segunda promociones como M<sup>a</sup> Paz García, M<sup>a</sup> Pilar Serrano, M<sup>a</sup> Carmen Franco, Águeda Rodríguez y Natividad Ja-reño.

---

<sup>582</sup> M<sup>a</sup> José Román, entrevista 16/09/2015.

El acceso de los alumnos requería, tal como ya se había exigido en los primeros cursos, la posesión de los títulos siguientes: Bachiller Superior, Ayudante Técnico Sanitario, Enfermera, Maestro u otro similar, juzgando la Junta Rectora la validez de los que no fueran expresados concretamente. Además, los alumnos debían presentar una carta de solicitud de admisión al Director de la Escuela y copias de los siguientes documentos: partida de nacimiento, certificado médico y certificado de estudios previos.

Los estudios se realizaban en dos cursos con período normal de escolaridad en cada Curso, exigiéndose en el segundo seis meses de clínica práctica.<sup>583</sup> En cuanto a los programas y planes de estudios se estableció que debían seguir las directrices que se aconsejaban internacionalmente. Aunque no se especificaba nada sobre los exámenes, el reglamento recogió la existencia del examen de grado puesto que entre las funciones del director encontramos "actuar como presidente del tribunal de en los exámenes de grado para obtención del Título de Terapeuta Ocupacional".

Aunque la Escuela se domiciliaba oficialmente en la Escuela Nacional de Sanidad, el desarrollo de las actividades podía adscribirse al Departamento de Terapia Ocupacional de un Centro de Rehabilitación de la Dirección General de Sanidad. Además, se admitía que para la realización de la enseñanza teórica y práctica la Escuela podía disponer de locales y Servicios de la Escuela Nacional de Sanidad y de los Centros de Rehabilitación y Departamentos de Terapia Ocupacional de la Dirección General de Sanidad, así como Servicios de la Facultad de Medicina y de las instituciones en que se aplicaba este tratamiento. Las clases prácticas especiales podrían realizarse, con acuerdo previo, en las Escuelas de Artes y Oficios y Centros de Formación Profesional.

En estas primeras promociones las clases se realizaban en el Dispensario Central, solo algunas asignaturas como Higiene y Epidemiología requerían el desplazamiento a la Escuela de Sanidad, así como algunas específicas de Artes y Oficios. En cualquier caso, el recuerdo que queda de aquellos años es que "era todo muy familiar, era una escuela pequeñita, con pocos alumnos, veintitantos alumnos, todo muy familiar",<sup>584</sup> "nos conocíamos todos. [...] Los horarios eran

---

<sup>583</sup> La duración de dos años realmente sólo se hizo efectiva en la 2ª y 3ª promociones. En la 4ª promoción (1965-1968) se alargó ya a casi tres años por el comienzo de la especialización en psiquiatría.

<sup>584</sup> Carmen Díez de Velayos, entrevista 24/02/2016.

de mañana y tarde, la matrícula no costaba nada y el Ministerio nos daba el material para las manualidades".<sup>585</sup>

Sobre los recursos económicos, el artículo 17 del Reglamento establecía que la Escuela dispondría de las consignaciones que para este fin figuraran en los Presupuestos Generales del Estado, de las subvenciones que para ella o los cursos se concedan, de los derechos de matrícula, examen o expedición de títulos; todo ello se entiende sin perjuicio de lo dispuesto en la vigente Ley de Retribuciones de los Funcionarios del Estado y de cuantas subvenciones o donaciones pueda recibir de otros Organismos; todo ello recibido directamente o a través de la Escuela Nacional de Sanidad. Estos recursos siempre fueron escasos, se aprovechaban las dependencias y equipamiento del Dispensario y "a los profesores casi no se les pagaba nada, no había dinero".<sup>586</sup>

### **Etapa 3. Consolidación de la Escuela. Segundo reglamento (1967-1998)**

El segundo Reglamento aprobado por Orden Ministerial de 13 de junio de 1967, introdujo algunos cambios que se mantuvieron hasta el cierre de la Escuela.<sup>587</sup> Las modificaciones se justificaron con los siguientes argumentos: la necesidad de dar mayor impulso a la creación de Escuelas departamentales de Terapia Ocupacional, al tiempo que se tomaban las convenientes previsiones en orden a sus relaciones y vinculación con la Escuela Central; el encuadramiento en los estudios de la Escuela de Terapia Ocupacional de la especialidad psiquiátrica de los mismos y la definitiva configuración de la propia Escuela de Terapia como filial de la Escuela Nacional de Sanidad.

Los fines de la Escuela se mantuvieron, a excepción del que se relacionaba con las Escuelas Departamentales que en este Reglamento quedó como sigue:

d) *Promover* la creación de Escuelas Departamentales de TO en aquellas localidades donde se estimen necesarias, con arreglo a lo dispuesto en este Reglamento.

---

<sup>585</sup> M<sup>a</sup> José Román, entrevista 16/09/2015.

<sup>586</sup> *Ibíd.*,

<sup>587</sup> Orden de 13 de junio de 1967 por la que se aprueba el texto del Reglamento que ha de regir el funcionamiento de la Escuela de Terapia Ocupacional (BOE nº152, de 27 de junio de 1967). A pesar de las modificaciones de funcionamiento que surgieron con los años nunca llegó a aprobarse oficialmente un nuevo Reglamento.

Los órganos de Gobierno se estructuraron de la misma manera que en el Reglamento anterior: Junta Rectora, Comisión Delegada Ejecutiva y Secretaría de la Junta Rectora. Sin embargo, se contemplaron ligeras variaciones en la constitución de la Junta Rectora: el médico de Sanidad Nacional debía estar vinculado a la Sección de Hospitales de la Dirección General de Sanidad, es decir que se suprimió la exigencia de estar especializado en materias de rehabilitación; el Jefe médico del Servicio o Departamento de Terapia Ocupacional no dependiente de la Dirección General de Sanidad seguiría siendo designado por el Director General de Sanidad pero a propuesta de la Junta Rectora; un último aspecto fue la inclusión como parte de la Junta de los directores de las Escuelas Departamentales que pudieran crearse.

El cargo de director de la Escuela y secretario de su Junta Rectora, podía ser adjudicado a un Jefe Médico del Departamento de Terapia Ocupacional de un Centro dependiente de la Dirección General de Sanidad o a un profesor de la Escuela Nacional de Sanidad especializado en la materia, aspecto este último añadido en este Reglamento, en cualquier caso, dicho cargo era designado por el Director General de Sanidad. En cuanto a las funciones del director se mantuvieron sin modificaciones, a excepción de la última que se eliminó y que se refería a la presidencia del tribunal de los exámenes de grado para la obtención del título.

Por otra parte, aunque la Escuela seguía domiciliada oficialmente en la Escuela Nacional de Sanidad, el desarrollo de sus actividades podía adscribirse al Departamento de Terapia Ocupacional de un Centro de Rehabilitación de la Dirección General de Sanidad o a cualquier otro establecimiento hospitalario dependiente de la misma y de sus órganos autónomos. En 1971 se trasladó la sede de la Escuela junto con el personal del Dispensario Central de Rehabilitación al recién creado Centro Nacional de Rehabilitación<sup>588</sup> en la calle Francisco Silvela nº40 de Madrid (planta 6ª). El Dr. Heliodoro Ruiz comenzó a ejercer de

---

<sup>588</sup> El Centro Nacional de Rehabilitación incluía servicios de hospitalización y estaba organizado en tres unidades: Unidad de investigación y docencia, Unidad médico-quirúrgica y Unidad de rehabilitación (en la que se incluía el departamento de Terapia Ocupacional). Actualmente es el Instituto Provincial de Rehabilitación (IPR) perteneciente al Hospital General Universitario Gregorio Marañón del Servicio Madrileño de Salud.

jefe de la Unidad de Investigación y Docencia del Centro Nacional de Rehabilitación y años después fue nombrado director del Centro.<sup>589</sup> Parece que fue especialmente por esta época cuando el Dr. Ruiz comenzó a delegar más funciones en M<sup>a</sup> José Román, una terapeuta que se había graduado en la 4<sup>a</sup> promoción (1968) y que se implicó desde ese momento en las actividades de gestión de la Escuela.

En cuanto a los centros y establecimientos donde se impartía enseñanza teórica y práctica, el presente Reglamento permitió ampliar su número con entidades o instituciones que no dependían de la Facultad de Medicina o de la Dirección General de Sanidad, siempre con previo convenio o acuerdo.

Respecto al profesorado, no se especificaron modificaciones, al igual que en el anterior Reglamento se decidió que la designación se realizaría para cada curso, pudiendo repetirse sin limitación alguna.

Las condiciones para el ingreso en la Escuela requerían que los alumnos presentaran una instancia dirigida al director de la Escuela en la que figurara su filiación, estudios realizados etc., y copias de los siguientes documentos: certificado médico oficial, partida de nacimiento (posteriormente DNI), certificado de estudios previos y varias fotografías tamaño carnet. Los títulos requeridos para el acceso se mantuvieron<sup>590</sup> y se comenzó a realizar un examen de ingreso. Las características de la prueba de acceso variaron a lo largo de los años, al principio, tras la entrada en vigor del segundo Reglamento se realizaba un examen previo consistente en un test de aptitudes y una prueba de redacción, después se eliminó la prueba de redacción, pero se mantuvo el examen. Además de esas pruebas se realizaba una entrevista a los solicitantes para asegurarse de su motivación para la realización de los estudios, dicha entrevista se consideraba una prueba seria y era realizada por un grupo de profesores entre los que habitualmente se encontraba el director, la jefa de estudios, el psicólogo, un médico y un terapeuta.<sup>591</sup>

Una de las modificaciones más importantes aprobadas en este Reglamento tuvo que ver con la duración de los estudios, que pasó a ser oficialmente de tres años. Se realizaban tres cursos con período normal de escolaridad en

---

<sup>589</sup> Fermín Álvaro Pascual, "In memoriam, Dr. Heliodoro Ruiz García", *Rehabilitación (Madr)* 41, nº3 (2007):149.

<sup>590</sup> Desde 1976 se empezó a exigir el COU.

<sup>591</sup> M<sup>a</sup> José Román, entrevista 16/09/2015.

cada Curso, los exámenes se celebraban en convocatorias ordinarias y extraordinarias según acordaba la Junta Rectora. Al finalizar los tres cursos, los alumnos realizaban un examen de grado ante un Tribunal que versaba sobre los temas fundamentales desarrollados en el transcurso de los tres años de estudio y que consistía en una prueba escrita y otra práctica.<sup>592</sup> El Reglamento establecía que el Tribunal para el examen de grado estaría formado por el Director de la Escuela Nacional de Sanidad, que actuaba como Presidente; por el Decano de la Facultad de Medicina de Madrid, por el Director de la Escuela de Terapia Ocupacional, que actuaba como secretario, y por dos profesores de la Escuela, uno Médico y otro Terapeuta Ocupacional, designados por la Junta Rectora a propuesta del Director de la misma. Desde 1970, se entregaba una tesina antes de la realización del examen.<sup>593</sup>

Otra de las novedades presentadas en este Decreto resultó ser la regulación de los cursos de especialización en Psiquiatría. La Escuela, en coordinación con el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) organizó varias ediciones de esta especialidad.<sup>594</sup> Los títulos, así como los diplomas o certificados que se otorgaban, eran refrendados por el PANAP a los efectos de lo dispuesto en el artículo 24 de la Ley de 14 de abril de 1955, de creación de dicho Patronato.

Artículo 24. – El Patronato, de acuerdo con el Consejo Nacional de Sanidad y la Escuela nacional de Sanidad, fijará los estudios y prácticas mínimas que ha de realizar el personal técnico y auxiliar, autorizando a determinados establecimientos para que cumplan esta función de enseñanza práctica.

Los alumnos podían inscribirse en el curso de Especialización en Psiquiatría una vez superado el examen de Grado, así se explicaba en el folleto informativo de la Escuela:

El curso consta de los siguientes capítulos:

- a) Durante un mes y medio se desarrolla un temario exclusivamente dedicado a la psiquiatría en todas sus facetas.
- b) Finalizado este periodo se iniciará otro de la misma duración en régimen de internado en un Hospital Psiquiátrico previamente señalado por la Escuela.

---

<sup>592</sup> Folleto informativo sobre la Escuela de Terapia Ocupacional. (1968)

<sup>593</sup> En la Biblioteca de APETO se guardan unas doscientas tesinas.

<sup>594</sup> En las fichas hay constancia de su realización hasta el año 1970, aunque por fuentes orales tenemos confirmación de su realización hasta 1972.



Una vez finalizado este periodo, se concederá a los alumnos dos meses de plazo para presentar una Memoria del curso.

A los alumnos que superen estas pruebas, les será concedido el Título de Terapeuta Ocupacional, Especializado en Psiquiatría.

Según consta en las fichas de los alumnos que se conservan en el archivo de la Escuela, los centros psiquiátricos que acogieron esta formación especializada fueron: Sanatorio Psiquiátrico Provincial de Bermeo (Bilbao), Sanatorio Conde Romanones de Alcohete (Guadalajara), Sanatorio Psiquiátrico Provincial "Los Prados" de Jaén (Andalucía), Sanatorio Psiquiátrico Provincial de Oviedo (Asturias), Instituto Pedro Mata de Reus (Tarragona). En los testimonios de algunas de las terapeutas que realizaron la especialización vemos algunos detalles interesantes,

"En aquel momento fue una especialidad bastante bien programada, una formación adecuada y avanzada, con clases teóricas en la Escuela y también en los manicomios de los alrededores de Madrid, Ciempozuelos, Leganés y Alcohete... donde el director Morales Velda había creado un montón de talleres para trabajar con los pacientes".<sup>595</sup>

"el curso incluía clases magistrales con psiquiatras y terapeutas ocupacionales y visitas programadas a centros psiquiátricos de gran relevancia en esa época que se encontraban en Madrid o en la periferia; después elegíamos un centro de salud mental para hacer una estancia en régimen de tiempo completo de tres meses. En mi caso fui con otras dos compañeras, al Hospital "Pedro Mata" en Reus (Tarragona). Fue una experiencia inolvidable en el verano 1971, la época de las dos corrientes imperantes en Psiquiatría que allí se estaba realizando".<sup>596</sup>

Uno de los aspectos más llamativos del Reglamento de 1967 tiene que ver con la regulación de las posibles Escuelas Departamentales<sup>597</sup> que pudieran crearse. En el apartado V del Decreto, encontramos las siguientes directrices:

Art.17. Las Escuelas Departamentales que puedan crearse funcionarán bajo la dependencia técnica de la Escuela Central. Dichas Escuelas Departamentales se crearán por Orden ministerial a solicitud de la Entidad o Corporación interesada y previo informe de la Dirección General de Sanidad, o también a propuesta de este último Organismo en alguno de los Centros o establecimientos dependientes de dicha Dirección General.

---

<sup>595</sup> Carmen Díez de Velayos, entrevista 24/02/2016.

<sup>596</sup> Clara Sanz, entrevista 22/02/2016.

<sup>597</sup> Esta denominación se había utilizado en el pasado por la Escuela Nacional de Sanidad para las escuelas de Puericultura.

En los casos señalados en el párrafo anterior, la Escuela Central de Terapia Ocupacional podrá promover la creación de Escuelas Departamentales.

Art. 18. Todas las Escuelas Departamentales que puedan crearse ajustarán su régimen de estudios al que acuerde la Junta Rectora de la Escuela Central.

Art. 19. Los Directores de las Escuelas Departamentales serán designados por el Director general de Sanidad, a propuesta en terna de la Entidad interesada de la que dependa orgánica y administrativamente el Centro docente departamental. Si el Centro dependiese directamente de la Dirección General de Sanidad, la terna la formulará la Junta Rectora de la Escuela Central.

Todos los Directores de las Escuelas Departamentales formarán parte con voz y voto de la Junta Rectora a que se refiere el artículo cuarto de este Reglamento.

Art. 20. Los exámenes de grado para obtención del título de los alumnos de las Escuelas Departamentales de Terapia Ocupacional se celebrarán ante el Tribunal que se especifique en la Orden de creación de cada una de ellas y en ellos figurará siempre un representante de la Junta Rectora de la Escuela Central. Si no se determinase el Tribunal, será el especificado en el artículo 11 de este Reglamento y los exámenes se celebrarán en Madrid.

A pesar de todas estas consideraciones no llegó a crearse ninguna Escuela Departamental, un hecho peculiar que acarreó consecuencias muy importantes para la evolución de la profesión. Los distintos testimonios orales recogidos durante la realización de esta tesis coinciden en la opinión de que las condiciones exigidas para la creación de otras escuelas no resultaron aceptables para ninguna de las personas o entidades que se interesaron en el tema. El aspecto que generaba más desacuerdo, era el control que se pretendía mantener desde Madrid, una pretensión clara del Dr. Heliodoro Ruiz como director de la Escuela.

Era una época de gran inestabilidad política en la que existían “muchos intereses, personas puestas en lugares...todos querían ser jefes de todo”.<sup>598</sup> Por los comentarios de nuestras informantes algo así sucedía con el Dr. Ruiz, parece que su prioridad era conservar el control sobre la Escuela, como si fuera de su propiedad, esta actitud controladora descrita por algunas como “monopolio”, terminó echando por tierra cualquier proyecto de formación en Terapia Ocupa-

---

<sup>598</sup> Alicia Chapinal, entrevista 04/11/2015.

cional, no solo en otras provincias sino en la misma ciudad de Madrid. Los proyectos de los que hemos llegado a tener conocimiento por fuentes documentales se plantearon en:

El Hospital Clínico de Barcelona. En su informe de 1963, Mercedes Abella explicó que dicho Hospital “se plantea crear dentro de dos años un centro de enseñanza y demostración similar al Dispensario Central de Madrid”.<sup>599</sup>

La Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social “La Paz” en Madrid. En 1966 Ángel Alonso elaboró un proyecto con el apoyo del Dr. López de la Garma para la creación de una escuela de Terapia Ocupacional en el Hospital “La Paz”.<sup>600</sup>

Las fuentes orales consultadas también nos hablaron del interés del Dr. López Ibor por crear una Escuela de Terapia Ocupacional en Madrid, quien según parece, siempre conservó cierto resentimiento hacia el Dr. Ruiz por no dejarle crear la Escuela.<sup>601</sup> En Cataluña también hubo otras iniciativas, una de las más claras se realizó desde el Hospital San Pablo, “trabajaba allí el hermano de un ministro y ya se intentó fisioterapia, pero cambiaron de ministro y se quedó todo colgado, ya habían preparado el programa y todo”.<sup>602</sup> También parece que hubo interés por la creación de escuelas en las ciudades de Valencia, Bilbao y Sevilla.<sup>603</sup> La actitud de la dirección se observa también en el recuerdo de otra de nuestras informantes:

En las “Primeras Jornadas Aragonesas de Terapia Ocupacional” (ca.1975) que se realizaron en el Hospital...ahora Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, fue invitado el Dr. Don Heliodoro Ruiz y como en esos momentos sabíamos que en Bilbao querían abrir una Escuela... yo le pregunté directamente por este tema y me respondió que no se abría porque, estas fueron sus palabras, “*nos cargaríamos la profesión en tres años*” y al insistir que porque pensaba eso, me respondió que los puestos de trabajo se agotarían rápidamente al salir más promociones de terapeutas ocupacionales.<sup>604</sup>

La preocupación por el estatus y la calidad de la formación estuvo presente desde la formalización de la Escuela. Los primeros terapeutas ocupacionales desempeñaron un papel muy activo en este sentido, eran un grupo de

---

<sup>599</sup> Abella, *Assignment report*, 5.

<sup>600</sup> Archivo personal de Ángel Alonso, copia cedida por Nuria Máximo.

<sup>601</sup> Carmen Díez de Velayos, entrevista 24/02/2016.

<sup>602</sup> Ana Forns, entrevista 15/03/2016.

<sup>603</sup> El proyecto de Sevilla (años 80) se nombra en el artículo de Pablo A. Cantero sobre el Asociacionismo en España.

<sup>604</sup> Clara Sanz, entrevista 22/02/2016.

personas muy motivadas y con gran interés por hacer avanzar su profesión. En 1967 consiguieron crear la Asociación Española de Terapia Ocupacional (AETO) y el 13 de agosto de 1970 la Escuela de Terapia Ocupacional obtuvo la acreditación de la WFOT gracias a la incansable labor de Ana Fornas, una terapeuta ocupacional que se había titulado en la *Liverpool School of Occupational Therapy*. Este hecho constituyó un paso trascendental para la obtención del reconocimiento internacional de la formación, puesto que garantizaba el cumplimiento de los estándares internacionales facilitando así la movilidad internacional de los titulados. Surgía así una singular paradoja, el título tenía validez internacional, pero apenas era reconocido en nuestro país ya que continuaba sin ser otorgado por el Ministerio de Educación, desafortunadamente la situación se prolongó hasta el reconocimiento de la Terapia Ocupacional como Diplomatura Universitaria en el año 1990. Aunque no podemos ofrecer una explicación definitiva de esta situación, está claro que los reajustes que se produjeron en la Administración desde los últimos años del franquismo hasta el establecimiento de la democracia complicaron aún más las gestiones para el cambio de adscripción de la formación en Terapia Ocupacional al Ministerio de Educación, un caso atípico en la historia de las profesiones sanitarias de nuestro país.

### ***Cambios políticos y administrativos (1968-1979)***

En 1968 se aprobó un decreto sobre reorganización del Ministerio de la Gobernación.<sup>605</sup> El artículo sexto hacía referencia a la Dirección General de Sanidad y en su punto tres se incluía la Escuela Nacional de Sanidad y sus filiales como parte de los Organismos Especiales de la Dirección General de Sanidad:

Bajo la dependencia inmediata del Director general asistido por el Secretario general, funcionarán las siguientes unidades:

a) Organismos especiales: Escuela Nacional de Sanidad, con las filiales de Puericultura, de Instructoras Sanitarias y de Terapia Ocupacional. En el plazo de un mes se someterá a la aprobación del Gobierno la reestructuración de estas Escuelas.<sup>606</sup>

Además, en las disposiciones finales se resolvió lo siguiente:

---

<sup>605</sup> Decreto 246/1968, de 15 de febrero, sobre reorganización del Ministerio de la Gobernación (BOE nº42, de 17 de febrero de 1968).

<sup>606</sup> El Decreto 3359/1968 de 26 de diciembre, sobre organización de los servicios dependientes de la Dirección General de Sanidad (BOE nº65, de 17 de marzo de 1969), desarrolló algunos de los puntos contenidos en el Decreto 246/1968, pero no aportó nada nuevo sobre la Escuela Nacional de Sanidad y sus filiales.

Se extinguen los siguientes organismos autónomos:

Patronato Nacional Antituberculoso y de las Enfermedades del Tórax. Patronato nacional de Asistencia Psiquiátrica. Patronato de Rehabilitación Recuperación de Inválidos.

Su personal y patrimonio, así como sus funciones, en cuanto no sean absorbidas por la Dirección General de Sanidad, se integran en un nuevo Organismo autónomo denominado Servicio Nacional de Hospitales cuyo régimen jurídico será aprobado por el Gobierno, a propuesta del Ministro de la Gobernación.<sup>607</sup>

Por último, quedarán integrados en el Servicio nacional de Hospitales, los siguientes establecimientos hospitalarios: [...] Dispensario Central de Rehabilitación.

Estos cambios se reflejaron en cuestiones de carácter administrativo que influyeron en la organización de la Escuela y la formación de los estudiantes. Por ejemplo, los Patronatos quedaron integrados en la estructura de la Dirección General de Sanidad, una estructura que volvió a experimentar modificaciones a principios de los setenta con la aprobación del Decreto-Ley 13/1972 por el que se suprimió el Servicio Nacional de Hospitales y se creó el organismo denominado Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISN).<sup>608</sup> En el AISN se integraron centros, servicios y organismos dependientes o adscritos a la Dirección General de Sanidad, entre ellos el PANAP.<sup>609</sup> Como consecuencia de todo esto se dificultó la continuidad de la especialidad de psiquiatría que había sido promovida y refrendada por el PANAP como organismo autónomo.

En 1974, se aprobó una nueva reestructuración del Ministerio de la Gobernación, en el punto 4 del artículo noveno sobre la Dirección General de Sanidad encontramos las siguientes directrices sobre la Escuela de Sanidad y sus filiales:

La Escuela Nacional de Sanidad y sus filiales, cuyo gobierno y administración corresponden al Ministerio de la Gobernación, sin perjuicio de las facultades

---

<sup>607</sup> En 1969 se aprobó la Orden de 7 de octubre de 1969 por la que se constituye en la Dirección General de Sanidad una Comisión para la reorganización de las instituciones hospitalarias dependientes de la misma y de sus Patronatos. En esta orden ya no se menciona el Patronato de Rehabilitación, lo que es una muestra clara del cese de su funcionamiento, en ese momento ya no dependía de él ninguna institución hospitalaria. González Sánchez, "Pasado, presente y futuro...", 47.

<sup>608</sup> Decreto-Ley 13/1972, de 29 de diciembre, por el que se modifica la administración institucional de la Dirección General de Sanidad, del Ministerio de la Gobernación, y se encomienda al Gobierno la reestructuración de dicho Centro directivo (BOE nº9, de 10 de enero de 1973).

<sup>609</sup> Decreto 252/1974, de 25 de enero, sobre estructura, organización y régimen de funcionamiento del Organismo autónomo "Administración Institucional de la Sanidad Nacional" (BOE nº34, de 8 de febrero de 1974). En 1987, se aprobó el RD 187/1987, de 23 de enero, por el que se suprime el Organismo autónomo Administración Institucional de la Sanidad Nacional y se adscriben algunos Centros dependientes del mismo al Instituto Nacional de la Salud (BOE nº35, de 10 de febrero de 1987).

del Ministerio de Educación y Ciencia, de acuerdo con lo establecido en el artículo ciento treinta y seis punto uno de la Ley catorce/mil novecientos setenta, de cuatro de agosto,<sup>610</sup> tendrán a su cargo la formación y perfeccionamiento del personal sanitario dependiente de la Dirección General y de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, así como la realización de cursos, generales y monográficos, especializados o de divulgación, sobre materias sanitarias y de organización y gestión de servicios sanitarios.<sup>611</sup>

Este punto dejaba claro que el Ministerio de la Gobernación seguía siendo el órgano responsable de los estudios que se impartían en la Escuela Nacional de Sanidad. Aunque desconocemos los detalles, es muy probable que los cambios administrativos dentro del Ministerio de la Gobernación y los distintos intereses políticos dificultaran el reconocimiento de la Escuela de Terapia Ocupacional por el Ministerio de Educación, así se deduce de uno de los informes recogidos en el primer dossier presentado al Consejo de Universidades en 1986:

Desde finales de los años sesenta, se realizaron gestiones cerca del Ministerio de Educación Nacional, para el reconocimiento por parte del mismo, de la titulación de los estudios impartidos en la Escuela. Estas gestiones que han continuado ininterrumpidamente hasta el día de la fecha, sin obtener resultados positivos, han sufrido en el transcurso de los años muchas variantes, entre personalidades del Ministerio de Educación, Ministerio de la Gobernación y, por supuesto, la Dirección General de Sanidad. Las gestiones en su mayoría, fueron realizadas en visitas a los distintos cargos del Ministerio de Educación, de las cuales, no queda, en muchas ocasiones, referencias de las mismas.<sup>612</sup>

Lo cierto es que, en nuestra investigación, no hemos podido constatar la realización de actuaciones en esta línea por parte de la dirección de la Escuela durante los primeros años setenta, únicamente hemos hallado constancia de acciones que se realizaron desde la Asociación.<sup>613</sup>

---

<sup>610</sup> Según este punto, el Ministerio de Educación tenía competencia para determinar el nivel, ciclo o grado a que correspondían los estudios o prácticas desarrolladas en cada uno de estos centros. La segunda disposición transitoria establecía lo siguiente en su punto 1: los actuales Centros estatales de enseñanza se incluirán en la categoría o nivel que correspondía, con arreglo a la graduación de la enseñanza en la presente Ley, salvo que las necesidades de planificación de la educación exijan transformarlos y en su punto 11: las facultades establecidas en el artículo 136 serán reguladas, en lo que respecta a Centros educativos de otros Ministerios, por Decreto propuesto conjuntamente por el Ministerio de Educación y Ciencia y el titular del Ministerio al que esté afecto el Centro de enseñanza de que se trate. Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa (BOE nº187, de 6 de agosto de 1970).

<sup>611</sup> Decreto 936/1974, de 5 de abril, por el que se reorganiza el Ministerio de la Gobernación (BOE nº91, de 16 de abril de 1974).

<sup>612</sup> Heliodoro Ruiz, director del Centro Nacional de Rehabilitación. Informe presentado al Subdirector General, accidental, de Ordenación Funcional. Dirección General de Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. (24 de julio de 1982) En: Ministerio de Sanidad y Consumo. Escuela Nacional de Sanidad. *Primer Dossier presentado al Sr. Souviron (Secretario de Coordinación Académica del Consejo de Universidades) para los trabajos de posible reconocimiento de los estudios y título de Terapia Ocupacional Universitario*. Entregado el 22 de mayo de 1986 (Archivo de APETO).

<sup>613</sup> En el capítulo dedicado al desarrollo asociativo retomaremos este tema.

El artículo 136 de la Ley 14/1970 daba pie a que el Ministerio de Educación reconociera el nivel de estudios, ciclo o grado al que correspondía la Escuela de Terapia Ocupacional, este reconocimiento hubiera sido el primer paso para la integración de la Escuela de Terapia Ocupacional en la Universidad con el rango de Escuela Universitaria, tal como ocurrió con otras instituciones educativas en estos años.<sup>614</sup> Sin embargo, parece que la Escuela no realizó estas gestiones así que siguió formando parte de la estructura de la Dirección General de Sanidad en el Ministerio de la Gobernación.

A partir de 1975, con el final de la dictadura y la transición democrática, el país experimentó una época convulsa en la que se produjeron múltiples reformas que tuvieron importantes repercusiones en el funcionamiento de las instituciones en todo el país. En el ámbito sanitario, la mayor transformación se produjo a partir de la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en 1977.<sup>615</sup> Este Ministerio integró, entre otras, las competencias en materia de Salud que hasta ese momento eran gestionadas por la Dirección General de Sanidad del Ministerio de Gobernación. De manera que, la Escuela de Terapia Ocupacional como filial de la Escuela Nacional de Sanidad, quedó adscrita a este Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, un aspecto que comenzó a verse reflejado en el membrete de las fichas de los alumnos.

Con la nueva organización de la Administración Central del Estado y la adscripción de la Escuela al nuevo Ministerio de Sanidad, quedó obsoleto el Reglamento de 1967. Por la información recogida creemos que todos estos cambios impulsaron el interés por crear una Escuela Universitaria, de hecho, en el primer dossier presentado al Consejo de Universidades en 1986, se anexaron algunos documentos que así lo indican.<sup>616</sup>

---

<sup>614</sup> El apartado siete de la disposición transitoria segunda de la Ley General de Educación 14/1970 de 4 de agosto establecía que: Las Escuelas de Idiomas, las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, los Centros de Formación Profesional Industrial y las Escuelas de Artes Aplicadas y Oficios Artísticos se convertirán en Escuelas Universitarias o Centros de Formación Profesional según la extensión y naturaleza de sus enseñanzas.

<sup>615</sup> Real Decreto 1558/1977, de 4 de julio, por el que se reestructuran determinados órganos de la Administración Central del Estado (Artículo 12, punto 1). Por el artículo 4 de este mismo decreto el Ministerio de la Gobernación pasó a denominarse Ministerio de Interior.

<sup>616</sup> Carta solicitando que los terapeutas ocupacionales pudieran tener acceso a la Universidad según lo preceptuado en el párrafo 2º de la 11ª disposición transitoria de la Ley General de Educación (11 de octubre de 1977). Memoria sobre el Proyecto de Escuela Universitaria de Terapia Ocupacional (sin fecha). Propuesta de Convenio entre el Centro Nacional de Rehabilitación y la Universidad Autónoma de Madrid para integrar la formación de Médicos especialistas en Rehabilitación, Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales (13 de julio de 1979). Estudio elaborado por la Unidad de Investigación y docencia del Centro Nacional de Rehabilitación, sobre la formación de Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales, Logopedas y Técnicos Ortoprotésicos dirigido a la Universidad Autónoma de Madrid (abril de 1980).

## ***Cambios políticos y administrativos (1980-1998)***

En otoño de 1980 la situación volvió a cambiar inesperadamente, se publicó el RD 2001/1980 de 3 de octubre, donde se indicó que las funciones de la Escuela de Terapia Ocupacional pasaban a la Escuela Nacional de Sanidad.<sup>617</sup>

Artículo segundo. - Quedan extinguidas las siguientes Entidades y Servicios dependientes del Ministerio de Sanidad y Seguridad social.

Uno. Escuela Nacional de Terapia Ocupacional y Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias, cuyas funciones serán asumidas directamente por la Escuela Nacional de Sanidad.

A efectos administrativos, esto supuso la extinción de la Escuela como entidad propia dependiente del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.<sup>618</sup> La justificación esgrimida era la política de ahorro en el sector público mediante la moderación de los gastos corrientes y una administración rigurosa de la Seguridad Social. Asimismo, se esperaba mejorar la eficacia de los servicios públicos, a través de medidas de reforma administrativa y de la reducción de las estructuras orgánicas a esquemas de mayor simplificación. Por supuesto, esta situación ocasionó preocupación en la dirección de la Escuela y la Asociación Española de Terapia Ocupacional, que contactaron con distintas entidades y elaboraron escritos solicitando apoyos para su continuidad.<sup>619</sup>

El Dr. Ruiz remitió al Ministro de Sanidad un informe con una serie de argumentos y consideraciones que abarcaron veinte puntos en los que explicó el origen y antecedentes de la Escuela, el papel de los terapeutas ocupacionales en la asistencia sanitaria, el funcionamiento de la Escuela y los intentos por otorgar validez académica desde el Ministerio de Educación. A continuación, presentamos los aspectos principales de dichas consideraciones:

---

<sup>617</sup> Real Decreto 2001/1980, de 3 de octubre, por el que se modifica la estructura orgánica de determinadas Entidades y Organismos dependientes del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (BOE nº241, de 7 de octubre de 1980).

<sup>618</sup> Real Decreto 2183/1980, de 10 de octubre, sobre supresión y reestructuración de Órganos de la Administración Central del Estado (BOE nº248, de 15 de octubre de 1980).

<sup>619</sup> Carta fechada el 13 de mayo de 1981, dirigida al Presidente de la Sociedad Española de Rehabilitación por parte de la presidenta de AETO, Carmen Lacasa, solicitando su apoyo en relación con la extinción de la Escuela y la creación de Escuelas Universitarias. Carta fechada el 13 de octubre de 1980, dirigida al Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Seguridad Social por el director de la Escuela, el Dr. Heliodoro Ruiz, solicitando instrucciones para obrar en consecuencia con relación a los alumnos matriculados en ese momento, remitiendo a su vez algunas consideraciones relativas a la extinguida Escuela de Terapia Ocupacional.



En primer lugar, se hacía referencia a la duda legal que suponía que la denominación Escuela Nacional de Terapia Ocupacional que aparecía en el RD nunca hubiera sido su denominación oficial.

A continuación, se informaba de que la Escuela llevaba funcionando desde 1961, lo que había significado la creación en España de la especialidad paramédica de Terapia Ocupacional. Se hacía referencia al hecho de que era una especialidad imprescindible para el correcto tratamiento de los pacientes dentro de la rehabilitación médica y que su ámbito de actuación abarcaba una variedad de recursos, centros de rehabilitación física de adultos y niños, hospitales geriátricos (hospitales de día) y hospitales psiquiátricos. Se explicaba que desde que habían empezado a salir promociones de terapeutas ocupacionales, todas las Instituciones oficiales de la Seguridad Social, de la antigua Dirección General de Sanidad, de la actual Administración Institucional de la Sanidad Nacional y Diputaciones Provinciales habían contado y seguían contando en sus plantillas con la figura del terapeuta ocupacional, considerado imprescindible para el tratamiento de innumerables pacientes en una medicina rehabilitadora moderna y actual.

Por otra parte, desde el ámbito formativo era destacable que la Escuela se había creado en el Dispensario Central de Rehabilitación, pionero en la rehabilitación médica, y que desde 1971, se ubicaba física y funcionalmente en el Centro nacional de Rehabilitación. Al existir una Unidad Docente en este Centro, la organización interior de la Escuela de Terapia Ocupacional había sido asumida por esa Unidad y, por tanto, no había originado gasto de personal alguno, al igual que sucedía con el cargo de Jefe de Estudios de la Escuela. Las clases se impartían en las aulas de la Unidad docente del Centro Nacional de Rehabilitación, a excepción de la asignatura de Epidemiología que se impartía en los locales de la ENS. Las prácticas clínicas se realizaban en numerosos centros sanitarios.

El RD establecía que las funciones de la Escuela serían asumidas por la ENS, lo que hacía entender que la responsabilidad de la Escuela pasaría a depender de la Escuela Nacional de Sanidad, pero no se contemplaba el futuro de los 106 alumnos que, en aquel momento, se encontraban matriculados. Tampoco se sabía cómo había que actuar con respecto a los alumnos extranjeros, esto era un aspecto importante ya que desde la creación de la Escuela se habían

recibido estudiantes de Hispanoamérica. Por otra parte, había cuestiones económicas pendientes como el cobro del seguro escolar y otras en marcha, concretamente el abono de los derechos de examen, que ya se había realizado para ese curso.

En cuanto a la regulación de los estudios se explicaba que la Escuela estaba reconocida por la WFOT desde 1970, organismo profesional adscrito a la OMS de manera que la formación impartida había sido regulada y ajustada en todo a los estudios internacionales. Se afirmaba que en numerosas ocasiones se había tratado que el título tuviera validez académica por parte del Ministerio de Educación y que en ese momento se estaban realizando gestiones cerca de la Subdirección General de Ordenación Universitaria y de la Subdirección General de Especialidades y Doctorado del Ministerio de Universidades e Investigación, para adecuar estos estudios a la normativa vigente que había que regularizar tras la creación de la Especialidad de Diplomados de Enfermería.

En las fuentes de archivo consultadas no hemos encontrado la respuesta a dicho informe por parte del Ministerio de Sanidad,<sup>620</sup> lo que sí sabemos es que la Escuela continuó funcionando, de manera que muchos ni siquiera llegaron a saber del problema. Parece que fue en este lapso de tiempo cuando la dirección de la Escuela elaboró un proyecto en el que se incluía un nuevo Reglamento que fue enviado al Ministerio de Sanidad y Consumo para su estudio como posible solución, tras el Real Decreto de extinción de la Escuela.<sup>621</sup> Dicho proyecto seguía adscribiendo la Escuela de Terapia Ocupacional al Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, puesto que se proponía crear una nueva Escuela en el Centro Nacional de Rehabilitación de Madrid, que era un centro dependiente de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISN). En realidad, esto representaba una solución incongruente con la pretensión del reconocimiento de los estudios por el Ministerio de Educación. Esto indica que las estrategias de la dirección de la Escuela no estuvieron siempre en consonancia

---

<sup>620</sup> En marzo de 1981 se creó el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social que se desdobló posteriormente en dos departamentos ministeriales: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y Ministerio de Sanidad y Consumo. RD 2823/1981, de 27 de noviembre, por el que se reestructuran determinados Órganos de la Administración del Estado (BOE nº288, de 2 de diciembre de 1981).

<sup>621</sup> Anexo 24 del Informe elaborado por el Dr. Heliodoro Ruiz en 1982 en respuesta a la solicitud del Subdirector General, accidental, de Ordenación Funcional de la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, en relación con la situación de la Terapia Ocupacional en España (1º dossier).

con los objetivos de la profesión, lo que, a su vez, hacía llegar mensajes confusos a las autoridades que debían decidir sobre la solución del problema.

Para continuar complicando las cosas, en 1981 se produjo un nuevo cambio, en este caso afectaba directamente a la Escuela Nacional de Sanidad que perdió la autonomía de la que disfrutaba desde los años cuarenta. El RD 1782/1981 estableció que la ENS pasaba a depender directamente de la Secretaría de Estado para la Sanidad del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social quien determinaría su organización, dirección, administración y régimen de funcionamiento.<sup>622</sup> Como es lógico, desde este momento las dudas sobre el futuro de la Escuela de Terapia Ocupacional se acentuaron y la Asociación y la Escuela pusieron en marcha nuevas acciones con el objetivo de encontrar una solución.

En marzo de 1982 el Dr. Ruiz, presentó un escrito al Director General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, Luis Munuera Martínez con el objetivo de obtener un informe favorable en vías al reconocimiento de la Escuela de Terapia Ocupacional como Escuela Universitaria por parte del Ministerio de Educación y Ciencia. Esta solicitud se acompañó de un informe sobre la Escuela de Terapia Ocupacional y otros dos informes sobre el perfil profesional del médico especialista en Rehabilitación y su relación con otras profesiones sanitarias, uno remitido por la Sociedad Española de Rehabilitación y otro por la Comisión Nacional de la Especialidad de Rehabilitación. En el escrito, el Dr. Ruiz, expresaba abiertamente su opinión sobre la situación:

Con relación a la Escuela de Terapia Ocupacional, he de decirte que lo primero que la Administración tiene que plantearse con toda seriedad es,

Si hasta ahora la Escuela ha cumplido con los fines para los que fue creada, completando el proceso terapéutico de nuestros pacientes.

Si es necesario que siga cumpliendo su misión de preparar a estos técnicos paramédicos.

Si en caso afirmativo, debe ser la propia administración la que debe arbitrar los medios para que estos estudios no se interrumpan y, al mismo tiempo, dar una carta de legalidad, por parte del Ministerio de Educación, a esta titulación.

Todo lo que no sea esto, es no querer hacer un estudio serio del problema, que nos llevaría a una "chapuza ibérica".

---

<sup>622</sup> Real Decreto 1762/1981, de 3 de agosto, sobre la Escuela Nacional de Sanidad (BOE nº191, de 11 de agosto de 1981).

Por otra parte, el 17 de junio de 1982 la diputada Dña. Carmela García-Moreno Texeira, a petición de la AETO, presentó ante la Mesa del Congreso una interpelación con relación a la situación de la Terapia Ocupacional en España. Como consecuencia de esto, el Subdirector General, accidental, de Ordenación Funcional de la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo solicitó un informe al Dr. Ruiz como director de la Escuela. Con fecha 24 de julio de 1982, se envió el nuevo informe requerido con la definición y objetivos de la Terapia Ocupacional, la historia de la Escuela, las condiciones de ingreso y programas de estudios, el régimen económico, las relaciones internacionales y las gestiones realizadas por la Dirección de la Escuela, para el reconocimiento de la titulación por el Ministerio de Educación. Nuevamente desconocemos la respuesta del Ministerio de Sanidad, pero entendemos que el resultado de las elecciones generales de octubre de 1982 con la entrada del PSOE en el Gobierno conllevó cambios en la asignación de cargos públicos, lo que dejó probablemente sin apoyos al Dr. Ruiz. De hecho, en palabras de M<sup>a</sup> José Román,

cuando vino Felipe González, quitaron a Ruiz por motivos políticos claro, entonces ya me quedé yo, bueno... de entrada me quitaron a mí también, dejaron la Escuela con una secretaria y un conserje, y vieron que no... entonces me llamaron a mí.

Así que la Escuela siguió funcionando, aunque a partir de entonces M<sup>a</sup> José Román asumió todas las tareas de coordinación, esta vez con carácter oficial. En realidad, era la persona indicada para llevar a cabo esa tarea, ya que el Dr. Ruiz llevaba años delegando funciones en ella como Jefa de Estudios. En los años siguientes se continuó buscando la manera de resolver la situación de la Escuela, así que se establecieron contactos con distintos representantes políticos y de la Administración para encontrar apoyos, una labor en la que la AETO se implicó directamente.<sup>623</sup>

En 1986, con la aprobación de la Ley General de Sanidad se creó el Instituto de Salud "Carlos III"<sup>624</sup> donde quedó adscrita la ENS.<sup>625</sup> En mayo de

---

<sup>623</sup> Se contactó con el defensor del pueblo, D. Joaquín Ruiz-Giménez Cortés, quien contestó diciendo que la Escuela de Sanidad tenía 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. Cantero, "Asociacionismo", 279.

<sup>624</sup> Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº 102 de 29 de abril de 1986. Título VII del Instituto de Salud "Carlos III", capítulo único.

<sup>625</sup> Disposición final decimotercera de la Ley 14/1986 de 25 de abril. Real Decreto 187/1987, de 23 de enero, por el que se suprime el Organismo autónomo Administración Institucional de la Sanidad Nacional y se adscriben algunos Centros

ese mismo año, el Director General de Sanidad de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad de Madrid envió una carta al Ilmo. Sr. Secretario de Coordinación Académica del Consejo de Universidades solicitando la normalización de los estudios de Terapia Ocupacional a través de la creación del Título Universitario.<sup>626</sup> En ese mismo mes, el director de la Escuela de Sanidad, Fernando Ruiz-Falcó encabezó la solicitud al Consejo de Universidades sobre la normalización de los estudios de Terapia Ocupacional a través de la creación de su título Universitario. Esta solicitud junto con una gran cantidad de documentación sobre la Escuela de Terapia Ocupacional y las actividades que desarrollaban sus profesionales conformó el primero de quince dosieres<sup>627</sup> que se guardan en el archivo de APETO. Tras una extensa exposición de motivos se esgrimía lo siguiente:

Es absolutamente necesario regular, de una vez para siempre, la titulación de los estudios impartidos por la extinguida Escuela de Terapia Ocupacional, por lo que sería imprescindible un acuerdo entre el Ministerio de Educación y el de Sanidad y Consumo, creándose, nuevamente, la Escuela de Terapia Ocupacional con rango de Escuela Universitaria.

Sin embargo, la regulación de la Escuela de Terapia Ocupacional como Escuela Universitaria nunca se realizó. En junio de 1990, el mismo año en que se aprobó la creación del Título Universitario Oficial de Diplomado en Terapia Ocupacional,<sup>628</sup> la ENS recuperó su autonomía tal como hacía constar el artículo 85 de la Ley de Presupuestos del Estado:

La Escuela Nacional de Sanidad se transforma en Organismo Autónomo de carácter administrativo adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Subsecretaría del Departamento, rigiéndose por las Leyes y Disposiciones Generales que le sean de aplicación.<sup>629</sup>

Tras la aprobación del Real Decreto 150/1991, de 1 de febrero, sobre estructura de la Escuela Nacional de Sanidad<sup>630</sup> por el que se determinaban las

---

dependientes del mismo al Instituto Nacional de la Salud. BOE nº35 de 10 de febrero de 1987. Real Decreto 10/1988, de 8 de enero, por el que se determina la estructura, organización y régimen de funcionamiento del Instituto de Salud "Carlos III". BOE nº14 de 16 de enero de 1988.

<sup>626</sup> Carta firmada por Carlos Muñoz Ruiz y fechada el 28 de mayo de 1986 (Archivo de APETO).

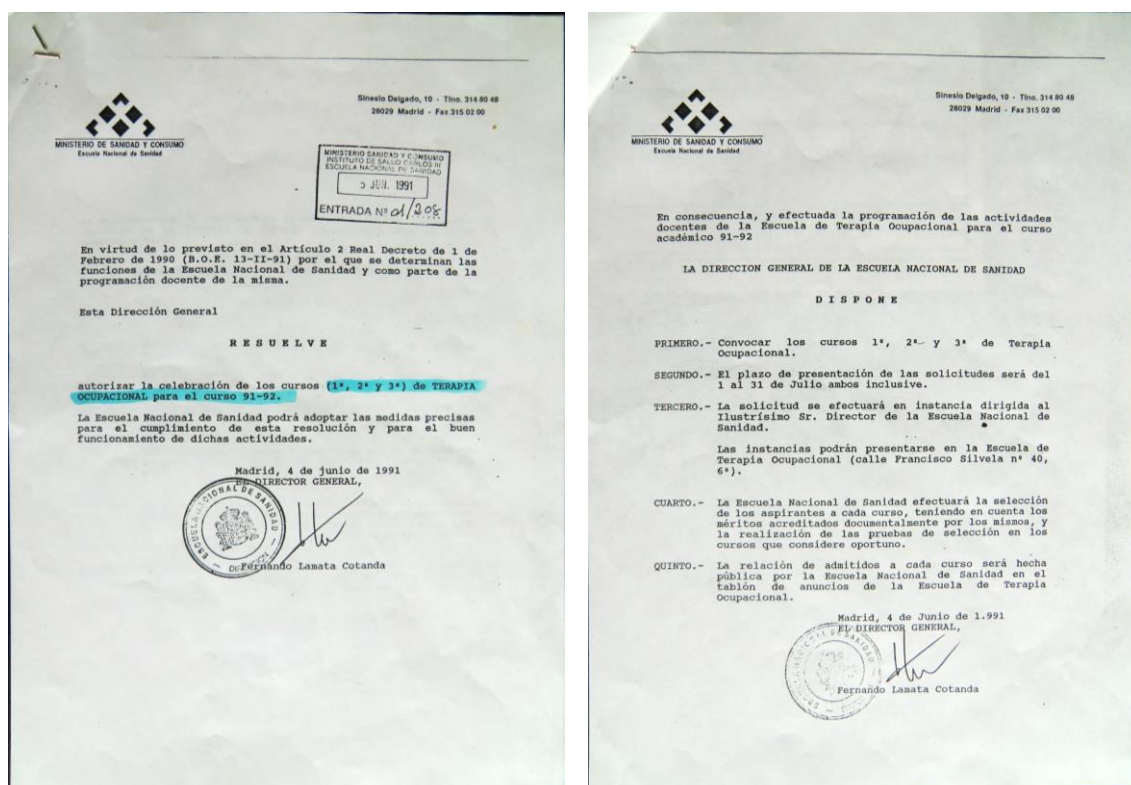
<sup>627</sup> El dossier nº15 se presentó el 14 de agosto de 1987. En el capítulo sobre la formación universitaria se explica este tema.

<sup>628</sup> Real Decreto 1420/1990, 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 (BOE nº278, de 20 de noviembre de 1990)

<sup>629</sup> Artículo 85 de la Ley 4/1990, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para 1990 (BOE nº156, de 29 de junio).

<sup>630</sup> Real Decreto 150/1991, de 1 de febrero, sobre estructura de la Escuela Nacional de Sanidad (BOE nº38, de 13 de febrero de 1991).

funciones de la misma y como parte de su programación docente, la ENS resolvió autorizar formalmente los cursos 1º, 2º y 3º de Terapia Ocupacional para el curso 1991-1992.<sup>631</sup> La resolución disponía que los estudiantes interesados debían dirigir sus solicitudes mediante instancia al Ilustrísimo Sr. Director de la Escuela Nacional de Sanidad, Fernando Lamata Cotanda, además, la ENS efectuaba la selección de aspirantes de cada curso, teniendo en cuenta los méritos acreditados documentalmente y según las pruebas de selección que consideraba oportunas. En este periodo se reunía un Tribunal y seleccionaba a los aspirantes según el siguiente baremo: nota calificadora de selectividad, FPII o titulado superior y entrevista personal teniendo en cuenta la capacidad de comunicación, el interés vocacional, la motivación profesional y las cualidades humanas.



**Figura 7. Resolución de la Dirección General de la Escuela Nacional de Sanidad autorizando los cursos de Terapia Ocupacional (1991)**

<sup>631</sup> Resolución firmada el 4 de junio de 1991 por el Director General de la Escuela Nacional de Sanidad, Fernando Lamata Cotanda. Archivo Escuela de Terapia Ocupacional (ENS)

Tres años después, se suprimió de nuevo el carácter de organismo autónomo de la Escuela Nacional de Sanidad<sup>632</sup> y se volvió a integrar en el Instituto de Salud "Carlos III", según el punto 4 de la Disposición adicional segunda del RD 1415/1994:<sup>633</sup>

La Escuela Nacional de Sanidad se integra en el Instituto de Salud Carlos III con las funciones que le atribuyen los artículos 2 y 3 del Real Decreto 150/1991, de 1 de febrero. El Director de la Escuela tendrá rango de Subdirector general.

A pesar de todos estos cambios, nunca llegó a aprobarse un nuevo Reglamento y hasta 1998 continuó la formación de manera ininterrumpida. Por tanto, desde el curso 1991-1992 convivieron en España dos tipos de títulos: el título de Terapeuta Ocupacional otorgado por el Ministerio de Sanidad y los títulos de Diplomado en Terapia Ocupacional por el Ministerio de Educación. La Escuela mantuvo su sede en la calle Francisco Silvela,<sup>634</sup> si bien en sus últimos años las clases se trasladaron al Pabellón Docente del Hospital General Gregorio Marañón.<sup>635</sup>

En este último periodo se continuó buscando la manera de que la Escuela no desapareciera a través de la adscripción o integración en alguna Universidad, esta era una de las opciones que el Consejo de Universidades exigía para la homologación del título, la otra opción era clausurar la Escuela.<sup>636</sup> Parece que hubo contactos con la Universidad de Alcalá de Henares,<sup>637</sup> pero las negociaciones no llegaron a buen término, de manera que en el año 1998, según consta en acta de 23 de marzo, se graduaron los últimos seis estudiantes de la Terapia Ocupacional. Esto supuso la clausura definitiva de la Escuela que por casi cuarenta años había sido referente de la formación en Terapia Ocupacional en nuestro país.

---

<sup>632</sup> En el 2000 se reestructuró el Instituto de Salud Carlos III y se creó la Subdirección de Planificación y Coordinación docente a la que quedó adscrita la Escuela Nacional de sanidad. Se inició una profunda reforma académica caracterizada por la vinculación a la docencia de todos los centros y unidades del Instituto. Navarro García, *Historia de las Instituciones...*, 67.

<sup>633</sup> Real Decreto 1415/1994, de 25 de junio, por el que se modifica parcialmente la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo (BOE nº153, de 28 de junio de 1994).

<sup>634</sup> Hoy en día se localiza en dicha dirección el Instituto Provincial de Rehabilitación perteneciente al Complejo Hospitalario Gregorio Marañón.

<sup>635</sup> APTOPA. Entrevista a Rosa Matilla, Revista Asturiana de Terapia Ocupacional, nº4 (diciembre 2006): 15-21.

<sup>636</sup> Informe sobre la homologación o convalidación de los estudios de Terapia Ocupacional impartidos por la Escuela de Terapia Ocupacional dependiente de la Escuela Nacional de Sanidad, por el título de Diplomado en Terapia Ocupacional. 21 de septiembre de 1994. Archivo de APETO.

<sup>637</sup> Carta de APETO a sus socios informando sobre el proceso de homologación-convalidación del título. 5 de diciembre de 1994. Archivo de APETO.

## **Características del alumnado**

El archivo de la Escuela de Terapia Ocupacional (ETO) se encuentra actualmente en el edificio de la Escuela Nacional de Sanidad (ENS) dentro del complejo del Instituto de Salud "Carlos III" en Madrid. En dicho archivo se conservan las fichas de los alumnos que cursaron sus estudios en España y los nombres de aquellos que convalidaron su título obtenido en el extranjero. En los aproximadamente cuarenta años de funcionamiento, se titularon en la Escuela un total de 819 alumnos, de los que 785 cursaron sus estudios en la ETO y 34 obtuvieron la convalidación.

Para facilitar la elaboración y el análisis del perfil del alumnado, se han agrupado los datos de las fichas de los 785 alumnos que cursaron sus estudios en Madrid, en las tres etapas descritas anteriormente: primera etapa de inicio de la formación (dos promociones), segunda etapa de oficialización de la formación (tres promociones) y tercera etapa de consolidación de la formación (veintinueve promociones), debido a su extensión, esta última etapa se ha fraccionado en tres periodos.<sup>638</sup> Por tanto, en las gráficas que presentamos, se distribuyen los datos en función de cinco periodos que abarcan respectivamente las promociones que terminaron sus estudios entre los años: 1962-1964; 1966-1969; 1970-1979; 1980-1989; 1990-1998.

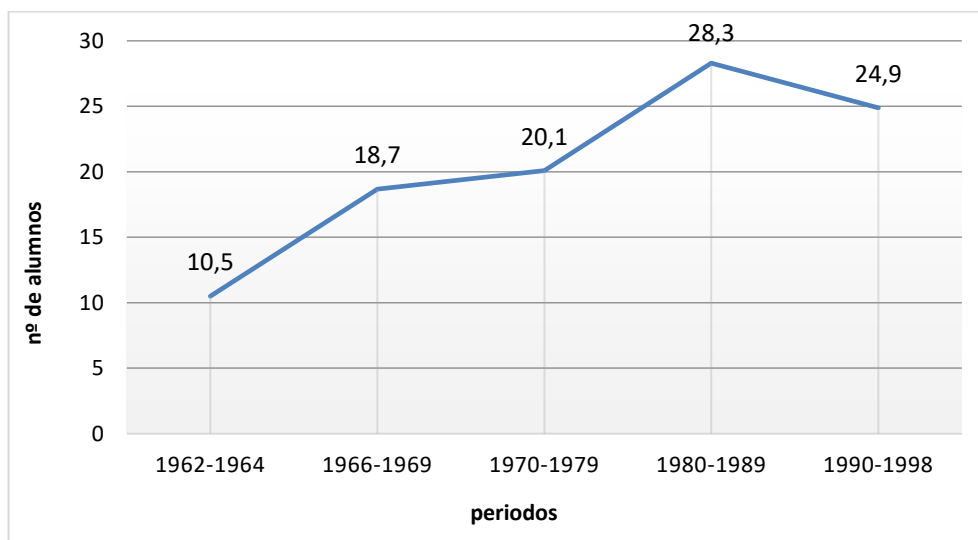
Comenzamos el análisis de la información con los datos sobre el número de matriculados, un factor determinante para el desarrollo de la profesión:

---

<sup>638</sup> Aunque las etapas no abarcan el mismo número de años, hemos preferido mostrarlo así porque cada etapa tiene unas características concretas que pueden ayudarnos a comprender y comparar mejor el perfil del alumnado.

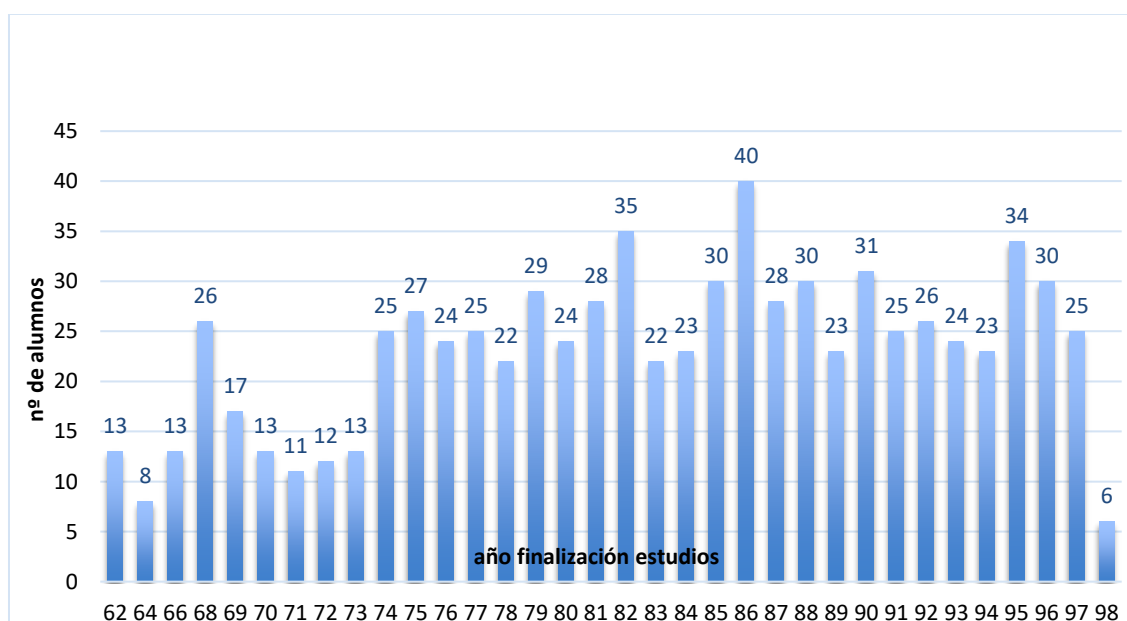


**Gráfico 1. Promedio de alumnos por periodos**



El promedio de alumnos fue creciendo desde un 10'5 en el primer periodo hasta un máximo de 28'3 estudiantes en el cuarto periodo (1980-1989), a partir de ahí volvió a descender hasta 24'9. A lo largo de su funcionamiento, la Escuela de Terapia Ocupacional tuvo una media de 23'09 alumnos por año. Sin embargo, como se puede observar en la siguiente gráfica, no existió uniformidad en el número de matrículas anuales.

**Gráfico 2. Número de alumnos por promoción**



No hemos encontrado ningún documento normativo que indicara oficialmente la limitación del número de admitidos, aunque los márgenes estaban entre 20 y 30 alumnos. Estos límites se establecían, según las fuentes consultadas, en relación con las instalaciones y centros disponibles para la realización de las clases, tanto teóricas como prácticas. Los primeros cursos fueron los menos numerosos, por ejemplo, de la segunda promoción sólo se titularon ocho alumnos. En los archivos se dejó constancia de que 13 alumnos más solicitaron su acceso a la formación, pero como se explicó en el apartado anterior, la mayoría se retiró por dificultades financieras para mantenerse por su propia cuenta en Madrid mientras que otros dejaron el curso para casarse. Desde la 10ª promoción (1971-1974) el número de matriculados siempre fue superior a 20 alumnos<sup>639</sup> siendo la promoción nº22 (1983-1986) la más numerosa con 40 alumnos.

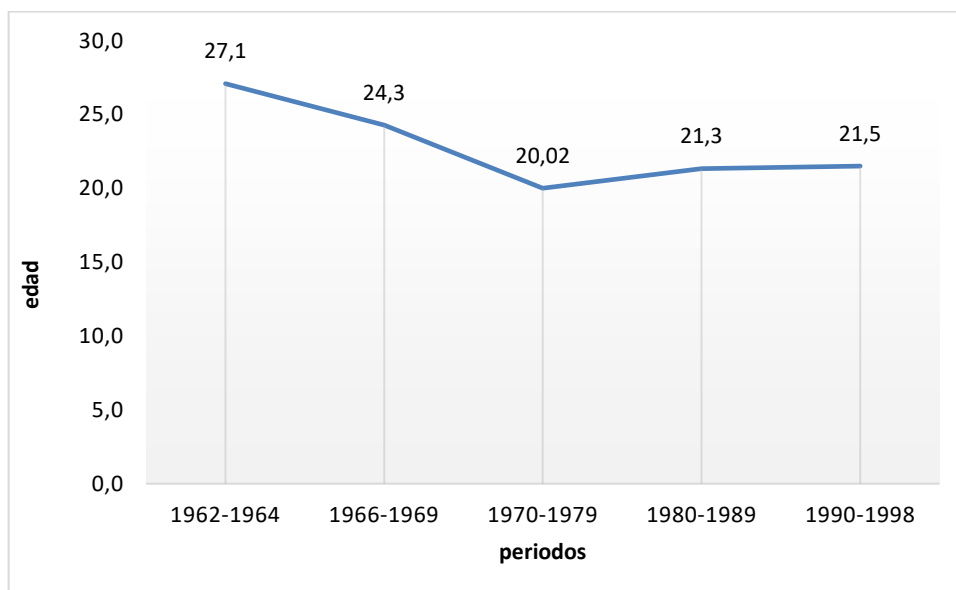
Durante casi cuatro décadas, la ETO fue la única institución que impartía formación de Terapia Ocupacional en España y el promedio de alumnos que se graduaba anualmente suponía un número muy reducido de profesionales para atender las necesidades de todo un país. Este hecho se convirtió en uno de los factores más influyentes en el proceso de profesionalización puesto que siendo un grupo tan minoritario, era natural que la profesión fuera desconocida para la mayor parte de la población y para muchos de los médicos y profesionales sanitarios. La influencia que podía ejercerse en las instituciones era mínima, lo que repercutió claramente en la adquisición de la identidad, el estatus y la autonomía profesionales. Por otro lado, como hemos visto en el apartado anterior, la adscripción de la Escuela a la Dirección General de Sanidad con un título otorgado por el Ministerio de la Gobernación resultó una característica que, a largo plazo, no hizo sino dificultar el reconocimiento de los terapeutas ocupacionales por parte de las instituciones y de otros profesionales.

Otro aspecto interesante para hacernos una idea del perfil del estudiante de Terapia Ocupacional es la edad de acceso a los estudios, que fue evolucionando como se indica en el gráfico siguiente:

---

<sup>639</sup> La promoción nº34 consta de 6 alumnas, pero todas habían comenzado sus estudios en años anteriores a 1995, así que en realidad pertenecían a promociones anteriores.

**Gráfico 3. Edad media de acceso**



Los requisitos de acceso establecían que los alumnos debían tener entre 17 y 35 años, aunque hemos encontrado algunas excepciones ya que hubo algunos que iniciaron los estudios con 16 años y otros con más de 35 años. La edad media al ingreso en el tiempo total de funcionamiento de la Escuela fue de 21'6 años, si bien se puede observar un descenso en la edad de ingreso que se estabilizó en torno a los 21 años a partir del tercer periodo (1970-1979).

En los dos primeros periodos, los estudiantes accedieron con edades medias de 27 y 24 años respectivamente, lo que significa que comenzaban los estudios de Terapia Ocupacional con un cierto nivel de experiencia laboral. Muchos de ellos provenían del ámbito sanitario y habían tenido contacto con el mundo de la discapacidad. El interés y motivación que la mayoría de los estudiantes tenía por aprender, así como su iniciativa, contactos y habilidades profesionales fueron factores positivos para la creación de las primeras unidades de Terapia Ocupacional y la gestión de los pasos necesarios para la creación de una asociación profesional.

Las primeras generaciones de terapeutas ocupacionales nacieron en tiempos muy difíciles, los mayores habían vivido su adolescencia o infancia en medio de la guerra y los más jóvenes habían nacido en plena postguerra. Como vimos anteriormente, las consecuencias del conflicto y el régimen dictatorial que gobernaba España influyeron en todos los ámbitos, marcando de manera indeleble la vida de varias generaciones. Los valores y la actitud hacia el trabajo que muchos compartían les ayudó en la ardua tarea que tenían por delante. De los

testimonios recogidos en nuestras entrevistas, se desprende la idea de que los primeros terapeutas ocupacionales tenían la convicción de que se requería lucha, unidad, dedicación, altruismo y creatividad para que la profesión pudiera avanzar y que las dificultades debían verse como retos que superar, etapas que había que pasar. Por eso, muchos de ellos estuvieron dispuestos a dar generosamente de su tiempo y energías para hacer avanzar la formación, establecer líneas de contacto con la profesión en otros países y abrir el campo de la Terapia Ocupacional en las diferentes instituciones sanitarias.

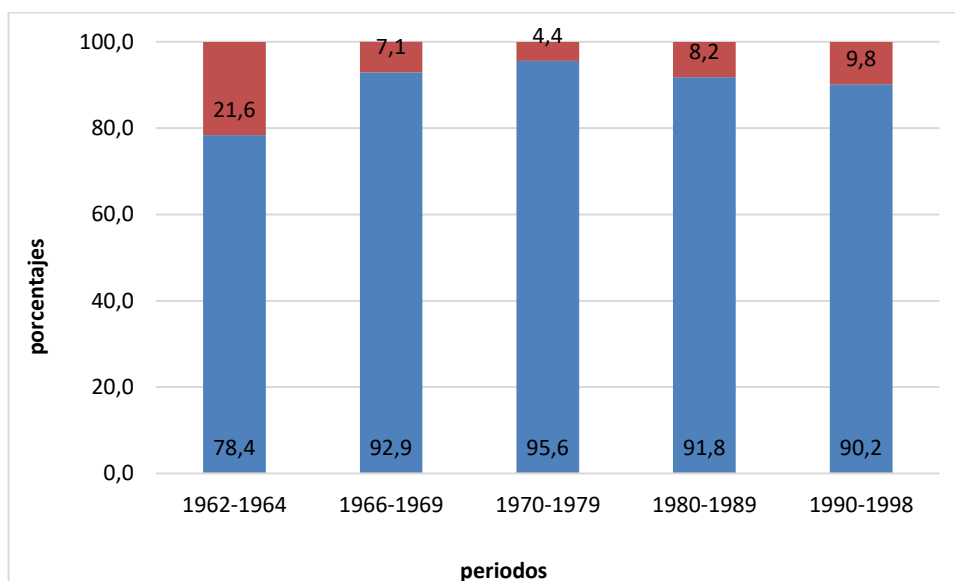
En nuestro análisis encontramos otros detalles interesantes que nos ayudan a completar el perfil de los estudiantes de la ETO. En la siguiente tabla se resumen los datos sobre el sexo, el lugar de nacimiento y la formación previa.

**Tabla 4. Datos demográficos y formación previa de los estudiantes (ETO)**

	<b>Etapa 1</b>	<b>Etapa 2</b>	<b>Etapa 3.1</b>	<b>Etapa 3.2</b>	<b>Etapa 3.3</b>	<b>Totales</b>
	<b>1962-1964</b>	<b>1966-1969</b>	<b>1970-1979</b>	<b>1980-1989</b>	<b>1990-1998</b>	<b>1961-1998</b>
<b>Sexo</b>						
Mujeres	78,4%	92,9%	95,6%	91,8%	90,2%	91,77%
Hombres	21,6%	7,1%	4,4%	8,2%	11,4%	8,23%
<b>Nacimiento</b>						
Urbano	40,38%	56,6%	44,4%	69,0%	80,9%	62,15%
Rural	59,6%	40,8%	44,2%	24,4%	17%	31,78%
Extranjero	0	2,57%	10,04%	6,6%	2,2%	5,69%
No consta	0	0	1,3	0,0	0,0	0,38%
<b>Formación</b>						
Sanitaria	45,7%	12,3%	2,4%	0,4%	0,4%	4,73%
Educación	32,7%	26,5%	9,7%	0,3%	2,1%	7,76%
C. Sociales	3,9%	2,6%	0,8%	0,0	0,3%	0,77%
Bachiller	17,8%	58,7%	85,06%	95,4%	69,5%	77,7%
F. Profesional	0	0	0	2,1%	26,5%	7,66%
Otros	0	0	0,4%	0,4%	0,5%	0,34%
No consta	0	0	1,6%	1,3%	0,7%	1,04%

La distribución por sexos resulta claramente femenina ya que un total de 91'7% de estudiantes fueron mujeres. En la primera etapa encontramos una tasa mayor de alumnos varones, pero su número fue descendiendo hasta alcanzar un 100% de alumnado femenino en varias promociones del tercer periodo. A partir de 1990, el número de alumnos varones aumentó ligeramente.

**Gráfico 4. Distribución por sexo**



Curiosamente, en el primer folleto informativo sobre la Escuela, las condiciones generales de acceso especificaban: "no hay discriminación respecto al sexo, admitiéndose tanto a los alumnos del sexo femenino como del masculino". Esta apreciación desapareció en ediciones posteriores del folleto, pero en su día quizás sirvió para marcar la diferencia con otro tipo de escuelas de formación sanitaria como las escuelas de ATS, donde se mantuvieron muchas escuelas diferenciadas, femeninas y masculinas, hasta 1977-1978.

En cualquier caso, tal como ocurrió con otras profesiones sanitarias, la población femenina resultó predominante, un aspecto que influyó sin lugar a dudas en las posibilidades de alcanzar un estatus profesional que permitiera ejercer la profesión con más autonomía. Como se explicaba en el folleto informativo de la Escuela:

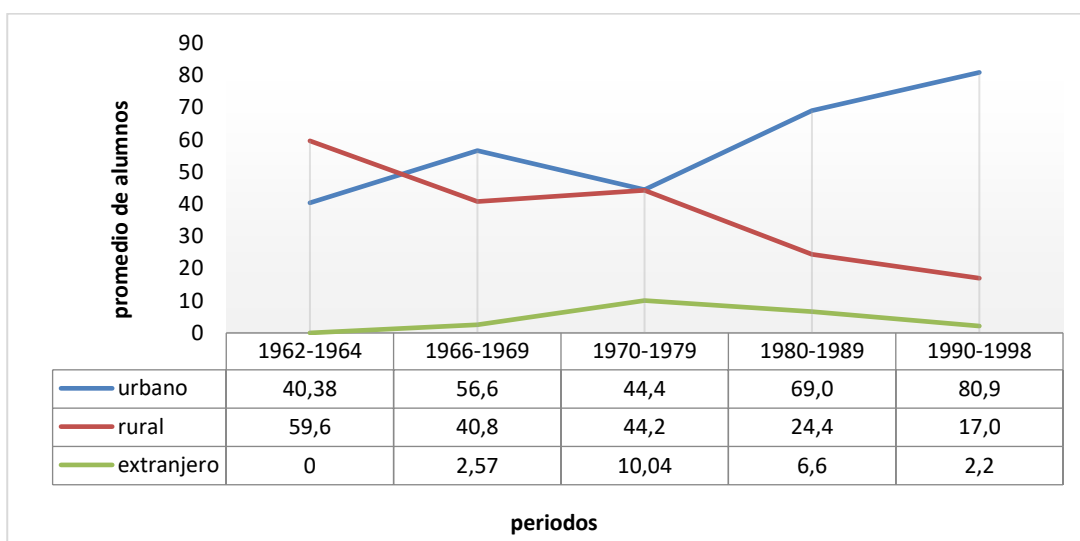
El terapeuta ocupacional forma parte de un equipo que, junto con los fisioterapeutas, logopedas, asistentes sociales, auxiliares psiquiátricos, etc., está directamente bajo las órdenes de los médicos en los Centros donde trabaja.

Así que, por definición, el terapeuta ocupacional debía realizar sus intervenciones bajo la prescripción del médico, una jerarquización que se potenciaba por el factor género, puesto que había una mayoría de médicos varones frente a una mayoría de terapeutas ocupacionales mujeres y todos ellos vivían en medio de unas condiciones sociopolíticas que limitaban las libertades y fomentaban el papel subordinado de la mujer.

Obviamente hubo mujeres que a pesar de estos obstáculos consiguieron niveles importantes de autonomía y se ganaron el respeto de los médicos y otros profesionales sanitarios. Asimismo, hubo terapeutas ocupacionales masculinos que desde sus unidades y a través de otras actividades en favor de la profesión, contribuyeron de manera esencial al progreso de la Terapia Ocupacional en España.

Otro aspecto interesante que se recoge en los datos de los estudiantes es su lugar de nacimiento, los hemos agrupado en tres categorías: origen urbano (capitales de provincia), origen rural y extranjero.

**Gráfico 5. Lugar de nacimiento**



El 62'15% de los alumnos que cursaron sus estudios en la ETO procedían de zonas urbanas. El porcentaje de alumnos procedentes de zonas rurales era

superior al principio y fue descendiendo a medida que aumentaba el porcentaje de alumnos procedentes de zonas urbanas. En los años setenta el promedio se igualó y a partir de los ochenta el número de alumnos procedentes de zonas rurales descendió de forma considerable hasta un 17% en el último periodo.

Asimismo, a lo largo del tiempo encontramos estudiantes de origen extranjero, con el porcentaje más numeroso entre 1971 y 1976. Como explicó el Dr. Ruiz:

Desde la creación de la Escuela, la dirección tuvo especial interés en ampliar su campo de acción hacia los países hispano-parlantes, iniciando contactos con el Instituto de Cultura Hispánica, uno de cuyos frutos fue el que el citado Instituto incluyera en su Anuario General de Becas, los estudios de Terapia Ocupacional, haciendo una excepción a su regla, ya que solo concedía becas por un año y, a los estudiantes de Terapia Ocupacional, los becaba los tres años completos. Otro de los logros conseguidos, fue que vinieran alumnos hispano-americanos a estudiar a la Escuela, no solamente becados por el Instituto de Cultura Hispánica, sino enviados por sus gobiernos o, a nivel privado.<sup>640</sup>

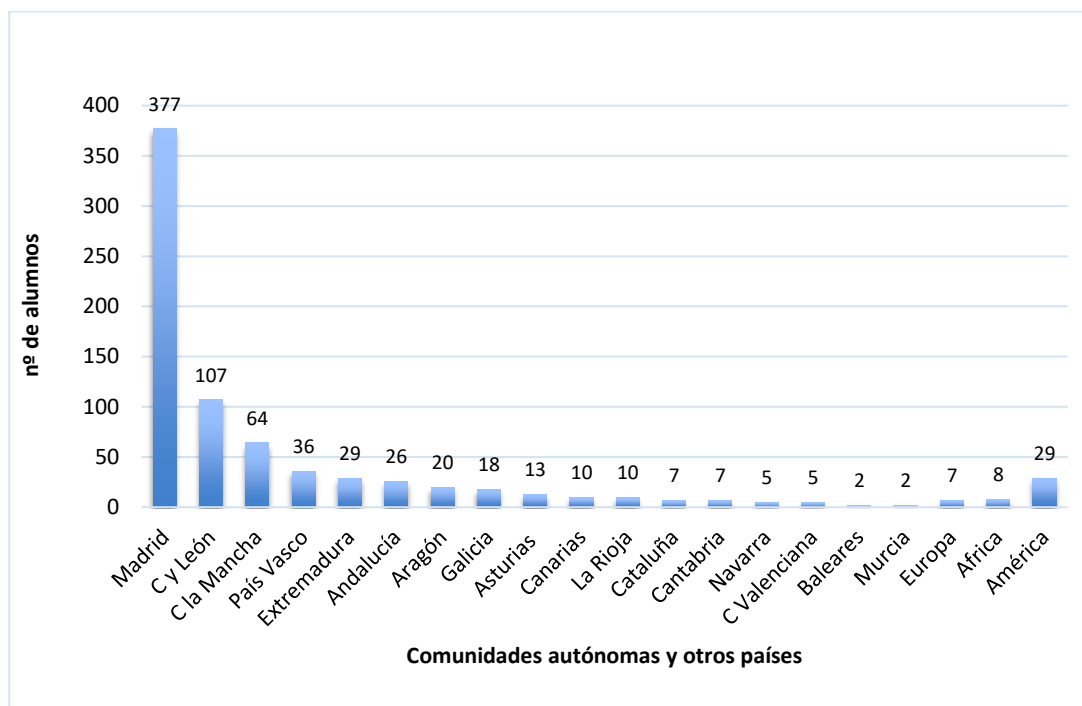
A partir del reconocimiento de la Escuela por la WFOT en 1970, aumentó el interés de estudiantes hispanohablantes por realizar la formación a España. Esto favoreció el establecimiento de contactos con los gobiernos de países como Costa Rica o Guatemala que enviaron estudiantes para formarse en España con la idea de que a su regreso pudieran crear Escuelas de Terapia Ocupacional.

Por otra parte, la mayoría de los estudiantes de origen español, procedía de zonas urbanas del centro de la península. En la gráfica se puede observar el origen geográfico de los estudiantes según la distribución actual de Comunidades Autónomas y otros países.

---

<sup>640</sup> Heliodoro Ruiz, informe Centro Nacional de Rehabilitación, 1982. Archivo de APETO.

**Gráfico 6. Origen geográfico de los alumnos**



Según los datos, existió un predominio claro de la Comunidad de Madrid, con 377 alumnos, seguida de Castilla León con 107 alumnos y Castilla La Mancha con 64. Esto evidencia con claridad que la cercanía geográfica de la Escuela jugó un papel importante en la elección de esta formación por parte de los estudiantes. Resulta llamativo que de algunas Comunidades Autónomas con una población importante apenas llegaran alumnos, el caso más claro es Cataluña con sólo 7 alumnos a lo largo de todo el tiempo de funcionamiento de la Escuela.

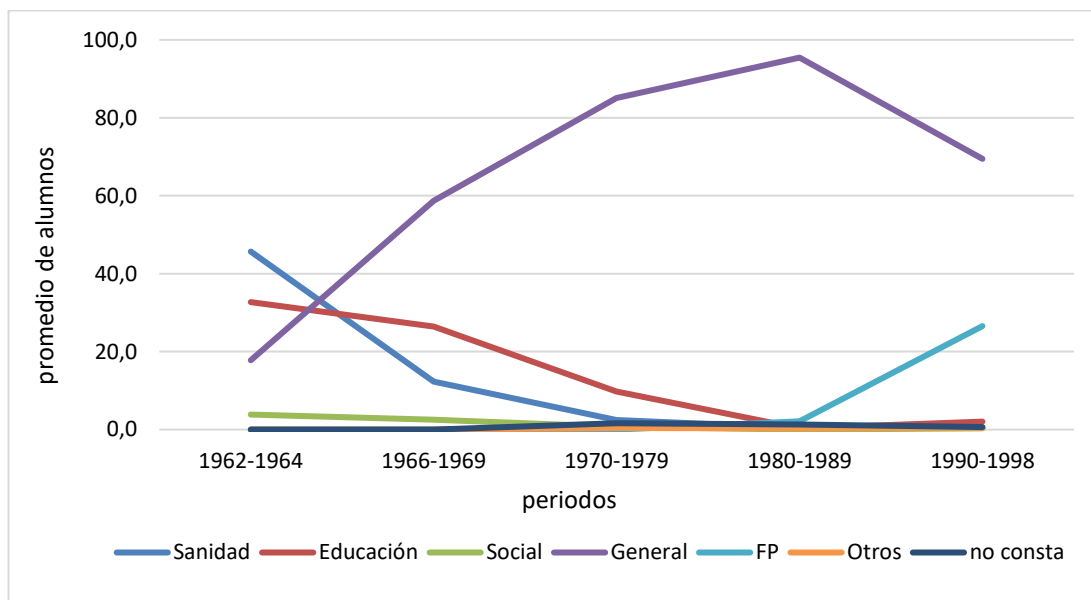
Los alumnos nacidos en el extranjero provenían en su mayoría de países de América Latina, los más numerosos: Costa Rica, Bolivia, Venezuela y Chile. También hay varios casos de alumnos nacidos en zonas con una relacionadas estrechamente con España como es el caso de Guinea Ecuatorial, Tánger o Tetuán.

En cuanto a los datos sobre formación previa, se ha realizado una agrupación en siete categorías: formación sanitaria (ATS, enfermería, fisioterapia), formación en educación (magisterio, maestro nacional, profesores de educación física), formación de carácter social (trabajo social), formación general (bachi-



lterato superior o COU), formación profesional, otros tipos de formación y formación previa que no consta en el archivo. En la siguiente gráfica se puede observar la evolución de las distintas categorías a lo largo de los años:

**Gráfico 7. Formación previa**



Según el Reglamento, para acceder a la Escuela se exigía estar en posesión de uno de los títulos siguientes: Bachiller Superior, Ayudante Técnico Sanitario, Enfermera, Maestro u otro similar. Como se explicó anteriormente, este Reglamento no se modificó, a pesar de que hubo cambios en la educación española, de manera que la denominación de los posibles títulos exigidos para acceder a la Escuela fue cambiando con el tiempo, no obstante, siempre se demandó una formación previa que permitiera entrar en la Universidad aun a pesar de que la Escuela siguiera sin ser universitaria.

En sus casi cuarenta años de historia, el 77'7% de los alumnos que accedieron a la ETO, lo hicieron con una formación previa de carácter general, fundamentalmente con el título de Bachillerato Superior. Desde 1973 encontramos alumnos que presentaban el certificado del Curso de Orientación Universitaria (COU) pero fue a partir de 1980 cuando ese tipo de acceso se generalizó, modificándose de nuevo en 1985, cuando se comenzó a solicitar el certificado de la Prueba de Acceso a la Universidad (PAU o Selectividad).

El resto de los alumnos se distribuyó fundamentalmente entre aquellos que disponían de titulación en el ámbito sanitario, el ámbito educativo o la formación profesional. Inicialmente, la mayoría entraba con formación y experiencia específicas en algún ámbito, pero con el tiempo, esta tendencia fue cambiando. De manera que aumentó la proporción de alumnos con formación general, al tiempo que fue disminuyendo el número de alumnos con formación específica.

Por ejemplo, en los primeros años, los alumnos con formación sanitaria ya fueran, enfermeras, ATS o fisioterapeutas suponían un porcentaje importante, por ejemplo, en la primera promoción llegaba a un 53'84%. Esta formación previa se consideró fundamental en los primeros años, puesto que existían necesidades urgentes de creación de unidades de rehabilitación. Por ello, Mercedes Abella transmitió su preferencia por estudiantes que hubieran podido desarrollar cierta experiencia y tuvieran formación en materias sanitarias puesto que debían poner en marcha las actividades del programa que proponía la OMS. Conforme la situación fue cambiando, dicho número fue descendiendo hasta un 2'4% en la década de los setenta y casi desaparecer en las últimas promociones.

Hasta los primeros años de la década de los setenta, en las fichas de los estudiantes, encontramos información sobre los centros de trabajo o personas que presentaban a los alumnos.<sup>641</sup> Especialmente representativas en este aspecto son las dos primeras promociones, lo que nos confirma que se priorizaba la entrada de alumnos con experiencia previa en el ámbito de la rehabilitación y/o discapacidad.

**Tabla 5. Datos sobre centros de trabajo o recomendación estudiantes (ETO)**

1ª promoción	2ª promoción	3ª promoción	4ª promoción	5-6ª promoción
Dispensario Central RHB	Dr. D. Antonio Cordero Soroa	Hospital de Basurto (Bilbao)	Director Gral. Veterinaria*	S.O.E. Dr. Gámero
H Niño Jesús/Servicio Polio	H Marítimo Pedrosa Santander/1953	H. del Rey/Sanatorio de Pedrosa	Dr. Prieto Guegaza	Dr. Diez de Rada
H. del Rey	Sanatorio Marítimo Malvarrosa 1959	Dr. D. Felis Araluce Garay (Bilbao)	Discapacidad*	MªAmparo Tesio*

<sup>641</sup> Además de las referencias laborales encontramos varios casos, señalados con asterisco en la tabla, en los que se especificaba el vínculo familiar o profesional o incluso el tipo de discapacidad.

G.H. Beneficencia Gral. Estado	H. Niño Jesús/polio/Dr. Oñorbe Garbayo	Sanat. H. Civil General. Franco (Bilbao)	Dr. Rosado	Dra. Merina
Instituto Psiquiátrico Ciempozuelos		Sra. De Gil y Gil (Ferrol)	Ministro de la Marina (col. Ntra. Sra. Almudena)	Dr. Orio Tammes
Fac. Medicina U.Madrid			Colegio de la Almudena	Dr. Luna
Salus Infirmorum/la casa del niño			ASS de Maudes	Dr. Montero*
Asilo Beata Ma Ana de Jesús			Dr. Sanchez Dominguez	
Obra 18 Julio/Serv. Nacional RHB			Sr. Cantarino Gral.Sanidad	
Clínica Concepción			Dr. Orcoyen*	
H. Escuela Cruz Roja			Dr. Rico Abello	
Secretaría Patronato RHB			Dr. Luna	
H Asilo San Rafael C RHB Infantil				

Por otra parte, el número de alumnos que accedían con Magisterio o desde el cuerpo de Maestros nacionales, se mantuvo un poco más estable, en torno al 30% en los años sesenta, un 10% en los años setenta y casi inexistente en los años ochenta y noventa.

En cuanto a la Formación Profesional se observa un aumento significativo en la última etapa, con alumnos que accedían, especialmente desde 1985, con el título de Formación Profesional de segundo grado (FP II) y otros con Módulos Experimentales de Nivel III desde el año 1993. Las áreas de formación profesional más comunes eran: educación de disminuidos psíquicos y laboratorio.

Esta evolución, desde estudiantes con experiencia profesional e intereses específicos hacia estudiantes con una formación más general, más jóvenes y sin experiencia, fue un cambio que seguramente terminó reflejándose en la motivación por la formación. En cualquier caso, teniendo en cuenta que muchos llegaban a conocer la existencia de la Escuela por el "boca a boca", y que para

acceder debían superar una prueba escrita específica y una entrevista en la que demostraran su interés y motivación, era más fácil garantizar la existencia de actitudes necesarias para el futuro desempeño profesional. Estas cualidades caracterizaron a muchos de los estudiantes de la Escuela de Terapia Ocupacional, aún en sus últimos años de funcionamiento.

## Planes de estudios de la Escuela de Terapia Ocupacional

### Etapa 1. El inicio de la formación (1961-1964)

En esta primera etapa que duró tres años, se prepararon dos promociones de terapeutas ocupacionales. En su informe, Mercedes Abella hizo constar las horas de clase de cada una de las asignaturas que se impartieron en el primer curso, así como las horas dedicadas a otras actividades formativas en forma de conferencias y capacitación clínica.

**Tabla 6. Programa del primer curso (1961-1962)**

Asignaturas	Horas/duración
Anatomía y fisiología	36
Neurología	27
Kinesiología	45
Psicología	36
Patología	27
Orientación a Terapia Ocupacional	18
Organización y administración de un departamento de Terapia Ocupacional	27
Terapia Ocupacional en pediatría	27
Terapia Ocupacional en discapacidades físicas	18
Evaluación de discapacidad	18
Artesanía en cuero	40
El trabajo del metal	40
Carpintería	40
Cerámica	60
Tejeduría	40
Conferencias	
Higiene y primeros auxilios	4
Sociología	5
Psiquiatría	6
Artes manuales	6
Capacitación clínica	1 mes

El plan de estudios del segundo curso fue muy similar al primero, si bien se incluyeron más temas, más horas de clase y seis meses de formación clínica, también se comenzó a realizar el examen de reválida o grado. Las materias impartidas estaban de acuerdo con los planteamientos más actualizados del momento en cuanto al uso de la Terapia Ocupacional en rehabilitación, se siguieron las recomendaciones de la OMS y de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT). El plan de estudios se estructuraba en tres bloques

principales: el primero sobre asignaturas médicas o generales; el segundo de asignaturas técnicas o profesionales que incluía la teoría de Terapia Ocupacional y las actividades terapéuticas y un último bloque de práctica clínica. Dicha estructura se mantuvo hasta el cierre de la Escuela.

En esta promoción, comenzaron a colaborar como docentes algunos de los primeros terapeutas titulados el año anterior y otros que habían estudiado en el extranjero. Según consta en las actas de las asignaturas: Mercedes Abella se encargó de: "Cuero", "Orientación a Terapia Ocupacional", "Terapia Ocupacional en pediatría", "Terapia Ocupacional en incapacidades físicas" y "Terapia Ocupacional en psiquiatría"; Ángel Alonso impartió las asignaturas de: "Metal", "Organización y administración de departamentos" y ejerció como vocal del tribunal del examen de Reválida; María Llorente impartió el primer bloque de la asignatura "Artes manuales"; Carmen Lacasa impartió el segundo bloque de "Artes manuales" y se encargó de las "Prácticas de Terapia Ocupacional" y Nuria de la Hoz se encargó de la asignatura "Valoración de incapacidades físicas".

La rápida inclusión de profesores terapeutas ocupacionales promovida por Mercedes Abella indicaba la importancia que ella daba a la identidad profesional y al valor de la formación práctica. Por otra parte, mostraba la convicción de que la responsabilidad de la formación debía recaer en los mismos profesionales, siendo ellos los más indicados para enseñar sobre su profesión.

## **Etapas 2. Reconocimiento oficial de la Escuela. Primer Reglamento (1964-1967)**

En esta etapa, la formación tenía una duración aproximada de dos años. En el año 1965 se introdujeron las asignaturas: "Sociología", "Higiene y epidemiología", "Ortopraxis" y "Terapia Ocupacional en afecciones cardiopulmonares" y dejó de impartirse "Valoración de incapacidades físicas".

Las asignaturas de actividades terapéuticas (artes y oficios) comenzaron a diversificarse hasta llegar a un número de dieciséis. Esto corresponde con las modificaciones que también estaba experimentando la Escuela de Artes Aplicadas y con la participación cada vez mayor de los terapeutas en la formación.

### **Etapa 3. Consolidación de la Escuela. Segundo Reglamento (1967-1981)**

Durante este periodo se estabilizó el plan de estudios y se puso en marcha la especialidad en psiquiatría. La tabla que presentamos a continuación muestra la duración de los cursos tal como se recogía en el primer folleto informativo de la Escuela, publicado tras la aprobación de este segundo Reglamento.

**Tabla 7. Programa del Segundo Reglamento (1967)**

<b>Primer año</b>	Horas/duración
Anatomía	90
Fisiología	90
Psicología	90
Orientación a Terapia Ocupacional	50
Artes manuales	500
Madera	100
Cestería	100
<b>Segundo año</b>	
Kinesiología	75
Psiquiatría	45
Neurología	40
Patología médica	50
Patología quirúrgica	60
Terapia Ocupacional en incapacidades físicas	40
Terapia Ocupacional en pediatría	40
Cerámica	80
Telares	100
Metal	40
<b>Tercer año</b>	
Ortopraxis	50
Sociología	15
Higiene y epidemiología	20
Nociones de foniatría	5
Deontología	15
Coloquios sobre casos clínicos vistos en prácticas	--
Terapia Ocupacional en afecciones cardiopulmonares	20
Terapia Ocupacional en psiquiatría	50
Organización de departamentos de Terapia Ocupacional	40
Encuadernación	20
Prácticas clínicas	1300 (9 meses)

Como veremos después, las modificaciones desde la aprobación de este Reglamento hasta el comienzo de los años ochenta fueron mínimas. En cuanto a la especialización en psiquiatría, recordamos que la Escuela organizaba este curso en coordinación con el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP).<sup>642</sup> Los alumnos realizaban estancias de unos tres meses en algunos centros psiquiátricos, en las fichas hay constancia de: Sanatorio Psiquiátrico Provincial de Bermeo (Bilbao), Sanatorio Conde Romanones de Alcohete (Guadalajara), Sanatorio Psiquiátrico Provincial "Los Prados" de Jaén (Andalucía), Sanatorio Psiquiátrico Provincial de Oviedo (Asturias), Instituto Pedro Mata de Reus (Tarragona).

Desde la obtención de la acreditación de la WFOT en 1970 se mantuvo el mismo plan de estudios prácticamente durante diez años. En 1971 se incluyó la asignatura "Geriatría"; las asignaturas de actividades terapéuticas se reorganizaron en bloques más grandes y, en 1972, desapareció la asignatura "T.O en afecciones cardiopulmonares". Esta estructura se mantuvo estable hasta la 20ª promoción, con la única excepción de "Cerámica" que parece que no se impartió en la 10ª promoción. Es a partir de 1981, coincidiendo con los cambios internos en la Escuela Nacional de Sanidad cuando empezamos a encontrar modificaciones significativas en ciertos contenidos y denominaciones.

En cuanto a la carga lectiva de las asignaturas, parece que hubo variaciones a lo largo del tiempo, sin embargo, desde la aprobación del segundo Reglamento, los certificados expedidos no experimentaron variaciones respecto al cómputo total de horas quedando en 2300 horas teóricas y 1000 horas de prácticas.

En las tablas que presentamos a continuación, se muestran los cambios que se fueron sucediendo en el plan de estudios a lo largo de las tres etapas. Para facilitar el análisis se ha procurado agrupar las asignaturas en los bloques que explicamos anteriormente: asignaturas médicas o generales; asignaturas profesionales en las que se incluían la teoría de Terapia Ocupacional y las actividades terapéuticas; y prácticas clínicas.<sup>643</sup>

---

<sup>642</sup> En las fichas hay constancia de su realización hasta el año 1970, aunque por fuentes orales sabemos que el último curso se realizó en 1972. El PANAP perdió su autonomía tras el Decreto Ley 13/72 de 29 de diciembre de 1972, por el que se modificaba la administración institucional de la DGS, quedando integrado en el Organismo autónomo denominado "Administración Institucional de la Sanidad Nacional" (AISN).

<sup>643</sup> En el último periodo no aparece la columna de la última promoción puesto que el plan correspondía a los años anteriores.



**Tabla 8. Variaciones del plan de estudios (1961-62 a 1970-73)**

	62	64	66	68	69	70	71	72	73
Anatomía									
Fisiología									
Psicología									
Kinesiología									
Patología									
Patología quirúrgica									
Patología médica									
Fisiopatología (General, Infantil, Nerviosa)									
Psiquiatría									
Neurología									
Sociología									
Higiene y epidemiología									
Ortopraxis									
Foniatría									
Orientación a T.O.									
Organización de Dptos. de T.O.									
Valoración de incapacidades									
T.O. en psiquiatría									
T.O. en pediatría									
T.O. en incapacidades físicas									
T.O. en afec. cardiopulmonares									
Carpintería/Madera									
Cuero									
Repujado/ cuero y estaño									
Metal									
Telares									
Artes manuales I									
Artes manuales II									
Encuadernación									
Cestería									
Fieltro-muñequería									
Acuarela									
Cerámica									
Dibujo									
Dibujo artístico									
Rafia									
Cartón									
Perspectiva									
Dibujo lineal									
Pintura									
Pirograbado									
Papel									
Prácticas clínicas									

**Tabla 9. Plan de estudios (1971-1974 a 1981-83)**

Anatomía
Fisiología
Psicología
Kinesiología
Patología quirúrgica
Patología médica
Psiquiatría
Neurología
Sociología
Higiene y epidemiología
Ortopraxis
Geriatría
Orientación a T.O.
Organización de departamentos de T.O.
T.O. en psiquiatría
T.O. en pediatría
T.O. en incapacidades físicas
Artes Manuales I (fieltro-muñequería, rafia, cuerda, técnicas de grabado, etc.)
Artes Manuales II (pirograbado, pintura, repujado)
Cestería
Madera
Metal
Cerámica
Telares
Encuadernación
Prácticas clínicas

**Tabla 10. Variaciones del plan de estudios (1982-85 a 1994-97)**

	82-85	83-86	84-87	85-88	86-89	87-90	88-91	89-92	90-93	91-94	92-95	93-96	94-97
Anatomía													
Fisiología													
Patología quirúrgica													
Patología médica													
Psiquiatría													
Neurología													
Higiene y epIbid.iología→Salud pública 87													
Anatomía y fisiología del SNC													
Psicología													
Psicología general													
Psicología evolutiva													
Psicología general y evolutiva													
Modificación de conducta													
Pº aprendizaje y modificación de conducta													
Kinesiología													
Cinesiología teórico-práctica													
Cinesiología práctica													
Biomecánica articular													
Física													
Física aplicada													
Sociología													
Sociología general													
Sociología I													
Sociología II													
Ortopraxia (teórica)													
Ortopraxia y ayudas técnicas													
Ortopraxia práctica y ayudas técnicas													
Inglés													
Inglés I													
Inglés II													
Geriatría													
Geriatría y TO en geriatría													
TO en geriatría													
Drogas/drogodependencias													
Teoría y técnicas de los cuidados													

	82-85	83-86	84-87	85-88	86-89	87-90	88-91	89-92	90-93	91-94	92-95	93-96	94-97
T.O. en pediatría/T.O. infantil (1986-1990)													
T.O. en psiquiatría													
T.O. en incapacidades físicas													
Iniciación a AVD													
AVD													
AVD II													
Organización de departamentos													
Orientación a T.O.													
Teoría de la T.O.													
Teoría de T.O. y AVD I													
Iniciación a T.O.													
Teoría y práctica de la T.O.													
Orientación prevocacional													
Orientación profesional													
TO en orientación socio-laboral													
Orientación socio-profesional													
T.O. extrahospitalaria													
T.O. respiratoria													
Ergonomía y TO respiratoria													
Ergonomía													
TO en marginación social													
TO en trastornos sensoriales													
Artes manuales I													
Artes manuales II													
Actividades técnico-terapéuticas													
Actividades terapéuticas													
Actividades terapéuticas ocupacionales													
Actividades ocupacionales I													
Actividades ocupacionales II													
Actividades terapéuticas I-IV													
Dinámica de grupos													
Musicoterapia													
Ludoterapia													
Educación física y deportes													
Habilidades sociales													
Psicomotricidad													
Expresión corporal													
Expresión corporal y psicomotricidad													
T.O. psicomotricidad													

Existen una serie de materias médicas que se impartieron en las dos primeras promociones y que se mantuvieron constantes a lo largo de toda la formación: "Anatomía", "Kinesiología", "Psicología", "Neurología", "Patología" y "Psiquiatría". En la segunda etapa (promociones de 1966-1969) se añadieron otras asignaturas que también continuaron: "Fisiología", "Sociología", "Higiene y EpIbíd.iología" (en 1987 su denominación a "Salud pública") y "Ortopraxis".

En cuanto a las materias específicas de Terapia Ocupacional se impartieron desde el principio: "Terapia Ocupacional en psiquiatría", "Terapia Ocupacional en pediatría" y "Terapia Ocupacional en incapacidades físicas". Otras permanecieron casi hasta el cierre de la Escuela: "Orientación a la Terapia Ocupacional" (28 promociones, hasta 1992) y "Organización y administración de departamentos" (27 promociones, hasta 1991). "Orientación a Terapia Ocupacional" mantuvo básicamente sus contenidos, aunque experimentó cambios de denominación: "Teoría de Terapia Ocupacional", "Iniciación a Terapia Ocupacional" y "Teoría y práctica de la Terapia Ocupacional".

Las actividades relacionadas con las artes y oficios experimentaron diversas modificaciones en cuanto a sus contenidos y denominación, pero se mantuvieron prácticamente todo el tiempo las actividades de: cestería, madera, pintura, telares, cerámica, metal y encuadernación. La asignatura "Artes Manuales I" incluía: fieltro-muñequería, rafia, cuerda, técnicas de grabado, repujado, estaño, cuero, etc. y la asignatura "Artes Manuales II" incluía: pintura, dibujo, cerámica, pirograbado, repujado, etc. A partir del año 1981 comenzó a utilizarse el término "Actividades técnico-terapéuticas" en lugar de "Artes manuales" y a partir del año 1982 comenzaron a incluirse otras asignaturas dentro de esta misma área como: "Dinámica de grupos", "Ludoterapia", "Educación física y deportes", "Psicomotricidad" y "Expresión corporal".

Las escasas modificaciones que experimentaron los contenidos de la formación indican que los requerimientos educativos de la profesión estaban bastante definidos en los años 60. No en vano, la WFOT había establecido unos estándares que sirvieron para unificar la formación a nivel internacional y que marcaron desde el principio la formación en España. La Federación tomaba en seria consideración las necesidades de la población con discapacidad y la necesidad de preparar profesionales que pudieran responsabilizarse de la puesta en marcha y funcionamiento de unidades de Terapia Ocupacional.

Por otra parte, aunque la Escuela se creó bajo el programa E-23 de la OMS y por tanto se orientó desde la necesidad de atención a los problemas de discapacidad infantil, el enfoque de la formación siempre fue muy global. La psiquiatría se incluyó desde la primera etapa en las asignaturas médicas y en las específicas de Terapia Ocupacional. Además, como se explicó anteriormente, en el año 1968 se celebró el primer curso de especialización en Psiquiatría (PANAP) dejando así constancia de la importancia de la Terapia Ocupacional en Salud Mental.

La evolución de la formación a partir de los años 80, caracterizada por diversas variaciones en cuanto a las asignaturas que se incluían y su denominación, se explica por las sucesivas transformaciones administrativas que repercutieron en la organización interna de la Escuela y en el profesorado. Por otra parte, esta variabilidad es una muestra de las inquietudes profesionales del momento, ya que los cambios en los servicios sociales y la atención sanitaria, abrieron el campo a nuevas áreas y técnicas de intervención. Es entonces cuando comenzamos a encontrar asignaturas relacionadas con problemas emergentes como la marginación social, la drogadicción, etc. y otras relacionadas con técnicas como psicomotricidad, dinámicas de grupos etc.

Desde su labor como Jefa de Estudios, M<sup>a</sup> José Román trató siempre de conseguir la colaboración de terapeutas que pudieran aportar su experiencia y conocimientos, algo que para ella tenía una importancia fundamental, como indica uno de sus comentarios "me he sabido rodear de gente que sabía de cada cosa, me daba cuenta de que yo no sabía, eso ha sido la clave del éxito, intentas, intentas [...] casi todas las mejores, las que destacaban, venían a la escuela".

La participación directa de los terapeutas ocupacionales en la docencia y la gestión de la Escuela fueron características significativas que favorecieron el reconocimiento internacional y garantizaron que sus estudiantes desarrollaran una fuerte identidad profesional.

Con el paso a la Universidad comenzó una nueva etapa que cambió definitivamente la formación en Terapia Ocupacional y que repercutió de manera importante en la profesión. En el siguiente apartado ahondaremos en el tema.

## 5.2.2. Diplomatura Universitaria en Terapia Ocupacional (1990-2007)

### El paso a la universidad, trámites y negociaciones.

Desde el inicio de la formación en Terapia Ocupacional en nuestro país, estuvo presente el objetivo de la formalización de los estudios dentro del Ministerio de Educación. Sin embargo, este propósito no se consiguió sino hasta el año 1990, unos treinta años más tarde.

Teníamos nivel de grado medio, como magisterio, peritos... enfermería... muchas profesiones, no solo Terapia Ocupacional, el problema es que no estaba por el Ministerio de Educación y esto repercutía en salarios, contratos... en muchas cosas, nos perjudicó durante mucho tiempo, fue una lucha insistente.  
(CD)

En los años ochenta, a partir de la aprobación de la Ley Orgánica de Reforma Universitaria en 1983,<sup>644</sup> el objetivo comenzó a verse más cerca. Los cambios en materia de Educación y las transformaciones del sistema Sanitario, generaron nuevas necesidades y oportunidades para la profesión, de manera que, desde la AETO, se intensificaron las acciones dirigidas a establecer contactos con representantes parlamentarios y altos cargos de los distintos Ministerios. Para los terapeutas que en ese momento participaban activamente en la Asociación, fue una época complicada, de intenso trabajo y mucho esfuerzo con la aspiración de mejorar la situación de la Terapia Ocupacional en nuestro país.

Con la incorporación de España a la Comunidad Económica Europea en el punto de mira,<sup>645</sup> el Consejo de Universidades inició la reforma y modernización de las enseñanzas universitarias. En 1986, el Consejo de Universidades creó 17 grupos de trabajo en función de las distintas áreas de enseñanza, para evaluar el acondicionamiento de las estructuras universitarias y las titulaciones existentes, así como la posible introducción de titulaciones nuevas. Cada grupo debía elaborar informes técnicos que hacía llegar a la Ponencia de Reforma de Enseñanzas Universitarias. El Grupo nº9 de "Ciencias de la Salud",<sup>646</sup> fue el

---

<sup>644</sup> Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria (BOE nº209, de 1 de septiembre de 1983).

<sup>645</sup> Ley Orgánica 10/1985, de 2 de agosto, de Autorización para la adhesión de España a las Comunidades Europeas (BOE nº189, de 8 de agosto de 1985).

<sup>646</sup> El Grupo IX de "Ciencias de la Salud" estaba formado por: Francisco Grande Covián (presidente); Horacio Oliva Aldamiz (secretario); Vicente Pedraza Muriel, Rosa M<sup>a</sup> Blasco Santamaría y Francisco Gonar (decanos y/o directores de centros); Carlos Belmonte, Juan Vidal, José Simó Martín y José Navarro Clemente (expertos de la Universidad y comunidad científica); Miguel Horno González y Javier Fernández Vallina (administración sectorial competente); Consejo General del Colegio Oficial de Médicos, Consejo General del Colegio Oficial de ATS y Diplomados en Enfermería y Asociación Española de Fisioterapeutas (Jesus Cabrera Membrilla) (expertos del campo profesional).

encargado de valorar la propuesta de inclusión de la Terapia Ocupacional como título universitario. Aunque el colectivo de terapeutas ocupacionales no fue representado oficialmente, sus propuestas se hicieron llegar a través de Jesús L. Cabrera, miembro del grupo de trabajo en calidad de experto del campo profesional y Secretario General de la Asociación Española de Fisioterapia y del Dr. Horacio Oliva Secretario del grupo y Director de la Escuela de Fisioterapia de la ONCE.<sup>647</sup>

Para la tarea de recopilación de información y elaboración del proyecto de la titulación, se formó un equipo de profesionales, vinculados a la Escuela de Terapia Ocupacional y la AETO. El presidente de la Asociación, Alberto Ubago González de Echávarri, encabezó el grupo de terapeutas ocupacionales que se implicaron en todo este proceso,

Las reuniones hasta la madrugada seguían en la Fundación Jiménez Díaz, estábamos M<sup>a</sup> José Román, Carmen Díez, Alicia, M<sup>a</sup> Teresa Martínez, Ángel Alonso... Nos hablaban de créditos, de troncales, de nueva configuración, y ¿eso qué es?, nos preguntábamos. Hicimos quince, ni sé cuántos dossiers, del primero que tenía sesenta folios al último que aceptaron.<sup>648</sup>

Efectivamente, en el archivo de APETO se guardan 15 dossiers que se hicieron y rehicieron desde mayo de 1986 hasta agosto de 1987 para su valoración por el 9º Grupo de Trabajo.<sup>649</sup> Los ajustes fueron múltiples y en general exigieron la disminución de la carga docente del título, lo que repercutió especialmente en los contenidos prácticos específicos ya que las horas lectivas dedicadas a actividades terapéuticas y a prácticas clínicas quedó en una proporción bastante alejada de las recomendaciones de la WFOT. Ciertamente, resultó una tarea ardua y agotadora, Carmen Díez nos contaba,

Los dossiers... uno se echaba para abajo y otro y otro... ¡Fue un trabajo... tremendo! Había gente de la Asociación y de la Escuela [...] cuando creías que ya habías elaborado todas las cosas de repente te venían de... sería del Ministerio con que eso no valía y que había que aclarar...<sup>650</sup>

Para completar la recopilación de información sobre la profesión en ese momento, se envió una circular a todos los servicios de Terapia Ocupacional

---

<sup>647</sup> Esto fue posible gracias a la relación de estos profesionales con Alicia Chapinal y Alberto Ubago.

<sup>648</sup> Isabel J. Quiroga, "La Asociación Española de Terapia Ocupacional (1967-1988)", *Terapia Ocupacional. Revista informativa de APETO* nº44 (noviembre 2007), 15.

<sup>649</sup> Los primeros tres dossiers se dirigieron al Secretario de Coordinación Académica del Consejo de Universidades, a partir del 4º dossier (29 de octubre de 1986) se dirigieron al Grupo de Trabajo IX.

<sup>650</sup> Carmen Díez de Velayos, entrevista 24/02/2016.



para que realizaran un informe con la actividad asistencial que realizaban. En el dossier nº2, se recogen 45 informes enviados entre junio y agosto de 1986 en los que se hacía constar el año de inicio de la unidad de Terapia Ocupacional, el número total de terapeutas ocupacionales, su categoría y funciones, el tipo de casos/patologías tratadas, así como el número de pacientes y sesiones realizadas en el año anterior. Los responsables de los departamentos a los que se adscribía la Terapia Ocupacional hicieron constar que los terapeutas ocupacionales estaban plenamente integrados en los equipos como personal de grado medio y que la Terapia Ocupacional era un elemento imprescindible en dichos equipos.<sup>651</sup>

Por otra parte, se buscó el apoyo de las organizaciones internacionales, por ejemplo, la WFOT envió una carta al Dr. D. Francisco Grande Covián<sup>652</sup> y la Comisión Europea de Terapia Ocupacional envió una carta al Ministro de Educación y Ciencia confirmando la pertenencia de la Asociación a dicha Comisión.<sup>653</sup>

El grupo de trabajo nº9, envió a la Ponencia de Reforma de Enseñanzas Universitarias el informe definitivo sobre la Diplomatura de Terapia Ocupacional, en junio de 1987.

El Grupo eleva a la Ponencia del Consejo de Universidades el documento anexo sobre la Diplomatura en Terapia Ocupacional, fruto de reiterado trabajo de los miembros del mismo a partir del Documento presentado por la Asociación Española de Terapia Ocupacional. Sin embargo, y aun encontrando en el citado Documento elementos valiosos e importantes, aunque insuficientes, y, teniendo en cuenta, sobre todo la necesidad de abordar estas nuevas enseñanzas, por la propia naturaleza de su objeto de conocimiento, en relación con las ya existentes de Trabajo Social e incluso con áreas de conocimiento importantes de la Psicología, todo ello sin perjuicio lógicamente de la prioridad de la Terapia Ocupacional en el ámbito de la salud, sugiere a la Ponencia valore la necesidad de que estas Directrices Específicas se estudien conjuntamente entre los miembros del Grupo IX y los de los Grupos de las titulaciones citadas, con el fin de elevar, en su caso, un nuevo Documento más elaborado y relevante y goce al mismo tiempo de la necesaria coherencia y justificación científica.

---

<sup>651</sup> Segundo dossier presentado al Consejo de Universidades para el reconocimiento del Título, septiembre de 1986 (Archivo de APETO)

<sup>652</sup> Carta firmada por Mrs. J. Barker, presidenta de la WFOT y fechada el 25 de octubre de 1986.

<sup>653</sup> Carta firmada por Mrs. Margaret Ellis, directora del EEC *Committee for Occupational Therapy*, fechada el 17 de diciembre de 1986.

Del informe se desprende la existencia de dificultades que podían obstaculizar la aceptación de la titulación universitaria en Terapia Ocupacional. El problema fundamental estaba en la propuesta de Diplomatura de Rehabilitación Psicológica y Ocupacional que había sido presentada en mayo por el Grupo de trabajo nº11 del Consejo de Universidades. El tiempo apremiaba, ya que desde que los informes eran elevados a la Ponencia se disponía de un periodo de cuatro meses para que las personas e instituciones interesadas expusieran su opinión y realizaran sus aportaciones.<sup>654</sup>

El 22 de junio de 1987, el Sr. Jesús Cabrera presentó un informe sobre la Diplomatura de Rehabilitación Psicológica y Ocupacional en el que expresaba su disconformidad con el proyecto:

No parece conveniente la creación de esa nueva titulación, aunque sí la comprobación de la inclusión de estos conocimientos en la Terapia Ocupacional que está ampliamente aceptada y con presencia en la CEE desde hace muchos años. En cualquier caso, parece necesario que sea solamente una de estas dos formaciones la que se presente como nueva titulación universitaria.

En vista de la gravedad de la situación, el presidente de APETO, Alberto Ubago se entrevistó en el mes de julio con el Secretario General del Consejo de Universidades, el Sr. Emilio Lamo de Espinosa, y en agosto hizo llegar al Dr. Oliva otro dossier, el nº15, donde se adjuntaban nuevas modificaciones del plan de estudios y se dejaba constancia del rotundo rechazo de la Asociación a la propuesta del grupo XI con una argumentada exposición de motivos.

El 30 de septiembre de 1987 se celebró una reunión entre representantes del grupo nº9 y representantes del grupo nº11.<sup>655</sup> Por parte de APETO, asistieron el presidente de AETO, Alberto Ubago y Carmen Díez, quien nos cuenta lo siguiente sobre este episodio:

Creo que era que Terapia Ocupacional entraba en los planes como de psicología, como que fuera una especialidad, igual que había psicología escolar, psicología médica, psicología del trabajo... y para que Terapia Ocupacional estuviera dentro de esas especialidades de psicología. Y claro... unos cuantos está-

---

<sup>654</sup> Consejo de Universidades. Ponencia de Reforma de Enseñanzas Universitarias. *Informe técnico del grupo de trabajo nº9*. Título de Diplomado en Terapia Ocupacional. (Archivo de APETO)

<sup>655</sup> Por parte del grupo 11 asistieron D. Adolfo Hernández Gordillo y D. Jaime Vila Castellar. D. Adolfo Hernández fue uno de los creadores del Colegio Oficial de Psicólogos (Secretaría Estatal) del que fue presidente desde 1987 a 1983, también fue uno de los creadores del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, del que fue Presidente desde 1985 a 1998. D. Jaime Vila Castellar era Catedrático de Universidad de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada desde 1983.

bamos y dijimos, NO, porque Terapia Ocupacional va a perder su propia identidad si entra dentro de psicología. Como yo reunía las dos características de psicólogo y terapeuta ocupacional, me dijeron que fuera para defender la postura y efectivamente, fuimos Alberto y yo, a la reunión de universidades entonces se defendió allí y bueno... no salió la propuesta. Y a mí me parece adecuado que no saliera, incluso aun hoy creo que lo defendería igual. Es más, incluso lo que era psicología escolar prácticamente se desgajó, acabó siendo psicopedagogía, pero como otra carrera independiente. Entiendo que no tenía sentido, a mí me parece más que era como un deseo de tener más poder, coger áreas, parcelas.<sup>656</sup>

De esta reunión acabó surgiendo un proyecto de consenso en el que se propuso refundir ambas propuestas en un único título, el de Diplomado en Terapia Ocupacional, pero haciendo modificaciones sobre los contenidos en psicología que se habían propuesto desde el grupo nº9, además se establecía que cualquier modificación futura debía contar con el visto bueno de ambos grupos de trabajo.<sup>657</sup>

La Asociación envió una circular a los asociados en diciembre de 1987, comunicando que se abría un periodo de 4 meses para presentar enmiendas parciales o totales al informe presentado.

Todo esto conllevó nuevas negociaciones a las que se sumó el traspaso de responsabilidades dentro de la Secretaria General del Consejo de Universidades, lo que terminó generando un retraso en la publicación de las directrices generales para la elaboración de los planes de estudio de la Diplomatura de Terapia Ocupacional. Desde APETO se realizaron gestiones para reunirse con Elisa Pérez Vera, Secretaria General del Consejo de Universidades quien "de manera reiterada confesaba lo difícil que le estaba resultando satisfacer nuestra reivindicación por la oposición de otros colectivos".<sup>658</sup> Entre otros puntos, se planteó la necesidad de creación del Área de Conocimiento de Terapia Ocupacional, un asunto al que se opusieron desde Psicología y que se terminó acep-

---

<sup>656</sup> Carmen Díez de Velayos, entrevista 24/02/2016.

<sup>657</sup> Antonio Aguado Díaz, "Psicología de la rehabilitación y Terapia Ocupacional: una necesidad, un primer paso", *Papeles del Psicólogo*, junio, nº39 y nº40 (1989). <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=408>

<sup>658</sup> Ana Vicente Cintero, «Veinte años de APETO: vivencias y reflexiones.» *Terapia Ocupacional. Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO)*, nº44 (noviembre 2007): 44.

tando desde la APETO para no obstaculizar por más tiempo el proceso de integración universitaria.<sup>659</sup> Finalmente, en octubre de 1990, se publicó el Real Decreto por el que se estableció el título universitario oficial de Diplomado en Terapia Ocupacional.<sup>660</sup>

### **Aprobación del Título y Directrices generales**

La aprobación del Real Decreto 1420/1990, de 26 de octubre, por el que se estableció el título universitario oficial de Diplomado en Terapia Ocupacional y las directrices generales propias para la elaboración de sus planes de estudios, dio lugar al inicio de la formación universitaria en España. En este Real Decreto se definió que:

Las enseñanzas conducentes a la obtención del título oficial de Diplomado en Terapia Ocupacional deberán proporcionar una formación adecuada en las bases teóricas y en las técnicas y actuaciones que, a partir de una actividad ocupacional, tienden a potenciar y suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a orientar y estimular actividades físicas o psíquicas.

Las directrices propias para la elaboración de los planes de estudios, se ajustaron al Real Decreto 1497/1987 donde se habían dado las indicaciones correspondientes a la duración de los estudios, modalidades, carga lectiva, contenidos, homologación, convalidación, etc.<sup>661</sup> El primer punto de su artículo séptimo sobre contenidos de las enseñanzas, establecía su ordenación en: materias troncales, materias determinadas por cada Universidad (obligatorias y optativas) y materias de libre elección. En el segundo punto se indicaba la forma de ajustar los planes de estudios:

1ª La carga lectiva en créditos fijada por las directrices generales propias para el conjunto de las materias troncales será, como mínimo, del 30% de la carga lectiva total de éste si se trata de primer ciclo y del 25% si de segundo ciclo.

2ª El porcentaje de créditos para la libre configuración de su currículum por el estudiante no será inferior al 10% de la carga lectiva total del plan de estudios conducente al título oficial de que se trate.

---

<sup>659</sup> Ana Vicente Cintero, entrevista 04/11/2015.

<sup>660</sup> Real Decreto 1420/1990, 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 estudio conducentes a la obtención de aquél (BOE nº278, de 20 de noviembre de 1990).

<sup>661</sup> Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional (BOE nº298, de 14 de diciembre de 1987).

3ª Todas las materias de un plan de estudios deberán vincularse a una o varias áreas de conocimiento de las establecidas al amparo del Real Decreto 1888/1984, de 26 de septiembre (BOE de 26 de octubre), con arreglo a los siguientes criterios:

-La vinculación se determinará en las directrices generales propias del título para las materias troncales, que sólo podrán ser impartidas por Profesores de las correspondientes áreas de conocimiento.

-Los planes de estudio que aprueben las Universidades establecerán para todas las demás materias obligatorias u optativas que los integren su vinculación a las áreas de conocimiento establecidas al amparo del Real Decreto 2360/1984, de 12 de diciembre (BOE de 14 de enero de 1985). Excepcionalmente, y mientras no exista profesorado del área de conocimiento que corresponda, las Universidades podrán transitoriamente autorizar a Profesores de un área de conocimiento a impartir materias vinculadas a otras áreas pertenecientes a un mismo Departamento.

El RD 1420/1990 estableció la Titulación de Terapia Ocupacional como estudios de primer ciclo, de manera que su duración debía abarcar tres años y tener una carga lectiva global superior a 180 créditos. Además, se dieron indicaciones sobre la carga lectiva semanal tanto de enseñanza práctica como de enseñanza teórica y se especificaron las asignaturas troncales que debían constituir los planes de estudio, así como las áreas de conocimiento adscritas a cada una de ellas. Este último punto era uno de los aspectos más importantes, puesto que la ausencia de un área de conocimiento propia de Terapia Ocupacional dejaba libertad para la vinculación de los estudios a las áreas de conocimiento que cada Universidad decidiera.

En la tabla 11, se puede observar que, del total de 138 créditos, la carga docente asignada a las áreas de Psicología y Sociología estaba entre un mínimo de 31 créditos y un máximo de 92 créditos. En cuanto a las áreas de conocimiento ligadas a Medicina, el número de créditos podía encontrarse entre un mínimo de 46 créditos y un máximo de 107. Estos márgenes en cuanto a las asignaturas troncales, facilitaban que cada Universidad planteara el título desde perspectivas distintas o quizás, más bien, desde intereses distintos.

**Tabla 11. Materias troncales de la Diplomatura de Terapia Ocupacional**

Materias	Créditos			Áreas de conocimiento
	Teor.	Práct.	total	
Actividades de la vida y diaria y actividades ocupacionales aplicadas	3	9	12	Psicología Básica Psicología Social
Estancias prácticas	2	24	26	Fisioterapia Medicina Psicología Evolutiva y de la Educación Psiquiatría Radiología y Medicina Física
Estructura y función del cuerpo humano	13	2	15	Biología celular Bioquímica y Biología Molecular Ciencias Morfológicas Fisiología
Afecciones médicas y afecciones quirúrgicas	15	5	20	Cirugía Medicina
Psicología	10	4	14	Personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Psicobiología Psicología Básica Psicobiología Evolutiva y de la Educación Sociología
Teoría y técnicas de la Terapia Ocupacional	15	20	35	Medicina Física y Radiología Pediatria Personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos Psicobiología Evolutiva y de la Educación Psiquiatría Fisioterapia
Salud pública	4	2	6	Medicina Preventiva y Salud Pública
Geriatría	3	2	5	Medicina
Sociología	5	-	5	Sociología

El porcentaje de asignaturas troncales se debía ajustar a un mínimo de 30% de la carga total pero no se especificaba el máximo y, según el Real Decreto 1497/1987 las materias troncales sólo podían ser impartidas por profesores de las correspondientes áreas de conocimiento. Por otra parte, cada Universidad debía establecer una serie de asignaturas obligatorias y optativas que también debían vincularse a áreas de conocimiento y cuyo profesorado debía estar adscrito a dichas áreas.

Todo esto tuvo diversas e importantes consecuencias para el desarrollo, no solo de los estudios, sino de la misma profesión a partir de ese momento. A pesar de existir unas directrices generales para todo el territorio nacional, las titulaciones podían surgir desde distintas Facultades o Escuelas y Departamentos Universitarios. Obviamente esto repercutió en el planteamiento de los planes de estudios y las posibilidades de participación en la docencia de los terapeutas ocupacionales, que en algunos casos fue prácticamente inexistente. De nuevo, la falta de reconocimiento universitario del título de terapeuta ocupacional otorgado por la Escuela de Sanidad constituía un obstáculo para la integración de los terapeutas en la docencia de las asignaturas. Como consecuencia de ello, la mayor parte de la docencia teórica de las asignaturas troncales propias de la profesión se asignó a profesores que no tenían el título de terapeuta ocupacional.<sup>662</sup>

Desde APETO, se vio la necesidad de insistir en el objetivo de conseguir la homologación del título y se realizaron numerosas gestiones. Sin embargo, todo este proceso generó malestar entre los distintos colectivos del ámbito educativo de la Terapia Ocupacional y una serie de protestas por falta de entendimiento entre las partes. Desde la Escuela y desde los colectivos universitarios donde ya se estaba cursando la Diplomatura, había un rechazo a la homologación. Los motivos eran distintos: para la Escuela de Terapia Ocupacional, la homologación del título significaba una amenaza para su continuidad y una duda importante sobre el reconocimiento oficial del título de sus estudiantes y, para los nuevos Diplomados, la homologación se entendía como un agravio comparativo por considerarse los estudios de la Escuela de Terapia Ocupacional como de un nivel inferior, de manera que la única vía parecía ser la realización de cursos extra como había ocurrido en otras profesiones sanitarias. De hecho, la Universidad Complutense planteó una propuesta de convalidación del título a través de la realización de un curso de 80 horas en su Universidad y con un coste económico importante, una propuesta que APETO no estuvo dispuesta a aceptar.<sup>663</sup>

En septiembre de 1994 se recibió el informe de la Secretaría General del Consejo de Universidades. A pesar de que el informe era favorable, se hicieron

---

<sup>662</sup> Enrique Sirvent Ribalda, "Del cuerpo regional a la totalidad viviente: saber y prácticas anatómicas de las Ciencias de la Salud en Barcelona 1960-2012" (Universidad Rovira i Virgili, 2013)

<sup>663</sup> Vicente Cintero, "Veinte años...", 44-46.

dos observaciones: que los titulados por la Escuela que no hubieran cumplido los requisitos que se exigían en ese momento (COU, selectividad y superación de un examen interno de ingreso), tuvieran que ser sometidos a algún control académico por quien administrativamente se determine para subsanar la situación; y como observación complementaria se indicaba la posibilidad de proceder a esta convalidación u homologación una vez que la Escuela de Terapia Ocupacional de Madrid, estuviera adscrita o integrada en la Universidad, determinándose en ese momento los mecanismos de homologación de los antiguos titulados.<sup>664</sup>

En diciembre de ese mismo año, APETO dirigió una carta a sus asociados explicando la situación:

[...] El Consejo ve viable la homologación del Título de Terapia Ocupacional con el de Diplomando en Terapia Ocupacional pero siempre y cuando la Escuela en la que cursamos nuestros estudios esté adscrita a una Universidad o en su defecto hubiese dejado de impartir los estudios de Terapia Ocupacional al aparecer la Diplomatura en la Universidad.

En consecuencia y como la Escuela todavía no se ha adscrito a ninguna Universidad y sigue impartiendo dichos estudios, el Ministerio de Educación y Ciencia, a pesar del informe positivo del Consejo de Universidades, no puede homologar nuestro título (quiero que sepáis que próximamente va a salir un Real Decreto sobre Homologaciones de Títulos en el que íbamos a estar incluidos porque se pensaba que la antigua escuela se iba a adscribir a la Universidad de Alcalá de Henares) por lo que tenemos que convalidar; para ello y a petición del Ministerio de Educación y Ciencia hemos elaborado un informe indicando algunas formas para realizar la convalidación (cursos universitarios de postgrado, currículum para los que tienen el COU, tesina o trabajo monográfico, etc.). En el Ministerio de Educación y Ciencia nos han dicho que van a procurar sacarlo pronto a través de una Orden Ministerial.<sup>665</sup>

Finalmente, en noviembre de 1995, el Ministerio de Educación y Ciencia homologó el título de Terapeuta Ocupacional expedido por la Escuela Nacional de Sanidad al de Diplomado Universitario en Terapia Ocupacional.<sup>666</sup> Dicha homologación o equivalencia se otorgó en función de una serie de requisitos que

---

<sup>664</sup> Secretaría General. Consejo de Universidades. *Informe sobre la homologación o convalidación de los estudios de Terapia Ocupacional impartidos por la Escuela de Terapia Ocupacional, dependiente de la Escuela Nacional de Sanidad, por el título de Diplomado en Terapia Ocupacional*. 21 septiembre de 1994. (Archivo de APETO)

<sup>665</sup> APETO. Carta informativa a los asociados con fecha 5 de diciembre de 1994. (Archivo de APETO).

<sup>666</sup> Orden de 29 de noviembre de 1995 de homologación del título de Terapeuta Ocupacional de la Escuela Nacional de Sanidad (BOE nº290, de 5 de diciembre de 1995).



variaban según la situación, pero que en ningún caso suponían cursos de formación extraordinaria:

1) Los titulados que habían superado el Curso de Orientación Universitaria o estudios equivalentes a efectos académicos o bien las pruebas de acceso a la Universidad para mayores de veinticinco años podían obtener la homologación tras dirigir su solicitud en un plazo de cuatro meses.

2) Los que no habían realizado el COU o la prueba de acceso a la Universidad debían cumplir con la presentación y evaluación positiva del currículum académico y profesional ante una Comisión constituida en la Universidad Nacional de Educación a Distancia. En el caso de no obtener una evaluación positiva debían presentar un trabajo original sobre un tema de su elección y correspondiente a una de las áreas establecidas en las directrices generales propias del título de Diplomado.

La homologación del título de Terapeuta Ocupacional tuvo diversas consecuencias, para algunos, la más negativa fue el cese definitivo de la Escuela de Terapia Ocupacional después de casi cuarenta años de funcionamiento, su deseo de continuidad se vio truncado por los intentos frustrados de integrar la Escuela en el sistema educativo, algo que solo se hizo parcialmente a través de la homologación del título. En todo caso, la equiparación de los títulos de Sanidad y Educación favoreció, en el ámbito educativo, la integración progresiva de los terapeutas ocupacionales en los cuerpos docentes universitarios, abriendo el camino para el reconocimiento académico que hasta entonces se nos había vetado.

## **Diplomatura Universitaria. Centros y planes de estudios**

### **Los pioneros, Universidad de Zaragoza.**

La Universidad de Zaragoza fue la primera en implantar el título de la Diplomatura de Terapia Ocupacional en España. Esto no se debió a un único factor, más bien, como suele ocurrir en este tipo de cuestiones, confluyeron una serie de circunstancias, personas e intereses que facilitaron el comienzo de los estudios universitarios de Terapia Ocupacional.

---

Real Decreto 1954/1994, de 30 de septiembre, sobre homologación de títulos a los del Catálogo de Títulos Universitarios Oficiales, creado por el Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre (BOE nº275, de 17 de noviembre de 1994).

A finales de los años ochenta se aprobaron nuevos títulos universitarios y parece que desde la Universidad de Zaragoza se solicitaron al menos siete de ellos. Desde la Escuela de Enfermería y Fisioterapia se había tratado de conseguir la implantación de la Diplomatura de Podología, pero este proyecto no llegó a ser aceptado por la Universidad. De modo que, cuando se publicó la aprobación del título universitario de Terapia Ocupacional, el Vicerrectorado<sup>667</sup> ofreció a la Escuela la opción de solicitar los estudios de Terapia Ocupacional.<sup>668</sup>

La Junta de Centro de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia<sup>669</sup> de Zaragoza, cuyo director en ese momento era D. Santiago Pellejero, aprobó por unanimidad la tramitación de la solicitud de la Diplomatura de Terapia Ocupacional el 5 de diciembre de 1990. La justificación de la solicitud se basaba en una serie de argumentos que parece convencieron a las autoridades universitarias: que según las directrices generales había un 53'38% de los créditos de materias troncales que podían adscribirse al área de fisioterapia y que por tanto la Escuela tenía una infraestructura inicial preparada para asumir la implantación del título; que el ámbito de actuación de los terapeutas ocupacionales estaba estrechamente ligado a la labor de los fisioterapeutas y que por tanto se podían organizar las prácticas tanto en sala de demostraciones como las estancias clínicas desde una Escuela con experiencia de varios años en sus secciones de Enfermería y Fisioterapia; por último, se destacaba que la situación geográfica de Zaragoza facilitaba el acceso de estudiantes de distintas zonas de nuestro país permitiendo al menos inicialmente, la distribución e incorporación de estos profesionales al mercado de trabajo tanto en Aragón como en otras Comunidades cercanas.

En los meses previos a la autorización oficial, el Vicerrectorado y la dirección de la Escuela contactaron con profesionales de Terapia Ocupacional para organizar reuniones con el propósito de elaborar el proyecto del plan de estudios de la Diplomatura. Los terapeutas ocupacionales que se implicaron en estos

---

<sup>667</sup> El Vicerrector era el Sr. D. Tomás Pollán Santamaría quien conocía personalmente a una de las terapeutas ocupacionales que trabajaban en ese momento en Zaragoza. Carmen Moratinos, entrevista 16/12/2016.

<sup>668</sup> Comunicación personal de Francisco León Puy, 12 diciembre 2016.

<sup>669</sup> En 1992 cambió su denominación al de Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Real Decreto 1050/1992 de 31 de julio (BOE nº205, de 26 de agosto) por el que se crea la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza y se le autoriza a organizar las enseñanzas de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional (art. 13.3.) En 2012 se autorizó el cambio de denominación a Facultad de Ciencias de la salud. Orden de 16 de abril de 2012, de la Consejera de Educación, Universidad, Cultura y Deporte, por la que se publica el Acuerdo de 3 de abril de 2012, del Gobierno de Aragón, por el que se autoriza el cambio de denominación de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza a Facultad de Ciencias de la Salud (BOA nº81, de 30 de abril de 2012)

primeros momentos fueron Carmen Moratinos, Isabel Marqueta, Joaquín Oliver y Clara Gema Aguirre. Unos meses más tarde, en septiembre de 1991, se aprobó el Real Decreto que autorizó la implantación de la Diplomatura en la Universidad de Zaragoza, el artículo 9º decía:

Se autoriza la implantación de la Diplomatura en Terapia Ocupacional en la Universidad de Zaragoza, de cuya gestión se hará cargo administrativamente la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia, que organizará, junto con las enseñanzas que actualmente tiene autorizadas, las conducentes a la obtención del título de Diplomado en Terapia Ocupacional. <sup>670</sup>

En cuanto se publicó en el BOE, la Escuela gestionó rápidamente los trámites necesarios para poder iniciar el curso y el 4 de noviembre de 1991, comenzaron las clases.<sup>671</sup> La información del curso llegó a los estudiantes a través de carteles informativos dispuestos en los centros universitarios, anuncios en prensa y contactos personales. Se produjo un plazo extraordinario de inscripción y bastantes alumnos se trasladaron desde otras titulaciones que ya habían iniciado sus clases.<sup>672</sup> En realidad, muchos de ellos comenzaron la Diplomatura sin saber exactamente qué es lo que iban a estudiar y con un plan de estudios todavía sin aprobar oficialmente, a pesar de ello, parece que los problemas de profesorado y organización se redujeron básicamente a retrasos en la incorporación de algunos profesores.

El proyecto del Plan de Estudios se aprobó por la Junta de Escuela en sesión celebrada el día 4 de mayo de 1992 y fue remitido al Rector de la Universidad al día siguiente. El 20 de mayo la Junta de Gobierno de la Universidad aprobó el proyecto de "perfil y objetivos para las enseñanzas conducentes al título de Diplomado en Terapia Ocupacional" que fue remitido con fecha 26 de mayo al Excmo. Sr. Presidente del Consejo Social estableciendo un plazo de observaciones o enmiendas hasta el 10 de junio. El plan fue aprobado por la Junta de Gobierno de la Universidad de Zaragoza el día 16 de junio, y el Consejo de Universidades, homologó el título por acuerdo de su Comisión Académica de 28 de septiembre de 1992. El Acta se aprobó en sesión de Junta de Gobierno del día 12 de noviembre de 1992 y al año siguiente se aprobó la Resolución por

---

<sup>670</sup> Real Decreto 1457/1991, de 27 de septiembre, por el que se crean Centros y se autorizan enseñanzas en las Universidades de Alcalá de Henares, islas Baleares, Autónoma y Complutense de Madrid, Murcia, Oviedo, Salamanca, Valladolid, Zaragoza y UNED (BOE nº245, de 12 de octubre de 1991).

<sup>671</sup> Comunicación personal Francisco León Puy (12 de diciembre de 2016)

<sup>672</sup> Comunicación personal Ana Alejandra Laborda (13 de diciembre de 2016), Nuria Mosquera (16 de diciembre)

la que se hizo público el plan de estudios.<sup>673</sup> Fue un periodo de intenso trabajo hecho con la ilusión de participar en el comienzo de algo nuevo y muy significativo para la profesión, la integración de la Terapia Ocupacional en el entorno académico universitario.

Los primeros terapeutas ocupacionales contratados como profesores asociados fueron: M<sup>a</sup> Jesús Calvo, Clara Gema Aguirre, Cristina Mateos, Joaquín Oliver, Isabel Marqueta y Carmen Moratinos. Excepto Cristina Mateos, ninguno de ellos tenía un título universitario ya que en ese momento todavía no se había conseguido la homologación. Esta dificultad se salvó recurriendo a la fórmula de contratación de "profesionales de reconocido prestigio", de esta manera la Escuela de Zaragoza pudo contar desde el principio con terapeutas ocupacionales impartiendo docencia, si bien quedó restringida a la práctica clínica y a las prácticas de laboratorio de varias asignaturas. A partir del segundo año se incorporaron Marta Pérez de Heredia, Clara Sanz y otras terapeutas ocupacionales del Hospital Miguel Servet.

En el resto de España se fue instaurando progresivamente la Diplomatura en diferentes Comunidades Autónomas hasta llegar a diecinueve Universidades en las que llegaron a formarse hasta novecientas personas por curso.<sup>674</sup> El marco normativo de la ordenación académica universitaria experimentó modificaciones de las Directrices Generales comunes, lo que conllevó cambios en los planes de estudios de algunas Universidades, en el caso de la Diplomatura de Terapia Ocupacional de la Universidad de Zaragoza no se realizó ninguna modificación.<sup>675</sup> Según el orden de la publicación de los planes de estudios en

---

<sup>673</sup> Resolución de 19 de abril de 1993, de la Universidad de Zaragoza, por la que se hace público el Plan de Estudios conducente a la obtención del título de Diplomado en Terapia Ocupacional en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza (BOE nº208, de 31 de agosto).

<sup>674</sup> Se presentaron otros proyectos que no llegaron a materializarse en la Universidad de Murcia: Resolución de 22 de abril de 2004, de la Universidad de Murcia, por la que se hace público el plan de estudios de "Diplomado en Terapia Ocupacional" (BOE nº110, de 6 de mayo de 2004). Aprobado el 24 de septiembre de 2003 por la Universidad; y en la Universidad Europea de Madrid: Real Decreto 1037/2001, de 21 de septiembre, por el que se homologan diversos títulos de la Universidad Europea de Madrid y se modifican los Reales Decretos 1558/1998, de 17 de julio, y 1328/1999, de 31 de julio, de homologación de otros títulos de la misma. (BOE nº238, de 4 de octubre de 2001)

<sup>675</sup> Real Decreto 1267/1994, de 10 de junio, por el que se modifica el Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y diversos Reales Decretos que aprueban las directrices generales propias de los mismos (BOE nº139, de 11 de junio de 1994); Real Decreto 2347/1996, de 8 de noviembre, por el que se modifica el Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, así como el Real Decreto 1267/1994, de 10 de junio, que modifico el anterior (BOE nº283, de 23 de noviembre de 1996).

el BOE, los centros universitarios donde se ha impartido la Diplomatura de Terapia Ocupacional en España han sido los siguientes:

**Tabla 12. Diplomatura: centros universitarios y planes de estudios  
(1991-2007)**

<b>Denominación del Centro</b>	<b>Normativa correspondiente</b>
<p><b>1. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.</b></p>	<p>Resolución de 3 de noviembre de 1992, de la Universidad Complutense de Madrid por la que se publica el plan de estudios para la obtención del título oficial de diplomado en Terapia Ocupacional (BOE nº291, de 4 de diciembre de 1992).</p> <p><i>Modificaciones:</i></p> <p>Resolución de 12 de junio de 1996, de la Universidad Complutense de Madrid, por la que se publica la adaptación del plan de estudios para la obtención del título oficial de Diplomado en Terapia Ocupacional (BOE nº172, de 17 de julio de 1996).</p> <p>Resolución de 6 de octubre de 1997, de la Universidad Complutense de Madrid, por la que se publica la modificación del plan de estudios homologado por el Consejo de Universidades para la obtención del título oficial de diplomado en Terapia Ocupacional (BOE nº260, de 30 de octubre de 1997).</p> <p>Resolución de 18 de septiembre de 2000, de la Universidad Complutense de Madrid, por la que se publica la adaptación del plan de estudios de Diplomado en Terapia Ocupacional, a los Reales Decretos 614/1997, de 25 de abril, y 779/1998, de 30 de abril (BOE nº238, de 4 de octubre de 2000).</p>
<p><b>2. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza.</b></p>	<p>Resolución de 19 de abril de 1993, de la Universidad de Zaragoza, por la que se hace público el plan de estudios conducente a la obtención del título de Diplomado en Terapia Ocupacional en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza (BOE nº208, de 31 de agosto de 1993).</p>
<p><b>3. Escola Universitària Creu Roja. Universidad Autónoma de Barcelona. Centro adscrito. Terrassa (Barcelona).</b></p>	<p>Real Decreto 2544/1994, de 29 de diciembre, por el que se homologa el título de Diplomado en Terapia Ocupacional de la Escuela Universitaria de Enfermería «Cruz Roja», de Terrassa, adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona (BOE nº23, de 27 de enero de 1995).</p> <p><i>Modificación:</i></p> <p>Resolución de 24 de julio de 2000, de la Universidad Autónoma de Barcelona, por la que se publica la modificación, por adaptación a la normativa vigente, del plan de estudios de Diplomado en Terapia Ocupacional, publicado por Real Decreto 2544/1994, de 29 de diciembre (BOE nº201, de 22 agosto de 2000).</p>

<p><b>4. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón (Madrid).</b></p>	<p>Resolución de 10 de noviembre de 1997, de la Universidad Rey Juan Carlos, por la que se ordena la publicación del plan de estudios del título de Diplomado en Terapia Ocupacional, a impartir en la Facultad de Ciencias de la Salud (BOE nº273, de 14 de noviembre de 1997).</p> <p><i>Modificación:</i></p> <p>Resolución de 1 de julio de 2002, de la Universidad "Rey Juan Carlos", por la que se ordena la publicación de la modificación del plan de estudios del título de Diplomado en Terapia Ocupacional a impartirse en la Facultad de Ciencias de la Salud (BOE nº171, de 18 de julio de 2002).</p>
<p><b>5. Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura. Cáceres.</b></p>	<p>Resolución de 11 de enero de 1999, de la Universidad de Extremadura, por la que se publica el plan de estudios para la obtención del título de Diplomado en Terapia Ocupacional, en la Escuela Universitaria de Enfermería de Cáceres (BOE nº34 de 9 de febrero de 1999).</p>
<p><b>6. Facultade de Ciencias da Saúde. Universidad de A Coruña.</b></p>	<p>Resolución de 14 de enero de 1999, de la Universidad de A Coruña, por la que se publica el acuerdo del Consejo de Universidades, por el que se homologa el Plan de Estudios conducente al título oficial de Diplomado en Terapia Ocupacional (BOE nº49, de 26 de febrero de 1999).</p>
<p><b>7. Escola Universitària de Ciències de la Salut. Universidad de Vic. Vic (Barcelona)</b></p>	<p>Real Decreto 924/1999, de 28 de mayo, por el que se homologan los títulos de Diplomado en Fisioterapia, de Diplomado en Terapia Ocupacional y de Diplomado en Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Vic (BOE nº138, de 10 de junio de 1999).</p>
<p><b>8. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Alfonso X el Sabio. Villanueva de la Cañada (Madrid).</b></p>	<p>Real Decreto 1248/1999, de 16 de julio, por el que se homologa el título de Diplomado en Terapia Ocupacional de la Universidad Alfonso X el Sabio (BOE nº179, de 28 de julio de 1999).</p> <p><i>Modificaciones:</i></p> <p>Resolución de 29 de septiembre de 2003, de la Universidad "Alfonso X el Sabio", por la que se ordena publicar la ampliación de las materias optativas que integran el plan de estudios conducente al título oficial de Diplomado en Terapia Ocupacional (BOE nº251, de 20 de octubre de 2003).</p> <p>Resolución de 8 de enero de 2007, de la Universidad Alfonso X el Sabio, por la que se publica la ampliación del plan de estudios de Diplomado en Terapia Ocupacional (BOE nº23, de 26 de enero de 2007).</p>

<p><b>9. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada.</b></p>	<p>Resolución de 26 de julio de 1999, de la Universidad de Granada, por la que se hace público el plan de estudios de diplomado en Terapia Ocupacional, que se impartirá en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Granada, dependiente de esta Universidad (BOE nº202, de 24 de agosto de 1999).</p>
<p><b>10. Centro de Estudios Universitarios de Talavera de la Reina. Universidad de Castilla La Mancha.</b></p>	<p>Resolución de 19 de septiembre de 2000, de la Universidad de Castilla-La Mancha, por la que se hace pública la modificación del plan de estudio del título de Diplomado en Terapia Ocupacional del Centro de Estudios Universitarios de Talavera de la Reina (BOE nº238, de 4 de octubre de 2000).</p>
<p><b>11. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.</b></p>	<p>Resolución de 14 de noviembre de 2000, de la Universidad de Salamanca, por la que se publica el plan de estudios de Diplomado en Terapia Ocupacional de la Facultad de Psicología de esta Universidad (BOE nº296, de 11 de diciembre de 2000)</p>
<p><b>12. Centro Superior de Estudios Universitarios "La Salle". Universidad Autónoma de Madrid. Centro adscrito. Aravaca (Madrid).</b></p>	<p>Real Decreto 170/2001, de 23 de febrero, por el que se homologa el título de Diplomado en Terapia Ocupacional de la Escuela Universitaria "La Salle", adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid (BOE nº59, de 9 de marzo de 2001).</p>
<p><b>13. Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández de Elche (campus de Alicante).</b></p>	<p>Resolución de 6 de noviembre de 2001, de la Universidad "Miguel Hernández" de Elche, por la que se ordena la publicación del Plan de Estudios de Diplomado en Terapia Ocupacional (BOE nº290, de 4 de diciembre de 2001).</p> <p><i>Modificaciones:</i></p> <p>Resolución de 2 de febrero de 2004, de la Universidad Miguel Hernández, por la que se ordena la publicación de la ampliación en la oferta de asignaturas optativas de diversas titulaciones correspondientes a los cursos académicos 2002-2004 (BOE nº46, de 23 de febrero de 2004).</p> <p>Resolución de 30 de septiembre de 2004, de la Universidad Miguel Hernández, por la que se ordena la publicación de la modificación de los planes de estudio de diversas titulaciones, consistente en la ampliación de la oferta de asignaturas optativas correspondientes al curso académico 2004-2005 (BOE nº259, de 27 de octubre de 2004).</p>
<p><b>14. Facultad de Humanidades y Educación. Universidad de Burgos.</b></p>	<p>Resolución de 26 de noviembre de 2003, de la Universidad de Burgos, por la que se ordena la publicación del Plan de Estudios de Diplomado en Terapia Ocupacional (BOE nº299, de 15 de diciembre de 2003).</p>



<p><b>15. Facultad de Ciencias de la Salud, de la Actividad Física y del Deporte. Universidad Católica de San Antonio de Murcia.</b></p>	<p>Resolución de 4 de junio de 2004, de la Universidad Católica San Antonio de Murcia, por la que se hace público el plan de estudios de "Diplomado en Terapia Ocupacional" (BOE nº144, de 15 de junio de 2004)</p>
<p><b>16. Escuela Universitaria de Magisterio Padre Enrique Ossó. Adscrita a la Universidad de Oviedo.</b></p>	<p>Resolución de 30 de abril de 2004, de la Universidad de Oviedo, por la que se publica el plan de estudios de Diplomado en Terapia Ocupacional a impartir en la Escuela Universitaria de Magisterio "Padre Enrique de Ossó" (BOE nº135, de 4 de junio de 2004).</p>
<p><b>17. Facultad de Psicología y Ciencias de la Salud. Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia.</b></p>	<p>Resolución de 6 de mayo de 2005, de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, por la que se publica el plan de estudios del título de Diplomado en Terapia Ocupacional (BOE nº120, de 20 de mayo de 2005).</p>
<p><b>18. Universidad Cardenal Herrera-CEU, de Valencia.<sup>676</sup></b></p>	<p>Resolución de 29 de diciembre de 2005, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se dispone la publicación del Acuerdo de Consejo de Ministros de 18 de noviembre de 2005, por el que se homologan los títulos de Diplomado en Nutrición Humana y Dietética y de Diplomado en Terapia Ocupacional, de la Facultad de Ciencias Experimentales y de la Salud, de la Universidad Cardenal Herrera-CEU, de Valencia. (BOE nº29, de 3 de febrero de 2006)</p> <p>Resolución de 27 de marzo de 2006, de la Universidad Cardenal Herrera-CEU, por la que se publica el plan de estudios de Diplomado en Terapia Ocupacional. (BOE nº89, de 14 de abril de 2006).</p>
<p><b>19. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga.</b></p>	<p>Resolución de 20 de enero de 2006, de la Universidad de Málaga, por la que se publica el plan de estudios de Diplomado en Terapia Ocupacional (BOE nº45, de 22 de febrero de 2006).</p> <p><i>Modificación:</i></p> <p>Resolución de 18 de octubre de 2006, de la Universidad de Málaga, por la que se modifica el plan de estudios de Diplomado en Terapia Ocupacional (BOE nº275, de 17 de noviembre de 2006).</p>

Como se puede observar en la tabla, la Diplomatura de Terapia Ocupacional se ha venido impartiendo desde diferentes centros universitarios, Escuelas Universitarias o Facultades que dependían, mayoritariamente de Medicina y

<sup>676</sup> En esta Universidad sólo se realizaron los estudios de la Diplomatura desde el curso 2005-2006 hasta 2012-2013 y no ha continuado con los estudios de Grado.

Ciencias de la Salud y en menor medida, de Psicología, Humanidades y Educación. Esta variabilidad dio lugar a una formación significativamente diferente en función de los Departamentos a los que se adscribía la docencia, lo que fue repercutiendo en la adquisición de la identidad profesional de los estudiantes. Este hecho, junto con el propio funcionamiento universitario, resultó en una gran diferencia entre los terapeutas ocupacionales que se formaban en cada Universidad y entre todos ellos y aquellos que se formaron en la Escuela de Terapia Ocupacional de la Escuela Nacional de Sanidad.

En junio de 1999 comenzó formalmente un proceso de cambio en la Universidad con la firma de la Declaración Conjunta de los Ministros Europeos de Educación en Bolonia. Con esta Declaración, conocida popularmente como Declaración de Bolonia, se materializó el Espacio Europeo de Educación Superior, un nuevo sistema compatible en toda la Unión Europea donde primaran los principios de calidad, movilidad, diversidad y competitividad.

Los ministros de educación europeos identificaron seis líneas de acción en Bolonia y añadieron tres más en Praga en mayo de 2001 y una más en Berlín en septiembre de 2003, para alcanzar los siguientes objetivos: adopción de un sistema de grados fácilmente legibles y comparables; adopción de un sistema esencialmente basado en dos ciclos; establecimiento de un sistema de créditos; promoción de la movilidad; promoción de cooperación europea en la garantía de la calidad; promoción de la dimensión europea en enseñanza superior; estudio continuado a lo largo de toda la vida; instituciones de enseñanza superior y de estudiantes; promoción de lo atractivo del Área de Enseñanza superior europea; nivel doctoral (tercer ciclo).<sup>677</sup>

Todo este proceso conllevó numerosas adaptaciones en el sistema universitario y produjo importantes transformaciones en muchas de las titulaciones universitarias de nuestro país, entre ellas la Terapia Ocupacional. Con todo ello comenzaba a perfilarse un nuevo marco formativo para la profesión, adaptado y convergente con el resto de Europa.

---

<sup>677</sup> Véase D. Docampo, *La Declaración de Bolonia y su repercusión en la estructura de las titulaciones en España*, Acuerdo de la Asamblea General de la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas, 2001, <http://www.unizar.es/eees/doc/CRUE%20Informe%20DOCAMPO%20210901.pdf>

## **Organizaciones universitarias.**

Comenzamos este apartado haciendo referencia a una organización académica fundamental para la enseñanza de la Terapia Ocupacional en Europa. Se trata de "Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior", conocida como ENOTHE (*European Network of Occupational Therapy in Higher Education*). Su recorrido se inició en 1994, por iniciativa del COTEC,<sup>678</sup> que, motivado por la necesidad de armonizar y desarrollar la Terapia Ocupacional en Educación Superior, elaboró un proyecto de creación de una red educativa europea para presentarlo a la Comisión Europea dentro de las convocatorias ERASMUS. En otoño de ese mismo año el proyecto fue aprobado y en 1995 comenzó a funcionar la ENOTHE.<sup>679</sup>

La ENOTHE se planteó como objetivo general capacitar a las asociaciones nacionales de los países europeos y a las instituciones educativas para conseguir una coordinación en las materias de Terapia Ocupacional. Desde su creación se han llevado a cabo diversos proyectos y actividades para fomentar el intercambio entre instituciones educativas y favorecer la armonización de los distintos programas europeos de formación en Terapia Ocupacional.

Su actividad se dirige a todas aquellas instituciones educativas que ofrecen programas de formación en Terapia Ocupacional. A todos aquellos profesores/educadores, terapeutas ocupacionales que trabajan y supervisan a los estudiantes de terapia ocupacional y asociaciones nacionales o cuerpos profesionales de terapia ocupacional. En la actualidad, la ENOTHE está conformada por más de 90 miembros de 30 países diferentes.<sup>680</sup> El apoyo de esta organización al desarrollo de la enseñanza, la formación continuada y la investigación ha sido un elemento importante para la consolidación de la formación superior en Terapia Ocupacional.

En el contexto nacional, la primera organización académica de Terapia Ocupacional se creó en el año 1999. En este año, los centros universitarios donde se impartía Terapia Ocupacional se unieron en la "Conferencia Nacional

---

<sup>678</sup> En 1986 se constituyó el *Committee of European Occupational Therapists*, desde el año 2000 cambió su denominación a *Council of Occupational Therapists for the European Countries* (Consejo de Terapeutas Ocupacionales para los Países Europeos), España fue uno de los países fundadores, <http://www.coteceurope.eu/home/history/>

<sup>679</sup> ENOTHE, History, <http://enothe.eu/enothe/what-is-enothe/>

<sup>680</sup> ENOTHE, *Directory*, <http://enothe.eu/members-pages/directory/>

de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional” (CNDEUTO),<sup>681</sup> bajo la tutela de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Se ratificó su conformación mediante la aprobación de sus estatutos en una reunión celebrada en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza el 29 de octubre de 1999.

En 2004, la *Facultade de Ciencias da Saúde, Universidade da Coruña* asumió la cuarta presidencia nacional de esta organización. Desde entonces, la CNDEUTO ha desarrollado una intensa actividad y se han estrechado lazos con asociaciones internacionales, tales como la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT), la Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior (ENOTHE) y la Conferencia Latinoamericana de Terapia Ocupacional (CLATO); así como con la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO) y las asociaciones autonómicas de profesionales y de estudiantes de Terapia Ocupacional.

Durante los cursos 2003-2004 y 2004-2005 y bajo el liderazgo de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, la CNDEUTO trabajó en la elaboración de una propuesta de un título de Grado de Terapia Ocupacional de 240 créditos ECTS (4 años) dirigido a la “Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación” (ANECA) y al “Consejo de Coordinación Universitaria” (CCU). En el diseño del título de Grado para el libro blanco de Terapia Ocupacional de la ANECA participaron la totalidad de los centros universitarios de Terapia Ocupacional existentes en ese momento.<sup>682</sup> Los resultados de todo este trabajo se tradujeron en la aprobación del título de Grado en Terapia Ocupacional.

### **5.2.3. El paso a Grado Universitario en Terapia Ocupacional (2007)**

El año 2007 marcó un hito importante en el proceso de adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior en las Universidades españolas. Se aprobó la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, de Universidades,<sup>683</sup> y el Real Decreto

---

<sup>681</sup> En la actualidad se denomina: “Conferencia Nacional de Decanos de Terapia Ocupacional de España”, <https://www.urjc.es/cndeuto/inicio>

<sup>682</sup> Sergio Santos del Riego, “El desarrollo de la CNDEUTO, 2004-2012”, p. 17, <https://www.urjc.es/cndeuto/historia>

<sup>683</sup> Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, (BOE nº89, de 13 de abril de 2007).

1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.<sup>684</sup> Estos cambios legislativos conllevaron la transformación gradual de las distintas titulaciones universitarias en Títulos de Grado, entre ellos el Grado en Terapia Ocupacional.

Aunque el periodo abarcado en la presente investigación concluye aquí, nos ha parecido relevante reflejar, según el orden de publicación de los planes de estudios en el BOE, los centros donde se imparte el Grado en Terapia Ocupacional actualmente. Las primeras Universidades en aprobar dichos títulos fueron A Coruña y Zaragoza en el año 2008.<sup>685</sup>

**Tabla 13. Título de Grado: centros universitarios y planes de estudios**

<b>Denominación del Centro</b>	<b>Normativa correspondiente</b>
<b>1. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza.</b> <sup>686</sup>	Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Universidad de Zaragoza, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº54, de 4 de marzo de 2009).
<b>2. Facultade de Ciencias da Saúde. Universidad de A Coruña.</b>	Resolución de 15 de abril de 2009, de la Universidad de A Coruña, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº103, de 28 de abril de 2009). <i>Modificación:</i> Resolución de 9 de marzo de 2012, de la Universidad de A Coruña, por la que se corrigen errores en la de 15 de abril de 2009, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº72, de 24 de marzo de 2012).
<b>3. Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura. Cáceres.</b>	Resolución de 2 de febrero de 2010, de la Universidad de Extremadura, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº58, de 8 de marzo de 2010).
<b>4. Centro de Estudios Universitarios de Talavera de la Reina. Universidad de Castilla La Mancha.</b>	Resolución de 17 de febrero de 2010, de la Universidad de Castilla-La Mancha, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº55, de 4 de marzo de 2010).

<sup>684</sup> Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales (BOE nº260, de 30 de octubre de 2007).

<sup>685</sup> Resolución de 24 de septiembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 29 de agosto de 2008, por el que se establece el carácter oficial de determinados títulos de Grado y su inscripción en el Registro de Universidades, Centros y Títulos (BOE nº233, de 26 de septiembre de 2008).

<sup>686</sup> Recordamos que desde abril de 2012 cambió su denominación a Facultad de Ciencias de la Salud.

	<p><i>Modificación:</i></p> <p>Resolución de 21 de mayo de 2015, de la Universidad de Castilla-La Mancha, por la que se modifica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº138, de 10 de junio de 2015).</p>
<p><b>5. Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle. Universidad Autónoma de Madrid. Centro adscrito. Aravaca (Madrid).</b></p>	<p>Resolución de 3 de marzo de 2010, de la Universidad Autónoma de Madrid, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº67, de 18 de marzo de 2010).</p> <p><i>Modificación:</i></p> <p>Resolución de 17 de diciembre de 2012, de la Universidad Autónoma de Madrid, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº312, de 28 de diciembre de 2012).</p>
<p><b>6. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga.</b></p>	<p>Resolución de 31 de mayo de 2010, de la Universidad de Málaga, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº217, de 7 de septiembre de 2010).</p>
<p><b>7. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Alfonso X el Sabio. Villanueva de la Cañada (Madrid).<sup>687</sup></b></p>	<p>Resolución de 2 de diciembre de 2010, de la Universidad Alfonso X el Sabio, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº307, de 18 de diciembre de 2010).</p>
<p><b>8.- Facultad de Ciencias de la Salud, de la Actividad Física y del Deporte. Universidad Católica de San Antonio de Murcia.</b></p>	<p>Resolución de 14 de enero de 2011, de la Universidad Católica San Antonio, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº23, de 27 de enero de 2011).</p> <p><i>Modificaciones:</i></p> <p>Resolución de 21 de diciembre de 2012, de la Universidad Católica San Antonio, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº19, de 22 de enero de 2013).</p> <p>Resolución de 24 de marzo de 2014, de la Universidad Católica San Antonio, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº93, de 17 de abril de 2014).</p>
<p><b>9.- Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada.</b></p>	<p>Resolución de 4 de febrero de 2011, de la Universidad de Granada, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº43, de 19 de febrero de 2011).</p>

<sup>687</sup> Esta Universidad ha descontinuado sus estudios de Grado.

<p><b>10.- Escuela Universitaria de Magisterio Padre Enrique Ossó. Adscrita a la Universidad de Oviedo.</b></p>	<p>Resolución de 15 de marzo de 2011, de la Universidad de Oviedo, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº165, de 12 de julio de 2011).</p>
<p><b>11.- Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.</b></p>	<p>Resolución de 31 de marzo de 2011, de la Universidad de Salamanca, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº108, de 6 de mayo de 2011).</p>
<p><b>12.- Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.</b></p>	<p>Resolución de 8 de abril de 2011, de la Universidad Complutense de Madrid, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº99, de 26 de abril de 2011).</p>
<p><b>13.- Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández de Elche (campus de Alicante).</b></p>	<p>Resolución de 16 de mayo de 2011, de la Universidad Miguel Hernández, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº128, de 30 de mayo de 2011).</p> <p><i>Modificación:</i></p> <p>Resolución de 1 de febrero de 2016, de la Universidad Miguel Hernández, por la que se publica el plan de estudios de Máster en Terapia Ocupacional en Neurología (BOE nº47, de 24 de febrero de 2016).</p>
<p><b>14.- Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón (Madrid).</b></p>	<p>Resolución de 1 de junio de 2011, de la Universidad Rey Juan Carlos, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº175, de 22 de julio de 2011).</p>
<p><b>15.- Facultad de Humanidades y Educación. Universidad de Burgos.</b></p>	<p>Resolución de 21 de junio de 2011, de la Universidad de Burgos, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº159, de 5 de julio de 2011).</p>
<p><b>16.- Facultad de Psicología y Ciencias de la Salud. Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia.</b></p>	<p>Resolución de 3 de noviembre de 2011, de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº18, de 21 de enero de 2012).</p>
<p><b>17.- Escola Universitària Creu Roja. Universidad Autónoma de Barcelona. Centro adscrito. Terrassa (Barcelona).</b></p>	<p>Resolución de 30 de octubre de 2013, de la Universidad Autónoma de Barcelona, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº278, de 20 de noviembre de 2013).</p>
<p><b>18.- Escola Universitària de Ciències de la Salut. Universidad de Vic. Vic (Barcelona)</b></p>	<p>Resolución de 16 de julio de 2014, de la Universidad de Vic, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº294, de 5 de diciembre de 2014).</p> <p><i>Modificación:</i></p>

	Resolución de 30 de septiembre de 2016, de la Universidad de Vic-Universidad Central de Catalunya, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Terapia Ocupacional (BOE nº278, de 17 de noviembre de 2016).
--	--



### **5.3. Organizaciones profesionales (1967-2007)**

La primera agrupación profesional española de terapeutas ocupacionales se constituyó en 1967, apenas cinco años después de la salida al mercado de los primeros titulados en España. Fue la única organización profesional de terapeutas ocupacionales hasta los años ochenta, momento en el que desde algunas Comunidades Autónomas comenzaron a crearse Asociaciones que con el tiempo se fueron transformando en Colegios Profesionales.

En este capítulo trataremos de mostrar cómo se crearon y desarrollaron dichas agrupaciones, los retos principales que han ido afrontando y las estrategias que se plantearon como parte del proceso de profesionalización.

#### **5.3.1. Asociación Española de Terapia Ocupacional (AETO, 1967-1987)**

##### **El contexto**

Durante el franquismo, las instituciones y organizaciones profesionales podían crearse fundamentalmente desde la vía colegial o desde el ámbito sindical en función de la actividad profesional de que se tratara.

Respecto a los Colegios Profesionales, hasta la promulgación de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, la regulación de los mismos se realizaba "por una serie de disposiciones dispersas y de distinto rango".<sup>688</sup> En 1944, la Ley de Bases de Sanidad de 1944, estableció que la organización de los profesionales sanitarios estaba representada por los Colegios, que "agruparán oficial y obligatoriamente en su seno a cuantos ejerzan una profesión sanitaria". Explicitaba también que el ejercicio profesional se entendía como "la prestación de servicios en sus distintas modalidades, aun cuando no practiquen el ejercicio privado o carezcan de instalaciones". Además, se decía que "en cada provincia habrá un colegio oficial de médicos, otro de farmacéuticos y otro de auxiliares sanitarios que acoja en su seno a practicantes, comadronas y enfermeras tituladas. Un Consejo general de cada rama residirá en Madrid y será el supremo organismo rector profesionales. [...] Los profesionales sanitarios quedarán integrados en las citadas entidades colegiales hasta que sean incorporados a la organización sindical".<sup>689</sup>

---

<sup>688</sup> Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales (BOE nº40, de 16 de febrero de 1974).

<sup>689</sup> Ley de 25 de noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional (BOE nº331, de 26 noviembre 1944). Base trigésimo-cuarta. Organización profesional.

En cuanto a la representación sindical, la Organización Sindical Española (OSE), conocida comúnmente como Sindicato Vertical o simplemente como Organización Sindical, se convirtió en el único sindicato legal autorizado por la dictadura franquista.<sup>690</sup> Dentro de dicha Organización se crearon Sindicatos Nacionales por grupos de actividad económica.

En 1964 se creó el Sindicato nacional de Actividades Sanitarias como un "organismo específico que con el adecuado rango proporcione un tratamiento unitario y conjunto a los intereses socio-económicos que guardan relación con las actividades sanitarias a quienes afecte la legislación laboral". En el artículo segundo se afirmaba que este Sindicato "es la única organización con personalidad suficiente para la representación y disciplina de los intereses económicos-sociales encuadrados en esta rama de actividad".<sup>691</sup>

Por otra parte, conviene recordar que los derechos de reunión y de asociación fueron duramente restringidos durante esta época, ya que hasta 1964, momento en el que se promulgó una ley de Asociaciones, estuvo en vigor el Decreto de 1941 por el que el derecho de asociación se restringía prácticamente a asociaciones del Movimiento, de la Iglesia y asociaciones voluntarias afines al régimen político.<sup>692</sup>

Resumiendo, para cuando comenzó a fraguarse la posibilidad de crear una agrupación de terapeutas ocupacionales, los profesionales sanitarios defendían sus intereses a través de organizaciones colegiales o de representación sindical. En 1964, con la promulgación de la ley de asociaciones, se abrió el camino para la creación y registro de otro tipo de agrupaciones.

---

<sup>690</sup> Durante el franquismo, la Organización sindical se reguló mediante las siguientes leyes: Ley de 26 de enero de 1940 sobre Unidad sindical (BOE nº31, de 31 de enero de 1940). Ley de Bases de la Organización Sindical de 6 de diciembre de 1940 (BOE nº342, de 7 de diciembre de 1940). Ley Sindical 2/1971, de 17 de febrero (BOE nº43, de 19 de febrero de 1971).

<sup>691</sup> Decreto 1184/1964, de 23 de abril, por el que se crea el Sindicato Nacional de Actividades Sanitarias (BOE nº106, de 2 de mayo de 1964)

<sup>692</sup> Decreto de 25 de enero de 1941 sobre regulación del ejercicio del derecho de asociación (BOE nº37, de 6 de febrero de 1941).

## **Constitución de la Asociación Española de Terapia Ocupacional (AETO)**

El 18 de abril de 1967, se constituyó la Asociación Española de Terapia Ocupacional (AETO).<sup>693</sup> La reunión se celebró en el domicilio social de la Asociación, en Puerta del Sol, nº10, 4º, puerta 61, con la asistencia de: D. Ángel Alonso, Dña. Águeda Rodríguez, Dña. Natividad Jareño, D. Fernando López Abad, Dña. Paz García, Dña. Nuria de la Hoz y D. Arturo de Giles. Tras la votación,<sup>694</sup> los cargos de la Junta directiva se asignaron de la siguiente manera: Presidente: D. Fernando J. López Abad; Vicepresidente: Dña. Nuria de la Hoz Rodríguez; Secretario: D. Arturo de Giles Pérez Pardo y Tesorero: Dña. Águeda Rodríguez Vaciero.<sup>695</sup>

Los terapeutas que constituyeron la Asociación habían terminado sus estudios entre la 1ª y 3ª promociones. Como mostramos en el capítulo dedicado a la Escuela de Terapia Ocupacional, muchos de los estudiantes de estos primeros cursos estaban vinculados profesionalmente a distintas instituciones sanitarias, de modo que tenían una percepción bastante clara de la importancia de agruparse para conseguir determinados objetivos, Fernando J. López Abad recuerda sobre el origen de la Asociación:

Creo que el origen fue la zozobra que sentimos cuando la Dirección General de Sanidad elaboró unos baremos en que ganábamos menos que los fisioterapeutas, hasta entonces con la misma categoría que nosotros. Era muy poca la diferencia, pero había que hacer algo. Nos informamos, cumplimentamos los requisitos necesarios y así nació la Asociación.<sup>696</sup>

A la vista de este comentario podemos concluir que los primeros titulados buscaron la manera más rápida de crear un órgano de representación del colectivo. Para ese momento, el número total de titulados por la Escuela alcanzaba la cifra de 34 personas, un número proporcionalmente irrelevante frente al colectivo de profesionales sanitarios, así que la defensa de los intereses de la profesión se presentaba como un desafío realmente difícil.

---

<sup>693</sup> La Asociación quedó registrada con el número 5871 en el Registro Nacional de Asociaciones.

<sup>694</sup> Natividad Jareño tuvo que marcharse antes y no participó en la votación y Andrés Saavedra Rivero lo hizo por escrito por no poder asistir.

<sup>695</sup> *Acta de Constitución de la Asociación Española de Terapia Ocupacional*. Libro de Actas de la AETO, registrado con nº8921 el día 31 de mayo de 1967. Archivo de APETO. (Anexo VII)

<sup>696</sup> Quiroga, "Asociación Española", 9.

La Asociación elaboró unos Estatutos que fueron aprobados por la Dirección General de Política Interior del Ministerio de la Gobernación en mayo de 1967,<sup>697</sup> el primer artículo decía así:

Bajo la denominación de Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales se constituye una Asociación de carácter civil y profesional para agrupar a aquellas personas que, estando en posesión del correspondiente Título de Terapia Ocupacional, deseen agruparse en defensa de sus intereses.<sup>698</sup>

Con esta descripción, se dejaba claro el carácter civil y profesional de la asociación y el objetivo fundamental de la defensa de los intereses del colectivo. La finalidad de la Asociación se recogía en el segundo artículo a través de los siguientes puntos:

- a) Agrupar a todos los terapeutas ocupacionales que se encuentren en posesión del correspondiente Título expedido por la Escuela de Terapia Ocupacional.
- b) Defender de forma colectiva los intereses de sus miembros, tanto en sus relaciones con los Organismos Públicos como con las empresas privadas que contraten los servicios de Terapeutas Ocupacionales.
- c) Velar por todos los medios a su alcance por el perfeccionamiento profesional y cultural de todos sus miembros, colaborando a estos fines con los Organismos a que compete desarrollar esta misión.
- d) Instar a las Autoridades competentes la constitución de la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales, con el carácter de Colegio Profesional o la integración en su caso, y como grupo autónomo en otros Colegios Profesionales ya existentes.
- e) Gestionar el reconocimiento y ulterior integración de la Asociación dentro de la Organización Sindical como un Subgrupo, integrado en el Sindicato de Actividades Sanitarias.
- f) Cooperar con las Autoridades y Organismos en el desarrollo del punto f) del artículo 2ª de la Orden del Ministerio de la Gobernación de fecha 3 de junio de 1965 (BOE de 28 de enero de 1966).<sup>699</sup>
- g) Relacionarse con las Asociaciones Internacionales que cubran sus mismos objetivos.<sup>700</sup>

---

<sup>697</sup> Expediente nº2587 de fecha 11 de mayo de 1967. Estos Estatutos experimentaron diversas modificaciones a lo largo de los años para adaptarse a los cambios en materia de legislación.

<sup>698</sup> Curiosamente en los Estatutos se la denomina como Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales, aunque en el libro de actas y en el registro consta como Asociación Española de Terapia Ocupacional.

<sup>699</sup> Dicho punto decía así: Interesar la creación de la Sociedad Española de Terapeutas Ocupacionales y fomentar su desarrollo e integración en la Federación Mundial.

<sup>700</sup> AETO. Estatutos para la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales. Anexo X. Máximo, "Papel de D. Ángel Alonso..."

Como se observa en los fines propuestos, se entendía que el futuro de la organización profesional pasaba por su transformación en colegio profesional o en un subgrupo autónomo dentro de otro Colegio. A su vez, se consideraba la integración en la Organización Sindical como un subgrupo del Sindicato de Actividades Sanitarias. Sin embargo, como se verá a continuación ni uno ni otro objetivo se lograron. Por otra parte, en dichos fines quedó reflejado el interés de la Asociación por las relaciones internacionales y su integración en la Federación Mundial.

En los Estatutos se estableció también que el ámbito de acción de la Asociación era de carácter nacional y que se podrían constituir delegaciones en cualquier punto del territorio nacional donde el número de terapeutas ocupacionales así lo aconsejara. Podían llegar a ser miembros de la Asociación, todos aquellos que tuvieran el título de Terapeuta Ocupacional expedido por la Escuela de Terapia Ocupacional, además, la Junta podía acordar la admisión de alumnos de 3º curso. Por otra parte, la Junta Directiva podía acordar el nombramiento de socios protectores a personas o entidades que por su actividad hubieran beneficiado a la Asociación, dicho acuerdo debía ser ratificado por la Asamblea General.

En el boletín de inscripción se registraban los datos de filiación, datos para la domiciliación de las cuotas y el tipo de vinculación con la asociación (titulado, alumno de tercer curso o socio protector). Además, se adjuntaba una hoja con datos profesionales respecto a: trabajo actual y especialidad, trabajos anteriores, fecha de titulación en Terapia Ocupacional, otros estudios y cursos y especializaciones. Los socios debían enviar una fotocopia del título o certificado de estudios y dos fotografías tamaño carnet para el carnet oficial y la ficha de asociado. Se estableció inicialmente una cuota de inscripción de 500 pesetas y una cuota mensual de setenta y cinco pesetas.

## **Desarrollo de la AETO (1967-1986)<sup>701</sup>**

### **Junta Directiva de 1967**

El 25 de noviembre de 1967 se celebró una Junta General y se realizó una nueva votación para la designación de la Junta Directiva, que quedó conformada como sigue: D. Fernando J. López Abad como Presidente; Dña. Nuria de la Hoz Rodríguez como Vicepresidente; D. Ángel Alonso Miguel como Secretario; Dña. Águeda Rodríguez Vaciero como Tesorero y como vocales Dña. Ma Paz García García, Dña. Carmen Lacasa Lasala, Dña. Ma José Artal Sánchez, Dña. Natividad Jareño Paricio, D. Andrés Saavedra Rivero, Dña. Alicia Chapinal Jiménez y Dña. Pilar Sánchez García.

Esta Junta eligió a una serie de socios protectores o socios de honor entre los que se encontraban: D. Camilo Alonso Vega, Ministro de la Gobernación; D. José Luis Villar Palasí, Ministro de Educación; D. Jesús Romero Gorría, Ministro de Trabajo; D. Luis Rodríguez de Miguel, Subsecretario de Gobernación; D. Jesús García Orcoyen, Director General de Sanidad; D. José Miguel Cuesta Inclán, Director de la Ciudad Sanitaria de La Paz; D. Francisco López de la Garma, Director del Centro de Rehabilitación de La Paz; D. Cecilio González Sánchez, Director del Dispensario Central de Rehabilitación; D. Mariano González Espejo, Director de la Clínica Puerta de Hierro; D. Dalmacio Sánchez Brezmes, Secretario General Centro de Rehabilitación La Paz; D. Valentín Matilla, Director de la Escuela Nacional de Sanidad; D. Heliodoro Ruiz, Director de la Escuela de Terapia Ocupacional; D. Antolín Pastor, Director de Foto Nova; Dña. Mercedes Abella, terapeuta ocupacional.<sup>702</sup>

Durante el mandato de esta Junta, que se mantuvo hasta el año 1973, se trabajó intensamente y con las dificultades típicas de la época, como la necesidad de pedir permiso a la policía para la celebración de reuniones.<sup>703</sup> Se iniciaron contactos con organismos y cargos políticos que tenían competencias

---

<sup>701</sup> Para la elaboración de este apartado se han utilizado dos fuentes bibliográficas fundamentales: el número 44 de la revista de APETO "Especial 40 aniversario" y el artículo "El asociacionismo en Terapia Ocupacional en España" de Pablo A. Cantero Garlito publicado en el monográfico *Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación*, de la revista TOG, 263-301, ambos publicados en 2007 y ya citados en esta tesis doctoral.

<sup>702</sup> Máximo, "Papel de D. Ángel Alonso...", 78. Junta General de 18 de octubre de 1969.

<sup>703</sup> Isabel J. Quiroga explica que el domicilio social de Puerta del Sol, era un local prestado, así que no siempre podían celebrarse reuniones allí. La Junta se reunía en casas, cafeterías, la parroquia de Ntra. Sra. de la Paz, Fundación Jiménez Díaz, Dispensario Central de la Cruz Roja, salas de la Escuela, etc. hasta que más adelante consiguió alquilarse un pequeño local, descrito por algunos como un "cuchitril" en el nº11 de la Calle Esparteros, sede de la Asociación hasta el año 1998. "Asociación Española", 6.

en materia laboral y educativa con distintos objetivos: tratar de conseguir la creación del Colegio Profesional; la equiparación profesional con los fisioterapeutas en Sanidad; la representación del colectivo en la redacción del Anteproyecto del Estatuto de Personal Sanitario Titulado de la Seguridad Social; el reconocimiento de la titulación por parte del Ministerio de Educación; y la creación de otras escuelas.

Además, se realizaron gestiones para obtener la admisión por parte de la WFOT, se trabajó en la creación de una revista, se realizaron actividades de promoción de la profesión en distintos medios y algunas acciones de defensa del colectivo frente al intrusismo. De hecho, el primer conflicto registrado se produjo en 1972 cuando desde el "Ilustre Colegio Oficial de Practicantes de Barcelona" se programó un "Curso de formación básica para obtener un diploma en Ergoterapia".

En este periodo se alcanzó la mayoría de los objetivos propuestos con la excepción del reconocimiento del título desde Educación y la creación del Colegio Profesional. Respecto a la creación del Colegio Profesional hemos notado que la explicación habitual alude al hecho de que no se alcanzaba un número suficiente de profesionales, parece que la cifra debía estar en torno a 500 miembros. Sin embargo, no hemos hallado confirmación legislativa de este hecho, creemos más bien que la raíz del problema era la falta de definición oficial sobre la consideración profesional de la nueva titulación, lo que generaba dificultades para la inclusión de los terapeutas ocupacionales como parte de otros colegios profesionales sanitarios o para la creación de uno nuevo. En cuanto al número de profesionales, efectivamente era un número escaso por lo que resultaba bastante difícil ejercer presión suficiente para conseguir estos objetivos.

Este periodo fue clave para establecer relaciones internacionales, tras la realización de diversas gestiones encabezadas por Ana Forns, la Asociación fue invitada a la 10ª Reunión del Consejo de la WFOT, que se celebró en Oslo del 7 al 11 de agosto de 1972. La Junta Directiva de la WFOT, se entrevistó con la representante de AETO, Ana Forns, para discutir algunos detalles de la solicitud y de los estatutos, tras la cual elaboró un informe que se presentó a votación del Consejo al día siguiente y que tuvo como resultado la admisión de la AETO

como miembro de pleno derecho.<sup>704</sup> El Boletín de la Asociación, que había comenzado a editarse en enero de 1972, publicó la noticia y el resumen del viaje a Noruega. La admisión en la WFOT añadió valor representativo a la Asociación y constituyó un impulso para la realización de algunos cambios en relación con las recomendaciones que se habían recibido,

reconsiderar la modificación de algunos artículos de nuestros estatutos; que pusiéramos en conocimiento de la prensa y revistas médicas españolas nuestro ingreso en la WFOT; que editáramos un Código de Ética profesional; que, dentro de la Asociación, además de la Junta directiva, organizáramos comités de trabajo y en un futuro, grupos de interés por especialidades. [...] En la siguiente reunión de la Junta que se celebró el 11 de noviembre de 1972 ya se acordó formar los siguientes comités: prensa, local, social, biblioteca, laboral, Federación, estudios de post-grado e investigación y relaciones con la Escuela.<sup>705</sup>

Los comités comenzaron a funcionar, si bien, teniendo en cuenta el reducido número de socios, la colaboración era tan estrecha que muchas tareas se realizaban en común, como recuerda M<sup>a</sup> Paz García, “nos reuníamos cómo y cuándo podíamos, todos hacíamos de todo”.<sup>706</sup>

En cuanto a la elaboración del Estatuto Sanitario, la persona elegida para representar a la Asociación en el grupo de la Ponencia nacional encargada de su redacción, fue Ángel Alonso, quien “formaba parte del Sindicato Nacional de Actividades Sanitarias y era además secretario de AETO”, además, en las últimas reuniones la “Asociación Española de T.O. estuvo representada por M<sup>a</sup> Teresa Ovejero Navais”.<sup>707</sup> Todo esto supuso una importante carga de trabajo ya que como él mismo relató, “se dedicaron mensualmente de 3 a 6 días durante el transcurso del año 1972 y 1973 hasta el 20 de marzo”.<sup>708</sup> En 1973 se publicó el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo, que recogió las funciones específicas del terapeuta ocupacional y que resultó fundamental para el reconocimiento de la Terapia Ocupacional como profesión sanitaria.<sup>709</sup>

---

<sup>704</sup> Se recibe oficialmente el 23 de agosto de 1972. Esta fecha aparece en la documentación aportada por la Asociación a la diputada Carmela García-Moreno Teixeira. 1º dossier

<sup>705</sup> Ana Forns, “Relato de mis experiencias en el desarrollo de la Terapia Ocupacional desde sus comienzos”, *Terapia Ocupacional, Revista informativa de la APETO*, nº44, (2007): 28.

<sup>706</sup> M<sup>a</sup> Paz García García, en Quiroga, “Asociación Española”, 17.

<sup>707</sup> Ángel Alonso, *Comunicación que da el Comité Legislativo de la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales por el vocal: Ángel Alonso Miguel* (Madrid, abril 1973), 1, documento que se adjunta como Anexo XI, en la tesis de Nuria Máximo, “Papel de D. Ángel Alonso...”.

<sup>708</sup> Máximo, “Papel de D. Ángel Alonso...”, 79.

<sup>709</sup> Retomaremos este tema en el capítulo 6.3. sobre desarrollo de la práctica profesional.



### **Junta directiva de 1973**

En 1973, es elegida una nueva Junta directiva con Alicia Chapinal Jiménez como presidenta. A nivel interno, en este periodo se finalizó la redacción de nuevos Estatutos y se encargó un informe jurídico sobre la situación legal de la Asociación. En dicho informe se recomendó constituir una agrupación/colegio sindical de carácter nacional que pudiera incluirse dentro del Sindicato de Actividades Sanitarias, esto se propuso a los socios por dos veces, pero a pesar de la unanimidad de los votos, no se alcanzó la cantidad mínima exigida por ley, así que se continuó sin representación sindical como colectivo.

Además, se luchó por la representación de los terapeutas ocupacionales en concursos y oposiciones de la Seguridad Social y se organizaron cursos y otras actividades para dotar de un mayor carácter científico a la Asociación. Por otra parte, se establecieron los primeros contactos los Ministerios de Trabajo y Educación y se realizaron gestiones con el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (SEREM) de la Seguridad Social.<sup>710</sup> Además, se realizaron entrevistas con el Subsecretario de asuntos universitarios, el Secretario de estudios de grado medio y el Subsecretario y posterior Ministro de Educación y Ciencia, Federico Mayor Zaragoza.<sup>711</sup> Todas estas acciones estaban orientadas al objetivo final de la inclusión del título dentro del Ministerio de Educación y la creación de otras escuelas, sin embargo, no se obtuvieron resultados, Alicia Chapinal, recuerda su etapa de presidenta como, "frustración total... yo iba a hablar con el Subsecretario de Educación, me recibía muy bien vamos... salíamos casi bailando y nada, luego nada, hasta que recibí una carta que nos decía que lo dejáramos, que no iba a salir adelante".<sup>712</sup>

### **Junta directiva de 1977**

De 1977 a 1982, la Junta estuvo presidida por Carmen Lacasa Lasala. En esta época se continuó con las acciones por la creación de puestos de trabajo, el reconocimiento profesional y la lucha contra el intrusismo a través de contactos y gestiones con las Diputaciones Provinciales y el Ministerio de Hacienda.<sup>713</sup>

---

<sup>710</sup> Cantero, "Asociacionismo", 273.

<sup>711</sup> Quiroga, "Asociación Española", 10.

<sup>712</sup> Alicia Chapinal, entrevista 04/11/2015. Esto sucedió en 1974 cuando desde la Dirección General de Sanidad le dijeron que no insistiera más. Quiroga, "Asociación Española", 11.

<sup>713</sup> Con el Ministerio de Hacienda para solicitar las licencias que permitieran el ejercicio privado de la profesión. Quiroga, "Asociación Española", 11.

También hubo que modificar los Estatutos para ajustarse a los requerimientos legales de ese momento.<sup>714</sup>

Con el Ministerio de Sanidad recién creado, se establecieron contactos y se realizaron numerosas gestiones respecto a dos asuntos principales: los problemas derivados de la situación de la Escuela y el desacuerdo con el proyecto de reclasificación de las profesiones sanitarias donde los terapeutas ocupacionales habían sido incluidos en el grupo de "auxiliares de clínica especializados".<sup>715</sup> Este grave asunto generó una serie de procesos legales contra la Secretaría de Estado para la Sanidad, que acabó suponiendo un déficit económico para la Asociación.

En cuanto al problema originado por la "extinción" de la Escuela en 1980, la Asociación tuvo que realizar nuevos trámites ante nuevas autoridades, pedir informes a especialistas en Derecho y enviar información sobre nuestra situación a diferentes grupos parlamentarios; estudiantes y profesionales se concentraron ante la Dirección General de Sanidad. Además, se celebraron reuniones con cargos de la Universidad Complutense y de la Sociedad Española de Rehabilitación, ya que había un proyecto de creación de la Escuela Universitaria de Rehabilitación donde podrían integrarse Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logopedia y Técnicos Ortopédicos.<sup>716</sup>

### **Junta directiva de 1982**

De 1982 a 1986, la Junta estuvo presidida por Dña. Ampario Tessio de Costamagna Perales. Fue este un periodo complicado especialmente por la situación crítica de la Escuela, de la titulación y de la misma asociación, parece que incluso se planteó la disolución de la Asociación por falta de interés de los asociados.

Se retomó el asunto de la reforma de los estatutos con la idea de valorar la transformación de AETO en Asociación profesional o en Colegio. Además, se realizaron una serie de entrevistas y gestiones con el Ministerio de Sanidad, la Dirección General de Ordenación Académica, la Universidad Complutense, la

---

<sup>714</sup> En 1977, se aprobó la Ley 19/1977 sobre regulación del derecho de asociación sindical (BOE nº80, de 4 de abril de 1977).

<sup>715</sup> Resolución de la Secretaría de Estado para la Sanidad por la que se regula la asistencia sanitaria con medios ajenos a los beneficiarios de la Seguridad Social (BOE nº107, de 3 de mayo de 1980).

<sup>716</sup> Cantero, "Asociacionismo", 273-274.

Escuela de Terapia Ocupacional, el Defensor del Pueblo, el Director de la Escuela Nacional de Sanidad, representantes políticos, prensa, abogados, etc.

### **Junta directiva de 1986**

En 1986 resultó elegida una nueva Junta con D. Alberto Ubago González de Echávarri como presidente. Esta Junta tuvo que afrontar una etapa compleja por los cambios políticos y administrativos que se estaban produciendo en el país, con importantes reformas sanitarias, sociales y educativas lo que se sumó a una precaria situación económica de la Asociación.

En el ámbito sanitario surgió un conflicto importante ya que, aunque en el Estatuto Marco del INSALUD se admitían las retribuciones de los terapeutas ocupacionales dentro del grupo B como el resto de titulaciones medias, por la carencia de titulación universitaria no estaban incluidos a todos los efectos. Tras un periodo intenso de reclamaciones, movilizaciones y entrevistas con los responsables de Sanidad, se consiguió la inclusión de los terapeutas ocupacionales dentro del grupo B en el Estatuto Marco del INSALUD junto al resto de titulados de grado medio, un asunto importante que retomaremos en el capítulo sobre la práctica profesional.

Por otra parte, como se explicó en el capítulo anterior, se llevó a cabo una intensa actividad para elaborar la propuesta del título universitario de Terapia Ocupacional y se buscaron apoyos en las organizaciones profesionales internacionales.<sup>717</sup> Precisamente en 1986 se constituyó el *Council of Occupational Therapists fo the European Countries* (COTEC) del que España fue miembro fundador. Otras actividades de la Asociación en este periodo estuvieron relacionadas con la publicación del boletín, la celebración en noviembre de 1987 del I Congreso Nacional de Terapia Ocupacional y la puesta en marcha de nuevos servicios como la asesoría jurídica.<sup>718</sup>

Por último, tras confirmar de nuevo que no era posible la transformación de AETO en colegio profesional,<sup>719</sup> se reformaron de nuevo los estatutos de la Asociación para poder dotarla de legitimidad corporativa, lo que dio lugar a la creación de APETO, iniciándose así una nueva etapa en la historia de la organización profesional.

---

<sup>717</sup> Apoyo de la WFOT, carta dirigida al Dr. D. Francisco Grande Covian (15 de octubre de 1986)

<sup>718</sup> Cantero, *Asociacionismo*, 281.

<sup>719</sup> Máximo, "Papel de D. Ángel Alonso...", 82.

### **5.3.2. Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO, 1987-2007)**

En 1987, al amparo de lo dispuesto en la Ley 19/77 de 1 de abril y Ley Orgánica 11/85 de 2 de agosto,<sup>720</sup> la AETO se transformó en la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales.<sup>721</sup>

El acto de constitución se celebró el 30 de diciembre de 1987 con la asistencia de: D. Alberto Ubago, Dña. M<sup>a</sup> Luisa Montiel, Dña. Pilar Durante, Dña. Paloma Bermejo, Dña. Teresa Azcarraga, D. Ángel Alonso, Dña. Elena Guisado, Dña. Concepción Martínez, Dña. M<sup>a</sup> Luisa Riego y Dña. M<sup>a</sup> Isabel Rodríguez. Los Estatutos fueron aprobados ese mismo día y fueron registrados y depositados en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social el 21 de enero de 1988.<sup>722</sup>

Se nombró una Junta provisional con Alberto Ubago como presidente hasta la celebración de las elecciones en Asamblea General Extraordinaria de 30 de abril de 1988,<sup>723</sup> momento en el que Ana Vicente Cintero fue elegida presidenta de la Asociación, un cargo en el que se ha mantenido hasta el día de hoy tras sucesivas reelecciones.

El artículo séptimo de los Estatutos estableció los fines de la Asociación, entre ellos:

b) Velar por el perfeccionamiento profesional y cultural de todos sus miembros, colaborando con los Organismos a que compete esta misión. Con dicho objetivo, y en los términos señalados por las Leyes, la APETO podrá verificar, entre otras, las siguientes actividades, con matiz enunciativo y no limitativo:

Convocar, celebrar y participar en toda clase de reuniones científicas, congresos, jornadas y ponencias relacionadas con la Terapia Ocupacional.

Informar y asesorar a las autoridades docentes, administrativas y sanitarias sobre todos los aspectos de la disciplina, atendiendo a cuantos requerimientos y solicitudes le fueran formulados, cursando a su vez las peticiones propuestas y reclamaciones que contribuyan a mejorar las condiciones del ejercicio profesional y el nivel técnico de sus miembros.

---

<sup>720</sup> Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical (BOE nº189, de 8 de agosto de 1985)

<sup>721</sup> En el Registro Nacional de Asociaciones se conservó el número 5871. En dicho registro se especifica que la actividad de APETO corresponde a: Asociaciones vinculadas a Entidades Internacionales.

<sup>722</sup> BOE nº26, de 30 de enero de 1988, 3392.

<sup>723</sup> D. Alberto Ubago tuvo que dejar su cargo en la Asociación por motivos laborales.

Contribuir al progreso y fomentar el prestigio de la Terapia Ocupacional española en la comunidad internacional, potenciando su relación con organizaciones internacionales de la disciplina.

Editar una publicación periódica, con carácter divulgador y no lucrativo, pudiendo instituir premios y becas de acuerdo con su disponibilidad. [...]

d) Ejercer en el marco de la legalidad cuantas acciones procedan en defensa de los legítimos intereses de la Asociación o de sus asociados en aquellas materias relacionadas con la Terapia Ocupacional, su ejercicio profesional y las condiciones laborales, retributivas, asistenciales, docentes y de cualquier otra naturaleza en las que éste se desarrolla, pudiendo acudir ante toda clase de órganos Administrativos o Jurisdiccionales del Estado, Internacionales, Comunidades Autónomas, Provincia y Municipios, mostrándose parte, compareciendo, sosteniendo y haciendo valer cuanto a sus Derechos convenga.

Se observan aquí dos de los ejes fundamentales de la actuación de APETO, la mejora de la formación y la defensa de la profesión ante los organismos públicos. La nueva Junta Directiva heredó la comisión de continuar trabajando por el reconocimiento del título universitario. Fueron años difíciles para la Asociación, ya que surgió cierto malestar por algunas de las acciones que se llevaron a cabo y por el esfuerzo extraordinario que supuso para sus miembros. Por ejemplo, sólo en sentido económico, el informe jurídico que se encargó sobre la situación conllevó una carga de 1 millón de pesetas, una cantidad significativamente elevada para el reducido número de asociados. Afortunadamente para la profesión, todo ese trabajo y esfuerzo terminó dando sus frutos con el reconocimiento universitario de la titulación en 1990 y la homologación del título de la ETO en 1995. Sin embargo, otros objetivos académicos como la creación del área de conocimiento de Terapia Ocupacional no se lograron y las gestiones que se han venido realizando hasta el día de hoy siguen sin obtener resultados positivos.

En el ámbito de la práctica profesional, la Asociación continuó con las acciones contra el intrusismo y a favor de la clarificación y delimitación de funciones dentro de los equipos profesionales. Además, se siguieron realizando actividades de promoción y reconocimiento de la profesión; un ejemplo de ello fueron las gestiones para la obtención de un código profesional del INEM que se consiguió en 1997 con el número: 31340018. En estos años también se continuó trabajando por el reconocimiento de la Terapia Ocupacional como profesión sanitaria, un esfuerzo que implicó la elaboración de documentos técnicos para su

presentación ante las autoridades competentes y que fue una contribución esencial para la inclusión de la Terapia Ocupacional dentro de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.<sup>724</sup>

Por otra parte, para la Asociación era muy importante la publicación de una revista que pudiera ganar importancia como medio de comunicación para los terapeutas ocupacionales. En 1989, se consiguió el Depósito Legal de la publicación que pasó a denominarse "Terapia Ocupacional. Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales".

La relación de la APETO con las organizaciones profesionales internacionales, siguió fortaleciéndose y ampliándose. Siguió implicándose en los asuntos europeos en el COTEC y a nivel internacional con la representación en la WFOT. Por ejemplo, participó en la preparación de la ENOTHE y consiguió la organización de la Celebración del Congreso Europeo en Madrid en 1996, un hito histórico para la profesión en España.

En cuanto a los estatutos de la Asociación, se realizaron algunas adaptaciones, originadas por ejemplo por el cambio de domicilio social cuyo traslado de la calle Esparteros nº11 a la calle Modesto Lafuente nº63, se acordó el 14 de marzo de 1998. Dicha sede continúa en funcionamiento hasta la actualidad.

### **5.3.3. Asociaciones autonómicas y Colegios Profesionales (1983-2007)**

La APETO constituyó el único órgano de representación profesional a nivel nacional durante un importante periodo de tiempo, sin embargo, desde las Comunidades Autónomas comenzaron a surgir necesidades que demandaban la creación de agrupaciones regionales. La primera Comunidad Autónoma que creó una Asociación propia fue Galicia en 1983, la Asociación Profesional Gallega de Terapia Ocupacional (APGTO). Este primer caso de descentralización se debió en gran parte a ciertas desavenencias con la Junta de AETO, sensación de abandono y de falta de implicación en relación de los problemas que surgían a nivel regional.<sup>725</sup> Unos años más tarde, en 1987, se fundó la Asociación Vasca de Terapeutas Ocupacionales (APTOE) y con el tiempo fueron surgiendo otras, es-

---

<sup>724</sup> Ana Arribas Pérez, "Mi experiencia en APETO" en "Especial 40 aniversario", 60-62.

<sup>725</sup> Cantero, "Asociacionismo", 277.

pecialmente desde el momento en que se fueron implantando los títulos universitarios.<sup>726</sup> El aumento en el número de titulados y su expansión territorial confluieron con el proceso de consolidación de las Autonomías y la transferencia de competencias, lo que impulsó al colectivo a buscar formas de representación profesional ante los organismos autonómicos. Todo ese proceso generó un debate interno en la profesión puesto que existían distintos puntos de vista respecto al funcionamiento, la financiación y la coordinación de unas Asociaciones con otras.<sup>727</sup>

Por otra parte, desde el comienzo de la constitución de las distintas organizaciones autonómicas, la creación de Colegios Profesionales fue uno de sus fines prioritarios. Según la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de colegios profesionales “la creación de Colegios Profesionales se hará mediante ley, a petición de los profesionales interesados” [...].<sup>728</sup> De manera que en el año 1997 se iniciaron una serie de reuniones entre los representantes de las Asociaciones Autonómicas en funcionamiento en ese momento y la APETO, con la finalidad de establecer acciones conjuntas que favorecieran el desarrollo de la profesión.<sup>729</sup> Entre las líneas de actuación se encontraban: la colaboración entre asociaciones, la promoción de la creación de nuevas asociaciones y el apoyo a los procesos de creación de Colegios Profesionales.<sup>730</sup> Sin embargo las diferencias de opinión y los conflictos de intereses entre las organizaciones impidieron que se llegara a un verdadero consenso.

Más adelante se produjeron dos hitos legislativos que marcaron el inicio de un nuevo periodo en las estrategias de acción para la creación de Colegios Profesionales. El primero se produjo en el año 2001, con la aprobación del primer Colegio Profesional en España, el Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón (COPTOA).<sup>731</sup> El segundo, fue el reconocimiento de la Terapia Ocupacional como profesión sanitaria titulada por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Este reconocimiento

---

<sup>726</sup> Andalucía en 1991, Asturias y Cataluña en 1995, Aragón en 1996, Extremadura en 1997, Castilla León en 1998, Navarra 1999, Comunidad de Madrid 2000, Castilla-La Mancha 2002, Canarias y Murcia 2003, Cantabria, Comunidad Valenciana y La Rioja en 2004.

<sup>727</sup> Cantero, “Asociacionismo”, 282-283.

<sup>728</sup> Art. 4.1 de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de colegios profesionales (BOE nº40 de 15 de febrero de 1974).

<sup>729</sup> Daniel Emeric Méaulle y Pablo A. Cantero, “Ética y política: ideas y acciones hacia el bien común en la construcción del futuro de las organizaciones de terapeutas ocupacionales”, *Revista TOG* 9, nº16 (2012): 17.

<sup>730</sup> Luis M. Berrueta, *Resumen de un proceso*. 2006.

[http://www.terapia-ocupacional.com/Opinion/Asociaciones\\_autonomicas\\_Luismary\\_Berrueta.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/Opinion/Asociaciones_autonomicas_Luismary_Berrueta.shtml),

<sup>731</sup> En Aragón no se exigía la definición sanitaria de la profesión, lo que facilitó los trámites para la aprobación del Colegio.

contribuyó a la progresiva creación de los Colegios profesionales en las diferentes Comunidades Autónomas.

Surgió por tanto un nuevo reto para los profesionales, diseñar el futuro Consejo General de Colegios Profesionales de Terapia Ocupacional. Durante la celebración de las II Jornadas Universitarias Castellano-manchegas de Talavera de la Reina, en junio de 2004, Luis M. Berrueta, manifestó claramente ese propósito. Además, en estas mismas Jornadas se presentó la posibilidad de crear una federación de asociaciones autonómicas, sin embargo, dicha propuesta generó cierto malestar, especialmente en APETO, ya que se entendía que formar una federación de asociaciones generaría desigualdad y que en el fondo era una manera de hacer desaparecer la Asociación. En opinión de Ana Vicente, "en ese momento coexistían ya asociaciones y colegios, entidades heterogéneas que no tenía sentido 'federar' con independencia de las colaboraciones y coordinaciones institucionales necesarias".<sup>732</sup>

En 2005 se mantuvieron una serie de reuniones y en noviembre de ese mismo año, las organizaciones autonómicas y APETO firmaron el Convenio General del Foro Estatal de Organizaciones de Terapia Ocupacional (FEOTO), a pesar de ello, no todas las asociaciones ni colegios mantuvieron su apoyo a este Convenio.<sup>733</sup>

En realidad, se vislumbraba que la verdadera transformación en el ámbito de la organización profesional debía surgir de la creación de los Colegios Profesionales y de la futura constitución del Consejo General de Colegios Profesionales, cuya solicitud se realizó en el año 2006. Como se puede observar en la tabla a continuación, en el año 2007, sólo cuatro Comunidades Autónomas habían aprobado la creación del Colegio Profesional: Aragón, Navarra, Islas Baleares y Extremadura.<sup>734</sup>

---

<sup>732</sup> Vicente, "Veinte años en APETO. El relevo 1998-2007. Cuarenta años de historia (1967-2007)", *Revista Informativa de la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales*, 44, 2007, 47-48.

<sup>733</sup> En el año 2014 los miembros de FEOTO modificaron su denominación a "Convenio de Colaboración de Organizaciones de Terapia Ocupacional". Para más información sobre este tema recomendamos consultar la página web <http://www.ap-tocam.org/contenido/organizaciones-de-to> y el documento: *Convenio regulador de la colaboración de las organizaciones de Terapia Ocupacional en España*. Documento disponible en: <http://www.ap-tocam.org/images/media/feoto/convenio-feoto-oct2016.pdf>

<sup>734</sup> Actualmente, las únicas que todavía no han conseguido la creación del Colegio Profesional son: Andalucía, Madrid, Canarias y Cantabria.



**Tabla 14. Colegios Profesionales en España (2001-2007)**

<b>Denominación del Colegio Profesional</b>	<b>Normativa correspondiente</b>
Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón (COPTOA)	Ley 11/2001 de 18 de junio, de creación del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón (BOE nº164 de 10 de junio de 2001).
Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra (COTONANALTE)	Ley Foral 1/2005, de 22 de febrero, de creación del Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Navarra (BOE nº24 de 25 de febrero de 2005).
Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de las Islas Baleares (COTOIB)	Ley 5/2006, de 30 de marzo, de creación del Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de las Illes Balears (BOE nº113 de 12 de mayo de 2006).
Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Extremadura (COPTOEX)	Ley 4/2006, de 10 de octubre, por la que se crea el Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Extremadura (BOE nº269 de 10 de noviembre de 2006)

Desde el año 2007 con la aprobación de los Títulos de Grado, la creación de colegios experimentó un impulso<sup>735</sup> y la necesidad de agruparse desde el ámbito académico y profesional ha obtenido resultados como la creación del Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales. Se verá en el futuro cómo se resuelven las diferencias y cómo se articulan las diferentes organizaciones profesionales a nivel nacional y autonómico. Todo ello contribuirá a la consolidación del proceso de profesionalización de la Terapia Ocupacional.

A modo de resumen, en marzo de 2017 encontramos en España las siguientes organizaciones profesionales de Terapia Ocupacional:

Por un lado, a nivel regional existen Colegios Profesionales en trece Comunidades Autónomas: Aragón, Navarra, Baleares, Extremadura, País Vasco,

<sup>735</sup> Colegio oficial de terapeutas ocupacionales del País Vasco (ETOLE), Ley 10/2008, de 10 de octubre, de creación del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales del País Vasco (BOE nº212, de 3 de septiembre de 2011); Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Murcia (COPTOMUR), Ley 8/2009, de 2 de noviembre, de creación del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Región de Murcia (BOE nº39, de 15 de febrero de 2011); Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad Valenciana (COTOCV), Ley 1/2010, de 30 de marzo, de la Generalitat, de Creación del Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de la Comunitat Valenciana (BOE nº100, de 26 de abril de 2010); Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Castilla y León (COPTOCL), Ley 11/2010, de 11 de octubre, de Creación del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Castilla y León (BOE nº283, de 23 de noviembre de 2010); Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales Castilla La Mancha (COFTO-CLM), Ley 2/2011, de 10 de febrero, de creación del Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla-La Mancha (BOE nº103, de 30 de abril de 2011); Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña (COTOC), Decreto 38/2012, de 10 de abril, de creación del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña (DOG de 12 de abril de 2012); Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de La Rioja (COPTOR), Ley 3/2013, de 4 de marzo, de creación del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de La Rioja (BOE nº70, de 22 de marzo de 2013); Colegio profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias (COPTOPA), Ley 1/2015, de 20 de febrero, de creación de Colegio profesional de Terapeutas Ocupacionales (BOE nº95, de 21 de abril de 2015); Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Galicia, Ley 13/2016, de 26 de julio, de creación del Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Galicia (BOE nº217, de 8 de septiembre de 2016).

Murcia, Valencia, Castilla León, Castilla la Mancha, Cataluña, La Rioja, Asturias y Galicia; además de las Asociaciones Profesionales de Andalucía, Madrid, Canarias y Cantabria. Por otro lado, a nivel estatal existen tres organizaciones: la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO); las Organizaciones Firmantes del Convenio, que Asociaciones Profesionales y algunos Colegios Profesionales y, por último y más reciente el Consejo General de Colegios Profesionales de Terapia Ocupacional (CGCPTO) que se aprobó en noviembre de 2014.<sup>736</sup>

---

<sup>736</sup> Ley 24/2014, de 20 de noviembre, por la que se crea el Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales, (BOE nº282, de 21 de noviembre de 2014). Se puede consultar la información referida al Consejo General en el sitio web oficial: <http://www.terapeutas-ocupacionales.es/informacion-general/presentacion>

## **5.4. Práctica profesional (1962-2007)**

El estudio del desarrollo de la práctica profesional es uno de los aspectos más relevantes en el proceso de profesionalización. En este capítulo intentaremos analizar de manera global los factores que facilitaron la creación de Departamentos de Terapia Ocupacional en las instituciones sanitarias y las condiciones en que comenzó formalmente el desempeño de la profesión. Asimismo, mostraremos cuáles han sido sus ámbitos de expansión, las dificultades que fueron surgiendo y las estrategias que se aplicaron para defender un área que para muchos responsables de la contratación de personal era y sigue siendo poco conocida.

### **5.4.1. El inicio de la actividad profesional (1962)**

#### **a) Factores contextuales**

Como se vio en el capítulo 6.1.2. a finales de los años cincuenta existía en España un ambiente proclive al desarrollo de la asistencia sanitaria y la ampliación de la protección social para las personas con discapacidad. Desde distintos estamentos políticos y organizaciones profesionales se había extendido el interés por la creación y el desarrollo de recursos dirigidos a las personas con discapacidad. Este interés junto con otras circunstancias concurrentes, facilitaron la progresiva creación de unidades de Terapia Ocupacional. A continuación, destacaremos algunos de los aspectos que marcaron el inicio de la profesión a principios de los años sesenta.

#### **Aspectos económicos**

Desde mediados de los cincuenta hasta principios de los sesenta se aprobaron una serie de normas y proyectos que favorecieron la modernización del país. El Plan Nacional de Estabilización Económica aprobado por Decreto-Ley en 1959 tuvo una gran trascendencia, ya que supuso la ruptura con la política de autarquía del franquismo y permitió el inicio de una época de crecimiento económico en la década de los sesenta. Sus objetivos estaban orientados hacia la entrada de capital extranjero y la reducción del gasto público y de la inflación:

Se espera obtener la estabilidad interna y externa de nuestra economía, el equilibrio de la balanza de pagos, el robustecimiento de la confianza en nuestro signo monetario y, en suma, la normalización de nuestra vida económica.<sup>737</sup>

Las transformaciones en la actividad económica e industrial generaron importantes repercusiones en todos los sectores de la economía, con mejoras tecnológicas en el sector primario, expansión y desarrollo industrial y crecimiento del sector servicios por el turismo. Como consecuencia de todo ello se produjeron importantes movimientos migratorios en los primeros años sesenta, con un masivo éxodo rural hacia las ciudades<sup>738</sup> y emigración hacia el extranjero,<sup>739</sup> lo que a su vez generó nuevas necesidades sanitarias.

### **Asistencia sanitaria y protección social**

En cuanto a la asistencia sanitaria y la protección social, la legislación que se aprobó entre finales de los cincuenta y principios de los sesenta conllevó una serie de cambios que influyeron en el desarrollo asistencial. Las normativas más influyentes en el ámbito de la práctica de la Terapia Ocupacional fueron: la Ley de 14 de abril de 1955 sobre creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, el Decreto de 22 de junio de 1956 sobre legislación de accidentes del trabajo, el Decreto 792/1961 sobre aseguramiento de las enfermedades profesionales y la Obra de Grandes Inválidos y Huérfanos, y por supuesto, la Ley 193/1963 de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social y el Decreto 907/1966 de 21 de abril, aprobando el texto articulado primero de la Ley 193/1963.<sup>740</sup>

Lo cierto es que a partir de los años sesenta, el mayor desarrollo sanitario se produjo dentro del Seguro Obligatorio de Enfermedad mientras que los planes y servicios pertenecientes a Sanidad quedaron relegados a un segundo plano, así lo explica Maset Campos:

Tanto por su ubicación ministerial, el Ministerio de Gobernación o del Interior, como por la penuria de las dotaciones presupuestarias e ineficacia de sus atribuidas competencias, e insuficiencia de recursos humanos, la estructura de la sanidad pública española está claramente en inferioridad de condiciones frente a la estructura asistencial cuando se va erigiendo el esquema del Seguro Obligatorio de Enfermedad en los años cincuenta, volcada en la vertiente curativa,

---

<sup>737</sup> Decreto-Ley 10/1959 de 21 de julio, de ordenación económica (BOE nº174, de 22 de julio de 1959).

<sup>738</sup> Las que más población acogieron fueron: Madrid, Bilbao, Valencia y Barcelona.

<sup>739</sup> Fue mayor en países de Europa occidental como Francia y Alemania.

<sup>740</sup> Ver capítulo 5.1.2.

fundamentalmente hospitalaria en los años sesenta y setenta. En este proceso de configuración de todo un sistema sanitario llama poderosamente la atención el escaso, casi nulo papel desempeñado por profesionales de la salud pública. Es el momento en el que, por lo expuesto, el protagonismo político, social e ideológico lo va a llevar el conjunto de médicos hospitalarios, tanto los ya contratados como los en formación.<sup>741</sup>

Por tanto, en los primeros años las mayores posibilidades de expansión de la Terapia Ocupacional como profesión se encontraron en la estructura asistencial del Instituto Nacional de Previsión (INP).

La aprobación de la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 permitió la transformación de un conjunto de seguros sociales, que hasta entonces convivían con estructuras diversas de previsión, a un Sistema de Seguridad Social.<sup>742</sup> Entre otros muchos cambios, la ley permitió avances en la protección social de las personas con discapacidad. En el capítulo III, sobre Servicios Sociales y Asistencia social se afirmaba que,

una de las preocupaciones principales de la Ley es la de potenciar al máximo, frente a las clásicas prestaciones económicas, el acceso de las personas comprendidas en su campo de aplicación a las de carácter técnico, tanto preventivas como recuperadoras, rehabilitadoras y reeducadoras.

La Base octava sobre Invalidez recogía el derecho a tratamientos especializados de rehabilitación y readaptación en los diferentes grados de invalidez, así como cursos de formación profesional para los casos de incapacidad del trabajador para su profesión habitual. En el punto C del artículo 66 de la Base decimoquinta sobre servicios sociales se establecía:

Reeducación y rehabilitación de inválidos. - El régimen de la Seguridad Social organizará, con la amplitud necesaria los centros y servicios de recuperación fisiológica, reeducación, readaptación y rehabilitación profesional de los trabajadores inválidos.

El texto articulado de la Ley de 1963 recogió en su artículo 30, el derecho a la reeducación y rehabilitación y en el artículo 32 se explicaba que,

las ayudas asistenciales podrán consistir en tratamientos de recuperación fisiológica y funcional, procesos de readaptación, cursos especiales de formación

---

<sup>741</sup> Pedro Maset Campos, "Estructuras político-administrativas y salud pública en España", *Rev. San. Hig. Púb.* 68, (1994): 60-61.

<sup>742</sup> María Gema Quintero Lima, *Evolución histórica del sistema español de seguridad social*, Universidad Carlos III de Madrid, 14-03-2008, documento obtenido el 30/07/2016, desde el sitio Web de OCW - UC3M: <http://ocw.uc3m.es/derecho-social-e-internacional-privado/derecho-de-la-seguridad-social/lecturas/evolucionhistorica.pdf>.

profesional adecuados a las necesidades y aptitudes del inválido, así como, en su caso, medidas adicionales de empleo selectivo.

Estas consideraciones permitieron una nueva ordenación de la invalidez, la protección con tratamiento especializado, iniciativas para garantizar la ocupación de los inválidos readaptados y la dotación de servicios de rehabilitación en todos los hospitales de la Seguridad Social.<sup>743</sup>

### **Situación de la mujer**

En otro orden de cosas, nos parece importante hacer referencia a la situación laboral de la mujer en este periodo, que mejoró a partir del reconocimiento de ciertos derechos jurídicos con la reforma del Código Civil en 1958,<sup>744</sup> la reforma del Código Penal en 1961<sup>745</sup> y la aprobación de la Ley 56/1961 de 22 julio sobre derechos políticos profesionales y de trabajo de la mujer.<sup>746</sup>

La Ley de 1961 reconoció el derecho al trabajo de las mujeres españolas y el desempeño de cargos y funciones públicas, además suprimió algunas restricciones en cuanto al acceso al trabajo y las retribuciones salariales. Sin embargo, la misma ley afirmaba que la norma programática del Estado español seguía siendo la "anunciada por la Declaración segunda del Fuero del Trabajo, la de libertar a la mujer casada del taller y de la fábrica".<sup>747</sup> Así que, a pesar de esta aparente mejora en la legislación laboral de la mujer, las mujeres casadas no cambiaron tanto su situación respecto a las dos décadas anteriores ya que, entre otras cosas, se mantuvo el requerimiento de la autorización del marido para continuar trabajando.<sup>748</sup>

Además, el adoctrinamiento de las mujeres a través de la educación, de la religión y de instituciones como la Sección Femenina, ejercía una gran influencia en la población. Se ensalzaba el papel doméstico de la mujer como ama de casa, madre y esposa sumisa al servicio del marido, de manera que, al igual que sucedía en otros contextos laborales, algunas de las primeras terapeutas

---

<sup>743</sup> Molina Ariño, *Rehabilitación*, 16.

<sup>744</sup> Código Civil-Ley por la que se modifican determinados artículos del mismo (BOE nº99, de 25 de abril de 1958). Decreto de 14 de noviembre de 1958, por el que se aprueba el Reglamento para la aplicación de la Ley del Registro Civil (BOE nº296, de 11 de diciembre de 1958)

<sup>745</sup> Ley 79/1961, de 23 de diciembre, de bases para la revisión y reforma del Código Penal y otras leyes penales (BOE nº309, de 27 de diciembre de 1961).

<sup>746</sup> Ley 56/1961, de 22 julio, sobre derechos políticos profesionales y de trabajo de la mujer (BOE nº175, de 24 de julio de 1961).

<sup>747</sup> Decreto de 9 de marzo de 1938, aprobando el Fuero del trabajo (BOE nº505, de 10 de marzo de 1938).

<sup>748</sup> Esta obligación se mantuvo hasta 1976, cuando entró en vigor la Ley 16/1976, de 8 de abril, de Relaciones Laborales (BOE nº96, de 21 de abril de 1976).

ocupacionales tituladas en España, dejaban de ejercer la profesión al casarse. En todo caso, el factor de conciliación familiar determinaba en gran medida las posibilidades de implicación en la profesión lo que proporcionalmente podía tener mayores repercusiones en un colectivo minoritario como el de los terapeutas ocupacionales.

### **b) Los primeros servicios de Terapia Ocupacional (1962)**

Como se explicó en el capítulo 6.2. sobre el desarrollo educativo de la Terapia Ocupacional, la primera promoción de terapeutas ocupacionales formados en España se graduó en el verano de 1962. La persona encargada de iniciar la formación, Dña. Mercedes Abella, había sido enviada por la OMS en calidad de consultora y al finalizar su misión debía redactar un informe sobre su actividad aquí. En dicho informe, elaborado en diciembre de 1963, se registraron los siguientes datos respecto a la puesta en marcha de los primeros departamentos de Terapia Ocupacional:

Los centros en los que ya existe Terapia Ocupacional al final del proyecto son los siguientes:

1. Dispensario Central de Rehabilitación, calle Maudes 32, Madrid: tres graduados del primer curso intensivo y un graduado en Francia, con beca de la OMS.
2. Clínica del Trabajo, Avenida Reina Victoria, Madrid: un graduado del primer curso.
3. Salus Infirmorum, Madrid: un graduado del primer curso.
4. Obra del 18 de Julio, Madrid: un graduado del primer curso y un graduado en Francia, con beca de la OMS.
5. Clínica de la Concepción, Madrid (puesta en marcha del departamento): un graduado en Francia, con beca de la OMS.
6. Hospital del Niño Jesús, Madrid (en este momento se está construyendo el departamento de Terapia Ocupacional): un graduado del primer curso.
7. Hospital Beata María Ana, Madrid: un graduado del primer curso.

También hay centros que organizan los departamentos en la actualidad en otras partes del país, pero que no tienen terapeuta para llevar a cabo el trabajo y están a la espera de los estudiantes de la escuela para terminar sus estudios.

Se han solicitado graduados de Oviedo, Bilbao, Barcelona y Sevilla y también de una clínica privada de Madrid.<sup>749</sup>

Como se observa en el informe, la mayoría de los estudiantes de la primera promoción comenzaron a trabajar inmediatamente en la puesta en marcha de nuevos departamentos de Terapia Ocupacional. Además, había perspectivas de crecimiento en diferentes ciudades españolas. Esta situación fue característica de las primeras promociones, ya que la mayoría de los estudiantes se colocaba al terminar los estudios y asumía la responsabilidad de poner en marcha nuevas unidades de Terapia Ocupacional.

#### **5.4.2. El desarrollo de la práctica profesional (1962-1986)**

##### **Factores contextuales**

Los terapeutas ocupacionales que terminaron sus estudios entre mediados de los años sesenta y principios de los setenta se hallaron en medio de unas difíciles y cambiantes condiciones sociopolíticas. En los últimos años del franquismo se produjeron numerosos cambios en la Administración que repercutieron en diversos ámbitos, entre ellos, la organización sanitaria y, por extensión, las condiciones de los profesionales sanitarios, entre los que se encontraban los terapeutas ocupacionales que comenzaban a abrirse paso en los distintos recursos.

Con la aplicación de la Ley de Seguridad Social de 1963, el INP impulsó la construcción de grandes hospitales en zonas urbanas. Muchos de estos hospitales fueron dotados de servicios de rehabilitación donde se incluyó la unidad de Terapia Ocupacional. El Seguro Obligatorio de Enfermedad, desde su creación y su posterior reestructuración en 1974, fue asumiendo mayor número de patologías dentro de su cuadro de prestaciones, incluyendo a su vez, mayor número de personas y colectivos dentro de su esquema de Seguro Sanitario.

Los servicios dependientes de la Dirección General de Sanidad también experimentaron cambios en los últimos años del franquismo. En 1968 se creó el Servicio Nacional de Hospitales, que fue suprimido cuatro años después con la creación de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISN).

---

<sup>749</sup> En este informe se hace referencia a ocho de los trece estudiantes del primer curso. Suponemos, por tanto, que al menos cinco, debieron regresar a sus centros de trabajo, como es el caso de algunas de las religiosas, y probablemente en ese momento todavía no habían puesto en marcha los departamentos de Terapia Ocupacional.



Esta entidad estatal autónoma integró centros, servicios y organismos dependientes o adscritos a la Dirección General de Sanidad.

En el ámbito de los servicios sociales, y como consecuencia de una nueva reorganización del Ministerio de la Gobernación, se creó en 1974, el Instituto Nacional de Asistencia Social (INAS), que aglutinó los centros de beneficencia general y los departamentos de auxilio social.<sup>750</sup> “Con estas medidas se institucionalizaban mecanismos de redistribución social semejantes a los Estados de Bienestar europeos, aunque con varias décadas de retraso y con niveles inferiores de cobertura.”<sup>751</sup>

A finales de los setenta, el proceso de transición democrática favoreció la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en 1977<sup>752</sup> y la aprobación de la Constitución de 1978. Esto marcó el comienzo de la mayor transformación de la asistencia socio-sanitaria en nuestro país. En 1978 se aprobó el RD 36/1978, de 16 de noviembre,<sup>753</sup> por el que desapareció el INP y se crearon las tres Entidades Gestoras de la Seguridad Social: el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) para la administración y gestión de Servicios Sanitarios; el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), para la gestión y administración de las prestaciones económicas y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) para la gestión de los servicios complementarios de la protección del sistema de la Seguridad Social. A partir de la puesta en marcha de dichas entidades se iniciaron una serie de reformas que incluyeron el traspaso de competencias a las Comunidades Autónomas y la creación y reestructuración de centros y servicios en los que la presencia de terapeutas ocupacionales se fue ampliando.<sup>754</sup>

En este amplio periodo y como veremos a continuación, el desarrollo de la práctica profesional de la Terapia Ocupacional se produjo fundamentalmente en entidades públicas y mayoritariamente desde las instituciones pertenecientes a la Seguridad Social. Otros recursos sanitarios, las instituciones psiquiátricas y

---

<sup>750</sup> El INAS se extinguió por el RD 530/1985 de 8 de abril, por el que se determina la estructura orgánica básica del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y se suprimen determinados Organismos autónomos del Departamento (BOE nº98, de 24 de abril de 1985).

<sup>751</sup> López Castellano, *Raíces históricas del tercer sector*, 133

<sup>752</sup> Real Decreto 1558/1977, de 4 de julio, por el que se reestructuran determinados órganos de la Administración Central del Estado. Por este mismo decreto el Ministerio de la Gobernación pasó a denominarse Ministerio de Interior.

<sup>753</sup> Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo (BOE nº276, de 18 de noviembre).

<sup>754</sup> Ana Vicente, “El desarrollo de la Terapia Ocupacional en España”, temario Oposiciones, 2016.

los servicios sociales estaban repartidos entre entidades dependientes de la Dirección General de Sanidad, las Diputaciones y las órdenes religiosas así que las condiciones en que se desarrolló la Terapia Ocupacional en estos recursos fueron bastante diversas. La práctica privada de la Terapia Ocupacional fue prácticamente anecdótica en aquellos años.

## **Rehabilitación física y Seguridad Social**

### **Los primeros departamentos (1962-1973)**

Como se mencionó anteriormente, a partir de la aprobación de la Ley de Bases de la Seguridad Social se impulsó la construcción de hospitales y la creación de servicios de rehabilitación. Todo ello fue posible por la mejora de la situación económica del país y la aplicación de políticas desarrollistas en los años sesenta.

Para hacernos una idea de la magnitud de la expansión de los servicios sanitarios en este periodo resulta muy interesante la experiencia de uno de los terapeutas de la primera promoción, D. Ángel Alonso. Durante unos años trabajó como asesor técnico en los proyectos de instalación de nuevas unidades de rehabilitación de la Seguridad social, aunque su colaboración en estas tareas se prolongó a lo largo de su trayectoria profesional ya que aproximadamente "montó unos 75 departamentos de Terapia Ocupacional y un total de hasta 200 como colaborador".<sup>755</sup> En la tesis doctoral de Nuria Máximo se recoge la siguiente relación de proyectos junto con las interesantes memorias descriptivas de muchos de ellos, como se puede observar, la mayoría se realizaron antes de 1974:<sup>756</sup>

1. Dispensario Central de Rehabilitación, 1959.
2. Clínica Nacional del Trabajo, 1963.
3. Centro de Maudes (provisional en el Gran Hospital, Madrid), 1962.
4. Escuela departamental de Puericultura de Sevilla, 1964.
5. Instituto de Medicina y Seguridad en el trabajo de Madrid, 1964.
6. Escuelas de niños con secuelas poliomielíticas (Daoiz, Madrid), 1965.
7. Centro de parálisis cerebral de Leganés, 1965.
8. Instituto de Ciencias Neurológicas, Madrid.
9. Hospital Clínico, Madrid.
10. Clínica del Dr. Boch Marín Peña, Madrid.

---

<sup>755</sup> Martínez Berriel, "Entrevista a Mercedes Abella", 38.

<sup>756</sup> Recomendamos consultar el capítulo "Contribuciones" de la tesis de Nuria Máximo.

11. Centro del Dr. Cayetano Alonso, Madrid.
12. ITER, Madrid.
13. Centro del Dr. Heliodoro Ruiz, Madrid.
14. Centro de Rehabilitación, Seguridad Social y Traumatología de la Paz, Madrid, 1965.
15. Centro de Rehabilitación Seguridad Social, Residencia Sanitaria "Francisco Franco", Barcelona, 1966.
16. Servicio de Rehabilitación Residencia de la Seguridad Social Virgen de la Salud, Toledo, 1966.
17. Centro de Rehabilitación Seguridad Social, Sevilla, 1968.
18. Centro de Rehabilitación Seguridad Social, Valencia, 1969.
19. Residencia Sanitaria Seguridad Social de San Sebastián.
20. Residencia Sanitaria "Almirante Vierna", Vigo, 1970.
21. Residencia Sanitaria Seguridad Social, Cáceres, 1970.
22. Centro de Rehabilitación Seguridad Social, Zaragoza, 1970.
23. Residencia Sanitaria Enrique Sotomayor, Bilbao, 1970.
24. Centro de Rehabilitación MAPFRE Madrid, 1970.
25. Sanatorio del Dr. Echevarri, Santiago de Compostela, 1971.
26. Centro de Rehabilitación, Seguridad Social de Coruña, 1972.
27. Centro de niños Hemofílicos de la Seguridad Social, Madrid, 1972.
28. Centro Nacional de Paraplégicos de Toledo, 1972-1973.
29. Residencia Sanitaria Carlos Haya, Málaga, 1973.
30. Residencia Sanitaria Seguridad Social, Jaén, 1973.
31. Residencia Sanitaria Seguridad Social, Granada, 1974.
32. Hogar D. Orione, 1974.
33. Residencia Sanitaria, Pontevedra, 1974.
34. Residencia Nuestra Sra. del Perpetuo Socorro, Badajoz, 1974.
35. Centro de Esclerosis Múltiple, Guadalajara, 1999.

[...] En la mayor parte de los centros diseñados se aprecia la presencia de los elementos que consideraba muy importantes y por ello trataba de incluirlos siempre que se pudiera. [...] grandes espacios destinados a diferentes talleres, sala de ortopraxia, equipo móvil [...] realizaba las estimaciones oportunas sobre los pacientes subsidiarios de tratamiento, que a su vez determinaban el número de profesionales necesarios, entre los cuales siempre aparecía la figura del Terapeuta Ocupacional Jefe con sus tareas de supervisión y organización del servicio. [...]

Las plantillas de personal diseñadas en muchas ocasiones no fueron completamente cubiertas, casi siempre por la carencia de aquellos años, de un número insuficiente de profesionales, esto hizo que, a la larga, dicho número se viera disminuido y en ocasiones, nunca recuperado. Eso trajo algunas consecuencias como es el hecho de que el profesional, se viera condicionado al trabajo en sala con lo que el trabajo de planta no se pudiera llevar a cabo, lo que

a su vez derivó por un lado en la ausencia de tratamientos en este momento de evolución de la enfermedad, y la falta de difusión del trabajo del terapeuta ocupacional entre otros profesionales diferentes a los del Servicio de Rehabilitación.

Las reflexiones de Nuria Máximo sobre las unidades que se abrieron en aquella época son compartidas por los terapeutas ocupacionales entrevistados para esta tesis. Podemos ejemplificar lo que sucedía en aquel momento de apertura de servicios de rehabilitación, tomando el caso de Zaragoza. Desde que comenzó a funcionar la unidad de Terapia Ocupacional de la entonces Residencia Sanitaria "José Antonio", hasta la llegada de las primeras terapeutas tituladas pasaron unos dos años. Hasta ese momento se había contratado a seis monitores con formación en oficios que tenían algún tipo de discapacidad. Este planteamiento era característico entonces, ya que la rehabilitación se veía como una herramienta para facilitar la reintegración de las personas con discapacidad en el mundo laboral. En el diseño de la unidad se planteó una distribución con secciones y salas para los distintos tratamientos, sin embargo, en el lapso de tiempo que transcurrió hasta que llegaron las terapeutas ocupacionales, algunos espacios fueron ocupados por otros profesionales y nunca se recuperaron. A pesar de ello, por la superficie total, las distintas salas de tratamiento, la distribución y el número total de profesionales<sup>757</sup> esta unidad llegó a ser modélica respecto a otros centros sanitarios.<sup>758</sup>

Podemos decir por tanto que hubo algunas oportunidades que se perdieron, en parte por el desconocimiento de los mismos responsables sanitarios de las funciones de los terapeutas ocupacionales y en parte, por el interés de otros en ocupar un espacio de la rehabilitación, lo que se sumó a la ausencia o número mínimo de terapeutas ocupacionales en un momento de creación de estos servicios. Por ejemplo, parece que los equipos móviles propuestos por Ángel Alonso para el trabajo en planta<sup>759</sup> apenas llegaron a utilizarse, en muchos casos por la falta de personal, así que las intervenciones terapéuticas se fueron circunscribiendo a las actividades de sala. Como consecuencia de ello, la labor de los terapeutas ocupacionales siguió resultando desconocida para la mayor parte de los profesionales sanitarios de los hospitales donde trabajaban. De

---

<sup>757</sup> En los años 70 llegó hasta 14 entre terapeutas ocupacionales, monitores y auxiliares.

<sup>758</sup> Clara Sanz, entrevista 22/02/2016.

<sup>759</sup> Para más información sobre estos equipos, véase la tesis de Nuria Máximo.

nuevo, aparece aquí uno de los factores más determinantes en la evolución de la profesión, el escaso número de terapeutas ocupacionales que salían al mercado de trabajo cada año, claramente insuficiente para difundir la profesión y reclamar el espacio que se estaba creando ante las nuevas necesidades de la asistencia sanitaria.

Además de las unidades que se formaron en las instituciones de la Seguridad Social, hubo terapeutas ocupacionales que comenzaron su trabajo en Mutuas Patronales, entidades colaboradoras de la Seguridad Social. La Ley de la Seguridad Social establecía que “la gestión en materia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales corresponde en el Régimen General a las Mutualidades Laborales, dentro del campo de sus respectivas competencias, y en los Regímenes Especiales a las entidades similares de estructura mutualista”.<sup>760</sup> En 1967 se aprobó el Reglamento General sobre colaboración en la gestión de la Seguridad Social de las Juntas Patronales de Accidentes de Trabajo. Dicho Reglamento estableció que las Mutuas podían “establecer instalaciones y servicios para la rehabilitación profesional, así como para la prevención de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales”.<sup>761</sup>

Esto impulsó la creación de Departamentos de Rehabilitación en las Mutuas Patronales, uno de los primeros fue el de ASEPEYO de Barcelona, donde Ana Forns organizó el departamento de Terapia Ocupacional por encargo del Dr. Balaguer, Jefe de Servicio de Rehabilitación; a éste le siguieron otros como el Departamento de Terapia Ocupacional de la Mutua Metalúrgica y la Mutua Empresarial Catalana de MAPFRE (1976).<sup>762</sup> En otras zonas ocurrió algo similar, por ejemplo, en Madrid comenzó a funcionar el servicio de Terapia Ocupacional del Centro de Prevención y Rehabilitación MAPFRE en 1972. Esto indica que los servicios de rehabilitación de dichas entidades contemplaron desde el comienzo la figura del terapeuta ocupacional como parte del equipo, sin embargo, la escasez de terapeutas ocupacionales impidió una mayor expansión en este territorio.

---

<sup>760</sup> Decreto 907/1966, aprobando el texto articulado primero de la Ley 193/1963, de 25 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social (BOE nº96, de 22 de abril de 1966), artículo 47 punto 1.

<sup>761</sup> Decreto 1563/1967, de 6 de julio, por el que se aprueba el Reglamento General sobre colaboración en la gestión de la Seguridad Social de las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo (BOE nº169, de 17 de julio de 1967).

<sup>762</sup> Forns, “Relato de mis experiencias...”, 27.

## **Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario de la Seguridad Social (1973-1986)**

En 1973, tras un intenso periodo de preparación, se aprobó el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario de la Seguridad Social.<sup>763</sup> En la redacción del anteproyecto participaron, en representación del colectivo de terapeutas ocupacionales: D. Ángel Alonso como miembro del Sindicato Nacional de Actividades Sanitarias, secretario y vocal del comité de asuntos legislativos de la AETO y M<sup>a</sup> Teresa Ovejero Navais terapeuta ocupacional de la promoción de 1968 que en ese momento se hallaba vinculada profesionalmente con el INP.<sup>764</sup> Además, las relaciones internacionales tanto de la Escuela como de la Asociación facilitaron el proceso, puesto que se recibieron algunos consejos y directrices útiles desde la WFOT. El esfuerzo que se realizó por estar en la redacción del anteproyecto fue clave para el desarrollo de la profesión en las instituciones de la Seguridad Social.

Los resultados de todo este trabajo fueron muy positivos, como se muestra en el artículo segundo, referido a la clasificación del personal, los terapeutas ocupacionales quedaron reconocidos como personal auxiliar sanitario titulado junto con los Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes, Matronas, Enfermeras y Fisioterapeutas. Este reconocimiento resultó de capital importancia, puesto que facilitó la entrada de los terapeutas ocupacionales en el sistema de la Seguridad social en igualdad de condiciones que las demás profesiones auxiliares. Un detalle al respecto aparece en el capítulo III, donde se reconocía la posibilidad de creación de puestos de jefatura de Terapia Ocupacional cuando el número de terapeutas ocupacionales lo justificara, así como sucedía en los servicios de enfermería, centros maternos o fisioterapia.

El capítulo VII del Estatuto establecía los deberes, incompatibilidades y funciones de los diferentes trabajadores sanitarios de la Seguridad Social. En los artículos 72 y 73 de la sección 6<sup>a</sup> encontramos las funciones de los terapeutas ocupacionales:

Artículo 72. Las funciones especializadas de los Terapeutas ocupacionales se prestarán en Instituciones abiertas y cerradas. Estas funciones se realizarán

---

<sup>763</sup> Orden de 26 de abril de 1973 por la que se aprueba el Estatuto del personal Auxiliar sanitario titulado y Auxiliar de clínica de la Seguridad Social (BOE nº102 y nº103, de 28 y 30 de abril de 1973)

<sup>764</sup> Ángel Alonso, *Comunicación que da el Comité Legislativo...*, 1.

en las consultas y locales de tratamiento dispuestos para ello en las Unidades de Rehabilitación, con las técnicas de Actividades de la Vida Diaria (AVD), Restauración Psicomotriz, entrenamiento de Prótesis, Ortopraxis, Exploración Prevocacional, entrenamiento por el esfuerzo al trabajo, a la cabecera del enfermo en los Centros con hospitalización por medio de los Equipos Móviles de Terapia Ocupacional, así como el desplazamiento al domicilio del paciente en caso de excepción. Igualmente colaborarán en las actividades recreativas en el plano de asesoramiento a los encargados de dichas funciones.

Son funciones de los Terapeutas ocupacionales llevar a cabo el procedimiento rehabilitador que, bajo prescripción médica, utiliza actividades manuales, creativas, recreativas y sociales, educativas, prevocacionales e industriales, para lograr del paciente la respuesta deseada, sea física, mental o ambas, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.

Artículo 73. Los Terapeutas ocupacionales realizarán bajo la prescripción del Médico las funciones generales y específicas siguientes:

1. Ejercer las funciones asignadas por el Médico cumpliendo las instrucciones que reciba del mismo en relación con su especialidad.
2. Conservar en buen estado el material y cuantos aparatos se utilicen en el Servicio de Terapia Ocupacional, manteniéndolos en perfecto funcionamiento y controlar el material fungible empleado en los tratamientos.
3. Poner en conocimiento de sus superiores cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.
4. Observar y anotar los datos clínicos para la correcta vigilancia de los pacientes y su correspondiente terapéutica.
5. Mantener informados a sus superiores inmediatos de las necesidades del Servicio de Terapia Ocupacional.
6. Orientar al personal subalterno en cuanto se refiere a su actuación en el Servicio de Terapia Ocupacional.
7. Cumplimentar igualmente aquellas otras funciones que se señalen en el Reglamento de Instituciones Sanitarias y las instrucciones propias de cada Centro, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.

Analizando estos artículos encontramos detalles interesantes, en primer lugar, se indica que las funciones de los terapeutas ocupacionales podían realizarse tanto en instituciones abiertas como en instituciones cerradas. Esto dejaba una puerta abierta al desempeño de la profesión en recursos sanitarios de

asistencia ambulatoria y no solamente en hospitales o centros en régimen de internado.<sup>765</sup>

Por otra parte, se establecía que la función de los terapeutas ocupacionales estaría incluida en las unidades de rehabilitación y que sus actividades, descritas como un procedimiento rehabilitador se realizarían bajo prescripción médica. Además, se recogía la función de orientar al personal subalterno, un aspecto diferencial respecto al resto de profesiones auxiliares ya que en ninguna de sus funciones encontramos algo parecido. Esto muestra la existencia de personal auxiliar de Terapia Ocupacional y por tanto el reconocimiento de una función específica de los terapeutas en relación a la orientación y supervisión de este personal. Evidentemente no había dudas del nivel profesional de los terapeutas ocupacionales titulados.

En cuanto a la variedad de técnicas y actividades que se recogen, vemos el reflejo del esfuerzo que se hizo por plasmar las distintas aplicaciones de la Terapia Ocupacional. Se consideraban las distintas áreas de ocupación: vida diaria, trabajo y ocio; se indicaba la intervención para el entrenamiento y reentrenamiento de habilidades y de uso de dispositivos; se mostraban distintos tipos de actividades dirigidas a la recuperación funcional tanto física como mental y se indicaban actividades preventivas y de preparación al trabajo. Todo ello se podía llevar a cabo en la sala de terapia, en la planta, "a la cabecera del enfermo", o incluso en el domicilio del usuario.

El Estatuto aprobado en 1973 fue un hito para la práctica profesional de la Terapia Ocupacional ya que el sistema sanitario de Seguridad social continuó evolucionando y acabó gestionando una estructura sanitaria que se extendió por todo el territorio nacional, constituyendo la red sanitaria más importante de nuestro país.<sup>766</sup> Las condiciones laborales de los terapeutas ocupacionales que trabajaban en la Seguridad Social no variaron apenas, aunque el Estatuto fue reformado parcialmente a lo largo del tiempo, especialmente en lo referente al modelo organizativo y de gestión de los servicios sanitarios, se mantuvo en esencia hasta el año 1986 con la aprobación de la Ley General de Sanidad.

---

<sup>765</sup> El punto 2 del artículo 104 de la Ley de Seguridad Social de 1974, clasificaba las instituciones en abiertas o cerradas según que la asistencia que en las mismas se preste sea preponderantemente en régimen ambulatorio o de internado.

<sup>766</sup> Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE nº102, de 29 de abril de 1986)



## Asistencia psiquiátrica

### Antecedentes

Como ya se explicó en el capítulo 6.1.2. los graves problemas de salud que se produjeron como consecuencia de la guerra civil, junto con el vacío creado por la desaparición y el exilio de importantes representantes de la ciencia y la medicina determinaron las prioridades sanitarias, lo que a su vez acarrió un retroceso en muchas áreas. Evidentemente, en medio de esta difícil situación, la psiquiatría y sus instituciones no constituían un área prioritaria, si bien llegaron a utilizarse en ciertos casos para cumplir con los intereses del gobierno. En realidad, hasta la entrada de la psiquiatría comunitaria en la década de los 70, predominó "el modelo institucional asilar, reforzado y protegido por una política de aislamiento respecto a cualquier corriente renovadora que viniera del exterior".<sup>767</sup> Según Pedro Marset,

la psiquiatría española durante este periodo es una ciencia y práctica profesional caracterizadas por los condicionamientos ideológicos del régimen político franquista, por una ruptura personal y científica con la actividad científica republicana, por el aislamiento científico internacional, por un control político y religioso tanto en el conjunto de la población como en el seno de la profesión, y por la ausencia total de cualquier tipo de transformación asistencial.<sup>768</sup>

Durante años, la producción científica fue escasa y se abandonaron las campañas educativas de la Liga de Higiene Mental. En la práctica, la ley de 1931 se mantuvo vigente hasta 1986, así como el sistema de Beneficencia y la responsabilidad del mantenimiento de la mayoría de hospitales psiquiátricos por parte de las Diputaciones Provinciales.<sup>769</sup>

No obstante, a partir de los años cincuenta las nuevas tendencias de la psiquiatría contribuyeron a un cambio progresivo, de manera que, en muchos países, la vieja institución manicomial abrió paso a unas tendencias que propiciaron su desaparición y la redefinición de los servicios médicos y administrativos, incorporando nociones y modos de hacer de la salud pública a la psiquiatría.

---

<sup>767</sup> Víctor Aparicio Basauri y Esther Sánchez Gutiérrez, "Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986)", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 17, nº 61 (1997): 126-145, 141

<http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15528/15388>

<sup>768</sup> Citado en: Cesáreo Cerón González, *Luis Valenciano, psiquiatra* (Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones, 1996), 67.

<sup>769</sup> Aparicio y Sánchez, "Norma y Ley...", 141.

## **El Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP)**

En el año 1955 se creó en España el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica como organismo estatal de Sanidad. En la exposición de motivos de la Ley de creación del Patronato, se reconocía que hasta entonces, el Estado no había asumido “íntegramente la misión que esta lucha contra la enajenación mental le corresponde” pero ahora, “sin perjuicio de respetar las facultades de las Corporaciones locales [...] y la autonomía de las Instituciones que al presente se consagran a la lucha contra las enfermedades mentales, considera ineludible que la Sanidad Nacional amplíe su intervención en esta lucha” con el objetivo de “coordinar y encauzar las actividades que en la lucha contra las enfermedades mentales desarrollan tanto los Organismos públicos u oficiales como las Entidades de carácter privado de la Nación”. Las disposiciones transitorias establecían que:

Primera. Mientras que el Patronato no disponga de propias instituciones, seguirán contratando la asistencia de los enfermos con los Manicomios provinciales o establecimientos privados. [...]

Segunda. Se adscriben al Patronato los establecimientos manicomiales propiedad del Estado instalados en Zaragoza y Leganés, como asimismo la institución “Fray Bernardino Álvarez” situada en Carabanchel, que se reorganizarán y ampliarán si las necesidades lo aconsejan.<sup>770</sup>

Tercera. Las Diputaciones provinciales que actualmente tengan establecimientos y servicios psiquiátricos, continuarán con los mismos, bajo la inspección técnica del Patronato Central y las normas que para el funcionamiento de aquellos que dicte cada Diputación provincial, que previamente, en su aspecto técnico, serán aprobados por el Ministerio de la Gobernación.

Si por causas justificadas el Patronato estimare que alguno de los establecimientos y servicios psiquiátricos debe pasar a depender del mismo, lo propondrá al Ministro de la Gobernación, quien [...] resolverá lo procedente, indemnizando en todo caso a la Corporación a la que se prive de este servicio, debiéndose seguir el mismo procedimiento cuando la Diputación provincial ofreciere sus servicios o establecimientos al Patronato Central. [...]

En cuanto a los funcionarios, el artículo 19 realizaba una clasificación en técnicos, técnicos-auxiliares, administrativos y subalternos. Además, en el ar-

---

<sup>770</sup> Posteriormente se incorporaron el Hospital de Alcohete en Guadalajara (antiguo sanatorio antituberculoso) y el Hospital de Toen (Orense) (antigua Leprosería del Noroeste). Navarro García, *Historia de las Instituciones...*, 221.

título 23 se establecía que el Patronato delimitaría "las funciones de los auxiliares, especializando a los enfermeros en los conocimientos de las terapéuticas generales y en las especiales de trabajo".

Por otra parte, tal como se reflejó en el artículo 24, el PANAP estableció la posibilidad de realizar cursos específicos, lo que favoreció posteriormente la puesta en marcha de los cursos de especialización de Terapia Ocupacional en Psiquiatría.

El Patronato, de acuerdo con el Consejo Nacional de Sanidad y la Escuela nacional de Sanidad, fijará los estudios y prácticas mínimas que ha de realizar el personal técnico y auxiliar, autorizando a determinados establecimientos para que cumplan esta función de enseñanza práctica. Las pruebas de aptitud de este personal serán fijadas por el Patronato y darán lugar a la expedición de un título, cuya posesión será indispensable para participar en concursos para la provisión de plazas de nueva creación o para optar a otras ya existentes que se cubran por traslado. [...]

En la década de los sesenta, se abrieron centros y se realizaron diversas actividades de formación,

se crearon 55 Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica para niños deficientes y 32 centros de salud mental. Además, se organizaron los Hospitales psiquiátricos infantiles "Rodríguez de Miguel", en Zamora, y la Atalaya en Ciudad Real. Pero, sobre todo, el Dr. Serigó<sup>771</sup> trabajó intensamente en la formación y perfeccionamiento de personal en el ámbito de la Salud Mental, organizando innumerables Seminarios, Cursos, Symposiums, Publicaciones, etc. Y, además impulsó la renovación de los Hospitales Psiquiátricos Provinciales a través de los sucesivos Planes de Desarrollo. [...] En la década de los setenta se organizaron una serie de centros pioneros extrahospitalarios: el primer Hospital de Día, un Centro de Conducta infantil (Maudes, 32), un Taller Protegido (ctra. de La Coruña), etc.<sup>772</sup>

Para la realización de estas actividades se contó con el apoyo de la OMS, que en 1966 reconocía en su informe anual: "uno de los objetivos principales del programa de la Organización en materia de salud mental sigue siendo la prestación de asistencia a los países para organizar sus servicios de higiene mental, y en particular para la formación de personal".<sup>773</sup> En el informe de 1968

---

<sup>771</sup> El Dr. A. Serigó Segarra asumió la Secretaría General del PANAP, tras el Dr. Fernández-Turégano, ambos del Cuerpo de Sanidad Nacional.

<sup>772</sup> Navarro García, *Historia de las Instituciones...*, 221-222.

<sup>773</sup> OMS, *Informe anual, 1966*, p.41.

explicaba que “en la mayoría de los países, sin embargo, se concede poca atención a los servicios de higiene mental, en parte por la escasez de personal capacitado para abordar este tipo de problemas. La Organización preconiza actualmente dos medios de mejorar la formación en salud mental. El primero de ellos consiste en capacitar al personal de los servicios sanitarios básicos [...], el segundo método es el fomento de las enseñanzas de psiquiatría como parte integrante del plan de estudios de medicina”.<sup>774</sup>

Siguiendo esta línea de trabajo, se puso en marcha en 1966, el proyecto España 0031<sup>775</sup> de la OMS sobre Servicios de Higiene Mental, con fondos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, sector Asistencia Técnica (PNUD/AT). Dicho proyecto se describió como: “mejoramiento de los servicios de higiene mental, especialmente los de rehabilitación de enfermos psiquiátricos”.<sup>776</sup> Este proyecto se prolongó hasta 1973 y abarcó distintas actividades, por ejemplo, en el informe de la OMS de 1969 se decía: “se ha concedido ayuda a España en materia de rehabilitación psiquiátrica y se facilitaron conferenciantes para los seminarios nacionales sobre distintos problemas de psiquiatría”.<sup>777</sup> Además, en este mismo periodo España obtuvo varias becas y participó en actividades de formación y grupos de trabajo de la OMS en materia de asistencia psiquiátrica.<sup>778</sup> En 1973 se resumían así las actividades realizadas:

**España 5401 Servicios de higiene mental** (1966-1969; 1971-1973) PNUD: Fortalecimiento de los servicios de higiene mental, especialmente los de rehabilitación de enfermos psiquiátricos, y formación del personal necesario. Entre 1966 y 1972 se facilitaron los servicios de 18 consultores para asesorar sobre diversos problemas, entre ellos la rehabilitación laboral y profesional de los enfermos psiquiátricos, la asistencia a los retrasados mentales y la organización y desarrollo de los servicios públicos de asistencia psiquiátrica, así como para participar en seminarios y cursos de formación nacionales. También se facilitó asesoramiento técnico por el personal de la OMS. En 1973 un funcionario de la Oficina Regional visitó los servicios de higiene mental en la provincia

---

<sup>774</sup> OMS, *Informe anual, 1968*, p.36

<sup>775</sup> Desde 1971 se le identifica con el código 5401.

<sup>776</sup> OMS, *Informe anual, 1966*, p.195.

<sup>777</sup> OMS, *Informe anual, 1969*, p.127.

<sup>778</sup> Algunas de las actividades y proyectos registrados son: EURO 0391, Interregional 0453, EURO 0432, EURO 4200.2, EURO 4200.3, EURO 4802 (0467), EURO 5408 (0460), EURO 5409 (4201), Interregional 0671, EURO 5416.

de la Coruña e intervino en un seminario, celebrado en Madrid, sobre evaluación de servicios de higiene mental. Además, se concedieron 7 becas.<sup>779</sup>

El PANAP se mantuvo en funcionamiento como organismo autónomo hasta su integración en la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISN) que se creó en 1972 y cuya estructura, organización y régimen de funcionamiento se reguló por Decreto en 1974, en el que se suprimió definitivamente la Secretaría General del Patronato.

Sin embargo, en estos casi veinte años de funcionamiento autónomo y "tal como había ocurrido en el siglo XIX, el Estado fracasó en su intento de organizar esta asistencia que siguió creciendo al amparo de las administraciones provinciales"<sup>780</sup> y de algunas entidades privadas. Esto conllevó importantes diferencias entre unas instituciones y otras, lo que provocó una falta de uniformidad en las condiciones de trabajo, contratación y oferta de plazas para los trabajadores de las instituciones psiquiátricas, repercutiendo a su vez en el desarrollo profesional de la Terapia Ocupacional en este ámbito.

### **Inicios de la reforma psiquiátrica**

En los años setenta, comenzó "un movimiento de crítica a las condiciones en que se encontraba la asistencia psiquiátrica y a favor de iniciar una política de apertura hacia fórmulas comunitarias". Las ideas iniciales fueron "madurando primero con las ideas de la psiquiatría comunitaria y luego con una formulación más sólida de un modelo desinstitucionalizador".<sup>781</sup> Las transformaciones sociales y políticas en el periodo de transición hacia la democracia favorecieron la aparición de una conciencia social respecto al cambio del modelo de asistencia psiquiátrica de tal forma que ésta quedase integrada en la red sanitaria general. Desde la aprobación de la Constitución de 1978 (arts. 17, 24, 43) comenzó una amplia reforma legislativa que facilitó la protección jurídica del enfermo mental tanto en el orden penal como en el civil.<sup>782</sup>

---

<sup>779</sup> En los informes de 1974 y 1975 se recogen todavía algunas actividades relacionadas con el proyecto: MNH 001 (5401) Servicios de higiene mental (mayo-junio 1974) PNUD- Un consultor asesoró sobre la posibilidad de transformar los sanatorios antituberculosos en establecimientos de rehabilitación de enfermos psiquiátricos crónicos o en centros de asistencia permanente a niños y adultos mentalmente retrasados que presenten una invalidez crónica (OMS, Informe actividades, 1974, 254); MNH 001 Servicios de Salud Mental (marzo-abril 1975) PNUD: Un consultor prestó ayuda con un curso sobre estimulación precoz de niños mentalmente retrasados (OMS, *Informe anual*, 1975), 275.

<sup>780</sup> Aparicio y Sánchez, "Norma y ley...", 141.

<sup>781</sup> Ídem.

<sup>782</sup> Véase Santiago Delgado Bueno, Francisco Rodríguez Pulido y José Luis González de Rivera, "Aspectos médico-legales de los internamientos psiquiátricos", en *Psiquiatría Legal y Forense* de S. Delgado, E. Esbec, F. Rodríguez-Pulido y J.L. González de Rivera, (Ed. Colex, Madrid, 1994), cap. 72.

Entre dichas normas encontramos la Ley 13/1983 de Reforma del Código Civil,<sup>783</sup> por la que se derogó el Decreto de 3 de julio de 1931, se regularon los internamientos psiquiátricos, así como las condiciones, requisitos y procedimientos para la incapacitación civil y tutela. En el artículo 211 se estableció el requerimiento de la autorización judicial previa en los ingresos involuntarios de tal manera que a partir de ese momento se otorgaba un papel prioritario al Juez, al que quedaban supeditados tanto los facultativos como los familiares.<sup>784</sup>

También en 1983 se creó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica,<sup>785</sup> que trabajó durante aproximadamente dos años y que terminó publicando un informe<sup>786</sup> que supuso un punto de inflexión para los servicios de salud mental españoles, sus recomendaciones se podían resumir en los siguientes puntos:

La asistencia psiquiátrica debe integrarse en el sistema sanitario general y constituir una estructura de apoyo a la Atención Primaria.

La asistencia deberá tener en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad.

Siempre se sea posible, el usuario debe ser tratado en su medio, evitando lo hospitalización y cuando se haga necesaria, hacerla de forma breve.

Las necesidades de grupos diagnósticos específicos hasta entonces desatendidos, tales como los niños y adolescentes, los ancianos y los drogodependientes deberán ser atendidos.<sup>787</sup>

Estas recomendaciones se integraron en la Ley General de Sanidad de 1986, lo que marcó el inicio del cambio en la asistencia psiquiátrica en nuestro país. Por otro lado, como veremos más adelante, se estaban produciendo cambios en el sistema de beneficencia, que fue sustituido progresivamente por un verdadero sistema de servicios sociales, recogiendo un gran paquete de medidas para la atención a las minusválías, cuyo inicio puede situarse en la Ley 13/1982 de 7 de abril de Integración Social de los Minusválidos.

---

<sup>783</sup> Ley 13/1983, de 24 de octubre de Reforma del Código Civil en materia de tutela (BOE nº256, de 26 de octubre de 1983).

<sup>784</sup> En este mismo año se aprobó la Ley Orgánica 8/83, de 25 de junio, de Reforma Urgente y Parcial del Código Penal (BOE nº152, de 27 de junio de 1983) que aportó recursos para que los jueces y tribunales individualizaran la pena, ajustándola a las circunstancias de cada sujeto, y enfocándose hacia la recuperación-rehabilitación del individuo.

<sup>785</sup> Orden de 27 de julio de 1983 por la que se crea la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (BOE nº196, de 17 de agosto de 1983).

<sup>786</sup> Ernest Lluçh, "Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, abril 1985", *Papeles del Psicólogo* 26 (junio,1986), [www.papelesdelpsicologo.es](http://www.papelesdelpsicologo.es)

<sup>787</sup> Francisco Torres-González, "La reforma psiquiátrica española en perspectiva: logros y pendientes a la hora de la crisis", *Medwave* 12(10), (2012): e5543. doi: 10.5867/medwave.2012.09.5543

## **Práctica profesional en la atención psiquiátrica**

La intervención en el tratamiento de los trastornos mentales siempre ha sido un área fundamental para la profesión. Desde los inicios de la formación en nuestro país, se incluyeron la psiquiatría, la psicología y la terapia ocupacional en psiquiatría como asignaturas de la titulación. Además, desde las primeras promociones hubo estudiantes que habían trabajado en instituciones psiquiátricas y otros que se iniciaron en este ámbito en cuanto obtuvieron su titulación.

No obstante, aproximarse al estudio del desarrollo de la Terapia Ocupacional en los recursos de asistencia psiquiátrica resulta una tarea complicada.<sup>788</sup> Existían grandes diferencias entre unos servicios y otros por el tipo de institución, las condiciones laborales y la orientación teórica de los psiquiatras. Todo ello marcó las posibilidades de desarrollo de la terapia ocupacional que en algunos sitios no pasó de la laborterapia iniciada décadas antes mientras que en otros llegó a funcionar como una terapia ocupacional de orientación verdaderamente rehabilitadora. En 1972, se decía lo siguiente sobre el trabajo como terapéutica psiquiátrica: "en líneas generales, en la actualidad se observan dos tendencias: la sajona, representada por la terapéutica ocupacional, y las tendencias europeas, derivadas de los métodos de Simon con enfoques socioterapéuticos".<sup>789</sup>

## **Servicios sociales**

Durante el franquismo existió un complejo entramado de organismos y entidades públicas y privadas que se dedicaron a la beneficencia, asistencia y otras formas de protección social, entre ellas: el Fondo Nacional de Asistencia Social, el Instituto Nacional de Auxilio Social, las Obras Sociales del Movimiento y las Obras Sociales Sindicales, así como instituciones privadas, fundaciones caritativo-benéficas y obras religiosas. Existía por tanto una acción social heterogénea, sin un verdadero sistema de Servicios sociales.

A principios de los setenta comenzaron a crearse unas estructuras que facilitaron gradualmente la inclusión de los terapeutas ocupacionales dentro de

---

<sup>788</sup> Creemos que este tema puede resultar una nueva línea de investigación en Terapia Ocupacional.

<sup>789</sup> José Rodríguez Reyes, *La Terapia Ocupacional y la laborterapia en las enfermedades mentales* (Madrid, Patronato nacional de Asistencia Psiquiátrica, 1972), 24.

sus equipos, en concreto hablamos del Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (SEREM) y el Servicio de Asistencia al Pensionista (SAP).

En 1970 se creó el Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (SEREM) bajo la dependencia de la Dirección General de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo.<sup>790</sup> Se definieron medidas para la recuperación, formación y empleo de los minusválidos, entre otras cosas se estableció que podrían beneficiarse de procesos de rehabilitación médica y funcional que comprenderían tratamientos médicos adecuados para su rehabilitación médica y funcional así como el suministro, la adaptación, conservación y renovación de aparatos de prótesis y ortopedia. En cuanto a las actividades de formación profesional se especificó que todas las actividades se desarrollarían en estrecha conexión con los Servicios de Rehabilitación Médica.

En 1971, dentro del Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos, se creó el Servicio Social de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos,<sup>791</sup> denominado más tarde como Servicio de Asistencia al Pensionista (SAP). Este servicio, se marcó como objetivo principal "compensar el déficit asistencial en la protección social pública de los ancianos españoles integrados en el sistema contributivo". Se contemplaron diversas acciones relacionadas con la creación y mantenimiento de centros gerontológicos, la organización de asistencia o ayuda domiciliaria y otras actividades complementarias. A través de estas acciones se reconocía la existencia de unas "necesidades más allá de las prestaciones económicas".<sup>792</sup>

A lo largo de la década de los setenta, desde el SEREM y el SAP se promovió la creación de una red de centros y servicios como: Centros Integrales de Minusválidos, Centros de Asistencia y Atención a deficientes mentales y minusválidos físicos, Residencias de personas mayores, Hogares y Club de Pensionistas. En estos centros, a excepción de los Hogares y Clubs de Pensionistas se fueron integrando terapeutas ocupacionales como parte del personal técnico, lo que abrió el campo de la profesión al ámbito de los servicios sociales públicos.

---

<sup>790</sup> Decreto 2531/1970, de 22 de agosto, sobre empleo de trabajadores minusválidos (BOE nº221, de 15 de septiembre de 1970)

<sup>791</sup> Orden de 26 de febrero de 1971 por la que se regula el Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos (BOE nº53, de 3 de marzo de 1971).

<sup>792</sup> Emilia Martos Contreras, *Personas mayores y diversidad funcional física e intelectual durante la transición a la democracia* (tesis doctoral, Universidad de Almería, 2016), 625.



En 1978, se aprobó el Real Decreto-Ley 36/1978, por el que se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) para la gestión de servicios complementarios de las prestaciones del sistema de Seguridad social y donde quedaron integrados el SEREM y el Servicio de Asistencia a Pensionistas (SAP) en 1979.<sup>793</sup> La gestión de los servicios complementarios se realizaría a través de los Servicios Sociales de Minusválidos, Tercera Edad y programas especiales. En el año 1981 se inició el proceso de traspaso de competencias a las Comunidades Autónomas, la primera de ellas fue Cataluña, le siguieron Andalucía en 1984, Comunidad Valenciana, Galicia y Canarias en 1985, País Vasco en 1987 y el resto entre 1995 y 1997.

El INSERSO impulsó nuevos programas y servicios para la atención a personas mayores y personas con discapacidad. Además, a partir de 1982, con la publicación de la Ley de Integración Social de los Minusválidos, conocida popularmente como LISMI,<sup>794</sup> se fueron creando más servicios para las personas con discapacidad que generaron nuevos espacios laborales con posibilidad de integración de los terapeutas ocupacionales. Por ejemplo, se formaron equipos multiprofesionales de diagnóstico y valoración de minusvalías en los Centros Base del INSERSO y se fueron creando y regulando los Centros residenciales del INSERSO para minusválidos.

Por otra parte, en estos primeros años de la década de los ochenta se incorporaron terapeutas ocupacionales a servicios de atención a drogodependientes, instituciones penitenciarias y otras organizaciones. Sin embargo, debido a la escasez de profesionales muchos de los puestos de trabajo que fueron surgiendo se cubrieron parcialmente o no se cubrieron con terapeutas ocupacionales. Ana Vicente lo relataba así:

Entre estos centros se encontraban los Centros Base para la Valoración y Orientación para Personas con Discapacidad creado uno por cada provincia española (52) dotados con equipos multiprofesionales para llevar a cabo las funciones que indica su nombre, en principio se ofertaban, entre otros, para estos centros plazas de Monitor Ocupacional, que aunque su nombre pueda inducir a error, la titulación exigida para ocuparlas era la de Terapeuta Ocupacional o Ingeniero Técnico; los terapeutas ocupacionales entonces preferían trabajar en el ámbito sanitario y no les faltaban ofertas para ello, por lo que

---

<sup>793</sup> RD 1856/1979, de 30 de julio, por el que se regula la estructura y competencias del Instituto Nacional de Servicios Sociales (BOE nº182, de 31 de julio de 1979).

<sup>794</sup> Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (BOE nº103, de 30 de abril de 1982).

de las 52 plazas ofertadas por INSERSO solo fueron cubiertas 4, en Lugo, Pontevedra, Coruña y Palma de Mallorca. Algo similar ocurrió con las que sacó a concurso-oposición el Ministerio del Interior para los centros penitenciarios (25) solo se cubrió una en Sevilla.<sup>795</sup>

### **5.4.3. Consolidación de la profesión (1986-2007)**

#### **La situación de partida. Una visión de la profesión en 1986**

Para el verano de 1986, la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales había recopilado información sobre los servicios de Terapia Ocupacional del país, con el objetivo de incluirlos en el segundo dossier que se envió al Consejo de Universidades para el reconocimiento del título universitario. Se recogieron un total de 45 informes que sirven de muestra de la práctica profesional del momento. Los informes contenían la siguiente información: año de inicio de la unidad de Terapia Ocupacional, número total de terapeutas ocupacionales, categoría, funciones, tipo de casos/patologías tratadas, número de pacientes y sesiones realizadas. Con estos y otros datos, la Asociación elaboró una tabla que se adjuntó en el segundo dossier con la siguiente descripción:

Presentamos algunos de los Centros donde hay terapeutas ocupacionales, aunque estas cifras están muy por debajo de la realidad, ya que nos ha sido difícil localizar a varias de nuestras compañeras. Hemos contabilizado en total los siguientes Centros: Madrid 45 centros y 113 terapeutas ocupacionales; provincias 57 centros y 129 terapeutas ocupacionales, total centros 102 y terapeutas ocupacionales 242.

Se agruparon los datos de los centros en función de su dependencia administrativa y se señalaron cinco categorías de casos tratados en los servicios de Terapia Ocupacional: físicos, parálisis cerebral (PC), deficiencia mental, geriatría y psiquiatría.

Físicos: traumatismos de diversa etiología, amputaciones, lesiones medulares, quemados, parálisis de diversa etiología, afecciones congénitas, reumatismos etc.

P.C.: diplejías espásticas, tetraparesia espástica, coreoatetosis, ataxia, disfunción cerebral.

Deficiencia mental: deficiencias de diversas etiologías, trastornos de conducta, autismo.

---

<sup>795</sup> Vicente Cintero, "Desarrollo de la Terapia Ocupacional en España", temario oposiciones, 2016.

Geriatría: los centros que han definido como tal su asistencia.

Psiquiatría: psicosis, neurosis, alcoholismo y toxicomanía, epilepsia, psicopatía, trastornos de conducta, etc.

Es importante tener en cuenta que en bastantes servicios se trataban distintos tipos de casos, al igual que ocurre hoy en día. En las tablas que se elaboraron se registraron los siguientes datos: 38 centros dependientes de la Seguridad Social, 17 centros públicos no dependientes de la Seguridad Social, 21 centros con otro tipo de adscripción y 26 centros privados. Por el tipo de casos aparecen: 58 físicos, 37 parálisis cerebral, 9 deficiencia mental, 6 geriatría y 29 de psiquiatría.



**Figura 8. Distribución geográfica de los centros y nº de terapeutas (1986)**

De los informes que se enviaron desde los distintos servicios, podemos obtener información relevante sobre la situación laboral de los terapeutas ocupacionales en ese momento. En primer lugar, se dejaba claro que la figura del terapeuta ocupacional se hallaba perfectamente integrada en los equipos de rehabilitación con la consideración de un profesional de grado medio en igualdad de condiciones que los fisioterapeutas o enfermeros. Además, en algunos casos, se hacía constar que en las unidades de Terapia Ocupacional se contaba también

con monitores de Terapia Ocupacional<sup>796</sup> y con al menos uno o dos auxiliares. En cuanto a la cobertura de plazas parece que todavía resultaba difícil encontrar suficientes terapeutas puesto que en dos de los hospitales faltaba una plaza por cubrir.

En cuanto a las tareas que se llevaban a cabo en los hospitales generales, se observa que, aunque el trabajo se realizaba mayoritariamente en los departamentos, también se actuaba en las plantas de hospitalización e incluso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Por otra parte, los pacientes podían ser niños o adultos y recibir tratamiento durante su ingreso hospitalario o de forma ambulatoria. Las lesiones y patologías tratadas, tanto físicas como mentales era muy diversas:

En niños se registraban casos de: PCI, retraso psicomotor, trastornos del aprendizaje, deficiencias y trastornos psíquicos, afecciones neurológicas, parálisis braquiales y artrogriposis, traumatismos, malformaciones y deformidades, síndromes congénitos, parálisis braquiales obstétricas, amputaciones, quemaduras, afecciones reumatológicas.

En adultos se registraban casos de: lesión medular, síndromes neurológicos y tumorales, lesionados parietales y frontales por ictus cerebral, TCE, hemipléjicos, fracturas de miembro superior e inferior, amputaciones, secciones de tendones, aplastamientos de manos, tenosinovitis, parálisis de los nervios periféricos, paroplejias, PC, quemaduras, reumatismos (artritis reumatoide, espondilitis anquilosantes) lesiones sistémicas, parálisis, secuelas traumáticas, postoperatorios ortopédicos, enfermedades neurológicas del SNC y SNP, cirugía plástica y neurocirugía, artrosis, distrofias musculares, síndrome tóxico, enfermedades degenerativas del SNC, politraumatizados, cardiorespiratorios, oncológicos, amputados traumáticos y vasculares, etc.

Sobre las actividades y funciones de los terapeutas ocupacionales el informe más detallado es el del departamento de rehabilitación de la Ciutat Sanitaria "Vall D'Hebrón" de Barcelona, que decía lo siguiente:

Los terapeutas ocupacionales están totalmente integrados en el equipo de rehabilitación junto a médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, logoterapeutas,

---

<sup>796</sup> En la Comunidad de Madrid se define al monitor ocupacional como: el personal sanitario que estando en posesión del título de FP I rama sanitaria, presta servicios complementarios para la asistencia del terapeuta ocupacional y le ayuda en la aplicación de tratamientos físicos.

asistentes sociales, enfermeras, etc., participando en todas las actividades conjuntas.

Asisten regularmente y según su dedicación específica a las sesiones clínicas generales del dpto. y a las de las diversas secciones que lo componen. Participan en las discusiones conjuntas de programación y seguimiento del tratamiento rehabilitador de los pacientes, confeccionan los informes de Terapia Ocupacional para el historial clínico y llevan sus propias hojas de valoración y registro [...]

Las misiones principales de la sección de Terapia Ocupacional son: actividades de reeducación funcional motora, entrenamiento de las AVD, entreno del uso de prótesis, ortopraxia, reeducación sensorial, estimulación precoz, programación y realización de actividades recreativas, valoración y asesoramiento de adaptaciones y reformas en las viviendas de los pacientes.

En los informes de los *centros de salud mental* que se recogieron en el dossier, encontramos la descripción de las funciones y actividades realizadas por los terapeutas ocupacionales más bien que las patologías que se podían encontrar, lo mismo sucedía con los informes de los centros geriátricos o de atención a niños y minusválidos.

El informe del Sanatorio Psiquiátrico "Santa Águeda", de los Hermanos de S. Juan de Dios en Mondragón, Guipúzcoa, realiza la descripción más completa, así se indicaban las funciones de los terapeutas ocupacionales:

Participar activamente en el equipo técnico del centro, organizando los programas de rehabilitación, informando y tratando directamente a los enfermos agudos, de corta y media estancia; en actividades psicomotrices, grupales, de creatividad y autocuidado.

Participar en el estudio y evaluación psicomotriz de enfermos crónicos.

Organización de programas de rehabilitación y mantenimiento, individualizado por pabellones, según la capacidad y patología de los pacientes.

Formación y coordinación de los auxiliares que colaboran en la puesta en marcha y funcionamiento de las distintas actividades terapéuticas.

Coordinación y organización de la sección de laborterapia, en la que se encuentran integrados, aproximadamente, otros noventa enfermos más, en su mayoría crónicos. Los enfermos agudos que participan en esta sección lo hacen combinando actividades de Terapia Ocupacional, y forma parte de su programa.

Participación en la animación social del Centro.

En cuanto a las funciones del terapeuta ocupacional dentro del equipo técnico, se definían:

Observación de los pacientes en los distintos aspectos de su persona, a través de las diferentes actividades.

Información periódica, (semanal y siembre que se está estudiando a un enfermo) del comportamiento, actitudes y aptitudes que se han podido observar en él.

Participar activamente en la organización, confección y desarrollo de programas individuales de rehabilitación, junto con otros profesionales, según los objetivos previstos.

Tutelaje de ciertos pacientes, que por su patología (autismo, psicosis, depresión...), necesitan una mayor atención y control de su conducta.

En otros informes sobre servicios de salud mental, donde se incluía también la discapacidad psíquica, indicaban que los terapeutas ejercían sus funciones en diversos recursos: talleres ocupacionales, servicios comunitarios, hospitalización de crónicos y agudos, atención ambulatoria, niños y adultos, etc. Además de la realización de actividades terapéuticas, las tareas podían abarcar labores de supervisión, evaluación y observación de los tratamientos y los pacientes, así como orientación, supervisión de los monitores o jefes de taller, realización de presupuestos, coordinación de actividades, docencia, participación en actividades comunitarias.

Encontramos también un informe sobre las funciones de los terapeutas en las Residencias del INSERSO donde se especificaba: realización de tratamientos específicos para la recuperación funcional del beneficiario, colaboración con el equipo multiprofesional para pruebas y valoraciones, seguimiento y evaluación de los tratamientos, conocimiento y valoración de los recursos propios de su especialidad, existentes en la provincia, etc. También de los servicios del INSERSO en los centros base y residencias se decía que los terapeutas ocupacionales se encargaban de la rehabilitación psicofísica y la habilitación en AVD, valoración y orientación laboral de los minusválidos, supresión de barreras arquitectónicas, adaptación funcional del hogar, adaptación de herramientas y puestos de trabajo etc. Por último, el informe sobre el Hospital de la Cruz Roja de Madrid, dejaba claro que los terapeutas ocupacionales debían ser una figura imprescindible en las unidades de geriatría: Hospital de Día, Unidad de Media Estancia, Unidad de agudos, atención domiciliaria (adaptaciones de hogar, etc.).

## **Repercusiones de la Ley General de Sanidad**

En abril de 1986 se aprobó Ley General de Sanidad,<sup>797</sup> lo que significó el nacimiento del Sistema Nacional de Salud y la reorganización de la asistencia sanitaria, facilitando la integración y universalización de las prestaciones en el terreno de la salud.

Hasta ese momento, se habían producido algunos intentos de reforma, pero sin éxito, así que como decía la Ley en su exposición de motivos, había en España una "pluralidad de sistemas sanitarios funcionando en paralelo, derrochándose las energías y las economías públicas y sin acertar a establecer estructuras adecuadas a las necesidades de nuestro tiempo". Junto con la necesidad de reforma justificada por los principios de rentabilidad y eficacia, se sumaban dos razones provenientes de la Constitución. La primera era el reconocimiento del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud (artículos 43 y 49) y la segunda era la institucionalización de Comunidades Autónomas.

El Sistema Nacional de Salud se concibió por tanto como "el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados". Así que, los servicios sanitarios estarían "bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas y bajo los poderes de dirección, en lo básico, y la coordinación del Estado". El artículo cincuenta establecía lo siguiente.

1. En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado como se establece en los artículos siguientes bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.

De manera que desde la aprobación de la Ley General de Sanidad se inició la unificación de las diferentes redes hospitalarias y la reorganización de la asistencia ambulatoria. Se definió que las estructuras fundamentales del sistema serían las Áreas de Salud que vendrían delimitadas por las Comunidades Autónomas y que gestionarían tanto las actividades de atención primaria de salud como la atención especializada que se realizaba en los hospitales y los centros de especialidades.

---

<sup>797</sup> Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE nº102, de 29 de abril de 1986).

## **El personal de Terapia Ocupacional en el Sistema Nacional de Salud.**

Como consecuencia de la aplicación de la Ley General de Sanidad, las condiciones laborales del personal sanitario que ahora se incluía en el Sistema Nacional de Salud fueron transformándose. Uno de los primeros cambios se relacionó con las modificaciones que se proyectaban sobre el Estatuto de 1973. En diciembre de 1986 se aprobó una Orden por la que se realizó una nueva clasificación del personal de la Seguridad Social en dos categorías según su titulación:

1.1. Personal titulado de Grado Medio donde se incluyó a los Diplomados de enfermería, Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes, Matronas, Enfermeras y Fisioterapeutas.

1.2. Otro personal titulado: Técnicos Especialistas (Formación Profesional de segundo grado), Auxiliares de Enfermería (Formación Profesional de primer grado) y Terapeutas ocupacionales.<sup>798</sup>

Según esta clasificación, los terapeutas ocupacionales se situaban en una categoría inferior a la reconocida hasta entonces, así que si esto se mantenía en el proyecto del nuevo Estatuto Marco podía hacer peligrar toda la profesión. Esto provocó una serie de protestas, movilizaciones, trámites y negociaciones con distintas autoridades responsables. Una de las acciones que se llevaron a cabo, fue el envío masivo de telegramas al Ministro de Sanidad y Consumo en mayo de 1987, solicitando la homologación de los terapeutas ocupacionales en la categoría B del INSALUD. Los informes que se habían recopilado en el verano de 1986 para la elaboración de los dossiers de la titulación sirvieron también para demostrar que la Terapia Ocupacional estaba considerada como una profesión de grado medio totalmente integrada en los equipos de rehabilitación.

Como se explicó con anterioridad, la situación peculiar de la Escuela y el tipo de título que obtenían los terapeutas resultaba un problema para que las mismas autoridades sanitarias reconocieran la formación. Por ello, en un informe que se redactó desde la Asociación como respuesta al proyecto de creación del nuevo Estatuto Marco, se argumentó lo siguiente:

---

<sup>798</sup> Orden de 26 de diciembre de 1986 por la que se introduce la categoría profesional de Auxiliar de Enfermería en sustitución de la de Auxiliar de Clínica en el correspondiente Estatuto de Personal de la Seguridad Social y se modifican los baremos para la provisión de vacantes de esta categoría (BOE nº10, de 12 de enero de 1987).



[...] El artículo 112 de la misma Ley, [Ley General de Sanidad] determina que el Presidente del Consejo de Dirección del citado Instituto, será el propio Ministro de Sanidad y Consumo y que entre las funciones de este Instituto se encuentra la formación especializada del personal al servicio de la Salud y Gestión sanitaria. Esto determina una vez más, el hecho de que el Ministro de Sanidad y Consumo es el máximo responsable de los estudios de Terapia Ocupacional, y sin embargo paradójicamente, su propio Ministerio duda del nivel de sus estudios y no potencia ni defiende a sus profesionales.

Creemos totalmente absurdo e ilógico, que los terapeutas ocupacionales que han sido formados dentro del Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de uno de sus Organismos adscritos, pagadas sus enseñanzas por el mismo Ministerio y que además sí están reconocidos a nivel mundial, formando parte incluso de la Comisión de la C.E.E., no tengan ya desde hace muchos años de reivindicación y esfuerzos, el apoyo de su propio responsable máximo para que potencie la presencia de los terapeutas ocupacionales en los Centros e Instituciones sanitarias, e interceda definitivamente, ante el Ministerio de Educación y Ciencia para su reconocimiento como estudios universitarios de un ciclo.

Igualmente absurdo resulta que su propio Ministerio ponga en duda su nivel profesional y retributivo y no tome las medidas necesarias para evitar esta grave injusticia que se puede cometer con los terapeutas ocupacionales si no se les refleja debidamente en Estatutos o Convenios como profesionales de Grado Medio, pues después de superar el Bachiller Superior (COU en la mayoría de los casos) han tenido que superar tres años de carrera, hecho que no cumplen muchos de los que si se contemplan sin dudas en el grupo de Grado Medio y que nunca han homologado sus títulos antiguos que como mucho eran a nivel de Bachiller Elemental.<sup>799</sup>

Parece que todas estas acciones dieron su fruto ya que, finalmente, en septiembre de 1987, se aprobó el Real Decreto-Ley sobre las retribuciones del personal estatutario,<sup>800</sup> en el cual se reconoció a los terapeutas dentro del grupo B junto al resto de titulados de grado medio. Respecto al Estatuto Marco, se realizaron diversos anteproyectos en los años siguientes, pero quedaron como intentos frustrados hasta el año 2003, con la promulgación de la Ley de Ordenación de Profesiones sanitarias y la aprobación del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de Salud.<sup>801</sup>

---

<sup>799</sup> Informe sobre la trayectoria de la Terapia Ocupacional y consideraciones a tener en cuenta en el nuevo Estatuto Marco (Archivo de APETO).

<sup>800</sup> Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud (BOE nº219, de 12 de septiembre de 1987).

<sup>801</sup> Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de Salud (BOE nº301, de 17 de diciembre de 2003).

## **Unidades de Terapia Ocupacional en el INSALUD**

El traspaso de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas, proceso iniciado en 1981, y la progresiva aplicación de la Ley General de Sanidad facilitaron el avance de la Terapia Ocupacional en algunas áreas de la asistencia sanitaria.

Dentro del INSALUD, las unidades de Terapia Ocupacional pertenecientes a los servicios de rehabilitación de los hospitales generales, fueron las que experimentaron menos cambios, aunque el número de plazas se amplió, para entonces eran las delegaciones provinciales del INSALUD las que gestionaban dichas plazas.

En los recursos sanitarios dedicados a la atención primaria y la asistencia psiquiátrica la transformación fue más evidente, aunque no uniforme, ya que el traspaso de competencias a las Comunidades Autónomas se realizó de manera desigual. Además, existían peculiaridades organizativas y funcionales de los correspondientes centros, entre ellas la regulación de las condiciones laborales de los trabajadores sanitarios. Probablemente uno de los terrenos en los que esto se manifestó más claramente fue el de la atención psiquiátrica.

### **Ley General de Sanidad, Salud Mental y Terapia Ocupacional**

La aprobación de la Ley General de Sanidad es reconocida por muchos como el inicio del cambio de la asistencia psiquiátrica en nuestro país. Como se explicó anteriormente, las recomendaciones de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, se recogieron en esta Ley, aunque brevemente, ya que sólo dedica el artículo 20 al tema de la salud mental.<sup>802</sup>

Capítulo III. De la Salud Mental

Artículo veinte

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que recursos asistenciales a nivel ambulatorio (sic) y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

---

<sup>802</sup> “Esta brevedad se quiso complementar con un informe de una comisión ministerial, en 1985, que de forma amplia señalaba las recomendaciones necesarias para desarrollar la reforma psiquiátrica”, Aparicio y Sánchez, “Norma y Ley...”, 142.

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

Como se puede observar en la redacción del artículo, se señalaba la integración de unidades psiquiátricas dentro de los hospitales generales y el desarrollo de recursos comunitarios. Además, se reconocía el papel de la atención primaria en salud mental, los servicios psicosociales y la necesidad de desarrollar servicios de rehabilitación y reinserción social.

La aplicación y desarrollo de la reforma implicó diversas acciones tanto desde la Administración Central como desde las Comunidades Autónomas. Se elaboraron nuevos planes y se favoreció la creación de servicios. No obstante, todo este proceso se produjo de manera desigual, ya que la estructura de los servicios y la dotación de recursos humanos se gestionó de manera diferente según la Comunidad Autónoma de que se tratara.<sup>803</sup> Por tanto resulta difícil describir globalmente el proceso de integración de los terapeutas ocupacionales en los recursos que se fueron creando en estos años.

En cualquier caso, la reforma psiquiátrica favoreció el reconocimiento y la ampliación del papel de la Terapia Ocupacional fuera de las instituciones manicomiales. La creación de recursos comunitarios con un enfoque de rehabilitación psicosocial y la puesta en marcha de actividades preventivas fomentaron la integración gradual de un mayor número de terapeutas ocupacionales en los equipos de salud mental.

---

<sup>803</sup> Véase Torres-González, "La reforma psiquiátrica..."

## Desarrollo de los Servicios sociales

A partir de los años ochenta, el sector social experimentó un importante desarrollo en España, aunque como explica López Castellano, debía

superar el desfase de cultura pública y corregir el déficit de "capital social", derivados de su pobre tradición asociativa. Como en los países del entorno, su evolución corre paralela a la reestructuración institucional y reorientación ideológica de los Estados de Bienestar, aunque con diferencias debidas a la citada debilidad del tejido asociativo y al tardío establecimiento de la democracia.<sup>804</sup>

Esta evolución se plasmó en la aprobación de diversas normas para el desarrollo del sistema público de protección social, ampliando la oferta de recursos y servicios sociales. Por otra parte, el llamado "tercer sector"<sup>805</sup> fue adquiriendo relevancia y promoviendo otros recursos para la ayuda social. Esta expansión favoreció la integración progresiva de terapeutas ocupacionales en este ámbito.

Sin embargo, como mencionamos en un apartado anterior, el número de terapeutas ocupacionales todavía era reducido, puesto que existía una sola escuela para todo el país, además el título que otorgaba no era universitario. Así que en el momento de mayor expansión de los servicios sociales en España no hubo suficientes terapeutas para cubrir todas las plazas a las que podían optar, con la dificultad añadida de ostentar un título que no había sido reconocido por las autoridades educativas. Un ejemplo significativo es la oferta de empleo que se realizó desde la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) en 1986. La oferta incluía plazas de terapeuta ocupacional y de otra figura concreta denominada técnico de rehabilitación básica (TRB), una de nuestras informantes lo explicaba así:

Eran conscientes de que no podían ocupar todas las plazas con terapeutas ocupacionales, que hubiera sido su pretensión, pero no había suficientes terapeutas ocupacionales para cubrirlas. Se inventan esta figura, un cajón de sastre en el que pueden entrar profesionales afines que puedan encajar en el perfil, que tengan sensibilidad y que necesitan una formación complementaria para trabajar con las personas invidentes, psicólogo, maestro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional... estos son los perfiles que interesan, la formación complementaria sería impartida por la propia organización.

---

<sup>804</sup> López Castellano, *Raíces históricas del tercer sector*, 133.

<sup>805</sup> El tercer sector suele referirse a las entidades sin ánimo de lucro y no gubernamentales: fundaciones, asociaciones filantrópicas, instituciones benéficas y organizaciones sociales voluntarias.

Desde la estructura del INSERSO se fue creando y regulando una red de centros residenciales orientados a la atención de personas con discapacidad física e intelectual: Centros de Atención a Minusválidos Físicos (CAMF), Centros de Atención Especializada a Minusválidos Psíquicos gravemente afectados (CAMP), Centros Ocupacionales (CO), Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos (CRMF) y Centros Estatales y Experimentales de Atención a Minusválidos Psíquicos. Algunos de estos centros incluyeron específicamente la figura del terapeuta ocupacional dentro de sus plantillas.

En 1988 se creó el Ministerio de Asuntos sociales al que se incorporó el INSERSO, esto supuso la potenciación de los servicios sociales en el marco de la protección y una presencia más significativa de la Institución y de los programas que desarrolla en la sociedad.<sup>806</sup>

En 1989 se inauguró un recurso novedoso en nuestro país, el Centro de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT) que supuso un gran avance para el reconocimiento profesional de los terapeutas ocupacionales. Desde el comienzo, se contó con una terapeuta ocupacional para su diseño y puesta en marcha. A partir de entonces se incluyeron más terapeutas ocupacionales en los centros de ayudas técnicas que se fueron creando, en programas de autonomía personal y ayudas técnicas y en las ortopedias.

A partir de los años 90, la atención a la población mayor experimentó un avance importante. Por ejemplo, se crearon Unidades de Estancias Diurnas dentro de los Centros Sociales de Mayores del INSERSO<sup>807</sup> y se pusieron en funcionamiento Centros de Día y otros servicios. El interés de las Comunidades Autónomas, los Ayuntamientos y las entidades privadas facilitó la expansión de los recursos dirigidos a las personas mayores, ya fueran residenciales o no residenciales. En muchos de estos centros ya fueran públicos o privados se contempló desde el principio la figura del terapeuta ocupacional como uno de los profesionales clave dentro de los equipos.

---

<sup>806</sup> Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, "INSERSO, 25 años", *Minusval*, Número Especial, diciembre 2003, año XXIX.

<sup>807</sup> En 1996 cambia su nombre a IMSERSO al asumir competencias en materia de inmigrantes.

## **La profesión a comienzos del siglo XXI**

### **Ámbito sanitario**

El proceso de traspaso de competencias en gestión sanitaria a las Comunidades Autónomas culminó en 2002. Desde ese momento, se disolvió el INSALUD y la prestación sanitaria pública pasó a ser asumida por el Sistema Nacional de Salud a través de los servicios de salud de las distintas Autonomías con la excepción de Ceuta y Melilla, donde el Estado siguió ostentando la competencia sanitaria, para cuya gestión creó el INGESA.

La presencia de los terapeutas ocupacionales en el Sistema Público de Salud siguió circunscribiéndose mayoritariamente al ámbito de la atención especializada como parte de los recursos hospitalarios. No obstante, se produjeron avances en la Atención Primaria de Salud, Andalucía fue la Comunidad Autónoma pionera en incluir la Terapia Ocupacional como parte de estos equipos. Con la aprobación del Plan de apoyo a las familias andaluzas,<sup>808</sup> se impulsaron las intervenciones en Atención Primaria dirigidas a personas mayores y discapacitados. Se crearon nuevas figuras como la enfermería de enlace y los Equipos móviles de Rehabilitación y fisioterapia a domicilio. Al año siguiente se amplió el servicio de rehabilitación con la contratación de terapeutas ocupacionales como dispositivo de apoyo.<sup>809</sup>

En cuanto a la situación legal de las profesiones de la salud, el año 2003 marcó un nuevo hito con la aprobación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de profesiones sanitarias. La exposición de motivos reconocía la situación de "práctico vacío normativo", ya que, en realidad, desde principios del siglo XX no se había elaborado una nueva ordenación legal específica para las profesiones de la salud. Esto viene a significar que la definición de la Terapia Ocupacional como profesión sanitaria titulada no se produjo oficialmente hasta la aprobación de esta Ley. La situación de indefinición previa limitó las posibilidades de integración y representación colegial, lo que repercutió de formas diversas en la profesión. En la Ley 44/2003 se definió el concepto de profesión en relación al hecho de que,

---

<sup>808</sup> Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas (BOJA nº52, de 4 de mayo de 2002).

<sup>809</sup> Jaione Ignacio de Jesús, Nuevos campos de aplicación: "Inclusión de la Terapia Ocupacional en Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía", *Terapia Ocupacional. Revista informativa de APETO*, 34 (2004): 33-34.

en nuestra organización política sólo se reconoce como profesión existente aquella que está normada desde el Estado, los criterios a utilizar para determinar cuáles son las profesiones sanitarias, se deben basar en la normativa preexistente. Esta normativa corresponde a dos ámbitos: el educativo y el que regula las corporaciones colegiales. Por ello en esta ley se reconocen como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos.

Este concepto de profesión incluía sin duda a la Terapia Ocupacional, que para ese momento cumplía más de diez años como titulación universitaria y más de cuarenta años de práctica profesional en el sistema sanitario español. El contenido de la ley estaba dirigido a:

regular las condiciones de ejercicio y los respectivos ámbitos profesionales, así como las medidas que garanticen la formación básica, práctica y clínica de los profesionales. En virtud de todo ello, esta ley tiene por finalidad dotar al sistema sanitario de un marco legal que contemple los diferentes instrumentos y recursos que hagan posible la mayor integración de los profesionales en el servicio sanitario, en lo preventivo y en lo asistencial, tanto en su vertiente pública como en la privada, facilitando la corresponsabilidad en el logro de los fines comunes y en la mejora de la calidad de la atención sanitaria prestada a la población, garantizando, asimismo, que todos los profesionales sanitarios cumplen con los niveles de competencia necesarios para tratar de seguir salvaguardando el derecho a la protección de la salud.

Una consideración interesante es que no se determinaron las competencias de unas y otras profesiones de una forma cerrada y concreta, sino que se establecieron las bases para realizar pactos interprofesionales respecto a los ámbitos competenciales compartidos y específicos. Esto facilitaría que las praxis cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinares pudieran evolucionar de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente. En el artículo 7 referido a los Diplomados sanitarios se decía:

1. Corresponde, en general, a los Diplomados sanitarios, dentro de ámbito de actuación para que les faculta su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso.

Las funciones específicas de cada uno de los Diplomados se definían de manera global, sobre los terapeutas ocupacionales se especificaba lo siguiente:

c)Terapeutas ocupacionales: corresponde a los Diplomados universitarios en Terapia Ocupacional la aplicación de técnicas y la realización de actividades de carácter ocupacional que tiendan a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a orientar y estimular el desarrollo de tales funciones.

Otro de los aspectos importantes recogidos en la Ley de 2003 es la regulación del ejercicio privado de las profesiones sanitarias. El título IV con sus artículos 40 al 46, establece las modalidades y principios generales del ejercicio privado, las prestaciones de servicios que el profesional puede realizar tanto por cuenta ajena como por cuenta propia y regulaciones sobre el registro de profesionales, la publicidad, la seguridad y calidad y la cobertura de responsabilidades.

Como mencionamos al principio, esta Ley resultó clave en la consolidación de la Terapia Ocupacional como profesión sanitaria titulada. Un hecho que facilitó la progresiva creación de colegios profesionales y contribuyó al reconocimiento en 2007 de la Titulación de Terapia Ocupacional como Grado universitario.

### **Servicios sociales**

En el contexto de los servicios sociales, la transición al nuevo siglo, se caracterizó por la realización de diversos estudios y trabajos que culminaron con la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Por otra parte, el tercer sector ha experimentado un crecimiento importante, en muchas ocasiones como respuesta ante el fracaso de las instituciones públicas en la atención a personas con necesidades especiales. Tanto los recursos públicos como aquellos dependientes del tercer sector han ido contando con terapeutas ocupacionales en sus equipos. En ambos contextos se vivió la aprobación de la Ley de Dependencia como un hito histórico que permitiría mejorar la situación de las personas dependientes y sus familias.

La Ley 39/2006 reconocía en la exposición de motivos que "en España, los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población en situación de dependencia". Por un lado, se hacía referencia al "importante crecimiento de la población de más de 65 años, que se ha



duplicado en los últimos 30 años” y por otro al incremento del número de personas dependientes por causas ligadas a enfermedad o discapacidad. Esta regulación surge por tanto como una “nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora del Estado y del Sistema de la Seguridad Social”. La ley 39/2006 conllevó la creación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que requeriría la colaboración de todas las Administraciones Públicas.

El sistema que se planteó, trataba de consolidar y crear servicios, centros y programas dirigidos tanto a las personas en situación de dependencia como a sus familias y en muchos de ellos se incluía la Terapia Ocupacional. Sirva como ejemplo la red de Centros de Referencia Estatal (CRE) que se inició con la inauguración en 2002 del Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC) en Madrid; en 2006 el CEAPAT se integró en esta red como Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas; en 2007 se inauguró el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias en Salamanca y el Centro de Referencia Estatal para la Atención a Personas con Grave Discapacidad y para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, en San Andrés del Rabanedo, León.<sup>810</sup>

En definitiva, con la aprobación de la Ley 39/2006 se proporcionó un marco legal para muchas de las intervenciones y actuaciones que se realizan desde nuestra disciplina lo que significaba un refuerzo para las posibilidades de expansión y reconocimiento social de la profesión.

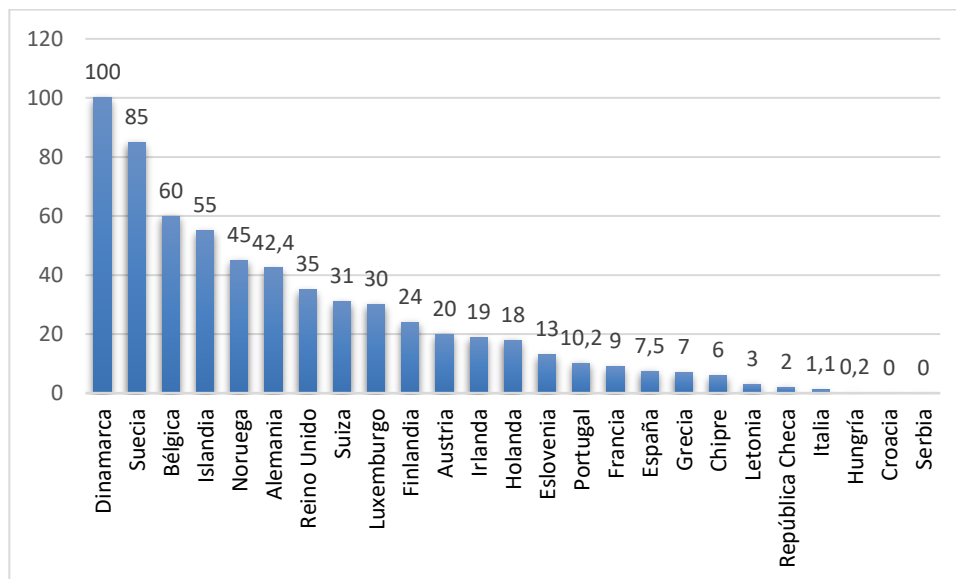
### **Cifras orientativas sobre la situación de la profesión.**

Para hacernos una idea de la situación de la profesión en España a principios del siglo XXI, hemos tomado los datos que publicó el COTEC para el año 2006, en ese año el número de terapeutas ocupacionales en activo en España alcanzaba un total de 33007, lo que suponía un promedio de 7'5 terapeutas/100000 habitantes. A continuación presentamos una gráfica con los datos de los países europeos pertenecientes al COTEC en ese momento:

---

<sup>810</sup> En 2009 se inauguró el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias (CREER) en Burgos en 2009 y en 2014 el Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a personas con Trastorno Mental Grave de Valencia (CREAP).

**Gráfico 8. Promedio de terapeutas ocupacionales/100.000 habitantes (2006)**



Como se puede observar, de los 25 países representados en la gráfica, España ocupa el puesto nº17, con una cifra promedio inferior a la de muchos de los países de nuestro entorno y muy alejada de los datos de países como Dinamarca o Suecia. Lo positivo de este dato es que indica posibilidades de crecimiento de la profesión, una idea que resulta coherente con los datos recogidos por ENOTHE en el año 2000. En ese año se publicó el estudio *Occupational Therapy Educations in Europe: an exploration* de ENOTHE, que indicaba una cifra de 4/100000 habitantes, es decir que se produjo un importante incremento en la cantidad de profesionales en activo en ese periodo.

En cuanto al análisis de la situación y el reconocimiento laborales la encuesta que se llevó a cabo en en 2004 para la elaboración del Libro Blanco de la Terapia Ocupacional de la ANECA puede servirnos de utilidad.

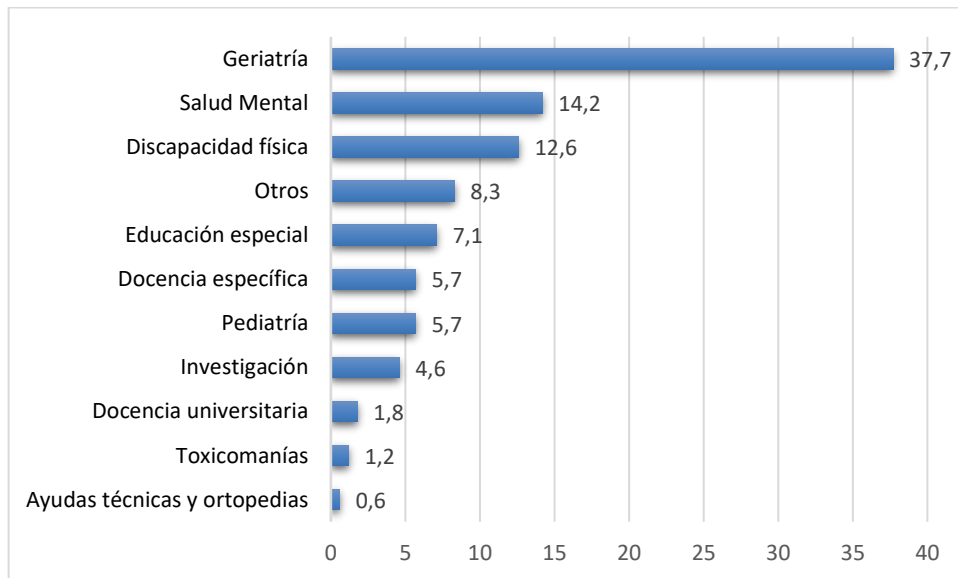
Del total de la muestra, el 59'7% trabajaba como terapeuta ocupacional; el 8'3% trabajaba como terapeuta ocupacional pero no tenía contrato de terapeuta ocupacional; el 18,7% se hallaba en activo, pero no trabajaba como terapeuta; y el 13,3% estaba en situación de desempleo.

En cuanto a las condiciones laborales, un 80% trabajaba por cuenta ajena, de éstos un 33% con contrato indefinido. El trabajo por cuenta propia seguía siendo minoritario. Sobre la duración de la jornada laboral existía un porcentaje similar de contratos a tiempo completo y a tiempo parcial.

En cuanto al tiempo transcurrido hasta la consecución del primer empleo, alrededor de un 60% consiguió empleo antes del medio año y aproximadamente un 25% lo hizo dentro del primer año.

Los ámbitos prioritarios de desempeño profesional que se recogieron en el estudio fueron los que aparecen en el siguiente gráfico.

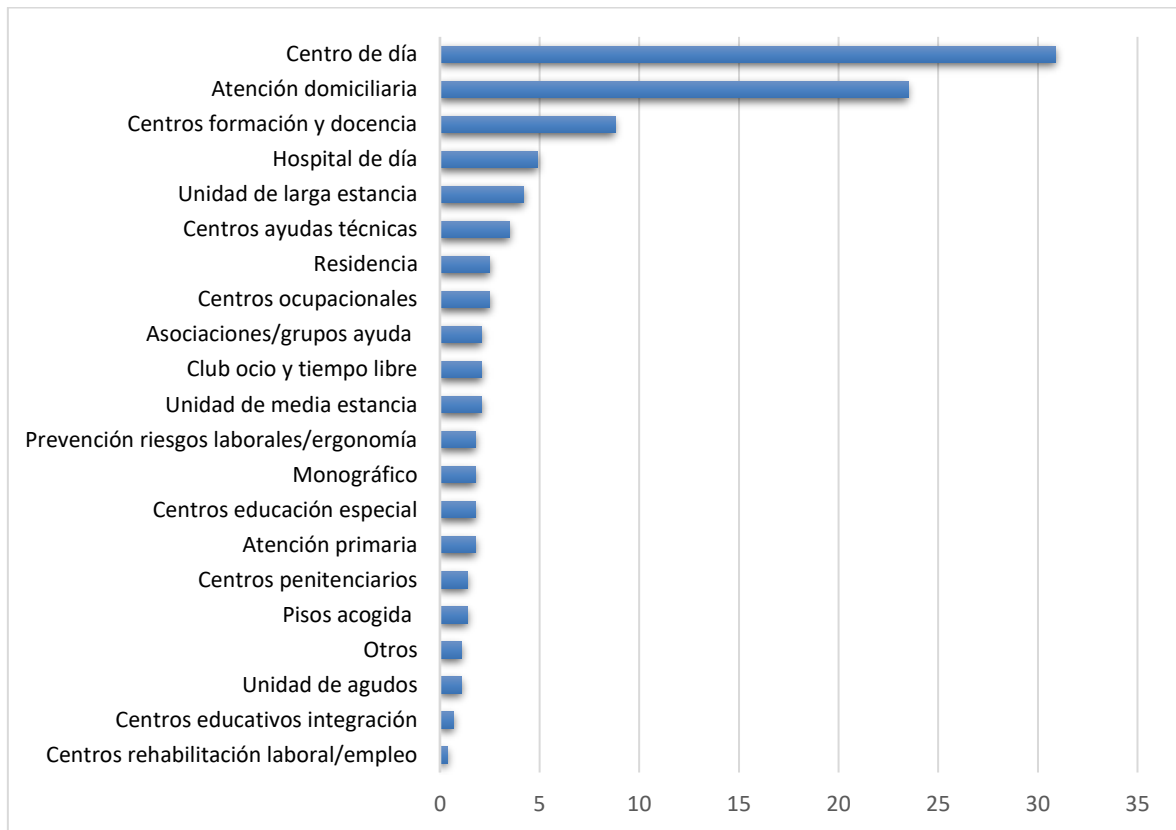
**Gráfico 9. Ámbitos de desempeño profesional (2004)**



Según estos datos, el mayor número de terapeutas ocupacionales, un 37,7%, trabajaba en el contexto geriátrico, a éste le seguía la salud mental con un 14,2% y la discapacidad física con un 12,6%. Otros campos como la educación especial, la pediatría, docencia o investigación seguían siendo minoritarios.

Respecto al tipo de recurso donde se llevaba a cabo el desempeño profesional los datos disponibles eran los siguientes:

**Gráfico 10. Recursos asistenciales de desempeño profesional (2004)**



Tras la exposición de resultados obtenidos, en el informe se aportaban una serie de valoraciones de las que destacamos:

Podemos observar un panorama laboral en pleno crecimiento para los terapeutas ocupacionales, con un progresivo reconocimiento de su labor profesional en el ámbito contractual y un tiempo de inserción medio relativamente breve.

La geriatría, la salud mental y la discapacidad física [son los campos] en los que actualmente existe un mayor número de profesionales en ejercicio, por lo que queda abierto el espacio para que esos otros campos a los que se hace referencia en el estudio puedan ser explotados laboralmente, a través de una adecuada difusión de la labor del terapeuta y su necesidad como profesional para abordar las problemáticas inherentes a cada campo.

Por otra parte, queda clara la incidencia de un número relativamente alto de contratos a tiempo parcial, y la figura del terapeuta aún está en pugna por su reconocimiento completo a nivel social-profesional.

## 5.5. Desarrollo científico y difusión del conocimiento

### 5.5.1. Formación postgrado

#### Etapa preuniversitaria

Desde el comienzo de la formación en Terapia Ocupacional en nuestro país, existió el interés por la formación postgrado. Como se explicó en el capítulo 5.2., desde 1968 hasta 1972 la Escuela de Terapia Ocupacional organizó cursos de especialización en colaboración con el PANAP que daban lugar al título de Terapeuta Ocupacional especializado en Psiquiatría. A principios de los años setenta también se organizaron cursos de formación especializada desde otras entidades, como los cursos de perfeccionamiento geriátrico y de orientación a la rehabilitación geriátrica organizados por el equipo de Salgado Alba.

Por otra parte, desde las primeras promociones hubo titulado que buscaron maneras de especializarse en materias relacionadas con la profesión: Psicoanálisis, Psicomotricidad, Método Bobath, etc. En muchos casos esto implicaba desplazamientos dentro y fuera de la Península, algunos obtuvieron becas de formación en el extranjero, que les permitieron ampliar sus estudios, así sucedió por ejemplo con Alicia Chapinal y Ana Forns. Estos primeros terapeutas trataron de buscar ocasiones de encuentro para compartir experiencias y hacer llegar el conocimiento actualizado a la Escuela de Terapia Ocupacional y a través de los artículos del Boletín de la Asociación.

Más adelante se pusieron en marcha otras iniciativas, como la realización del "Curso de Postgrado de Terapia Ocupacional en Psiquiatría y Psicología" y el "Curso Monográfico de Postgrado de Terapia Ocupacional Geriátrica". El primero se organizó a principios de los años ochenta desde el servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Madrid, con varias terapeutas ocupacionales como docentes.<sup>811</sup> El segundo fue promovido por APETO a principios de los noventa y se llevó a cabo en la Universidad de Alcalá de Henares con subvención del IMSERSO,<sup>812</sup> formando un total de 162 terapeutas en esta disciplina a lo largo de cuatro cursos académicos.<sup>813</sup>

---

<sup>811</sup> Carmen Moratinos, entrevista 16/12/2016.

<sup>812</sup> Ana Vicente, Desarrollo de la Terapia Ocupacional en España.

<sup>813</sup> Informe técnico del Consejo General, pág. 15

## **Etapa universitaria**

Una vez reconocida la Terapia Ocupacional como Diplomatura Universitaria se fueron organizando cursos de postgrado, que variaban en cuanto a su temática, carga lectiva y nivel de reconocimiento universitario. En muchos casos, los cursos se orientaban a completar la formación en áreas en las que se observaban déficits y en áreas emergentes de la Terapia Ocupacional.

Sirva como ejemplo la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza donde se organizaron y promovieron cursos de corta duración desde la primera promoción: Trastornos mentales en el envejecimiento: demencia y psicosis; Métodos y técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva; Análisis de la Actividad de Carpintería aplicada a Terapia Ocupacional; Métodos de control en situaciones de ansiedad para profesionales de la salud; Rehabilitación funcional del traumatismo craneoencefálico; Análisis Cinesiológico de Actividades de la Vida Diaria; Ejercicio terapéutico cognoscitivo. Método Perfetti; Oncología infantil y Terapia Ocupacional; Férulas de la extremidad superior, aplicaciones y práctica; Los trastornos de personalidad y su abordaje desde Terapia Ocupacional nivel I y II; etc. Además, en el año 2000 se consiguió la aprobación del plan de estudios para la realización del Diploma de Especialización: Terapia Ocupacional. Aplicación del Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner, que se reconoció como título propio de la Universidad de Zaragoza y que por tanto suponía una carga lectiva importante, 120 horas. De este Diploma se realizaron tres ediciones.

Conforme fue aumentando el número de diplomados, las asociaciones comenzaron a promover diversos cursos de formación, una tendencia que aumentó con el paso del tiempo y que parece que se ha consolidado, lo que también es una muestra del avance en el proceso de profesionalización.

### **5.5.2. Investigación y publicaciones**

#### **Publicaciones periódicas**

*La revista de la Asociación Española, el recorrido*

Los primeros intentos por crear un medio de expresión y comunicación del colectivo se plasmaron en la realización del primer "Boletín informativo de la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales" que se publicó en enero

de 1972. Contenía una carta del presidente de la Asociación, D. Fernando López Abad solicitando la colaboración y la asociación de los terapeutas ocupacionales, una relación de puestos de trabajo y un artículo sobre los Principios de Facilitación Neuromuscular de Ana Fornas.<sup>814</sup> Según relata M<sup>a</sup> Carmen Colomer: “eran seis hojas ciclostiladas, en cuya elaboración tuvieron parte, entre otros, Gregorio Robles, Mayte Martínez Velasco y María Teresa Tamayo”. Gregorio Robles explicaba a los socios cómo tenían que mandar sus escritos:

a ser posible, deberíais enviarlos en negativo, para lo cual, debéis poner primero el papel segundo, papel carbón puesto al revés, o sea, con la superficie que mancha pegada a la parte posterior del papel. Después se coloca la cinta en blanco y así sale la página escrita por detrás, pero en negativo.

Este sistema que suena tan lejano de la tecnología de hoy, resultó un método efectivo y económico de empezar a publicar algo como colectivo en aquel momento. Curiosamente, el primer lugar donde se realizaron las copias, fue la sede del Instituto Psicoanalítico “Peña Retama”, en la calle Serrano Jover,<sup>815</sup> en cuya clínica trabajaban varios de aquellos primeros terapeutas<sup>816</sup> y que disponía de ciclostil.<sup>817</sup>

A lo largo del tiempo, la publicación del Boletín, atravesó importantes dificultades que pusieron en riesgo su continuidad, en la mayor parte de las ocasiones por falta de colaboración para la elaboración de artículos y por problemas económicos. Así que los objetivos de mejora de su calidad y la regularidad en su publicación siempre estuvieron presentes para las diferentes Juntas de Gobierno de la Asociación. Las personas que a lo largo de estos años trabajaron en el comité de prensa de la AETO, invirtieron gran cantidad de tiempo y esfuerzo para poder sacar adelante la revista. Una de las personas que se implicó desde 1983 en la vocalía de prensa fue M<sup>a</sup> Carmen Colomer, quien relataba así su experiencia: “todos los artículos se pasaban a máquina y se llevaban a

---

<sup>814</sup> Máximo, “Papel de D. Ángel Alonso...”, 79

<sup>815</sup> En el año 1962 se creó el Instituto-Clínica de Psicoterapia “Peña Retama” situado en Hoyo de Manzanares (Madrid), concebido y desarrollado como una Comunidad Terapéutica (la primera que se instauró en España), también se crea el Instituto de Psicoterapia, primitivamente ubicado en la calle Gaztambide 59, y posteriormente trasladado a la calle Serrano Jover 6, como un centro de atención ambulatoria. <http://centropsicoanaliticomadrid.com/index.php/quienes-somos>

<sup>816</sup> Entre ellos Carmen Díez de Velayos, quien nos relató más detalles sobre este centro en la entrevista que nos concedió.

<sup>817</sup> El mimeógrafo o polígrafo, llamado también a veces ciclostil, fue inventado a finales del XIX, es un instrumento utilizado para hacer copias de papel escrito en grandes cantidades (se solía utilizar en colegios).

fotocopiar al mejor postor para luego (una vez grapados y con las tapas puestas) meterlos en los sobres, poner las etiquetas de las direcciones de los asociados y ponerlos en el correo sin colapsar los buzones".<sup>818</sup>

Se continuó trabajando en la mejora de la calidad de la revista de la Asociación y en noviembre de 1987 se consiguió que la publicación fuera incluida en la categoría postal de "periódicos", algo que facilitó el cambio en las tarifas de franqueo. En 1987 con la creación de APETO, cambió su denominación a "Terapia Ocupacional. Boletín informativo de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales", iniciando una etapa nueva con el número 1. Dos años más tarde, ya con un número de Depósito Legal,<sup>819</sup> comenzó a denominarse "Terapia Ocupacional. Revista Informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales". Aunque la asignación del código ISSN 1575-5606 no se consiguió hasta 1999 sirve como identificador de la revista desde 1987.<sup>820</sup>

#### *Aportaciones de la revista de la Asociación Española*

Durante todo este tiempo, la revista, funcionó como "canal de información, y como instrumento de expresión de los terapeutas ocupacionales y de divulgación de la Terapia Ocupacional".<sup>821</sup> Fue un medio en el que reflejar las inquietudes y las actividades que se venían desarrollando en los distintos ámbitos de la práctica. Actualmente la revista se presenta en Dialnet como:

la forma de expresión fundamental de la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO), además de cumplir con su obligación de difundir las actividades de la profesión de Terapia Ocupacional, pretende ser portavoz de: la aportación científica de los artículos, opiniones, formas y metodologías nuevas de evaluación e intervención, sugerencias, etc. que puedan tener terapeu-

---

<sup>818</sup> Quiroga, "Asociación Española", 24.

<sup>819</sup> Este proceso había durado años. Desde principios de los años setenta se procuró legalizar la publicación, pero está claro que no fue un proceso fácil como recuerda M<sup>ª</sup> Teresa Martínez Calvo. Quiroga, "Asociación Española", 18. M-2096-1989.

<sup>820</sup> El ISSN (International Standard Serial Number / Número Internacional Normalizado de Publicaciones Seriadas) es un código numérico reconocido internacionalmente para la identificación de las publicaciones seriadas. El ISSN está indisolublemente asociado al título de la publicación seriada y un cambio en el título puede implicar un cambio de ISSN. Mientras el título no sufra cambios o variaciones, el ISSN se mantiene y debe imprimirse en cada fascículo, volumen o iteración de la publicación seriada a la que identifica.

<sup>821</sup> Azucena Ortega-Valdivieso, María Rodríguez Bailón y Nádier Al-Mesri Rodríguez, "Análisis de la Revista APETO (1988-2003), La Terapia Ocupacional española desde el análisis bibliométrico", *Evidentia*, may-jun, nº4 (15), (2007). <http://www.index-f.com/evidentia/n15/325articulo.php>



tas ocupacionales u otros profesionales que quieran contribuir con sus experiencias. Además, es un lugar de encuentro donde poder plasmar la problemática de nuestra profesión a nivel nacional y mundial.

Como se explica en el artículo de Ortega-Valdivieso y colaboradores, estas características están de acuerdo con una de las pautas frecuentes entre las revistas de asociaciones científico-profesionales: cumplir al mismo tiempo la función informativa y la función científica. Por ello, el análisis de la revista puede darnos una idea del estado de la profesión, qué concepto se tiene sobre ella y cómo va evolucionando la disciplina a lo largo del tiempo. Ortega-Valdivieso realizó un estudio bibliométrico de la revista que abarcó el periodo 1988-2003, y que aportó algunas conclusiones interesantes para la reflexión que reproducimos a continuación:

La revista de la APETO muestra el comportamiento de una publicación irregular en frecuencia de publicación y tamaño, de carácter informativo y científico simultáneamente, aunque con un mayor espacio dedicado a los artículos de carácter científico. [...] La variabilidad observada en su producción científica es un reflejo de la situación de la Terapia Ocupacional en España. La producción científica de la revista, considerando como tal los artículos publicados en las secciones de artículos y especiales, es muy pequeña. [...] Si se revisa la bibliografía citada, el primer rasgo que llama la atención es que la mayoría de los artículos no citen referencias. [...] indica que la Revista de APETO no sólo es una pequeña productora, sino que la literatura que consumen los profesionales es escasa y no siempre tiene contenido científico. [...] El índice de colaboración es significativamente inferior a 2. [...] Los autores que publican en la Revista de la APETO tienden a la autoría individual. [...] Más de dos terceras partes de los terapeutas ocupacionales clínicos firman solos el artículo, mientras que de los terapeutas ocupacionales docentes lo hacen la mitad. [...] Los terapeutas clínicos publican con más frecuencia que los docentes, lo que puede ser compatible con que los docentes, por su necesidad de hacer currículum, prefieran publicar en revistas de otros campos con mayor reconocimiento.

Tras estas conclusiones avaladas por los indicadores revisados y la comparación con otras disciplinas sanitarias, los autores concluían diciendo que “desde un punto de vista científico, la Terapia Ocupacional española está todavía en un estadio inicial en su desarrollo como disciplina clínica de contenido científico” y que esta situación es parecida al proceso de transformación que han

vivido otras disciplinas clínicas como fisioterapia y enfermería donde la consideración legal como disciplinas universitarias y la gestión conjunta del conocimiento ha facilitado el progreso científico.<sup>822</sup>

Desde 2003 hasta 2007, año en el que finaliza el periodo estudiado en esta tesis, la revista de APETO, se ha comportado de forma muy similar. Si bien, un análisis somero de su contenido y de algunos de los indicadores citados anteriormente nos hace pensar que existe una tendencia hacia la mejora de la calidad científica de la publicación. Por ejemplo, se ha incrementado el número de artículos con referencias bibliográficas (67'7%) y el número de artículos con varios colaboradores (45'5%), siendo este último un indicador de madurez y consolidación de una disciplina en cualquier comunidad científica. (Anexo X)

Otro de los indicadores de consolidación de la profesión ha sido la aparición de nuevas publicaciones periódicas en nuestro país. En 2004 se comenzó a producir en formato electrónico la Revista de Terapia Ocupacional de la Asociación Gallega de Terapia Ocupacional (APTGO) conocida como Terapia Ocupacional de Galicia (TOG). El propósito de la revista se define así en su página web:

Esta revista científica aglutinará artículos relacionados con la divulgación, investigación y difusión de la Terapia Ocupacional. La revista, está abierta a colaboraciones procedentes de otras profesiones que tengan vinculación con la Terapia Ocupacional.

TOG pretende crear un nexo de unión entre todas las comunidades autónomas, generando un espacio donde los autores que residan en las mismas puedan exponer sus artículos. Además, es también un punto de encuentro con otros profesionales de América Latina y del resto de continentes, que por el interés de sus trabajos quieran hacerlos llegar a TOG. Esta revista provee acceso libre inmediato a su contenido bajo el principio de hacer disponible gratuitamente la investigación al público, lo cual fomenta un mayor intercambio de conocimiento global.<sup>823</sup>

La revista TOG es una publicación semestral de acceso libre y gratuito lo que ha facilitado la amplia difusión de sus artículos. Desde su aparición en

---

<sup>822</sup> Ortega-Valdivieso, Rodríguez y Al-Mesri, "Análisis de la revista APETO..."

<sup>823</sup> Asociación Profesional Gallega de Terapia Ocupacional (APGO), Revista Terapia Ocupacional Galicia, TOG, presentación, disponible en: <http://www.revistatog.com/presentacion.htm>

diciembre de 2004 hasta 2007 publicó seis números junto con dos suplementos y un monográfico.

Además, en mayo de 2005 se lanzó la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional de la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias (APTOPA). Esta revista es de periodicidad semestral, se publica en versión impresa y existe acceso electrónico completo a sumarios y números anteriores. Desde su aparición hasta 2007 publicó cinco números. En las normas de publicación que se indicaron en el primer número se decía que:

La revista asturiana de TO considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la Terapia Ocupacional, rehabilitación y discapacidad, además de disciplinas afines, así como relativos a la propia asociación y asociaciones de TO. Así tendrán cabida dos tipos principales de comunicaciones:

Temas científicos: en forma de artículos originales, revisiones, comunicaciones breves o crítica de libros;

Temas asociativos: recogiendo tanto información de las propias asociaciones y sus actividades científicas, como comentarios, sugerencias o información proporcionada por los socios.<sup>824</sup>

### **Otras publicaciones**

Desde el comienzo de la formación en Terapia Ocupacional en España, se reconoció que la escasez de bibliografía específica sobre la disciplina en español presentaba una dificultad añadida para los nuevos profesionales, por lo que se hacía necesario impulsar una labor de traducción. Por ello, para algunas de las primeras terapeutas ocupacionales sus conocimientos de lenguas extranjeras fueron un factor clave para facilitar el contacto con lo que se hacía en el exterior. Entre los casos más significativos está Ana Forns, quien trató de hacer llegar esa información a través de cursos, clases en la Escuela y artículos en el Boletín de la Asociación. Podemos hacernos una idea del volumen de bibliografía que manejaba con el listado de su donación de libros a la Escuela de Tarrasa que abarca un total de 100 publicaciones, la mayoría en inglés.

---

<sup>824</sup> <http://www.therapeutica.es/index.php/numeros-publicados/numeros-anteriores/item/93-revista-asturiana-de-terapia-ocupacional-numero-1>

Sin embargo, durante años, la mayoría de los terapeutas que se formaron en la Escuela de Madrid solo pudieron recurrir a apuntes y a dos libros que se tradujeron al español para el estudio de los temas específicos de la profesión. En la bibliografía de las tesinas que los estudiantes debían entregar al final de su formación aparecen repetidamente dos títulos clásicos en la formación de Terapia Ocupacional: "Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación" de McDonald EM. (Salvat, 1970, 1972, 1979) y "Terapéutica Ocupacional" de Willard & Spackman, (Ed. Jims, Barcelona, 1973). Ambos eran traducciones de manuales utilizados internacionalmente, el primero de origen inglés y el segundo de origen estadounidense.

El único título escrito en España con la Terapia Ocupacional como eje central era "La Terapia Ocupacional y la laborterapia en las enfermedades mentales" de Rodríguez Reyes que fue editado por el PANAP en 1972. El resto de libros referenciados en las tesinas estaban relacionados con materias comunes, entre ellos:

**Tabla 15. Bibliografía comúnmente citada en las tesinas (ETO)**

Ajuriaguerra J. Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Toray-Masson; 1972.
Arnheim DD, Sinclair WA. El niño torpe: un programa de terapia motriz. México: Ed. Médica Panamericana; 1976.
Barraquer Bordas L. Neurología fundamental. 3ª ed. Barcelona: Toray; 1976. Barraquer Bordas L, et. al. La parálisis cerebral infantil: su estructuración dinámica. Barcelona: Ed. científico médica; 1966.
Bleuler E. Tratado de Psiquiatría. 2ª ed. española. Madrid: Espasa-Calpe; 1967.
Brauner A, Brauner F. La educación de un niño deficiente mental. Madrid: Ed. Aguilar; 1972.
Bobath B. Hemiplejía del adulto: evaluación y tratamiento. Buenos Aires: Ed. Panamericana; 1986.  -Bobath B. Actividad postural refleja anormal causada por lesiones cerebrales. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1973.  Bobath B, Bobath K. Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 1976.
Claramunt F. Guía para auxiliares psiquiátricos. PANAP; 1967.

-Claramunt F. Psiquiatría y asistencia social. Madrid: Euramérica; 1964.
Cotta H, Heipertz W, Teirizh-Leube H. Tratado de rehabilitación: estudio preventivo, médico, laboral y social. Barcelona: Labor; 1974.
Daniels L, Williams M, Worthingham C. Pruebas funcionales musculares: técnicas manuales de exploración. México: Interamericana; 1973.
Delmas, A. Vías y centros nerviosos: introducción a la neurología. 7ª ed. Barcelona: Ed. Toray-Masson; 1976.
Esteban Múgica L. Rehabilitación funcional por ejercicios. 4ª ed. Madrid: Ed. Paz Montalvo, 1973.
Esteve de Miguel R, Otal A. Rehabilitación en Ortopedia y Traumatología. Barcelona: JIMS; 1965.
Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría. 6ª ed. Barcelona: Toray-Masson; 1974.
Gesell A. El niño de 1 a 5 años: guía para el estudio del niño preescolar. 4ª ed. Buenos Aires: Paidós; 1963.
González Mas R. Tratado de rehabilitación médica. 3ª ed. Barcelona: Ed. Científico-Médica; 1975.
Krusen FH, Kottke FJ, Ellwood PM. Medicina física y rehabilitación. Barcelona: Salvat; 1974.
Lapierre A, Aucouturier B. Simbología del movimiento: psicomotricidad y educación. Barcelona: Ed. Científico-médica; 1977.
-Lapierre A. La educación psicomotriz como terapia: "Bruno". Barcelona: Médica y Técnica; 1977.
-Lapierre A. La reeducación física. Tomo I. Cinesiología, reeducación postural, reeducación psicomotriz. Barcelona: Ed. científico-médica; 1978.
Laurie P. Las drogas. 4ª ed. Alianza Editorial; 1974.
Licht S. Terapéutica por el ejercicio. Barcelona: Salvat; 1965.
López Ibor J.J. Los problemas de las enfermedades mentales: corrientes actuales del pensamiento psiquiátrico. Barcelona: Labor; 1949.
Molina de Costallat D. Psicomotricidad II. El niño deficiente mental y psicomotor. Buenos Aires: Ed. Losada; 1973.

Osterrieth PA. Psicología infantil: introducción a la psicología del niño (de la edad "bebé" a la madurez infantil). 2ª ed. Madrid: Morata; 1970.
Piaget J. Seis estudios de psicología. Barcelona: Seix Barral; 1973. -Piaget J. Psicología de la inteligencia. Buenos Aires: Psiqué; 1971. Piaget J, Inhelder B. Psicología del niño. Madrid: Morata; 1972.
Pick L, Vayer P. Educación psicomotriz y retraso mental. Barcelona: Ed. científico-médica; 1969.
Rasch PJ, Burke RK. Kinesiología y anatomía aplicada: la ciencia del movimiento humano. Buenos Aires: Ed. El Ateneo; 1961
Rathke FW, Knupfer H. El niño espástico: diagnóstico y tratamiento del niño con parálisis cerebral infantil: recuperación funcional y motora. Barcelona: Espaxs; 1969.
Reichardt M. Psiquiatría general y especial: para estudiantes y médicos. Madrid: Ed. Gredos; 1958.
Rusk HA. Medicina de Rehabilitación. 2ª ed. México: Ed. Interamericana; 1966.
Salgado Alba et al. Gerontología y geriatría. Cruz Roja Española. Madrid: 1974. Salgado Alba A, Guillén Llera F, Díaz de la Peña J. Tratado de geriatría y asistencia geriátrica. Barcelona: Salvat; 1986.
Serigó A. Bases sociales de la asistencia a los enfermos mentales. Madrid: PANAP; 1970 PANAP. La asistencia del enfermo mental. Madrid: PANAP; 1969.
Vallejo Nájera JA. Introducción a la Psiquiatría. Barcelona: Ed. Científico-médica; 1969.
Vayer P. El diálogo corporal: (acción educativa en el niño de 2 a 5 años). Barcelona: Ed. científico-médica; 1977. -Vayer P. El niño frente al mundo: en la edad de los aprendizajes escolares. Barcelona: Ed. científico-médica; 1973.
Whittaker James O. Psicología. 2ª ed. México: Ed. Interamericana; 1975.
Wing L. La educación del niño autista. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1974.
Wunderlich Chr, Köttgen U. El niño mongólico: posibilidades diagnósticas y asistenciales. Barcelona: Ed. Científico-Médica; 1972.

La inclusión de la Terapia Ocupacional en la Universidad impulsó la producción de obras en nuestro país que se han utilizado desde entonces en la formación universitaria, hasta el año 2007 se han publicado al menos 28 obras, que ordenadas según su momento de publicación son las siguientes:

**Tabla 16. Libros publicados por terapeutas ocupacionales españoles (1996-2007)**

Sánchez L. Manual de técnicas grupales de comunicación y creatividad para terapeutas ocupacionales. Madrid: APETO; 1996.
Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. Barcelona: Masson; 1998.
Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Terapia Ocupacional en salud mental: principios y práctica. Barcelona: Masson; 1998.
Chapinal Jiménez A. Involuciones en el anciano y otras disfunciones de origen neurológico: guía práctica para el entrenamiento de la independencia personal en Terapia Ocupacional. Barcelona: Masson; 1999.
Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Terapia Ocupacional en salud mental: 23 casos clínicos comentados. Barcelona: Masson; 2000.
Carrascal Martín T. Terapia Ocupacional en reimplantes del miembro superior. Madrid: APETO; 2000.
Polonio López B, Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana; 2001.
Domínguez Clemente A, Masa Moreno S. Terapia Ocupacional en la institución (programas de rehabilitación). Badajoz: Diputación de Badajoz; 2003.
Romero Ayuso DM, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003.
Polonio López B. Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. Madrid: Médica-Panamericana; 2003.
Máximo Bocanegra N, Pérez de Heredia M, Gutiérrez Morote M. Atención en el hogar de personas mayores: manual de Terapia Ocupacional. Salamanca: Tempora; 2004.
Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2004.

Redondo Garcés A. Terapia Ocupacional en Alzheimer y otras demencias: nuevos puntos de vista para un cuidador. Madrid: Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer; 2005.
Margallo Ortiz de Zárate PG, et al. El análisis y la adaptación de la actividad en Terapia Ocupacional. Madrid: Aytón; 2005.
Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson; 2005.
Chapinal Jiménez A. Rehabilitación en hemiplejía, ataxia, traumatismos craneoencefálicos y en las involuciones del anciano: entrenamiento de la independencia en Terapia Ocupacional. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
Chapinal Jiménez A. Rehabilitación de las manos con artritis y artrosis en Terapia Ocupacional. Barcelona: Elsevier Masson; 2005.
Kronenberg F, Simó Algado S, Pollard N. Terapia Ocupacional sin fronteras: aprendiendo el espíritu de supervivientes. Madrid: Médica Panamericana; 2006.
Máximo Bocanegra N. et al. Manual de actividades didácticas: Terapia Ocupacional en afecciones de origen pediátrico y neurológico. Madrid: Dykinson: Universidad Rey Juan Carlos, Servicio de Publicaciones; 2006.
Rincón Herrera E, Sánchez-Ortiz Muñoz M, Ramos Santos R. Terapia Ocupacional: intervención en distintas patologías. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá; 2007.
Máximo Bocanegra N. (coord.) Neurorrehabilitación en la esclerosis múltiple. Madrid: Centros de Estudios Ramón Areces; 2007.
Navarrón Cuevas EL, Domingo Sanz MA, Ortega Valdivieso A. (coord.) Terapeutas ocupacionales del Servicio Andaluz de Salud. Temario parte específica. Vol. I, II, III. Sevilla: MAD; 2007.
Ortega Valdivieso A, Navarrón Cuevas EL, Domingo Sanz MA. Terapeutas ocupacionales del Servicio Andaluz de Salud. Test de la parte específica y supuestos prácticos. Sevilla: MAD; 2007.
Rincón Herrera E, Sánchez-Ortiz M, Ramos Santos R. Terapia Ocupacional: intervención en distintas patologías. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá; 2007.

Como se puede observar en la tabla, la producción bibliográfica española creció de manera extraordinaria desde finales de los años noventa coincidiendo



con el inicio de los estudios universitarios de Diplomatura y el consiguiente interés de los docentes por publicar obras que ofrecieran una visión propia de la Terapia Ocupacional.<sup>825</sup>

Otro de los ámbitos de crecimiento en el número de publicaciones relacionadas con la Terapia Ocupacional ha sido Internet. Los portales monográficos de la profesión y los sitios en Internet relacionados con Terapia Ocupacional se han multiplicado en los últimos años ofreciendo una gran variedad de recursos para los profesionales. Muchos de estos recursos plasman el esfuerzo de los profesionales en mejorar la formación, ampliar los campos de aplicación de la Terapia Ocupacional y promover la investigación en nuestro contexto.

En el año 2000, se creó desde nuestro país, la página web [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com). Este portal está liderado por la terapeuta ocupacional Rosa Matilla y ha sido considerado como sitio web de referencia para los profesionales de habla hispana. Desde su creación ha servido como un medio de información y actualización de todo lo concerniente a la Terapia Ocupacional. Además de informar sobre cursos, jornadas, noticias relacionadas con la Terapia Ocupacional etc., desde el principio se han publicado artículos de acceso libre. En 2006 Rosa Matilla explicaba en una entrevista, que el número de visitas había crecido desde las 80-100 visitas diarias hasta las 2000 y que en el año 2006 se habían publicado 10 artículos nuevos. Por otra parte, se han ido creando otros sitios web desde las Asociaciones, los Colegios Profesionales y a partir de iniciativas estudiantiles o particulares.<sup>826</sup>

## **Investigación**

En nuestro contexto, la actividad investigadora en Terapia Ocupacional constituye un fenómeno relativamente reciente. Durante años, la mayor parte de los terapeutas ocupacionales se concentró en su labor asistencial, en realidad la función investigadora de la profesión ni siquiera se contemplaba.

La formación que recibieron los terapeutas ocupacionales titulados en la Escuela de Terapia Ocupacional de la Dirección General de Sanidad, no ofrecía

---

<sup>825</sup> Encontramos también otros títulos elaborados por otros profesionales, sirvan como ejemplo los libros publicados por el profesor Jesús Gómez Tolón (médico rehabilitador y profesor en la Universidad de Zaragoza): Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional (1997); Rehabilitación Psicomotriz en los Trastornos de Aprendizaje (1997); Habilidades y destrezas en Terapia Ocupacional (2000); Terapia Ocupacional en psiquiatría (2003).

<sup>826</sup> En este mismo periodo surgieron otros proyectos de menor recorrido como REITO y la revista Spanish Journal of Occupational Therapy.

ningún tipo de entrenamiento para el desarrollo de funciones investigadoras. Asimismo, los retos que afrontó la profesión desde sus inicios, en cuanto a la apertura de unidades de Terapia Ocupacional, la defensa de los espacios y puestos de trabajo, el desarrollo de técnicas y procedimientos, etc. absorbieron la mayor parte de las energías y esfuerzos de los primeros terapeutas ocupacionales de nuestro país.

En el contexto de la práctica profesional, concretamente en el ámbito sanitario, las oportunidades de participación en proyectos de investigación para cualquiera de las profesiones auxiliares de la medicina eran escasas ya que tampoco existía una cultura o conciencia general que impulsara este tipo de iniciativas. En opinión de Ana Forns, "lo de la investigación estaba muy limitado [...] más que nada la política, influyó muchísimo, la gente de arriba no estaba formada en esto, no entendían y no dejaban, fueron años muy difíciles..." Todo esto junto con la actitud no siempre receptiva de los médicos, repercutía en las posibilidades de participación en congresos y publicaciones científicas. En cuanto a los artículos que se publicaban en la revista de la Asociación, habitualmente se mantenían en un nivel descriptivo, refiriéndose a las actividades y técnicas que se aplicaban en los distintos ámbitos de la práctica.

Desde el contexto académico, hasta la integración en la Universidad de las profesiones sanitarias como estudios de primer ciclo, las posibilidades de alcanzar el nivel de doctorado y desarrollar investigaciones propias eran prácticamente nulas. En el caso de la Terapia Ocupacional, este proceso no se inició hasta los años noventa, lo que retrasó todavía más el acceso de los Diplomados en Terapia Ocupacional a estudios de segundo ciclo que les permitieran obtener la titulación académica necesaria para continuar con el doctorado. Algunos de los primeros terapeutas ocupacionales que accedieron al Doctorado habían cursado también titulaciones de 2º ciclo. La realidad es que no ha sido sino hasta el inicio del presente siglo cuando se ha visto un cambio de tendencia en el ámbito de la investigación en nuestro país.

De manera que todavía estamos a cierta distancia de alcanzar los niveles de otras profesiones. Una de las apreciaciones del estudio de Ortega-Valdivieso es que cuando hablamos de la generación de conocimientos propios de Terapia Ocupacional se observa un patrón de transitoriedad, lo que muestra entre otras cosas, una falta de continuidad en la producción científica, aunque "al mismo

tiempo es un dato positivo pues indica que una población elevada de autores esporádicos es más propia de una disciplina en desarrollo que no tiene todavía una comunidad amplia de científicos suficientemente vertebrada y consolidada".<sup>827</sup> Esta realidad abre un camino lleno de retos interesantes para la profesión en nuestro contexto.

Por otra parte, las propias características de la Terapia Ocupacional suponen una práctica condicionada por múltiples elementos lo que obliga a la realización de investigaciones tanto de carácter cuantitativo como de carácter cualitativo.

Esta característica del tipo de investigación necesaria para generar conocimiento en una profesión social y sanitaria como la Terapia Ocupacional, obliga a tener en cuenta la controversia que aún existe en algunos ámbitos del saber sobre si las evidencias científicas incluyen las evidencias precedentes de la investigación cualitativa o solo las de la investigación cuantitativa. [...] las evidencias procedentes de ambos tipos de investigación son necesarias para los terapeutas ocupacionales con una práctica holística de la Terapia Ocupacional.<sup>828</sup>

### **5.5.3. Congresos y Jornadas.**

La organización de congresos y la participación en eventos científicos es un área de interés para cualquier profesional, además puede ser un indicador del desarrollo de una profesión. En este apartado realizaremos un breve resumen sobre el desarrollo de este tipo de eventos en nuestro país.

Desde los inicios de la AETO como miembro de la WFOT, el colectivo de terapeutas ocupacionales españoles ha tenido representación en sus reuniones y congresos internacionales. Esto facilitó el intercambio de información y el fortalecimiento de las relaciones. Por ejemplo, en la Reunión del Consejo de la WFOT en 1974, Ana Forns presentó una comunicación sobre "Terapia Ocupacional en España" y se elaboraron paneles representativos sobre dicha comunicación y en mayo de 1977, fue invitada a participar con una charla sobre Terapia

---

<sup>827</sup> M<sup>a</sup> Azucena Ortega Valdivieso, "Estudio bibliométrico de la producción científica en Terapia Ocupacional desde 1994 a 2008" (tesis doctoral, Universidad de Granada, 2012), 242.

<sup>828</sup> M<sup>a</sup> Azucena Ortega Valdivieso, *Recursos informativos para Terapia Ocupacional Basada en la Evidencia, informe para profesionales de Terapia Ocupacional* (Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Granada, 2015), recuperado de DIGIBUG: <http://hdl.handle.net/10481/35348>

Ocupacional en España en la ceremonia de apertura del "Primer Congreso Europeo de Terapia Ocupacional" en Edimburgo.<sup>829</sup>

En los años ochenta se inició el recorrido de organización de Jornadas y Congresos de Terapia Ocupacional en España. En 1980 se celebraron las I Jornadas de Actualización de Terapia Ocupacional y los dos años siguientes se celebraron Jornadas Luso-Españolas de Terapia Ocupacional. En este periodo, comenzaron a establecerse encuentros con distintos países europeos y España fue uno de los países fundadores del COTEC en 1986.

En noviembre de 1987 se celebró el I Congreso nacional de Terapia Ocupacional. Desde entonces se han venido realizando con regularidad anual o bi-anual las Jornadas Nacionales de Terapia Ocupacional, para el año 2007 se habían realizado 10 ediciones.

Resulta imprescindible destacar el año 1996, con la celebración del V Congreso Europeo de Terapia Ocupacional. Se celebró del 17-20 de septiembre de 1996 en el Palacio de congresos de Madrid, participaron unas ochocientas profesionales de diversos países. Por lo que supuso un gran avance en el reconocimiento de la Terapia Ocupacional española en el resto de los países europeos y una gran proyección de los profesionales en nuestro país, al colaborar en el citado congreso los Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales, Ayuntamiento de Madrid, Real Patronato de Atención a las Personas con Discapacidad, ONCE, etc.<sup>830</sup>

Además de las Jornadas Nacionales, a medida que se fueron creando las asociaciones en las distintas comunidades autónomas se celebraron distintas Jornadas. Por otra parte, comenzaron a organizarse encuentros profesionales desde las distintas áreas de práctica profesional, algunos ejemplos fueron: Las I Jornadas Andaluzas de Terapia Ocupacional que se celebraron en 1993; las I Jornadas Terapia Ocupacional y Salud Mental en 1994 (revista APETO, 1995); las Jornadas Hispano Lusas que fueron retomadas en 2004 por AEXTO; I Jornadas Universitarias Castellano-manchegas de Terapia Ocupacional "Ámbitos de la práctica clínica", que se celebraron en febrero de 2002.

---

<sup>829</sup> Forns, "Relato de mis experiencias...", 28-29.

<sup>830</sup> Ana Vicente, historia de la Terapia Ocupacional

La entrada de la Terapia Ocupacional en el ámbito universitario también favoreció la organización y celebración de encuentros profesionales. En la Universidad de Zaragoza se celebraron desde la primera promoción y durante tres años consecutivos las Jornadas Universitarias de Terapia Ocupacional: I Jornadas Universitarias de Terapia Ocupacional (Zaragoza, 25-26 febrero de 1994); II Jornadas de Terapia Ocupacional "Experiencias en Terapia Ocupacional extrahospitalaria" (Zaragoza, 3-4 marzo 1995) y III Jornadas de Terapia Ocupacional "Terapia Ocupacional en la patología infantil", (Zaragoza, 19-20 abril de 1996).

### **Congresos de Estudiantes**

Cada año desde su comienzo en el 2000 se ha venido celebrando el Congreso Nacional de Estudiantes. Partió de la iniciativa de los estudiantes de Zaragoza que en aquel momento gestionaban la Asociación de Estudiantes de Terapia Ocupacional (AETO) y con el apoyo de algunos de los profesores de la Escuela iniciaron este recorrido en Jaca en octubre del año 2000. En 2007 se celebró el VII Congreso Nacional de Estudiantes, "Investigación en Terapia Ocupacional". (los días 2 y 3 de marzo de 2007 en la Universidad Complutense de Madrid.<sup>831</sup>

---

<sup>831</sup> Se recogió la Crónica del Congreso en el nº42 de la revista de la APETO y las aportaciones en TOG.

## **5.6. La profesionalización como experiencia vivida**

Desde el momento en que se inició esta investigación fuimos conscientes de la importancia y de la necesidad de acudir a fuentes orales que nos permitieran completar la información obtenida a partir de las fuentes documentales. Con este propósito principal se contactó con algunas de las protagonistas del proceso de profesionalización en España.<sup>832</sup> Se trata de fuentes singulares por su implicación directa en muchos de los acontecimientos clave para la historia de la profesión en nuestro país, lo que nos ha permitido conocer datos no recogidos en otras fuentes que han sido de gran ayuda para la elaboración de los capítulos anteriores de esta tesis. Por otra parte, ha supuesto una valiosa oportunidad para conocer el proceso de profesionalización desde la experta mirada de estas representantes de la profesión.

En este capítulo mostraremos algunos de sus testimonios que contribuyen a la construcción de un cuadro más completo sobre el desarrollo de la Terapia Ocupacional, en este caso desde la perspectiva del actor, como individuo y como sujeto histórico. La formación, el asociacionismo, la práctica profesional y el papel de las administraciones, temas ya analizados en esta tesis, se entrelazan en la narrativa con otros aspectos clave en la construcción de una profesión: la autonomía, la representación social, el estatus, las relaciones de poder, el género, etc. El análisis de estos factores a partir de las historias de vida es un tema de estudio muy interesante y consideramos que el acercamiento que hemos realizado aquí puede sugerir ideas para el inicio de nuevas investigaciones sobre la profesión en nuestro país.

Durante el periodo de realización de la investigación, se realizaron un total de ocho entrevistas con un enfoque centrado en la trayectoria profesional de sus protagonistas. Además, hemos tenido en cuenta opiniones de otros terapeutas ocupacionales que se han recogido en otros medios y a lo largo de nuestra propia trayectoria profesional. Para la realización de las entrevistas se elaboró un cuestionario que nos permitía obtener datos y conversar con flexibilidad en torno a tres áreas básicas: la formación, el ejercicio profesional y la experiencia en puestos docentes o de gestión. Para la elaboración del presente capítulo se han analizado especialmente aquellos aspectos relacionados con: la

---

<sup>832</sup> En el Anexo I se muestra un breve perfil profesional de nuestras informantes.

motivación para estudiar Terapia Ocupacional; las características de la formación y de los aprendizajes recibidos y el desarrollo de la identidad, la autonomía y el reconocimiento profesionales. Por último, se han recogido algunas reflexiones sobre el recorrido de la profesión, la experiencia vivida como terapeutas ocupacionales y el futuro de la Terapia Ocupacional.

### **5.6.1. Motivaciones**

La motivación para elegir unos estudios u otros se asocia frecuentemente con la imagen, la valoración social y los estereotipos de cada profesión. El caso de la Terapia Ocupacional es singular, puesto que aun hoy, muchos de los alumnos se matriculan en la carrera sin tener una imagen nítida de la profesión. Así que podemos afirmar que la motivación de la mayoría de alumnos que ingresaban en la Escuela de Terapia Ocupacional de Madrid y la de los primeros matriculados en la Diplomatura, estaba lejos de la acomodación a un estereotipo social, ya que durante años se mantuvo como una profesión desconocida para la sociedad en general y para la mayoría de profesionales sanitarios. En realidad, las razones que impulsaban a realizar estos estudios tenían que ver con otros factores, que con el paso del tiempo y con el propio desarrollo de la profesión se han ido modificando, aunque con los datos de que disponemos en esta investigación, no podemos evaluar claramente hasta qué grado.

Naturalmente, si retrocedemos en el tiempo, las mayores diferencias en cuanto a los factores que pueden motivar a una persona a estudiar Terapia Ocupacional las podemos encontrar entre los primeros titulados de nuestro país. Las terapeutas ocupacionales más veteranas de nuestro grupo, se iniciaron oficialmente en la profesión en los primeros años de la década de los sesenta. Reconocen que la aparición de necesidades urgentes de atención sanitaria derivadas de las epidemias de poliomielitis fue el elemento clave para el inicio formal de la Terapia Ocupacional, al igual que ocurrió con la especialidad médica de rehabilitación y la fisioterapia. En su caso, la experiencia previa en el tratamiento de niños afectados por esta enfermedad desde el ámbito de la enfermería, resultó ser su principal motivación para interesarse en ampliar su formación.

Conocí la Terapia Ocupacional por mi interés en la rehabilitación [...] trabajaba en el gimnasio con los niños poliomielíticos y comencé a sentir que faltaba

algo, empecé a comprar material de educación especial y mi jefa [la Dra. Gregori] cuando vio lo que hacía, me dijo, "esto es otra especialidad" y empezó a traerme libros de Estados Unidos. (A.C.)

Cuando surgió la epidemia de polio contacté con el Hospital Sta. María del Mar de Barcelona para ayudar, me dijeron que habían venido unas personas de las OMS y que con mis conocimientos de inglés podía ser una ayuda para traducir, [...] así fui conociendo la Terapia Ocupacional y me gustó, [...] no es que tuviera una especial inclinación por Fisioterapia o Terapia Ocupacional, ambas profesiones eran importantes y el trabajo era urgente. (A.F.)

La iniciativa de estas mujeres, su actitud de colaboración, habilidades demostradas, ganas de aprender y el conocimiento de varios idiomas confluyeron con el interés de los responsables médicos por aplicar las técnicas novedosas de la rehabilitación, lo que favoreció la realización de las gestiones necesarias para la obtención de becas de formación en el extranjero. Así que, casi al mismo tiempo, cuatro personas fueron becadas para estudiar Terapia Ocupacional en Europa, una en Inglaterra en 1959 y otras tres en Francia en 1960.<sup>833</sup> Cuando comenzaron los cursos en España, se procuró mantener este mismo perfil de estudiante, reclutando a personas que tuvieran interés y experiencia profesional, a ser posible en el campo de la rehabilitación. Como vimos en el capítulo sobre la formación, hubo un elevado porcentaje de estudiantes con estas características durante las primeras promociones. No obstante, este perfil se fue modificando, puesto que el requisito de la experiencia profesional dejó de ser prioritario, así que los factores implicados en la elección de los estudios de Terapia Ocupacional se diversificaron.

Entre estos factores encontramos el conocimiento de la profesión desde la experiencia como usuario. Un ejemplo de ello es el caso de otra de nuestras informantes, afectada de poliomielitis, quien tras una larga convalecencia después de una difícil operación, comenzó a acudir al Dispensario Central de Rehabilitación, para recibir tratamiento,

Entraba al gimnasio a fisio, [...] y vi un banco de carpintero y pregunté ¿qué hace aquí un banco de carpintero? y me dijeron, es que es una escuela de terapia, y yo decía... qué raro... todos los días iba por allí y veía gente joven... bueno... como yo... Entonces compré una revista y vi: "profesiones nuevas" y ponía "Terapia Ocupacional" en la calle Maudes 32, ¡anda! Para esa época yo ya estaba renegada de las oposiciones [...] estaba muy cansada [...] Yo siempre

---

<sup>833</sup> Hubo otras dos estudiantes más con beca de la OMS en Francia.



había estado entre médicos y me gustaba la medicina y me atraía, vi las asignaturas: psicología, anatomía, fisiología... y me gustó, pensé ¡qué bonito! [...] Después de dos años en cama, ver aquello fue una delicia, me encantó y me presenté, la primera respuesta fue: "no, no, no, con este defecto físico no, no puede ser". Entonces el director era Heliodoro Ruiz [...] era uno de los que me trataba, después que me conoció un poco me dijo "¿por qué no haces terapia?, igual es difícil porque hay actividades que no puedas hacer, pero tu ¿te sientes con fuerza?", yo le dije que sí y fue un descubrimiento total para mí, estaba feliz, además estudiaba y tenía muy buenas notas. Fui la primera de la promoción. Recuerdo que en los ejercicios se unían mis compañeras conmigo porque les explicaba como lo hacía yo, aprendían conmigo. MJR

Por la información encontrada en el archivo de la Escuela y otras fuentes, sabemos que este caso no fue el único ya que hubo más estudiantes con secuelas de polio y con otro tipo de trastornos, tanto de carácter físico como mental. En cierto sentido, era una manera de demostrar la efectividad de la Terapia Ocupacional y de seguir la línea que marcaba la filosofía de la rehabilitación en esa primera época, muy centrada en la integración laboral de las personas con discapacidad. Lo cierto es que el interés por aprender Terapia Ocupacional surgido de la experiencia vivida, bien como usuario o como persona del entorno, es uno de los factores que, aún hoy, seguimos encontrando en algunos de nuestros estudiantes. El conocimiento del trabajo diario de los terapeutas y la vivencia personal del efecto terapéutico de las ocupaciones influyen de manera crucial en estos casos, produciendo cierta admiración y generando un fuerte interés en la profesión.

No obstante, durante años, el método más frecuente para conocer la existencia de los estudios de Terapia Ocupacional fue el "boca a boca" y los contactos casuales. Como hemos explicado en esta tesis, durante décadas sólo hubo una Escuela en toda España y el título no era otorgado por el Ministerio de Educación, así que resultaba difícil que los posibles interesados obtuvieran información sobre los estudios por las vías habituales, nuestras entrevistadas lo narraban así:

Cuando empecé, la única idea que tenía era que quería trabajar con niños con deficiencias, terminé magisterio y la idea que tenía era trabajar con niños, entonces había que pasar por hacer la oposición de magisterio, ejercerla y después, dentro ya del cuerpo, aspirar a otra oposición para pasar a eso. Entonces me encontré con unas compañeras de magisterio que me dijeron, "ha

salido una carrera en la cual se puede entrar directamente a trabajar con niños sin oposición”, y allá que me fui ¡claro! (C.D)

Me enteré por una amiga, me dijo que tenía una amiga que lo estaba haciendo y que la gustaba mucho. Conecté con esta amiga y nos habló de todo un poco, que era una carrera nueva...como se accedía...que era de rehabilitación...las asignaturas... las prácticas...que era de tres años...dónde se cursaba... etc. y me decidí. [...] En realidad funcionaba por el “boca a boca”, eso es lo que pasó aquí por ejemplo en la Universidad Laboral. (C.S.)

Yo estaba haciendo secretariado médico, había hecho el primer año y cuando quise hacer el segundo año, la academia, que era una academia francesa, había desaparecido. El portero de la finca de la Academia me dijo que fuera a Silvela 41 porque creía que allí se hacía algo parecido, y me fui... cuando llegué me dijeron que se estudiaba Terapia Ocupacional y dije, bueno... ¡pues vale!, así que fue totalmente por casualidad, pero hice la prueba de acceso, que era examen y entrevista, [...] y después de unos días recibí una carta de aceptación. (A.V.)

Yo tengo un primo de mi madre que es médico rehabilitador y me dijo, “tu serías una buena terapeuta ocupacional, vienes al hospital y te presento lo que hay”, conocí a Clara Gema Aguirre [una de las terapeutas ocupacionales del equipo] y me contó... me pareció interesante [...] en Madrid tenías una prueba de conocimiento general y una entrevista personal [...] te preguntaban cómo habías conocido la Terapia Ocupacional y es que las que llegábamos allí, de alguna manera habíamos tenido un contacto previo, familiares, profesionales, etc. Como en casa me dieron libertad para elegir, quedamos en que, si me llamaban de Madrid, me quedaría en Madrid, y así fue. (M.J.C)

De este último relato se desprende claramente la idea de que los contactos previos con la profesión y la información sobre el título provenían, en muchas ocasiones, del entorno sanitario en el que se encontraban los futuros estudiantes, por ejemplo, parece que en algunas promociones llegó a haber un número significativo de alumnas que eran hijas de médicos y cuyo interés inicial, en algunos casos, no iba más allá de sacarse un título.

Con los años y especialmente a partir de la aprobación de la Diplomatura, se fueron ampliando las fuentes de información, ya que al comenzar a impartirse la titulación en diferentes Universidades de España había más posibilidades de acceso a publicaciones oficiales sobre los planes de estudios y las posibles formas de inserción laboral, algo que venía sucediendo en otros países desde hacía tiempo. Conocer los contenidos y comprobar que en una carrera del ámbito de la salud que combinaba clases teóricas diversas sobre aspectos

médicos, sociales, psicológicos... junto a clases prácticas sobre actividades terapéuticas y clínicas era lo más motivaba a algunos.

Todos estos relatos nos hacen pensar que, en la mayoría de los casos, la forma de conocer la Terapia Ocupacional y tomar la decisión de iniciar los estudios, estuvo más ligada a intereses vocacionales relacionados con el área de la salud, los contenidos de la carrera y el tipo de trabajo que al concepto social que se tuviera sobre el profesional. La sensibilidad hacia el mundo de la discapacidad, la atracción por el trabajo terapéutico y por el contacto directo con personas, eran características compartidas que, además, se valoraban en las redacciones y entrevistas que se realizaban para acceder a la Escuela. Por supuesto, hubo otros casos en los que la vocación no estaba tan clara, pero estudiar Terapia Ocupacional ofrecía la oportunidad de obtener un título sanitario y un trabajo prácticamente asegurado.

### **5.6.2. La formación**

Como ya hemos explicado en esta tesis, durante treinta años la Escuela de Madrid fue la única institución educativa que formó terapeutas ocupacionales en España, ya que hasta el año 1994 no se titularon los primeros diplomados universitarios en Terapia Ocupacional. La formación recibida en esta Escuela fue un elemento común que marcó la profesión durante décadas, ya que los terapeutas que se educaron allí fueron también los primeros referentes profesionales de los estudiantes universitarios. Por ello, pensamos que analizar el proceso de socialización de los estudiantes de la Escuela de Terapia Ocupacional de Madrid puede ofrecernos información esencial para comprender algunos aspectos de la evolución de la profesión en nuestro país. Además, sólo dos de las terapeutas ocupacionales entrevistadas realizaron su formación en otros países, el resto obtuvieron su título en la ETO.

Para las terapeutas más veteranas, que obtuvieron su título en el extranjero, el recuerdo de su experiencia como estudiante es el de una etapa dura por la intensidad de la formación y el nivel de exigencia, pero al mismo tiempo muy satisfactoria y, sin duda, esencial en su trayectoria profesional. Ellas se formaron en Francia y en Inglaterra, donde la experiencia acumulada en el ámbito de la rehabilitación a consecuencia de las Guerras Mundiales, las necesidades de rehabilitación laboral y las epidemias de poliomielitis habían propiciado

un interés precoz por la Terapia Ocupacional y un ambiente más receptivo para su desarrollo y su reconocimiento social, lo que les ofreció la oportunidad de empezar a construir una fuerte identidad profesional.

En cuanto a la Escuela de Madrid, con la que ambas comenzaron a tener contacto ya como profesionales, la idea que comparten es que las condiciones diferían bastante de lo que ellas habían vivido. Teniendo en cuenta que no hubo titulados en España hasta 1962 y que la rehabilitación como especialidad médica estaba dando sus primeros pasos, la experiencia del profesorado era bastante reducida en comparación con los profesores de las Escuelas de Francia o Inglaterra. Además, la situación económica que atravesaba España y en concreto las limitaciones presupuestarias de la Dirección General de Sanidad, dificultaron la dotación de instalaciones y determinaron la situación laboral del profesorado que, o bien tenía un contrato que conllevaba una pequeña contraprestación económica, o bien impartía clases de forma voluntaria, en cualquier caso, ningún profesor tenía dedicación a tiempo completo. Los siguientes comentarios nos indican algunos detalles sobre las condiciones laborales del profesorado:

No había dinero, claro si es que... no teníamos medios, es que el dinero... a los profesores casi no se les pagaba nada, era casi meritario... casi todos meritarios... si,si,si, bueno... además, dabas una clase, yo recuerdo que la primera clase que di se la habían pagado a otro [...] y lo que nos pagaban que... era nada ¡claro!, era una cosa casi altruista, no sabían ni a quien tenían que pagar, porque eso no estaba vigilado, ni legalizado ni nada de nada... era todo... [...] aquello fue muy altruista, todo muy altruista, todo. (MJR)

Todo lo que yo recuerde de colaboración con la Escuela, era una colaboración casi altruista, porque por supuesto pagaban un poquito, ¿pero contrato?, yo no sé si firmaba algo, no lo recuerdo, yo creo que no, yo creo que ni eso... era por las buenas y por las bravas, y si habían quedado en que te pagaban medio céntimo pues aquello no llegaba y si llegaba era tarde y mal, muy mal. En la clínica recibíamos alumnos de prácticas, pero nada de contrato ni dinero, todo se suponía de buena voluntad, como apoyo a la carrera y apoyo al desarrollo de la profesión y nada de nada.

Te los mandaban [alumnos en prácticas] y no te pagaban ni nada, todo voluntario (A.C.)

Parece que estas condiciones de precariedad se mantuvieron durante todo el tiempo de funcionamiento de la Escuela y evidentemente resultaron un

factor determinante para la estabilidad del profesorado. Se compaginaba la docencia con uno o varios puestos de trabajo, así que no era extraño que en cierto momento resultara casi imposible o al menos poco o nada rentable mantener la actividad docente en la Escuela de Terapia Ocupacional.

El director del Dispensario [Dr. Cecilio González] fundó la Escuela y lo hizo con gente de la DGS, gente importante, este hombre era una personalidad, [...] tenía mucha relevancia y conocía mucha gente, bueno, pues... los médicos importantes. Entonces esos fueron los que empezaron a dar clase en la Escuela de Terapia Ocupacional que tuvimos una suerte increíble, porque estaba Rodríguez Gallego que era catedrático de medicina, había dado clase a casi todos los médicos, clase de anatomía claro, luego el de fisiología igual, era otro catedrático, el de psicología era igual... era muy importante, estaba también el director del PANAP, o sea que fue gente muy muy importante. Lo que pasa es que algunos de esos perduraron, pero otros de esos muy importantes empezaron... empezaron a... bueno... a dejar un poco la escuela, pero si se mantuvieron muchos durante mucho tiempo. Luego lo que había más deficiencia en los terapeutas porque solo había tres que habían ido a estudiar a Francia [...] y de las tres, solo actuaron dos. [...] Éramos muy pocos [...] yo entré enseguida porque había demanda, pero no había terapeutas, yo seguía trabajando en el hospital, pero enseguida empecé a colaborar por lo que te decía, no había terapeutas para dar clases ni para nada, era todo muy rudimentario. MJR

Al principio muchos profesores de asignaturas básicas estuvieron dispuestos a colaborar activamente, pero al ir surgiendo otros intereses y/o cargos en la administración, algunos se fueron desvinculando de la docencia en la Escuela. Probablemente para algunos de estos profesores, su paso por la ETO no fue más que un aspecto anecdótico de su trayectoria profesional y los que se mantuvieron por más tiempo, siempre compaginaron sus clases con otras actividades docentes y/o clínicas, así que, su interés por la mejora de las condiciones de la Escuela y la implicación en la resolución de los problemas del título nunca fueron prioritarios.

No sucedía lo mismo con los terapeutas ocupacionales que participaron en la docencia, ya que, para ellos, para la profesión, era esencial mantener en buenas condiciones la Escuela y tratar de conseguir un mayor reconocimiento del título. Ellos también tenían que compaginar las clases en la Escuela con su trabajo fuera y desde luego en condiciones bastante diferentes a las de muchos médicos. Así que, generalmente, aquellos que se desvinculaban no lo hacían para alcanzar puestos de mayor prestigio, sino por las dificultades que suponía

la conciliación de todas sus actividades. Esto repercutía en la estabilidad de la docencia de las asignaturas específicas, que además se nutría de un colectivo pequeño de posibles profesores, así que hubo que invertir grandes dosis de esfuerzo, altruismo y voluntad, que fueron características de estos primeros terapeutas ocupacionales. Estos valores y actitudes en relación al esfuerzo, la generosidad y la lucha constantes se transmitieron a los estudiantes de la Escuela quienes lo asimilaban de forma natural como parte de su identidad profesional.

Por otra parte, existieron algunos factores relacionados con el ambiente y el tipo de aprendizaje que se realizaba en la Escuela que dejaron su impronta en estos estudiantes. Un aspecto reseñable es que las terapeutas que estuvieron implicadas en la docencia reconocen que, por lo general, los alumnos eran personas con un alto nivel de motivación por sus estudios.

Yo no sé si es que la selección... porque nosotros hacíamos una selección muy dura... yo decía ¡hay que ver qué suerte tenemos!, porque son alumnos buenísimos en general, gente muy implicada, sí, con mucha vocación, gente normalmente..., muy..., no sé si las dificultades te crean ese interés, la verdad es que gente muy interesada siempre, no apáticos [...] en prácticas, faltaban muy poco, muy poco. MJR

Además, los estudiantes vivían de forma independiente en Madrid durante al menos tres años así que debían tener las condiciones adecuadas para sostenerse económicamente lo que indica que habitualmente provenían de familias que podían asumir ese gasto. No obstante, recordemos que se trataba de unos estudios de corta duración, es decir que generalmente no provenían de familias con grandes medios económicos, así que los estudiantes trataban de rentabilizar en lo posible el tiempo dedicado a su formación.

Era gente muy motivada, muy altruista, efectivamente, era un momento vamos a ver, era un momento en el que también es verdad que las condiciones sociales y socio-económicas propiciaban el que hubiera una vivencia muy... de... altruista, si se quiere. Por lo menos en una determinada clase social, no había grandes medios económicos, entonces, la Escuela te decía que no tenía medios y lo entendías perfectamente, o sea era totalmente asumible, fuera verdad o fuera mentira, se asumía porque en el país se vivía con... bueno... con pocos medios, eso se asumía perfectamente, no había demasiadas dudas. (C.D.)

Evidentemente, estas características influyeron en el ambiente que se respiraba en la Escuela, que, en el recuerdo, ha permanecido como uno de los

aspectos más positivos de la formación y cuyo adjetivo más repetido es "familiar".

La experiencia fue muy buena porque un sitio muy familiar..., muy acogedor, era un dispensario pequeño, todos los médicos se conocían, nos conocíamos todos, o sea que... muy bien. Las clases teóricas se hacían allí, excepto algunas como Higiene y epIbíd.iología, que íbamos a la ENS y alguna manualidad. [...] Las clases eran un poco desordenadas, con mucho tiempo nos cogía todo el día, porque dábamos mañana y tarde, porque nos daban en las horas que tenían libres incluso en horas de trabajo, era una Escuela que no costaba nada, el Ministerio nos daba el material para las manualidades, o sea que era una cosa totalmente gratuita porque la querían imponer en España. [...] Íbamos a muchas prácticas en Maudes, con Carmen Lacasa, M<sup>a</sup>José Artal, M<sup>a</sup>Paz García, ellas estaban en el dispensario, Ángel Alonso también estuvo mucho tiempo en el Dispensario, luego marchó a la Paz cuando la hicieron. MJR

El ambiente era muy familiar, porque era una escuela muy pequeñita, pocos alumnos, poco más de veinte alumnos, era todo muy muy familiar. (C.D.)

Éramos como unos 30 en clase, solo había un chico y... era como muy familiar, porque claro, al ser un sitio pequeño, porque era en el salón de actos, solo teníamos un aula que era el salón de actos del hospital, en Silvela. AV

Hacíamos piña [...] estábamos repartidas por toda la geografía [...] yo compartía el piso de estudiantes con una de Toledo, otra de Ciudad Real, de Jaén, MJC

En cuanto a la organización de las actividades formativas, parece que requería bastante coordinación puesto que, aunque la Escuela siempre tuvo un lugar de referencia, primero el Dispensario Central de Rehabilitación en la calle Maudes y después el Centro Nacional de Rehabilitación en la calle Silvela, siempre se realizaron clases en otros lugares, tanto prácticas como teóricas. El horario era bastante apretado, especialmente en 2º y 3º que es cuando se realizaban las prácticas clínicas, lo que exigía plena dedicación y múltiples desplazamientos por la ciudad. A pesar del esfuerzo que todo esto significaba, se valoraba mucho la libertad y autonomía que representaba.

Fue una época, ¡muy buena!, vivir en Madrid, independiente... El 1º curso lo hice en la calle Maudes, era un edificio antiguo, no muy grande y en 2º y 3º se hacían prácticas allí. Al año siguiente nos trasladaron a la calle Francisco Silvela, en la zona de Diego de León, un edificio nuevo y mucho más grande. Las clases se realizaban en varios lugares: Escuela de Artes y Oficios, Facultad de Medicina y aulas de la Escuela de Terapia Ocupacional. Realizábamos prácticas en los distintos Hospitales y centros de Madrid (Puerta de Hierro, La Concepción, Clínico Universitario, Escuela de Francisco Silvela, Clínicas Privadas,

etc.). Los horarios eran de mañana y tarde, en 2º y en 3º se hacían las prácticas clínicas por las mañanas y las clases teóricas por las tardes. Las prácticas duraban tres meses por cada especialidad y en horario de 8:00-14:00h. (C.S)

Íbamos todo el día, todo el día liados, porque claro, las clases empezaban a las 8 de la mañana, que la primera era cinesiología con el Dr. Ruiz, empezábamos por la mañana, pero es que teníamos prácticas siempre. El primer año no, pero el primer año todas las tardes a clases de terapia, actividades... bueno, todo el tema del metal, carpintería... Todas las tardes eran talleres y todas las mañanas teoría, eso el primer año, y en segundo y tercero, todas las mañanas prácticas y por las tardes algunas teorías y algunas terapias, si, si, todo el día pringados, todo el día, tres años... iera duro eh!... no podías hacer otra cosa, además era madrugón, tenías que entrar a las 8 en clase... yo lo recuerdo como muy intenso, sobre todo porque las prácticas eran de 9-14h en el hospital. (AV)

En cuanto a los horarios teníamos clases por la mañana y por la tarde, también tenía un peso importante la parte de talleres a lo largo de los tres años, muchos de estos talleres los hacíamos en sábados por la mañana, algunos en grupos, otros toda la clase, pero sesiones largas. MJC

En cuanto a la calidad formativa, la mayoría de los informantes reconocen que la Escuela ofreció desde el principio un buen nivel de formación en las asignaturas médicas, mientras que la parte específica de la Terapia Ocupacional resultaba deficitaria en algunos aspectos, especialmente en todo lo relacionado con metodología y teorías propias. La falta de recorrido de la propia disciplina en España junto con el relativo aislamiento en que se encontraban los primeros terapeutas constituyeron barreras para el aprendizaje y el desarrollo del conocimiento propio de la profesión. Desde el Patronato de Rehabilitación no hubo apoyo a la continuidad de Mercedes Abella o de otro terapeuta ocupacional de experiencia, así que los primeros titulados tuvieron que asumir muy pronto, tanto en la clínica como en la docencia, una serie de tareas y funciones sin la presencia de figuras de referencia profesional que los guiaran. A cambio tenían que usar mucha intuición y sentido común.

Sobre la calidad de la formación, muy buena médicamente, muy buena, buenísima, pero muy deficiente en Terapia Ocupacional propiamente dicha, en cuanto a tratamientos, en directo, claro aprendías las manualidades, pero no sabías la aplicación. Luego ya cambió, pero al principio, [...] la aplicación nos la inventábamos nosotros más o menos...nada más [...] y en AVD esto que hacen ahora de pasar test de todas esas cosas, nada. (MJR)



Era una formación de calidad desde el aspecto teórico y... práctico también, pero faltaba metodología, entonces... ese era un gran hándicap, porque digamos que... sabíamos qué hacer, pero era intuitivo, nos enseñaron... la formación era una formación... que te daba una serie de herramientas, y luego era una actuación intuitiva, pero no teníamos una metodología, quizás al no haber investigación... al ser relativamente nuevo... lo aprendías con la práctica y en función de dónde estuvieras... y la suerte que tuvieras, (AV)

Nuestra formación fue muy buena a nivel de... como decirlo... sabíamos mucha patología, pero como que no teníamos un método científico muy... muy trabajado... me explico... y después... pero lo que nos pasaba a nosotros, le pasaba a los enfermeros a los no se quién... a todo el mundo...C.M.

¿La influencia internacional en nuestros estudios? Yo no, no, yo eso no lo notaba, o sea la influencia internacional cuando yo estudiaba Terapia Ocupacional, honestamente, a ver... hay que contextualizar los estudios, si tu contextualizas los estudios, estábamos en un país herméticamente cerrado, iherméticamente cerrado! y no retiro la palabra hermética porque es auténtico. C.D.

La Escuela y sus profesores funcionaron de manera bastante autónoma durante todos sus años de funcionamiento, parece que existía bastante libertad en cuanto a la organización de las actividades formativas y los contenidos de las asignaturas,

Para bien o para mal, no siempre es negativo, pero tampoco es muy positivo, el programa académico te lo cuestionabas, te lo planteabas, te lo trabajabas tú, sabías que tenías que dar 30, 20, 50 horas, las que fueran, tu tenías que estructurarte el programa como dios te diera a entender y como supieras, te lo organizabas tú. (C.D.)

Sí, de hecho, yo rehíce todo el temario [...] le llevé a cabo totalmente desde el principio y además ampliándolo, y de hecho [...] muchos han conservado los apuntes porque les ha ayudado. Pero sí, teníamos autonomía total. [...] En las prácticas clínicas de vez en cuando venía M<sup>a</sup> José a ver qué tal iban las cosas, pero nada más, si es que no se escribía nada, no se hacía nada escrito. (A.C.)

En cuanto a la supervisión de las actividades, podemos decir que, desde la Escuela Nacional de Sanidad fue prácticamente inexistente, en realidad la Escuela de Terapia Ocupacional funcionaba como una filial totalmente independiente,

Sí, totalmente, independientes, claro, claro, [...] yo iba a despachar con ellos más de una vez y ha habido de todo, estarme allí media mañana y decir, no, que dice el director que le llames por teléfono [...] como en la ENS, eran yo creo, como cargos políticos, los cambiaban con mucha facilidad, pues aquello

era... pues... ya te digo, quitando a Lamata, que destacó muchísimo, que lo intentó muy mucho lo del título... MJR

Sin embargo, la WFOT exigía revisiones regulares de la situación de la Escuela de Terapia Ocupacional, que garantizaran los mínimos de calidad de la formación.

Lo de la WFOT, eso ha estado muy controlado y muy bien, venían cada dos años, [...] preguntaban de todo, fíjate si era serio que nos vigilaban, iban antes a las Clínicas, hablaban con las alumnas, y les preguntaban lo que fuera, cuando habían recorrido unas cuantas Clínicas venían a la Escuela. Y nos preguntaban cosas y nos tal... lo controlaban muy bien todo. MJR

Superar de manera positiva las evaluaciones de la WFOT era la clave para el mantenimiento del reconocimiento internacional de la Escuela, y esto suponía un respaldo extra para la validez del título.

Los terapeutas que han ido a otros países han sido aceptados sin ningún problema. MJR

Sí, eso sí y lo teníamos como un punto de referencia como que bueno, que nuestra formación no estaba en el ministerio Educación, pero para cualquier tipo de desempeño a niveles hospitalares teníamos perfectamente validado el título con nuestra formación y que teníamos esta referencia de ser reconocidos a nivel mundial. MJC

Los estudiantes no tenían dudas de que el nivel de exigencia era equiparable al de otras carreras sanitarias: estaban en una escuela que dependía directamente de Sanidad, pasaban un proceso de selección muy serio y compartían asignaturas con estudiantes de Fisioterapia. Así que el hecho de no disponer de un título respaldado por el Ministerio de Educación, nunca les hizo dudar de que su formación estuviera al mismo nivel que Fisioterapia o Enfermería, además, las normas sobre la superación de las asignaturas fueron siempre bastante estrictas.

Una cosa también relevante es que no podías pasar de un curso a otro con ninguna asignatura pendiente, si te pasaba, era un mal trago porque no podías hacer nada en ese año. MJC

El nivel era alto, en mi promoción entré si no éramos todos el 95% con COU, prueba de selección, nos presentamos 500 personas y entramos 30, había una o dos de Sudamérica, en 1º nos dijeron que los cursos eran selectivos, si no aprobabas todo en cada curso no pasabas, te quedaba un año una asignatura... y proyecto final de carrera y examen de toda la carrera. El nivel era alto y otra

cosa, nosotros en 1º y 2º "fisio" todavía era especialidad y las clases de anatomía y cinesiología las hacíamos juntos. El nivel era alto. (C.M.)

Luego otra cosa, el primer año había, en clase de "kine" y otras, había "fisios", eran clases comunes. AV.

Teníamos clases comunes con alumnos de fisioterapia en las asignaturas de anatomía, cinesiología y fisiología. MJC

Bueno, la tesina yo la hice en Cruz Roja y entonces, me la dirigió un neurólogo que [...] me dijo, cuando vio mi tesina terminada me dijo: isabrás que hay tesinas de médicos que son peores que la tuya!, o sea que era una tesina dura. Después, que también eso lo recuerdo porque debió ser muy impactante, recuerdo mi examen final de reválida, era tribunal [...] me acuerdo incluso de lo que me preguntaron. AV

El esfuerzo y el interés de los terapeutas que se implicaron activamente en la formación, tanto en la práctica clínica como en las clases que se impartían en la Escuela, hicieron que muchos titulados salieran con una percepción bastante clara y comúnmente compartida de lo que se esperaba de ellos,

Salí con la sensación de que teníamos la formación necesaria para el tipo de trabajo, para los perfiles de trabajo que nos íbamos a encontrar, encajaba perfectamente. [...] Salías sabiendo lo que tenías que hacer, qué tareas son las tuyas, y que te podías encontrar en un departamento grande con monitores y sabías lo que tenían que hacer ellos y cuáles eran tus funciones. También sabíamos que quizás tendríamos que montar un departamento y con las dudas típicas lo veías como un reto que podías asumir. MJC

En estos momentos pienso que la formación fue muy dirigida hacia lo que un terapeuta ocupacional tiene que desarrollar en su trabajo, por ejemplo: Neurología, Organización de Departamentos de TO y sobre todo las Prácticas Clínicas C.S.

Estas habilidades que debían ponerse en marcha en cuanto terminaban sus estudios, se habían desarrollado especialmente a través del aprendizaje práctico. Al igual que ocurre en otras profesiones sanitarias, los alumnos desarrollaban destrezas y asimilaban la identidad profesional a través de su contacto con la práctica real. En la formación de Terapia Ocupacional existían dos áreas fundamentales de aprendizaje práctico: las actividades terapéuticas, que solían enseñarse a modo de taller, y las prácticas clínicas en los diferentes centros asistenciales.

El aprendizaje de actividades terapéuticas ocupaba gran parte de la carga lectiva total de la formación, además, llegó a abarcar una importante

variedad de ocupaciones, desde lo más artesanal hasta las actividades de la vida diaria. En un principio, estas clases se realizaron con la colaboración directa de las Escuelas de Artes y su profesorado, pero pronto comenzaron a ser impartidas por terapeutas ocupacionales. Esto significó un paso crucial para clarificar el uso que debía darse a la actividad en Terapia Ocupacional y por qué era necesaria la figura de este especialista en los equipos de rehabilitación, especialmente en un momento en el que se estaba iniciando la práctica profesional. Desde la experiencia propia del aprendizaje, los alumnos veían qué aspectos eran clave para el análisis de las actividades, el potencial de utilización terapéutica y la manera de adaptarlas en el tratamiento. Además, a través de estas actividades desarrollaban una variedad de destrezas, se fomentaba el pensamiento creativo y la capacidad de resolución de problemas. El recuerdo asociado a estas asignaturas suele ser positivo y de un valor práctico innegable para las terapeutas ocupacionales que se formaron en la Escuela.

Pedro y Ángel daban clases de marquetería, de hecho, con ellos aprendí a engletar por ejemplo, que no se me ha olvidado nunca... o a trabajar con la segueta y eso se lo debo a ellos, eran terapeutas ocupacionales, fuimos compañeros, y se implicaron desde el principio en la formación. [...] Teníamos totalmente interiorizado el uso de la actividad como herramienta, eso nos daba una identidad clara [...] No me preguntes por qué, pero ise nos inculcó a fuego! No sé por qué vías... pero quedó grabado. C.D.

Las prácticas clínicas ocupaban un bloque esencial de la formación ya que el mínimo de 1000 horas de práctica que exigía la WFOT suponía casi la tercera parte de la carga total del título. Parece que durante bastante tiempo se organizaron las prácticas en turnos de tres meses por centro tratando de abarcar las áreas principales de intervención de la Terapia Ocupacional durante los cursos 2º y 3º. Además, se llegaron a realizar turnos de prácticas "de observación" en el 1º curso. Este contacto directo con la profesión fue clave para la socialización de los estudiantes, era una forma muy efectiva de transmitir los valores y las cualidades de un profesional de la Terapia Ocupacional, lo que contribuía naturalmente a la interiorización gradual del rol profesional.

Pienso que las que teníamos de profesoras eran bastante potentes y sin saberlo ellas casi, me transmitieron que era una carrera de lucha, de ocupación y que el paciente, mientras que estaba haciendo algo no estaba delirando, yo vi que

la ocupación era importantísima. [...] tengo un gran recuerdo de todas las terapeutas que trabajaban en los centros a los que tuve la suerte de conocer [...] Alicia Chapinal, M<sup>a</sup>José y Curra del Clínico, Paz García de niños... C.S.

¿Qué si teníamos una identidad más clara? Si, si, si, totalmente, estaba completamente delimitado... teníamos la identidad que nos había transmitido Mercedes Abella, sabíamos lo que teníamos que hacer. A.C.

### 5.6.3. Ejercicio profesional

Las condiciones en las que muchos se iniciaron en el ejercicio profesional difieren en aspectos importantes respecto a la situación actual. El hecho de ser un colectivo pequeño, tenía una ventaja más que evidente, puesto que durante años no hubo dificultades para encontrar trabajo.

Estábamos en Madrid, así que cuando acababas, o tenías muy claro que te querías quedar allí después de haber tenido la experiencia de vivir allí, o te volvías a tu sitio de origen [...] no teníamos problema de ubicación. [...] La mayoría podía comenzar inmediatamente, queríamos ser independientes, tener nuestra propia vida, ser protagonistas de nuestro propio ritmo. MJC

Yo cuando terminé me fui como un año por Europa, y trajimos cosas aquí, dijimos que éramos terapeutas ocupacionales españolas, trabajamos en Amberes y nos llevaban en palmitas. C.S.

Cuando salíamos ¡es que teníamos trabajo!, había hospitales esperando que terminásemos para ir ahí, podíamos elegir, no tiene nada que ver con ahora, ahora eso es ciencia ficción, pero era así, yo tuve el primer trabajo al día siguiente de terminar la carrera. AV

A pesar de estas indudables ventajas, los primeros terapeutas ocupacionales se encontraron con dificultades muy importantes por el desconocimiento generalizado de la profesión y el escaso número de ejercientes. Enfrentarse al reto de defender el papel de la Terapia Ocupacional en esos primeros años, requería carácter y seguridad en uno mismo, unas cualidades que no todos habían desarrollado igualmente. Por otra parte, la mayoría debían poner en funcionamiento estas nuevas unidades sin tener ningún compañero de profesión o al menos ninguno con sobrada experiencia, una circunstancia que todavía encontramos en muchos recursos.

La estructura física estaba [...] pero tuvimos que realizar toda la gestión de materiales, registros de usuarios, fichas, revisiones, estadísticas, etc. [...] todo lo montamos nosotras, no vino ningún supervisor, ningún médico. C.S.

A lo mejor eres muy bueno si tienes un referente al lado... claro y después, a lo mejor si tienes el referente, creces y dentro de diez años eres buenísimo, pero ahora... estamos hablando de gente muy joven, cuando termina, en general claro, depende mucho claro, pero es una presión también muy grande, bueno, todas estas cosas te influyen... CM

Los que montaron unidades más grandes en servicios de rehabilitación hospitalaria de la Seguridad Social, se podían encontrar con personal auxiliar masculino, los monitores de Terapia Ocupacional, en un número equivalente al de terapeutas ocupacionales, pero, además, el hospital podía asignarles un auxiliar de enfermería por turno. El trabajo de los monitores fue muy importante para poder atender a un buen número de usuarios, además, su experiencia y formación en oficios era de utilidad para la realización de determinadas actividades terapéuticas y constituía un factor clave para las intervenciones dirigidas a la reinserción laboral. El personal auxiliar de enfermería (auxiliar de clínica en los primeros años) debía asumir unas funciones que se salían de lo habitual en cualquier otro servicio hospitalario, así que algunas lo veían como una ventaja mientras que otras se sentían un tanto desubicadas. Indudablemente contar con personal auxiliar de Terapia Ocupacional era positivo en muchos aspectos, no obstante, la coordinación de estos equipos no era en sí misma una tarea fácil y a veces las cuestiones relacionadas con el género, unidas a la falta de experiencia y la ausencia de referentes profesionales podían generar tensiones y dificultades en el trabajo diario. En los peores casos, a estos problemas se añadía la falta de interés por la profesión de los propios compañeros fisioterapeutas o incluso de los médicos rehabilitadores.

Las más veteranas aluden a la formación como una clave principal para superar estos obstáculos, por eso siempre buscaron afianzar su práctica con un buen nivel formativo que les proporcionara seguridad, algo esencial para una profesión desconocida que tenía que abrirse camino entre las demás.

En un principio sí que sentí que la formación había que ampliarla, porque había muchas terapeutas que estaban amedrentadas, tenían muchas dificultades para que valoraran su trabajo, pensé que con más formación y más seguridad en sí mismas era la forma de progresar [...] al principio se sentían muy solas, las dejaban solas y los comienzos fueron difíciles. AF

Ciertamente, la inquietud por aprender y la necesidad de compartir experiencias fueron características de los primeros terapeutas titulados en España.

Yo cuando organizaba cursos me parece que éramos 45 o así y a lo mejor venían 30, es decir que, el interés que había para poder progresar y saber más cosas y formarse era un interés muy grande, ¡muy grande!... supongo que eso fue lo que hizo que pudieran sobrevivir, porque... los tiempos eran realmente difíciles... unidos si, y las ganas de formarnos y las ganas de aprender, si, si, si.... (A.F.)

Existía también otro elemento facilitador del aprendizaje continuado, la cohesión entre los compañeros de profesión que había al principio. Los terapeutas de Madrid lo tenían más fácil, pero incluso los que trabajaban en otras provincias intentaban buscar oportunidades de encontrarse para compartir sus experiencias y consultar dudas que surgían en el trabajo diario.

Nosotras por nuestra cuenta nos íbamos a Madrid, también por la inquietud personal, porque habíamos conocido un montón de gente [...] nos íbamos el fin de semana, quedábamos con gente y si al día siguiente si teníamos una reunión íbamos y luego nos veníamos otra vez a trabajar. C.S.

Me ocurría una cosa... trabajaba una temporada y decía... ¡esto no puede ser, tiene que haber algo! Y entonces me iba, quería seguir avanzando en lo que se hacía en el mundo, yo quería saber que se hacía por ahí. Y sabes que pasa... que teníamos mucha relación unas con otras, con un caso me fui a Puerta de Hierro y fui a hablar con una compañera, Adela, que sabía más de amputados... y me fui a que me enseñara. (AC)

Esta forma de entender la profesión fue asimilada especialmente por aquellos terapeutas con mayores inquietudes, que siguieron buscando oportunidades para mantener el contacto con los compañeros, participar activamente en la Asociación y ampliar sus perspectivas para continuar aprendiendo y mejorar el servicio que se ofrecía a los usuarios.

Las alusiones al exterior eran siempre mejores y de mayor reconocimiento, motivación por la que en varias ocasiones me fui a trabajar fuera de España. [...] Mantenía la plaza en el hospital, pero con largas temporadas de excedencia para poder ir a trabajar fuera de España. Trabaje en Méjico, Londres, Nueva Zelanda... experiencias todas ellas muy interesantes y que aportaban ideas nuevas en mi intervención como terapeuta ocupacional cuando me reincorporaba otra vez a la Unidad. C.S.

Naturalmente hay que reconocer que no todos mantuvieron esta actitud, ya que el día a día en el trabajo, con sus desafíos y con sus satisfacciones ocupaba suficiente espacio vital. Esto no debería extrañarnos puesto que, durante mucho tiempo, el objetivo principal de la profesión fue crear, abrir unidades de

Terapia Ocupacional, conseguir estar, que se nos incluyera en los equipos y que se nos conociera. Así que cuando esto se conseguía, daba la impresión de que ya estaba todo hecho y podía generar una cierta actitud conformista con la situación. Curiosamente, las informantes se han referido más al conocimiento, que al reconocimiento, probablemente porque una mayor consideración social se veía como algo lejano ante los obstáculos que se presentaban en la práctica.

Uno de los problemas que más influía en nuestra intervención era el no reconocimiento o quizás el desconocimiento que tenían de nuestra profesión, por parte de la administración, servicio de rehabilitación, jefaturas de personal y trabajadores en general. No mostrando ningún interés por conocer la profesión... de este desconocimiento y falta de interés surgieron, las primeras jornadas aragonesas de Terapia Ocupacional, con el objetivo de divulgar y dar a conocer la Terapia Ocupacional en el ámbito hospitalario [...] Pero siempre había obstáculos a la hora del reconocimiento de nuestra independencia profesional a la hora de la participación oficial en comisiones de gestión, de compras, etc. C.S.

En realidad, la imagen de colectivo minoritario, desconocido y en muchos momentos incomprendido, ha sido un peso importante que ha significado un obstáculo para el desempeño diario de muchos terapeutas ocupacionales. Evidentemente el ambiente y las condiciones laborales han jugado un papel significativo en todo el proceso y en las posibilidades de avanzar y ser reconocidos socialmente.

Hemos ido mejorando, al principio claro, nos miraban como bichos raros [...] yo creo que siempre nos miraban como algo diferente, no como algo... y un poco en plan... al principio, sobre todo, en plan despectivo en cuanto a las manualidades, pues eso que te decía, 'los que hacen cestos' y esas cosas, o lo que decía yo, ¿esa carpintería para qué es?, ¿no? Pues eso... mmm si es verdad que hemos estado... mmm infravalorados si quieres...un poco con respecto a los demás, pero luego... los terapeutas se han ido ganando su sitio eh MJR

Hasta el año noventa y tantos no podíamos acceder a carreras, ¿a qué carreras podíamos acceder? ya teniendo reconocida la homologación a periodismo?... Entonces, eso... creo que en muchas ocasiones a muchos terapeutas nos ha hecho encoger, encoger, luchábamos... y además teníamos tantas luchas, que no podíamos estar en todo, y eso... ha costado...

En este sentido, es importante recordar que la Terapia Ocupacional puede estar presente en entornos y recursos bastante diversos, así que cuando analizamos la relación con la medicina y con otras profesiones resulta difícil



establecer características comunes en relación a la adquisición de autonomía, reconocimiento y estatus profesionales. Nuestras informantes han ejercido su profesión en diferentes servicios dirigidos a personas con discapacidad física, problemas de salud mental, mayores, niños, etc. además todas han desempeñado o desempeñan en la actualidad actividades docentes. Lo cierto es que en general reconocen que no en todos los equipos, la relación ha sido igual de positiva.

En términos generales salvo alguna excepción [...] yo me he sentido respetada. [...] Por ejemplo, cuando trabajé en la clínica privada... hombre, los médicos tenían sus funciones, sus actividades, sus terapias, yo tenía las mías, pero, sin embargo, nunca sentí que se me marginara o se me ninguneara, o se me tratara como inferior, ahí no lo sentí, quizá donde sentías claramente la distancia y ... fue cuando trabajé en el Alonso Vega en Madrid, en este macrohospital, mmm quizá ahí sí que, porque el enfoque biologicista, totalmente biologicista, totalmente clásico, era todo lo más arcaico del mundo, ahí sí que quizá, la otra terapeuta y yo... bueno éramos...esas, las que hacen cestos”, quizá ahí sí que era un poco ese concepto, pero yo estuve ahí no creo que más de dos años, y es cuando te digo me vine a Maudes que era el primer centro que se hacía ambulatorio, yo me sentí siempre allí muy respetada, muy tenida en cuenta... claro que era un centro dirigido directamente a la rehabilitación del enfermo mental, a la promoción del enfermo mental, entonces yo me sentí muy escuchada por los psiquiatras, me sentí muy escuchada por los compañeros, ahí yo no sentí que hubiera...C.D.

Ha habido terapeutas muy... con mucho prestigio [...] personalidades en los centros donde estaban, yo creo que sí que hemos sabido ganarnos... lo que pasa es que nosotros mismos, a veces, nosotros mismos hemos tenido el complejo, [...] nos hemos infravalorado, fíjate. MJR

Los médicos nuevos, los psiquiatras nuevos a las terapeutas ocupacionales nos adoraban, les parecíamos un personal imprescindible en psiquiatría, los demás no tanto...C.S.

Yo noté una diferencia de la noche al día, del INSALUD al INSERSO, el INSERSO era menos jerárquico, era gente mucho más progresista, más progresista en todo, era un trabajo en equipo... no había tanta jerarquía... era ya gente que trabajaba con metodología, eran muy innovadores, sobre todo en el tema de atención temprana eran muy muy innovadores yo tuve la suerte de aprender mucho, muchísimo. AV.

En algunos casos y más en una profesión como la nuestra en la que hay un número reducido de ejercientes, la personalidad, los valores, las habilidades

y la forma de trabajar de los terapeutas ha pesado mucho en las posibilidades de conocimiento y reconocimiento de la profesión.

Aquí una enfermera termina la escuela y la contratan y es raro es que la enfermera esté sola, va estar en planta con alguien, una supervisora, va a tener todo a partir de ahí va a ir creciendo como quiera, mientras que una terapeuta te la contratan en un sitio donde no hay otro terapeuta y le dicen móntame la Terapia Ocupacional, o móntame un proyecto de Terapia Ocupacional. Claro, gente con 20-21 años... o sea, si una enfermera lo hace mal lo hace esa enfermera, si el terapeuta ocupacional lo hace mal, o no les gustas cómo lo hace, o no sabe justificar o no sé qué... la Terapia Ocupacional no sirve, claro es un hándicap, por una parte, es bonito, porque puedes crear, pero por otra estamos poniendo a gente muy joven para que juzguen a toda una profesión. Y eso está pasando en toda España o ¿no? C.M.

Evidentemente no todo se atribuye a nuestra forma de ser y de hacer las cosas, en la interacción con otros profesionales influye también la receptividad de éstos, que generalmente depende de sus conocimientos, sus valores y sus actitudes. Está claro que siempre ha habido responsables de los servicios donde trabajan los terapeutas ocupacionales que han estado a favor de la profesión.

Por poner un ejemplo, podemos referirnos al ámbito de la rehabilitación física que, como sabemos, resultó fundamental para el inicio de la Terapia Ocupacional. Enseguida hubo médicos que mostraron interés por incluir dichos tratamientos en los servicios de rehabilitación que se iban creando y supieron apreciar el valor terapéutico de las ocupaciones. Por su formación en el extranjero, sabían que la Terapia Ocupacional era una profesión sobradamente conocida en otros países y que tenía el reconocimiento y respaldo de la OMS.

Sin embargo, es significativo recordar que al mismo tiempo que se iniciaba el proceso de profesionalización de la Terapia Ocupacional en España, la especialidad médica de rehabilitación, estaba tratando de buscar su propia parcela y su justificación frente a especialidades más arraigadas. Ante tratamientos más tradicionales pertenecientes al área de la medicina física, las técnicas y la forma de trabajar de los terapeutas ocupacionales parecían menos científicas, en realidad, el uso de artesanías y de actividades terapéuticas no parecía ser compatible con el pretendido prestigio médico. Por otra parte, no existió regulación universitaria de la formación hasta los años noventa así que, existían ciertas reservas en cuanto a la utilidad o efectividad de la Terapia Ocupacional,

es decir que, en algunos casos, los propios especialistas de la rehabilitación mostraron falta de interés y de confianza en esta "nueva" profesión.

Yo he tenido suerte, al venir de Inglaterra, siempre me han respetado. Pero de todas formas sentí desde un principio que la formación había que ampliarla [...] para poder hablar con los médicos, y que les respetaran los médicos y los fisioterapeutas, bien formadas para poder discutir y formar parte de los equipos [...] formar parte de esos equipos, esa era la forma de avanzar. AF

Yo me he sentido autónoma total porque yo me he impuesto, yo cerraba el Dpto. y tenían que llamar para entrar. Me he dado a valer desde el primer momento, en reuniones decían no tenéis el título, si que lo tengo, el título es un papel, pero lo importante es saber trabajar. [...] Los médicos han puesto mucho la zancadilla, época conflictiva. Sí porque empezó el médico RHB, desde mi punto de vista es una figura inventada. Porque yo había empezado relación con cirujanos, pediatras, traumatólogos, he tenido una relación directa, no le veía el papel al rehabilitador, en todo caso un coordinador de todos, pero no en algunos si bien y otros no, depende del carácter de la persona, algunos se han interesado mucho por todo, te dan ideas y otros te dicen que no a tu idea porque es el médico y tiene que sobresalir, eso lo sigo viendo desafortunadamente, en el fondo están acomplejados. Eso no ha cambiado desafortunadamente, "tu haz lo que yo digo" eso sigue. Nosotros estamos horas con el enfermo, lo conocemos muy bien, sabemos lo que le pasa, porque el enfermo se te abre del todo, sin embargo, el médico lo ve en un momento, 10' en un despacho y no sabe, abre-cierre, suba y baje, cuatro pruebas de nada que no sirven de nada... sigue igual. El médico rehabilitador es inventado, en otros países está el fisiatra, no son rehabilitadores, son fisiatras, AC.

Yo no estaba de acuerdo con él, si yo se lo he dicho mil veces. Fíjate cómo fue, que yo llegué y él tenía alumnas en su clínica y no tenía terapeuta [...] entonces yo llegué y le quité las alumnas de prácticas [...] yo me enfrenté con él muy duramente, a veces, muy duramente, yo era terapeuta, ante todo. MJR

Nos habían dicho tantas veces que no sabíamos... que no podíamos...CM

Sorprendentemente, todavía hoy encontramos médicos especialistas en rehabilitación que desconocen el papel de la Terapia Ocupacional, así que difícilmente pueden reconocer o valorar nuestro trabajo. Para otros, aunque conocida, la profesión resulta difícil de comprender desde el modelo médico tradicional, por la variedad de aspectos sobre los que interviene, su concepción de la persona y del papel del entorno y de las ocupaciones en el pleno funcionamiento y la salud de la gente. Afortunadamente el ámbito de la profesión va más allá

de la rehabilitación física y del contexto hospitalario, pero no deja de ser descorazonador que los mismos especialistas en rehabilitación desconozcan unos tratamientos que se supone requieren su prescripción médica.

#### **5.6.4. Reflexiones**

En este último apartado queremos recoger algunas reflexiones interesantes que componen un cuadro general de la profesión en España. En primer lugar, hemos entresacado ideas sobre el recorrido de la profesión en nuestro país que vuelven a incidir en algunos de los factores determinantes del proceso de profesionalización y que nos sugieren ideas para continuar avanzando en la consolidación de la Terapia Ocupacional.

Ser pocos profesionales desde luego ha supuesto un retraso en la profesión, empezar más tarde que en otros países también, además, tener un título de la Escuela de Sanidad se valoraba como inferior a otros títulos por el resto de profesionales y para algunos lo de las manualidades también era negativo, lo veían como inferior. [...] Claro, al comienzo no podíamos estar como estaban en países que hacía años que la cosa funcionaba, era lógico... pero no, no lo veía descorazonador, lo veía como una etapa que teníamos que superar, yo aprendí muchísimo en estos viajes y procuré que lo que aprendía... transmitirlo, no lo vi... no se... no soy de las personas que ven las cosas mal, hay una cosa que es un comienzo y que tiene que ir adelantando y ya está, no se... hay diferencias, pero claro nos llevaban años de ventaja y nosotros teníamos que pasar por este periodo también. [...] Y que la política influyó muchísimo en que se retrasara la evolución que tenía que llevar, si hubiera habido más escuelas... al haber más escuelas, aunque al principio no estuvieran como tenían que estar... que las llevaran solamente médicos o así, o en la universidad o así... pero todo ha ido evolucionando como tenía que ser [...] Más que nada la política, influyó muchísimo, la gente de arriba no estaba formada en esto, no entendían y no dejaban, fueron años muy difíciles... luchando para el cambio de Gobernación a Educación y no hubo manera... no querían [...] Aunque fueron tiempos muy difíciles y en muchos momentos descorazonadores, el colectivo estaba unido y eso es lo que permitió seguir adelante. Estuvimos muy unidos, y eso es lo que hizo que pudiera salir adelante. (AF)

Esa expansión... es lo que quizás no nos ha facilitado, no ser suficientes terapeutas, claro, claro, eso nos ha hecho polvo, y a los primeros que nos ha hecho polvo ha sido a los terapeutas que hemos vivido... pues todo el tiempo teniendo que demostrar, teniendo que demostrar...[...] Hombre, se ha ido sobre la marcha y... pienso que hemos ido bastante deprisa porque claro, es al hacer todo... dentro de lo que cabe, siempre hemos estado... pues... protestando... luchando

y peleándonos unos con otros, encima de tal... de hacemos... de no haces... de tal, de cual... y eso nos ha hecho espabilar, esa es la pura verdad, pero ha sido... un poco... contra viento y marea, no ha sido una cosa fácil, vamos... (MJR)

La Escuela de Madrid, ese era el problema [...] la Terapia Ocupacional en España perdió una serie de oportunidades tremendas [...] iban saliendo plazas porque existían necesidades, pero no había terapeutas suficientes [...] si se hubieran creado tres o cuatro escuelas más, si en vez de salir 25 salen 100, hubiera sido otra historia, y eso fue... hubo muchos... sabes que en todo en esta vida hay muchos intereses, pero en aquello... hubo muchos intereses. [...] Fue esta gente para mí la que impidió que la terapia creciera antes, y que... mucho que han hecho, pero nos han hecho un flaco favor [...] A ver, ha habido un cambio y una evolución... bueno... estratosférica, por mucho que se piense la gente actual que tiene problemas y que el trabajo... y que tal y cual... y que no les reconocen [...] no tiene nada que ver con lo que hemos vivido. A ver... cuando yo terminé... no nos conocía nadie. Y cuando digo nadie... es nadie, nadie, nadie, nadie. (CM)

Se reflejan aquí aspectos muy importantes que se han analizado en esta tesis: el retraso en el inicio de la formalización de la profesión respecto a otros países, el complejo contexto socio-político con sus intereses, el escaso número de profesionales, la falta de reconocimiento del título por el Ministerio de Educación, el desconocimiento de la profesión por parte de otros profesionales y los prejuicios respecto a las técnicas y el tipo de tratamiento que se planteaba. Estas dificultades hicieron que muchos terapeutas vivieran el día a día como una lucha constante en la que se requería invertir grandes cantidades de esfuerzo y energía, algo que para muchos supuso un enorme desgaste que no siempre se ha sabido valorar por las generaciones posteriores.

De sus relatos se percibe una serie de sentimientos comunes, estas terapeutas ocupacionales se han desvivido por su trabajo, lo han disfrutado y ha sido una fuente de satisfacción en su vida. Parece que habitualmente, la relación directa con los usuarios y los efectos beneficiosos de sus intervenciones en la vida real de las personas, eran el reconocimiento que necesitaban para continuar luchando por su profesión y sentirse bien con lo que hacían. Probablemente habrá otros terapeutas ocupacionales que se sientan identificados con ellas.

He trabajado muy a fondo, me ha gustado mucho, me ha ayudado mucho, he vivido feliz con mi trabajo, he luchado con toda el alma y con todas mis fuerzas.

Encontré mi sitio y he sido feliz, además con mi incapacidad es duro, pero la ha suplido totalmente la profesión. (MJR)

Yo he sido muy, muy feliz, yo me he sentido realizada, pero además me he sentido realizada porque... tengo testimonios, de personas que... que me han escrito, que me han llamado por teléfono... o sea, tengo testimonios, personales. No solo merece la pena esta profesión, es la mejor de rehabilitación!, ite lo digo yo! (AC)

¿Si he sido feliz siendo terapeuta ocupacional? ¡Muchísimo! ¡Muchísimo! ¡Siempre! En la dedicatoria que preparé para A Coruña, dije: Accedí a la profesión para ayudar a los demás y la que ha sido ayudada he sido yo, tanto, que nunca tendré suficiente para dar las gracias a lo que la profesión me ha dado. Siempre pensé que era un privilegio ganarte la vida con lo que te gusta, que te llena... (CD)

Por último, queremos mostrar la visión de algunas de estas expertas sobre el estado actual de la profesión y los factores que pueden incidir en su futuro. Son ideas que nos pueden ayudar a realizar un autoanálisis sobre nuestra propia disciplina y que abren nuestra perspectiva hacia las áreas de desarrollo que pueden reforzar el papel de la Terapia Ocupacional en nuestra sociedad.

¿El futuro? Lo veo muy bien, poco a poco se ha ido poniendo como debía estar. (AF)

Siempre he creído que la Terapia Ocupacional tiene mucho que aportar en el mundo de la salud. [...] Es súper-importante la relación con el paciente, me parece el principio, es fundamental, ese es el principio y que a partir de ahí... da igual donde trabajes, ese es el principio básico y que a partir de ahí yo no sé si se utiliza un modelo u otro, el siguiente o el contrario, pero sin eso no sirve de nada. [...] El debate estaría en qué es ocupación, ahora tu y yo, no tenemos ni mimbre, ni cuero ni papel de encuadernar, pero estamos haciendo una ocupación [la entrevista] si se entiende la ocupación, como algo físico, mental, emocional, la gama se nos abre inmensamente. Si haces la suma de qué dificultades, deficiencias y necesidades tiene la persona y qué opciones de ocupación le pueden venir bien, ahí vas a encontrar un acoplamiento, que no necesariamente es ni cuero, ni cesta, ni no sé qué, puede ser escuchar música, hacer poesía, puede ser cine, ... no sé si me estoy explicando, pero ese criterio creo que se ha perdido. (CD)

Creo que hay como dos tipos de terapeutas, los que se quieren parecer a otras profesiones y los que tenemos claro lo que es la terapia desde la raíz, y lo valoramos desde otro frente. Y eso creo que se sigue manteniendo, con un porcentaje mayor o menor pero sí, en esa balanza a veces pesan más unos y

a veces pesan más otros, y que no llega a tener esa unidad. Incluso también por deformación en la formación, ahora que tenemos varias escuelas cada uno salimos con un sello y eso nos perjudica en algunos sentidos. Porque... a ver, cada uno explica la Terapia Ocupacional desde su vivencia y como las vivencias son cada vez más dispersas, damos muchas versiones de la Terapia Ocupacional. [...] La profesión se está disgregando, estamos perdiendo uniformidad [...] tendríamos que hacer una reflexión, no sé si es el momento, igual llegamos tarde. [...] Nos hace falta reconocer más personas con liderazgo, y ser capaces de reconocer a las personas que ahora están haciendo algo y apoyarlas más. Reconocerlo, apoyar y que piensen que no están solos y que valoramos lo que están haciendo. [...] (MJC)

Ha habido un gran cambio, hemos cambiado muchísimo, hemos ganado muchísimo, hemos... bueno, es que no tiene nada que ver con los principios. [...] Yo tengo mucha esperanza en el futuro, creo que es una profesión [...] es una profesión más compleja que las otras, pero tiene mucho que ofrecer. Creo que tiene un gran campo en geriatría... y creo que tiene un gran campo en salud mental, si sabemos posicionarnos... en geriatría también... y creo q tiene un gran campo en infantil. Después creo que en el área que entre comillas hemos llamado de "físicos" también tiene gran campo, pero si lo que llamamos físicos se posiciona más... no tanto desde lo hospitalario [...] hay que ir más a lo que es la ocupación, la participación, acompañar, en asociaciones, en activismo [...] la vida cotidiana de las personas, donde están, cómo participan, como se realizan [...]. Después creo que otro campo que puede crecer si lo sabemos hacer y hay terapeutas que ya van por ahí, es en todo lo que no es patología... incluyendo colectivos o poblaciones que no entran dentro de la patología, yo que sé, población gitana... refugiados... lo más social. Otra cosa importante es América Latina [...] la Terapia Ocupacional crítica, la Terapia Ocupacional más social en el que se están haciendo sinergias con gente de Sudamérica y que están hablando de las terapias ocupacionales del sur. Un poco en la idea de que nuestras realidades no son las realidades de Norteamérica, creo que es un campo hacia donde podemos crecer mucho, porque cada vez tenemos poblaciones con más dificultades, más vulnerables y no nos podemos encerrar en la patología, tenemos que agarrar a la sociedad, y crear cosas desde el sur, desde lo que nos pasa a nosotros. [...] la investigación es muy importante, pero siempre he dicho que los otros grandes campos en que los terapeutas ocupacionales tenemos que estar [...] es la gestión... y... la política [refiriéndose a la gestión desde posiciones de responsabilidad en las instituciones donde trabajamos tanto asistenciales como universitarias y la política como activismo asociativo, representación sindical y participación en otros foros] (CM)

## **7. CONCLUSIONES**





## 6. CONCLUSIONES

1. La Terapia Ocupacional, que ya se venía utilizando en nuestro país como herramienta terapéutica en la atención psiquiátrica y en los recursos dirigidos a la recuperación funcional y la reeducación, inició su recorrido profesional en 1961 como parte de la respuesta sanitaria urgente ante las necesidades de la población infantil que se derivaron de las epidemias de poliomielitis. En aquel tiempo existía una actitud receptiva a la introducción de los servicios de rehabilitación en la asistencia sanitaria por la influencia de los cambios producidos en el contexto internacional en relación al concepto de salud y la atención a la discapacidad.

2. La puesta en marcha de la formación en Terapia Ocupacional se incluyó entre las acciones del programa "Rehabilitación de niños impedidos" de la OMS y fue patrocinado por el UNICEF. Este programa conllevó la contratación de Mercedes Abella en 1961 como especialista consultora de la OMS con la misión principal de organizar una Escuela de Terapia Ocupacional en España. La creación de la Escuela se planteó inicialmente dentro de la formación especializada en materia sanitaria de la Escuela Nacional de Sanidad, respetando los estándares internacionales y con el apoyo del Estado a través del Patronato Nacional de Rehabilitación.

3. Las posibilidades de aplicación de las recomendaciones de la OMS estuvieron determinadas por la situación política, los intereses personales e institucionales y las actitudes no siempre receptivas a la intervención internacional. En lo concerniente a la Terapia Ocupacional, el inicio de la actividad formativa se produjo con retraso respecto al calendario que propusieron los expertos en 1956 y con limitaciones materiales y de organización que se prolongaron en el tiempo. Además, la formalización de los estudios dentro del Ministerio de Educación, objetivo definido como primordial por Mercedes Abella en 1963, no llegó a conseguirse hasta los años noventa, con el reconocimiento de la Terapia Ocupacional como Diplomatura Universitaria, lo que tuvo repercusiones de largo alcance.

4. La Escuela de Terapia Ocupacional quedó adscrita al Ministerio de la Gobernación como filial de la Escuela Nacional de Sanidad, aunque funcionó

siempre de manera bastante independiente. La formación se basaba en los estándares de la WFOT y se estructuraba en materias generales, materias específicas y prácticas clínicas. Desde el principio se contó con profesores terapeutas ocupacionales para responsabilizarse de las materias específicas de Terapia Ocupacional que tuvieron que compensar su falta de experiencia y referentes profesionales con mucho esfuerzo, ilusión y generosidad.

5. Los estudiantes accedían a la Escuela de Terapia Ocupacional tras un proceso selectivo en el que se valoraban ciertas capacidades y su motivación para realizar la carrera. Los estudios se realizaban en régimen de externado y requerían plena dedicación, ya que la organización de las clases y de las prácticas hacía prácticamente incompatible cualquier otro tipo de actividad. Estas circunstancias junto con el número reducido de alumnos favorecieron la creación de un ambiente familiar y de estrechas relaciones entre ellos.

6. Hasta el reconocimiento de la Terapia Ocupacional como titulación universitaria, la Escuela de Madrid fue la única en la que podía obtenerse el título de terapeuta ocupacional en España, así que el número de graduados por año era muy limitado. Por otra parte, desde la obtención de la acreditación de la WFOT en 1970, el título adquirió validez internacional, lo que confirmaba el nivel educativo superior y la consistencia con la formación en otros países. Todo ello constituía una situación atípica dentro de las profesiones sanitarias, puesto que se obtenía un título reconocido internacionalmente que no era refrendado por el Ministerio de Educación. En algunos escenarios laborales, esta circunstancia generó problemas administrativos y falta de reconocimiento por parte de otros profesionales, que no se correspondía con el concepto que tenían los terapeutas de su capacitación, asumida como adecuada para ejercer la profesión a pesar de no formar parte del sistema educativo universitario.

7. El promedio de alumnos que se graduaba anualmente suponía un número muy reducido para atender las necesidades de todo un país y comparativamente insignificante respecto al promedio de titulados de las demás profesiones sanitarias. La ventaja de esta situación era que existían altas posibilidades de acceso al mundo laboral, tanto en España como en otros lugares del mundo, la desventaja era el desconocimiento de la Terapia Ocupacional como profesión, lo que incidía en las posibilidades de reconocimiento profesional, la representación social y la construcción de la identidad profesional.

8. El hecho de ser un colectivo profesional minoritario ha sido el factor más determinante del proceso de profesionalización. Aunque la situación comenzó a cambiar a partir del reconocimiento universitario, el número de ejercientes sigue siendo comparativamente reducido respecto a otras profesiones, lo que se sigue reflejando en muchos contextos laborales y académicos, donde los terapeutas ocupacionales constituyen el grupo menos numeroso. Si añadimos a esto la condición femenina de la mayoría de los profesionales de la Terapia Ocupacional podemos concluir que las posibilidades de reconocimiento profesional, adquisición de autonomía, estatus y poder se vieron considerablemente limitadas.

9. El hecho de ser un colectivo profesional minoritario hace que las personas, desde su individualidad, con sus habilidades y actitudes adquieran un papel más significativo. Las oportunidades de desarrollo de la profesión en cuanto a adquisición de autonomía, reconocimiento, estatus y monopolio se ven determinadas en gran medida por el profesional y por las interacciones de éste con los distintos miembros del equipo, los responsables médicos y las instituciones. Por ello, no resulta fácil establecer un patrón de funcionamiento colectivo, especialmente en algunos ámbitos asistenciales donde la heterogeneidad de los servicios es mayor, lo que acaba creando situaciones y estrategias concretas en el proceso de profesionalización que pueden constituir un campo interesante para la realización de otros estudios.

10. El inicio de la Terapia Ocupacional como profesión se produjo en un momento en el que otras especialidades iniciaban su propio proceso de profesionalización. El caso más significativo fue la especialidad médica de rehabilitación, sus intereses y estrategias de búsqueda de autonomía y reconocimiento confluyeron con el desarrollo de la Terapia Ocupacional, lo que no siempre benefició a la profesión. Para una parte de estos especialistas, las técnicas y métodos utilizados por los terapeutas ocupacionales no eran atractivos, puesto que se salían del modelo médico imperante y se asociaban a métodos no científicos, lo que influyó en las posibilidades de progreso de la Terapia Ocupacional. Se mantenía el control sobre la profesión a través del requerimiento de la prescripción médica pero no existía un verdadero interés en los tratamientos, de manera que en la práctica diaria los terapeutas funcionaban autónomamente. Esta situación ventajosa profesionalmente tuvo consecuencias no siempre positivas,

puesto que algunos terapeutas terminaban aislándose y acomodándose a un sistema en el que no se les estimulaba a progresar científicamente.

11. El funcionamiento de la organización profesional y sus estrategias de profesionalización han estado determinadas por el reducido número de ejercientes, lo que ha limitado las posibilidades de influencia y representación en las instituciones. La responsabilidad de generar estrategias en beneficio de la profesión y plantearlas de manera efectiva recayó durante años en un grupo reducido de personas que se encontraron con numerosos e importantes obstáculos debido a la situación política del país, y que trabajaron intensa y altruistamente invirtiendo muchos de sus recursos personales. A pesar de las dificultades consiguieron mantenerse y obtuvieron logros importantes como el reconocimiento de la profesión en el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de 1973, el reconocimiento de la Terapia Ocupacional como titulación universitaria en 1990, y como profesión sanitaria en la Ley 44/2003.

12. La publicación de una revista que sirviera como órgano de expresión y comunicación fue uno de los primeros objetivos del colectivo profesional. Desde el año 1972 comenzó a publicarse el "Boletín informativo de la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales" y los objetivos de mejora en cuanto a calidad y regularidad fueron una constante preocupación a lo largo del tiempo. Desde 1987, a partir de la creación de APETO, el boletín cambió su denominación a "Terapia Ocupacional. Revista Informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales" y siguió incorporando mejoras en su formato y contenidos. En 2004 se comenzó a producir en formato electrónico la Revista de Terapia Ocupacional de la Asociación Gallega de Terapia Ocupacional (APTGTO) conocida como Terapia Ocupacional de Galicia (TOG) y en mayo de 2005 se lanzó la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional de la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias (APTOPA). Esto facilitó el incremento de la producción científica y constituye otro indicador de la consolidación de la profesión en nuestro país.

13. La Diplomatura Universitaria de Terapia Ocupacional comenzó a impartirse en la Universidad de Zaragoza en 1991. El reconocimiento universitario reorientó significativamente el proceso de profesionalización, favoreciendo la expansión de la Terapia Ocupacional en diferentes universidades lo que ha resultado un factor clave para el progreso de la profesión en las últimas décadas.

Las posibilidades de reconocimiento social, profesional y académico aumentaron, repercutiendo positivamente en diversos contextos de la práctica y en el desarrollo científico. No obstante, el reconocimiento académico también conllevó la diversificación de la formación, el alejamiento de los estándares internacionales, el cambio en el perfil del alumnado y del profesorado, etc. factores que no han sido del todo positivos para la profesión.

14. El cambio generado en el año 2007 con el reconocimiento de la Terapia Ocupacional como Grado Universitario ha dado un nuevo impulso al proceso de profesionalización. Los acontecimientos que se han sucedido desde entonces muestran que el proceso sigue en marcha en una buena dirección. Sus repercusiones se verán en el futuro y podrán ser objeto de nuevas investigaciones.

15. En los inicios del siglo XXI, encontramos una situación que difiere en muchos aspectos de las circunstancias descritas en el periodo estudiado en esta Tesis. Sin embargo, existen factores invariables que condicionan las posibilidades de desarrollo y reconocimiento de una profesión, entre ellos: las necesidades de la población, las políticas, las instituciones y las actitudes y capacidades de algunas personas. Como sucedió en el pasado, la respuesta efectiva y de calidad de la Terapia Ocupacional ante las necesidades de las personas, es y será fundamental para su progreso y reconocimiento de manera que no podemos aislarnos de nuestro contexto. Todo ello requiere una práctica centrada en la evidencia que debe formar parte de nuestro trabajo diario y difundirse en la comunidad científica. Por otro lado, es importante implicarse en puestos de gestión y asumir roles de liderazgo para aportar nuestra perspectiva como profesionales de la salud y poner en marcha estrategias de control sobre nuestra práctica. Todo ello servirá para consolidar el proceso de profesionalización de la Terapia Ocupacional en España.



## **7. BIBLIOGRAFÍA**





## 7. BIBLIOGRAFÍA

### 7.1. Fuentes

#### Fuentes de archivo

Archivo de la Escuela de Terapia Ocupacional

Expedientes de los estudiantes (1961-1998)

Actas de las asignaturas (1961-1998)

Planes de estudios y programas de las asignaturas

Actas de alumnos aprobados por curso académico

Informes y correspondencia

Archivo de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO)

Libros de Actas (AETO y APETO)

Documentos oficiales.

Informes y correspondencia

Fichas de los asociados

Tesinas de Grado de los estudiantes de la ETO.

Archivo de la OMS

Informes de las misiones realizadas por expertos

Abella, Mercedes. «*Assignment report (10 April 1961 to 31 Decembre 1963) World Health Organization. Regional Office for Europe. EUR-SPAIN-23. AT 12-59.*» 1963.

Archivo de la Facultad de Ciencias de la Salud

Documentación relativa al inicio de la Diplomatura

#### Fuentes legislativas

Fondo Histórica "Gazeta" de la Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado (BOE). Disposiciones publicadas en los diarios oficiales desde 1883 hasta 1959.

<https://www.boe.es/buscar/gazeta.php>

Boletín Oficial del Estado. Disposiciones de ámbito estatal, desde 1960.

<https://www.boe.es/legislacion/>

Boletines Oficiales de las diferentes Comunidades Autónomas.

## Fuentes impresas

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación (ANECA). *Libro Blanco Título de Grado en Terapia Ocupacional*. Madrid, 2005.

American Occupational Therapy Association (AOTA). «Minimum Standards for courses of training in Occupational Therapy.» *Archives of Occupational Therapy* III, nº 4 (1923): 295-298.

Arribas Pérez, Ana. «Mi experiencia en APETO.» *Terapia Ocupacional. Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO)*, nº 44 (noviembre 2007): 60-62.

Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias (APTOPA). «Entrevista a Rosa Matilla.» *Revista Asturiana de Terapia Ocupacional*, nº 4 (diciembre 2006): 15-21.

Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO). «Especial 40 aniversario.» *Terapia Ocupacional. Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO)*, nº 44 (noviembre 2007).

Bermúdez Pareja, Manuel. *UNICEF protector de la infancia*. Colección de folletos para médicos. Madrid: Dirección General de Sanidad, 1961.

Bernués Vázquez, Luis. «La creación y los comienzos de la CNDEUTO.» *Universidad Rey Juan Carlos Web site*. [www.urjc.es/cndeuto/historia](http://www.urjc.es/cndeuto/historia) (último acceso: marzo de 2017).

Berrueta Maeztu, Luis M. «Resumen de un proceso.» *terapia-ocupacional.com*. Web site 2005. [http://www.terapia-ocupacional.com/Opinion/Asociaciones\\_autonomicas\\_Luismary\\_Berrueta.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/Opinion/Asociaciones_autonomicas_Luismary_Berrueta.shtml) (último acceso: marzo de 2017).

Bosch Marín, Juan. «El UNICEF en su acción por los niños en España.» *Anales de la Real Academia de Medicina* LXXXIX. Instituto de España, Real Academia Nacional de Medicina, 1972.

—. *La asistencia sanitaria a la madre y al niño*. Vols. Publicaciones "Al servicio de España y el niño español", nº57. Madrid: Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad. Sección de Puericultura, maternología e higiene escolar, 1942.

- . «Pasado, presente y futuro de la rehabilitación. Discusión. II Sesión Científica, 27 enero 1970.» *Anales de la Real Academia de la Medicina*. Instituto de España. Real Academia Nacional de Medicina, 1970.
- . «Treinta años de acción sanitaria puericultora.» *Discurso leído en la solemne sesión inaugural del curso académico 1968*. Instituto de España, Real Academia Nacional de Medicina, 1968.
- Calvo Til, M<sup>a</sup> Jesús. «Los comienzos en la Universidad.» *Universidad Rey Juan Carlos Web site*. [www.urjc.es/cndeuto/historia](http://www.urjc.es/cndeuto/historia) (último acceso: marzo de 2017).
- Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT). «Beginnings, Occupational Therapy, a Canadian Legacy.» *OT Legacy Web site*. <http://www.otlegacy.ca/past/beginnings.htm>. (último acceso: marzo de 2017).
- Comité de Expertos en Rehabilitación Médica. *Primer informe*. Serie Informes Técnicos, nº158, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1958.
- Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional (CNDEUTO). *Libro Blanco de la Terapia Ocupacional*. Zaragoza: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Zaragoza, 2004.
- Consejo General de Colegios Profesionales de Terapia Ocupacional. «Informe técnico sobre Terapia Ocupacional.» *La colegiación obligatoria en el ejercicio profesional de los terapeutas ocupacionales en España*. Madrid: Comité Gestor del Consejo de Colegios de Terapia Ocupacional y Asociaciones Profesionales de Terapia Ocupacional, 2013.
- European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE). «Directory.» *enothe.eu Web site*, 2017. <http://enothe.eu/members-pages/directory/>. (último acceso: marzo de 2017).
- . «History.» *enothe.eu Web site*, 2017. <http://enothe.eu/enothe/what-is-enothe>. (último acceso: marzo de 2017).
- Esteve de Miguel, Rafael, y Alejandro Otal. *Rehabilitación en Ortopedia y Traumatología*. Barcelona: Jims, 1965.
- Falcón Rodríguez, Ramón. «La enseñanza de las artes aplicadas y los oficios artísticos. B. Enseñanza estatal.» *Revista de Educación* LXI, nº 178 (1966): 63 [215]-70 [222].
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). «Nuestra historia: UNICEF, pasado, presente y futuro.» *unicef.org. Web site*.

- [https://www.unicef.org/spanish/about/who/index\\_history.html](https://www.unicef.org/spanish/about/who/index_history.html). (último acceso: marzo de 2017).
- Forns Gubert, Ana. «Relato de mis experiencias en el desarrollo de la Terapia Ocupacional desde sus comienzos.» *Terapia Ocupacional. Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO)*, nº 44 (noviembre 2007): 25-30.
- González Sánchez, Cecilio. «Pasado, presente y futuro de la Rehabilitación.» *Anales de la Real Academia de Medicina*. LXXXVII, cuaderno 4º, 1ª sesión científica (enero 1970). Instituto de España. Real Academia Nacional de Medicina, 39-63.
- Licht, Sidney. *Terapéutica por el ejercicio*. Barcelona: Salvat editores, 1965.
- Licht, Sidney. «The founding and founders of the American Occupational Therapy Association.» *American Journal of Occupational Therapy* XXI, nº 5 (1967): 269-277.
- MacDonald, E.M. *Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación*. Barcelona: Salvat, 1972.
- MacDonald, E.M. *Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación*. 2º ed. Barcelona: Salvat, 1979.
- Martínez Berriel, Josefa. «Entrevista a Mercedes Abella, joven fundadora de la Terapia Ocupacional en España.» *Terapia Ocupacional. Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO)*, nº 25 (2001): 29-39.
- Meyer, Adolf. «The Philosophy of Occupational Therapy.» *Archives of Occupational Therapy*, nº 1 (1922): 1-10.
- Oñorbe Garbayo, Manuel. *Invalidez y rehabilitación*. Folleto para médicos. Madrid: Servicio de Rehabilitación Sanitaria de la Dirección General de Sanidad, 1963.
- . «La lucha contra la invalidez. Rehabilitación y recuperación de incapacitados.» *Charlas radiofónicas: el problema de los disminuidos físicos y su rehabilitación*. Madrid: Patronato de Rehabilitación de Inválidos, Secretaría General, 1963.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). «Declaración Universal de Derechos Humanos.» *Resolución 217 A (III), 183ª sesión plenaria*. 10 de diciembre de 1948. <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/> (último acceso: marzo de 2017).
- . «Historia de las Naciones Unidas.» *un.org*. Web site. <http://www.un.org/es/aboutun/history>. (último acceso: marzo de 2017).

- Organización Internacional del Trabajo (OIT). «Orígenes e historia.» *ilo.org*. Web site. <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/history/lang--es/index.htm>. (último acceso: marzo de 2017).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Actividades de la OMS. Informe anual del director general a la Asamblea Mundial de la Salud y de las Naciones Unidas (1956-1975)*. Actas oficiales de la OMS, nº75, 82, 90, 98, 105, 123, 131, 139, 147, 156, 172, 180, 221, 229, Ginebra: OMS, 1957-1976. En WHO iris: Repositorio Institucional para compartir Información, <http://apps.who.int/iris/handle/10665/85537>
- . «Constitución de la Organización Mundial de la Salud.» Nueva York, 22 de julio de 1946. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>
- . «Historia de la OMS.» *who.int*. Web site. <http://www.who.int/about/history/es/>. (último acceso: marzo de 2017).
- Pinel, Philippe. *Tratado médico-filosófico de la enagenacion del alma o manía*. Traducido por Luis Guarnerio y Allavena. Madrid: Imprenta Real, 1804.
- Quiroga, Isabel J. «La Asociación Española de Terapia Ocupacional (1967-1988).» *Terapia Ocupacional. Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO)*, nº 44, (noviembre 2007): 2-30.
- Rodríguez Reyes, José. *La Terapia Ocupacional y la laborterapia en las enfermedades mentales*. Madrid: Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, 1972.
- Ruíz-Falcó López, Fernando. «Escuela Nacional de Sanidad. Problemática pasada, actual y futura.» *Rev. San. Hig. Púb.* 57 (1983): 359-372.
- Sacristán, José M. «Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España.» *Archivos de Neurobiología* 2, nº 1 (1921): 1-15.
- Sacristán, José M. «Plan moderno de asistencia a los alienados.» *Archivos de Neurobiología* 6, nº 5/6 (1926): 226-231.
- Safford, Frank J., y M. Kurt Janson. *Programa nacional de niños físicamente disminuidos: informe sobre una misión en España*. Publicaciones "Al servicio de España y del niño español", nº227. Madrid: Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad, 1957.
- Salarich, J. «Nota biográfica del Dr. D. Manuel Bastos Ansart.» *Anales de Medicina y Cirugía* LIII, nº232 (abril-junio,1973): 187-194.

Santo-Domingo Carrasco, J. «Pasado, presente y futuro de la higiene mental en España.» *XX Reunión Anual de la Liga Europea de Higiene Mental, Actas (Palma de Mallorca)*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* XX. nº 75 (1972): 233-236.

Santos del Riego, Sergio. «El desarrollo de la CNDEUTO, 2004-2012.» *Universidad Rey Juan Carlos Web site*. 2013.  
<https://www.urjc.es/images/cndeuto/archivos/desarrollo%20cndeuto.pdf>  
(último acceso: marzo de 2017).

Spackman, Clare S. «The World Federation of Occupational Therapists: 1952-1967.» *American Journal of Occupational Therapy* 21, nº 5 (1967): 301-309.

Vicente Cintero, Ana. «Veinte años de APETO: vivencias y reflexiones.» *Terapia Ocupacional. Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO)*, nº 44 (noviembre 2007): 43-49.

World Federation of Occupational Therapists (WFOT). «History.» *wfot.org*. Web site.  
<http://www.wfot.org/AboutUs/History.aspx>. (último acceso: marzo de 2017).

World of Occupational Therapists (WFOT). «Declaración sobre la Terapia Ocupacional, traducción de Statement on Occupational Therapy.» *wfot.org*. Web site. 2011.  
<http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>. (último acceso: marzo de 2017).

### **Fuentes orales**

M<sup>a</sup> Jesús Calvo Til, entrevista realizada el día 25/10/2016, transcripción de 22 pág.

Alicia Chapinal Jiménez, entrevista realizada el día 04/11/2015, transcripción de 21 pág.

Carmen Díez de Velayos, entrevista realizada el día 24/02/2016, transcripción de 24 pág.

Ana Forns Gubert, entrevista realizada el día 15/03/2016, transcripción de 7 pág.

Carmen Moratinos de Pablo, entrevista realizada el día 16/12/2016, transcripción de 16 pág.

M<sup>a</sup> José Román Torres, entrevista realizada el día 16/09/2015, transcripción de 18 pág.

Clara Sanz Sanz, entrevista realizada el día 22/02/2016, transcripción de 26 pág.

Ana Vicente Cintero, entrevista realizada el día 04/11/2015, 8 pág.

## 7.2. Bibliografía crítica

- Aguado Díaz, Antonio. «Psicología de la rehabilitación y Terapia Ocupacional: una necesidad, un primer paso.» *Papeles del Psicólogo. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, nº 39/40 (junio-agosto 1989).
- Águila Maturana, Ana M<sup>a</sup>. «El debate médico en torno a la Rehabilitación en España (1949-1969).» *Tesis doctoral*. Universidad Complutense de Madrid, 2000.
- Aldo Conti, Norberto. «Vincenzo Chiarugi: la Pazzia y el reglamento de Bonifacio en los orígenes de la psiquiatría moderna.» *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* 67, nº 2 (julio-diciembre 2015): p.105.
- Álvaro Pascual, Fermín. «In memoriam, Dr. Heliodoro Ruiz García.» *Rehabilitación (Madr)* 41, nº 3 (2007): 149.
- Aparicio Basauri, Víctor, y Esther Sánchez Gutiérrez. «Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986).» *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 17, nº 61 (1997): 126-145.
- Atenza Fernández, Juan, y José Martínez Pérez, coords. *El Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina y la Sanidad española de su tiempo*. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2001.
- Aztarain Díez, Javier. *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*. Pamplona: Gobierno de Navarra, Dpto. de Salud, 2005.
- Bachiller Baeza, A. *La Medicina Social en España. El Instituto de Reeducación y la Clínica del Trabajo (1922-1937)*. Acta Histórico-Médica Vallisoletana XXI. Monografías. Valladolid: Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones, 1985.
- Ballester, Rosa. «España y la Organización Mundial de la Salud en el contexto de la historia de la Salud Pública internacional (1948-1975).» *Discurso de recepción de la Académica electa Dña. Rosa Ballester Añón*. Valencia: Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana, 2016.
- Ballester, Rosa. «Marcos políticos y programas sanitarios en España (1958-1988). El largo camino hacia la erradicación de la poliomielitis: de las campañas sanitarias a la erradicación global.» En *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*, editado por Esteban Perdiguero Gil. Alicante: Editorial Electrónica Universidad Miguel Hernández de Elche, 2015.
- Ballester, Rosa, María I. Porras Gallo, y María J. Báguena. «Políticas sanitarias locales puestas a prueba: consultores, expertos, misiones internacionales y poliomielitis



- en España, 1950-1975.» *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 22, nº 3 (jul.-set. 2015): 925-940.
- Ballester, Rosa, y María I. Porras Gallo. «La lucha europea contra la presencia epidémica de la poliomielitis: una reflexión histórica.» *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 32, nº 2 (2012): 273-285.
- Barciela López, Carlos. «Guerra civil y primer franquismo (1936-1959).» En *Historia económica de España, siglos X-XX*, editado por Francisco Comín, Mauro Hernández y Enrique Llopis, 331-368. Barcelona: Crítica, 2003.
- Barrios Flores, Luis F. «El internamiento psiquiátrico en España: de Valencia a Zaragoza.» *Rev Cubana Salud Pública* 28, nº 2 (julio-diciembre 2002).
- Bernabeu-Mestre, Josep. «El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la Salud Pública en España, 1924-1934.» *Rev San Hig Púb* 68, Monográfico (1994): 65-89.
- Bernabeu-Mestre, Josep. «La Escuela Nacional de Sanidad.» *Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, nº 32 (noviembre-febrero 2010): 74-80.
- Bertaux, Daniel. *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Barcelona: Bellaterra, 2005.
- Bing, Robert K. «Living Forward, Understanding Backwards, Part I.» *American Journal of Occupational Therapy* 38, nº 6 (June 1984): 363-366.
- Bing, Robert K. «Living Forward, Understanding Backwards, Part II.» *American Journal of Occupational Therapy* 38, nº 7 (July 1984): 435-439.
- Bing, Robert K. «Occupational Therapy Revisited: a Paraphrastic Journey .» *American Journal of Occupational Therapy* 35, nº 8 (August 1981): 499-518.
- Bing, Robert K. «Point of Departure (A play about founding the profession).» *American Journal of Occupational Therapy* 46, nº 1 (1992): 27-32.
- Blázquez Ornat, Isabel. «La construcción de la profesión de Practicante en Aragón: 1857-1936.» *Tesis doctoral*. Universidad de Zaragoza, 2015.
- Brandt, Beverly K. *The Craftsmen and the critic: defining usefulness and beauty in Arts and Crafts, era Boston*. Amherst: University of Massachusetts Press, 2009.
- Breines, E. «Media Education Based of the Philosophy of Pragmatism.» *American Journal of Occupational Therapy* 43, nº 7 (July 1989): 461-464.

- Breines, E. «Pragmatism as a Foundation for Occupational Therapy Curricula.» *American Journal of Occupational Therapy* 41, nº 8 (August 1987): 522-525.
- Cantero Garlito, Pablo A., y Miguel A. Talavera Valverde. «Apuntes para un futuro de la Terapia Ocupacional: 40 años de la APETO.» *Terapia Ocupacional Galicia (TOG)* 4, suplemento nº2 (noviembre 2007).
- Cardona, Álvaro. «La racionalidad centralizadora de la beneficencia y la asistencia de los locos en la España del trienio liberal.» *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría* I, nº 2 (2001): 87-102.
- Carnevale, F., y S. Lavicoli. «Bernardino Ramazzini (1633-1714): a visionary physician scientist and communicator.» *Occup Environ Med* 72, nº 1 (January 2015): 2-3.
- Casanova, Julián, y Carlos Gil Andrés. *Historia de España en el siglo XX*. 2ª ed. Madrid: Ariel, 2009.
- Christiansen, Charles H., y Kristine Haertl. «Historia contextual de la Terapia Ocupacional.» En *Willard & Spackman Terapia Ocupacional*, editado por Barbara A. Boyt Schell, Glen Gillen y Marjorie E. Scaffa. México: Médica Panamericana, 2015.
- Clifford O'Brien, Jean, Susan M. Hussey, y Barbara Sabonis-Chafee. *Introduction to Occupational Therapy*. St. Louis: Elsevier Mosby, 2012.
- Climent Barberá, José M. *Historia de la Rehabilitación*. Barcelona: EdikaMed, 2009.
- Climent Barberá, José M. «Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física: 50 aniversario.» *Rehabilitación (Madr)* 39, nº 1 (2005): 29-35.
- Colman, Wendy. «Evolving educational practices in Occupational Therapy: the war emergency courses, 1936-1954.» *American Journal of Occupational Therapy* 44, nº 11 (November 1990): 1028-1036.
- Colman, Wendy. «Maintaining Autonomy: the struggle between Occupational Therapy and Physical Medicine.» *American Journal of Occupational Therapy* 46, nº 1 (January 1992): 63-70.
- Colman, Wendy. «Recruitment Standards and Practices in Occupational Therapy, 1900-1930.» *American Journal of Occupational Therapy* 44, nº 8 (August 1990): 742-748.

- Colman, Wendy. «Structuring Education: development of the First Educational Standards in Occupational Therapy, 1917-1930.» *American Journal of Occupational Therapy* 46, nº 7 (July 1992): 653-660.
- Creek, Jennifer, y Lesley Lougher, eds. *Occupational Therapy and Mental Health*. 5ª ed. Edinburg: Churchill Livingstone, 2014.
- Crepeau, Elizabeth B., Ellen S. Cohn, y Barbara A. Boyt Schell, eds. *Willard & Spackman Terapia Ocupacional*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2011.
- Delgado Bueno, Santiago, Francisco Rodríguez Pulido, y José L. González de Rivera. «Aspectos médico-legales de los internamientos psiquiátricos.» En *Psiquiatría Legal y Forense*, editado por S. Delgado, E. Esbec, F. Rodríguez-Pulido y José L. González de Rivera. Madrid: Colex, 1994. Cap. 72.
- De Uña Mateos, M. Ángel. «La asistencia psiquiátrica en Huesca.» En *Historia de la Psiquiatría del siglo XX en Aragón*, coordinado por Asunción Fernández Doctor. Zaragoza: Sociedad Aragonesa y Riojana de Psiquiatría, 2014.
- Docampo, D. «La Declaración de Bolonia y su repercusión en la estructura de las titulaciones en España.» *Acuerdo de la Asamblea General de la Conferencia de Rectores de las Universidades*. 2001.
- Duncan, Edward A.S. «Theoretical foundations of Occupational Therapy: internal influences.» En *Foundations for practice in Occupational Therapy*, editado por Edward A.S. Duncan. Edinburg: Churchill Livingstone-Elsevier, 2012.
- Emeric Méaulle, Daniel, y Pablo A. Cantero. «Ética y política: ideas y acciones hacia el bien común en la construcción del futuro de las organizaciones de terapeutas ocupacionales.» *Terapia Ocupacional Galicia (TOG)* 9, nº 16 (noviembre 2012): 1-59.
- Freidson, Eliot. *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península, 1978.
- Freidson, Eliot. «La teoría de las profesiones estado del arte.» *Perfiles Educativos* (Universidad Nacional Autónoma de México) 23, nº 93 (2001): 28-43.
- Friedland, Judith. «Occupational Therapy and Rehabilitation: an awkward alliance.» *American Journal of Occupational Therapy* 52, nº 5 (May 1998): 373-380.
- Friedland, Judith, y Hadassah Rais. «Helen Primrose LeVesconte: Occupational Therapy Clinician, Educator, and Maker of History.» *Canadian Journal of Occupational Therapy* 72, nº 3 (June 2005): 131-141.

- Friedland, Judith, y Jennifer Silva. «Evolving identities: Thomas Bessell Kidner and Occupational Therapy in the United States.» *American Journal of Occupational Therapy* 62, nº 3 (May/June 2008): 349-360.
- Friedland, Judith, y Naomi Davids-Brumer. «From Education to Occupation: the Story of Thomas Bessell Kidner.» *Canadian Journal of Occupational Therapy* 74, nº 1 (February 2007): 27-37.
- Gálvez Ruíz, Alberto. «Enfermedad infecciosa y práctica clínica en la España del siglo XX: una aproximación a través de las historias clínicas del Hospital del Rey de Madrid (1924-1950).» *Tesis doctoral*. Universidad Complutense de Madrid, 2009.
- Germán Bes, Concha. «Historia de la institución de la Enfermería universitaria. Análisis con una perspectiva de género.» *Tesis doctoral*. Universidad de Zaragoza, 2006.
- Gómez Tolón, Jesús. *Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional*. Zaragoza: Mira, 1997.
- González Calleja, Eduardo, ed. *España: Mirando hacia adentro, 1930/1960. Tomo 4 Historia de España-América Latina*. Madrid: Mapfre-Penguin, 2014.
- Gordon, Don M. «Historia de la Terapia Ocupacional.» En *Willard & Spackman Terapia Ocupacional*, editado por Elizabeth B. Crepeau, Ellen S. Cohn y Barbara A. Boyt Schell, 202-215. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2011.
- Gutman, Sharon A. «Occupational Therapy's link to Vocational Reeducation, 1910-1925.» *American Journal of Occupational Therapy* 51, nº 10 (November/December 1997): 907-915.
- Hooper, B., y W. Wood. «Pragmatism and Structuralism in Occupational Therapy: the long conversation.» *American Journal of Occupational Therapy* 56, nº 1 (January/February 2002): 40-50.
- Hopkins, Helen L. «An historical perspective on Occupational Therapy.» En *Willard & Spackman's Occupational Therapy*, editado por Helen L. Hopkins y Helen D. Smith. Philadelphia: Lippincot, 1988.
- Huertas, Rafael. «De la filosofía de la locura a la higiene del alma. Joseph Daquin (1732-1815).» *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* 67, nº 2 (julio-diciembre 2015): p.106.
- . *Del manicomio a la salud mental. Para un historia de la Psiquiatría pública*. Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, 1992.

- Huertas, Rafael. «El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España.» *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 15 (1995): 193-209.
- Huertas, Rafael. «Pathologist of the Mind: Adolf Meyer and the origins of American Psychiatry de Lamb, Susan D. (Baltimore: John Hopkins University Press, 2014).» *DYNAMIS* 36, nº 1 (2016): 255-259.
- Hueso Navarro, Fabiola. «Factores de desarrollo en la Enfermería Comunitaria española en los últimos 25 años.» *Tesis doctoral*. Universidad de Zaragoza, 2014.
- Ignacio de Jesús, Jaione. «Inclusión de la Terapia Ocupacional en Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía.» *Terapia Ocupacional. Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO)*, nº 34 (2004): 33-34.
- Jiménez Navascués, M<sup>a</sup> Lourdes. «Factores de desarrollo en la Enfermería Geriátrica en España (1977-2010).» *Tesis doctoral*. Universidad de Zaragoza, 2013.
- Kielhofner, Gary. *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. 3<sup>a</sup> ed. Madrid: Médica Panamericana, 2006.
- . *Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación*. 3<sup>a</sup> ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2004.
- Lázaro, José. «Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999).» *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 20, nº 75 (2000): 397-515.
- Leahey, Thomas H. *Historia de la Psicología: principales corrientes en el pensamiento psicológico*. 4<sup>a</sup> ed. Madrid: Prentice Hall Iberia, 1998.
- León Aguado, Antonio. *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial Fundación ONCE, 1995.
- Lluch, Ernest. «Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, abril 1985.» *Papeles del Psicólogo. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, nº 26 (junio 1986).
- Loomis, Barbara. «The Henry B. Favill School of Occupations and Eleanor Clarke Slagle.» *American Journal of Occupational Therapy* 46, nº 1 (January 1992): 34-37.
- López Castellano, Fernando. *Las raíces históricas del tercer sector*. Cuaderno de trabajo de la obra: La economía social en España. Madrid: Fundación ONCE, 2005.
- López Piñero, José M. *Clásicos Médicos Valencianos del siglo XVI*. Valencia: Consellería de Sanitat y Consum Generalitat Valenciana, 1991.

- López-Ibor, Juan J. «La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo.» *Actas Esp Psiquiatr* 36, nº 1 (2008): 1-9.
- Mariño, Lourdes, Cristina Navarro, y Gema Pino. *Los inicios de actividades de Salud Pública en España. Colección Patrimonial*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad, 2014.
- Marset Campos, Pedro. «Estructuras político-administrativas y salud pública en España.» *Rev. San. Hig. Púb.*, nº 68 (1994): 57-64.
- Marset Campos, Pedro, José M. Sáez Gómez, y Fernando Martínez Navarro. «La Salud Pública durante el franquismo.» *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.*, nº 15 (1995): 211-250.
- Martín Carrasco, Manuel. «La Psiquiatría en España en el siglo XIX y los centros fundados por Benito Menni.» *Informaciones psiquiátricas*, 1º trimestre 2000: 5-16.
- Martín Rodríguez, M. *Pensamiento económico español sobre la población*. Madrid: Pirámide, 1984.
- Martínez Santos, Yolanda. «Las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en España, 1953-1980. Historia de las Escuelas del Distrito Universitario de Zaragoza.» *Tesis doctoral*. Universidad de Zaragoza, 2017.
- Martínez-Pérez, José. «Consolidando el modelo médico de discapacidad: sobre la poliomielitis y la constitución de la traumatología y la ortopedia como especialidad en España (1930-1950).» *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* LXI, nº 1 (enero-junio 2009): 117-142.
- Martínez-Pérez, José, y María I. Porrás Gallo. «Hacia una nueva percepción social de las personas con discapacidades: legislación, medicina y los inválidos del trabajo en España (1900-1936).» *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.*, nº 26 (2006): 195-219.
- Martos Contreras, Emilia. «Personas mayores y diversidad funcional física e intelectual durante la transición a la democracia.» *Tesis doctoral*. Universidad de Almería, 2016.
- Matusevich, Daniel. «La pasión de Alexander Chrichton.» *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 67, nº 2 (julio-diciembre 2005): p.107.

- Máximo Bocanegra, Nuria. «Papel de D. Ángel Alonso Miguel en el desarrollo de la Terapia Ocupacional en España.» *Tesis doctoral*. Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, 2010.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales. «IMSERSO, 25 años.» *Minusval*, nº especial, año XXIX (diciembre 2003).
- Miqueo Miqueo, Consuelo, y Asunción Fernández Doctor. «Poder y autonomía en las profesiones auxiliares de la Medicina.» *Medicina y poder político. XVI Congreso Sociedad Española de Historia de la Medicina. Madrid 11-13 junio 2014*. Editado por Ricardo Campos Marín, Ángel González de Pablo, María I. Porrás Gallo y Luis Montiel. Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina, 2014.
- Miranda Aranda, Miguel. «Pragmatismo, Interaccionismo simbólico y Trabajo Social. De cómo la caridad y la filantropía se hicieron científicas.» *Tesis doctoral*. Universitat Rovira i Virgili, 2003.
- Molina Ariño, Arturo. *Rehabilitación. Fundamentos, técnicas y aplicación*. Valladolid: Médica Europea, 1990.
- Monge Juárez, M., López Osuna, C. *Miseria de la economía: la controversia sobre la asistencia social y hospitalaria en el siglo XVI*. 1988.
- Monge Juárez, Mariano, y Cristina López Osuna. «Miseria de la economía: la controversia sobre la asistencia social y hospitalaria en el siglo XVI.» *Cultura de los cuidados: revista de enfermería y humanidades II*, nº 3 (1º semestre 1998): 30-40.
- Moruno Miralles, Pedro. «Razonamiento clínico en Terapia Ocupacional: un análisis del procedimiento diagnóstico.» *Tesis doctoral*. Universidad Autónoma de Madrid, 2002.
- Moruno Miralles, Pedro, y Miguel A. Talavera Valverde. «Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica, 90 años después de su creación.» *Terapia Ocupacional Galicia (TOG) Monográfico 1* (marzo 2007).
- Navarro Bometón, María José. «Dos siglos de arquitectura para las instituciones psiquiátricas en Aragón.» En *Historia de la Psiquiatría del siglo XX en Aragón*, coordinado por Asunción Fernández Doctor. Zaragoza: Sociedad Aragonesa y Riojana de Psiquiatría, 2014.
- Navarro García, Ramón. *Historia de la Sanidad en España*. Barcelona: Lunwerg, 2002.
- . *Historia de las Instituciones Sanitarias nacionales*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.

- Ortega-Valdivieso, M<sup>a</sup> Azucena. «Estudio bibliométrico de la producción científica en Terapia Ocupacional desde 1994 a 2008.» *Tesis doctoral*. Universidad de Granada, 2012.
- Ortega-Valdivieso, M<sup>a</sup> Azucena. *Recursos informativos para Terapia Ocupacional Basada en la Evidencia, informe para profesionales de Terapia Ocupacional*. DIGIBUG: <http://hdl.handle.net/10481/35348>. Granada: Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Granada, 2015.
- Ortega-Valdivieso, M<sup>a</sup> Azucena, María Rodríguez Bailón, y Náder Al-Mesri Rodríguez. «Análisis de la Revista APETO (1988-2003), la Terapia Ocupacional española desde el análisis bibliométrico.» *Evidentia* 4, nº 15 (may-jun 2007).
- Pastor Montaña, María A., Patricia Sanz Valer, y Cristina Rubio Ortega. «La figura profesional de las ayudantes de reconstrucción en Terapia Ocupacional.» *Terapia Ocupacional Galicia (TOG)* 10, nº 18 (noviembre 2013): 1-36.
- Pastor Montaña, María A., Patricia Sanz Valer, y Cristina Rubio Ortega. «La influencia de las ayudantes de reconstrucción en la historia de la Terapia Ocupacional.» *Terapia Ocupacional Galicia (TOG)* 10, nº 18 (noviembre 2013): 1-24.
- Peloquin, Suzanne. «Moral Treatment: contexts considered.» *American Journal of Occupational Therapy* 43, nº 8 (August 1989): 537-544.
- Peloquin, Suzanne. «Moral Treatment: How a Caring Practice Lost its Rationale.» *American Journal of Occupational Therapy* 48, nº 2 (February 1994): 167-173.
- Peloquin, Suzanne. «Occupational therapy service: individual and collective understandings of the founders, part 1.» 45, nº 4 (April 1991): 352-360.
- Peloquin, Suzanne. «Occupational therapy service: individual and collective understandings of the founders, part 2.» *American Journal of Occupational Therapy* 45, nº 8 (August 1991): 733-744.
- Pérez de Heredia Torres, Marta, Miguel Brea Ribero, y Martínez-Piédrola Rosa M. «Origen de la Terapia Ocupacional en España.» *Rev Neurol* 45, nº 11 (2007): 695-698.
- Pérez de Heredia Torres, Marta, y M.L. Cuadrado Pérez. «Terapia Ocupacional en Neurología.» *Rev Neurol* 35, nº 4 (2002): 366-372.
- Pérez Peña, F. *Los últimos clínicos de San Carlos. Estampas y vivencias de la Facultad de Medicina de San Carlos. Parte primera (hasta su cierre en octubre de 1965)*. Madrid: Vision Net, 2005.



- Pérez-Castroviejo, Pedro M. «La previsión social pública en Vizcaya: origen y desarrollo de los primeros seguros sociales (1900-1936).» *Revista de Historia Industrial* 45, nº años XX, 1 (2011): 43-78.
- Piñeiro Álvarez, María R. «Los convenios hispano-norteamericanos de 1953.» *Historia Actual Online (HAOL)*, nº 11 (otoño 2006): 175-181.
- Polonio López, Begoña. «Los inicios de la formación de los terapeutas ocupacionales en España: 1960-1990, tres décadas de lucha por un legado más rico.» *urjc.es*. Web site. [www.urjc.es/cndeuto/historia](http://www.urjc.es/cndeuto/historia) (último acceso: marzo de 2017).
- Pons Pons, Jerònia. «El seguro obligatorio de enfermedad y la gestión de las entidades colaboradoras.» *IX Congreso Internacional de la Asociación Española de Historia Económica*. Murcia, 9-12 de septiembre de 2008. 1-29.
- Pons Pons, Jerònia. «Los inicios del seguro social de salud en España, 1923-1949.» En *Los orígenes del estado de bienestar en España, 1900-1945: los seguros de accidente, vejez, desempleo y enfermedad*, editado por Jerònia Pons Pons y Javier Silvestre Rodríguez, 217-246. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza, 2010.
- Porras Gallo, María I. «La poliomielitis en la España franquista: educar e reeducar.» Editado por UFPR. *Educación en Revista, Curitiba, Brasil*, nº 54 (out/diez 2014): 71-95.
- Porras Gallo, María I. «Medicina, guerra y reintegración social del inválido del trabajo en la España del primer cuarto del siglo XX.» En *Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)*, editado por R. Campos, L. Montiel y R. Huertas. Madrid: CSIC, 2007.
- Porras Gallo, María I. «Sueros y vacunas en la lucha contra la pandemia de gripe de 1918-1919 en España.» *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* LX, nº 2 (julio-diciembre 2008): 261-288.
- Porras Gallo, María I. «Vulnerable populations and inequalities in sickness and in health: the rehabilitation of the disabled and/or invalids of the Spanish Civil War.» *Hygiea Internationalis an Interdisciplinary Journal for the History of Public Health* 9, nº 1 (November 2012): 427-446.
- Porras Gallo, María I., María J. Báguena, Rosa Ballester, y Jaime de las Heras. «La Asociación Europea contra la Poliomielitis y los programas europeos de vacunación.» *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 32, nº 2 (2012): 287-310.

- Porras Gallo, María I., Mariano Ayarzagüena, Jaime de las Heras, y María J. Báguena, coords. *El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista*. Madrid: Los libros de la Catarata, 2013.
- Porras Gallo, María Isabel. «La medicina y los seguros en el abordaje del problema de los inválidos del trabajo en España en la primera mitad del siglo XX.» *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 13, nº 2 (abr-jun 2006): 393-410.
- Pumwar, Alice J. «The development of Occupational Therapy.» En *Occupational Therapy: principles and practice*, editado por Alice J. Punwar y Suzanne M. Peloquin. Philadelphia: Lippincott, 2000.
- Quintero Lima, María G. *Evolución histórica del sistema español de seguridad social*. Web de OCW-UC3M. Editado por Universidad Carlos III de Madrid. Madrid, 14 de marzo de 2008.
- Reed, Kathlyn L. «Los comienzos de la Terapia Ocupacional.» En *Willard & Spackman Terapia Ocupacional, 8ª ed.*, editado por Helen L. Hopkins y Helen D. Smith. Madrid: Médica Panamericana, 1998.
- Reed, Kathlyn L. «Occupational Therapy. Values and Beliefs. Part I. The Formative Years: 1904-1929.» *Occupational Therapy Practice*, nº 17 (April 2006): 21-25.
- Reed, Kathlyn L., y C. Peters. «Occupational Therapy. Values and Beliefs. Part II. The Great Depression and War Years: 1930-1949.» *Occupational Therapy Practice*, nº 9 (October 2006): 17-22.
- Reed, Kathlyn L., y C. Peters. «Occupational Therapy. Values and Beliefs. Part III. A New View of Occupation and the Profession, 1950-1969.» *Occupational Therapy Practice*, nº 24 (December 2007): 17-21.
- Reed, Kathlyn L., y C. Peters. «Occupational Therapy. Values and Beliefs. Part IV. A Time of Professional Identity, 1970-1985. Would the Real Therapist Please Stand Up?» *Occupational Therapy Practice*, nº 6 (October 2008): 15-18.
- Reed, Kathlyn L., y C. Peters. «Occupational Therapy. Values and Beliefs. Part V. 1986-2000: Is This Really Occupational Therapy?» *Occupational Therapy Practice*, nº 5 (April 2010): 15-18.
- Reed, Kathlyn L., y Sanderson Sharon R. *Concepts of occupational therapy*. 4ª ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
- Ritchie Hartwick, Ann M. *The Army Medical Specialist Corps. The 45th Anniversary*. Washington D.C.: Center of Military History, United States Army, 1995.

- Robinson, Isabel M. «Muriel Driver Memorial Lecture 1981: the mists of time.» *Canadian Journal of Occupational Therapy* 48, nº 4 (October 1981): 145-152.
- Rodríguez Ocaña, Esteban. «La construcción de la salud infantil: Ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria en España.» *Historia Contemporánea*, nº 18 (1998): 19-52.
- Rodríguez Ocaña, Esteban. «La intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la Sanidad contemporánea en España.» *Rev Esp Salud Pública* 74, monográfico (2000): 27-34.
- Rodríguez Ocaña, Esteban, y Alfredo Menéndez. «Salud, trabajo y medicina en la España de la legislación social, 1900-1939.» *Arch Prev Riesgos Labor* 9, nº 2 (2006): 81-88.
- Rodríguez Ocaña, Esteban, y Ferrán Martínez Navarro. *Salud Pública en España. De la Edad Media al siglo XXI*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2008.
- Rodríguez Sánchez, Juan A. «Del control a la erradicación: salud pública y atención primaria en la lucha contra la poliomielitis.» En *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*, editado por Enrique Perdiguero Gil. Alicante: Editorial Electrónica de la Universidad Miguel Hernández de Elche, 2015.
- Rodríguez Sánchez, Juan A., y Jesús Seco Calvo. «Las campañas de vacunación contra la poliomielitis en España en 1963.» *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* LXI, nº 1 (enero-junio 2009): 81-116.
- Rojo Pascual, Carmen. «Evolución del ejercicio profesional de las matronas en Soria durante el siglo XX.» *Tesis doctoral*. Universidad de Zaragoza, 2017.
- Romero Ayuso, Dulce M. «La figura de Heliodoro Ruiz en la institucionalización de la Terapia Ocupacional en España.» *Temperamentum, Revista Internacional de Historia y Pensamiento Enfermero* 11 (2010).
- Sánchez Lázaro, Carmen, y César Paumard Oliván. «El hospital psiquiátrico Nuestra Señora del Pilar de Zaragoza.» En *Historia de la Psiquiatría del siglo XX en Aragón*, coordinado por Asunción Fernández Doctor. Zaragoza: Sociedad Aragonesa y Riojana de Psiquiatría, 2014.
- Sánchez Martínez, Mariano, y Juan Sáez Carreras. «El estudio de las profesiones: la potencialidad del concepto profesionalización.» *Universitas Tarraconensis. Revista de Ciències de l'Educació*, juny 2009: 103-117.

- Sanjurjo Castela, Gabriel. *Philippe Pinel y Terapia Ocupacional: mitos, leyendas, hechos y evidencias*. Málaga: e-critical training, 2014.
- Sanjurjo Castela, Gabriel, y Saray de Paz Ranz. «Acerca de Pinel, el Hospital de Zaragoza y la Terapia Ocupacional.» *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 33, nº 117 (2013): 81-94.
- Santonja, Pedro. «Arnau de Vilanova y el pensamiento islámico.» *DYNAMIS, Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 10 (1990): 39-61.
- Santos del Riego, Sergio. «Terapia ocupacional: del siglo XIX al XXI. Historia y concepto de la ocupación.» *Rehabilitación (Madr)* 39, nº 4 (2005): 179-184.
- Schwartz, Kathleen B. «Historia de la Terapia Ocupacional.» En *Willard & Spackman Terapia Ocupacional*, editado por Elizabeth B. Crepeau, Ellen S. Cohn y Barbara A. Boyt Schell. Madrid: Médica Panamericana, 2005.
- Schwartz, Kathleen B. «History of occupation.» En *Perspectives in Human Occupation, participation in life*, editado por Paula Kramer, Jim Hinojosa y Charlotte Brasic Royen. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
- Schwartz, Kathleen B. «Occupational Therapy and Education: a shared vision.» *American Journal of Occupational Therapy* 46, nº 1 (January 1992): 12-18.
- Schwartz, Kathleen B. «Reclaiming our heritage: connecting the Founding Vision to the Centennial Vision .» *American Journal of Occupational Therapy* 63, nº 6 (November/December 2009): 681-690.
- Schwartz, Kathleen B., y W. Colman. «Historical Research Methods in Occupational Therapy.» *American Journal of Occupational Therapy* 42, nº 4 (April 1988): 239-244.
- Sirvent Ribalda, Enrique. «Del cuerpo regional a la totalidad viviente: saber y prácticas anatómicas de las Ciencias de la Salud en Barcelona 1960-2012.» *Tesis doctoral*. Universidad Rovira i Virgili, 2013.
- Stagnaro, Juan C. «Los aportes de Johan Christian Reil al nacimiento de la Psiquiatría.» *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 67, nº 2 (julio-diciembre 2015): p.108.
- Talavera Valverde, Miguel A., y Irene Budiño Vieira. «Terapia Ocupacional y Salud. 90 años de historia.» *Terapia Ocupacional Galicia (TOG) Suplemento 1* (marzo 2007).

- Toledo Marhuenda, J. Vicente. «La poliomielitis en España (1880-1970) y su impacto sobre el desarrollo de las técnicas de Fisioterapia.» *Tesis doctoral*. Universidad Miguel Hernández de Elche, 2010.
- Toledo Marhuenda, J. Vicente, y Rosa Ballester. «Los intentos de rehabilitación del régimen franquista y los consejos de expertos internacionales para la rehabilitación y tratamiento fisioterápico de niños con discapacidades físicas (1960-1975).» En *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*, editado por Esteban Perdiguer Gil. Alicante: Editorial Electrónica Universidad Miguel Hernández de Elche, 2015.
- Torres Ripa, Javier, ed. *Manual de estilo Chicago-Deusto: guía breve para citas y referencias bibliográficas*. Bilbao: Deusto Publicaciones, 2013.
- Torres-González, Francisco. «La reforma psiquiátrica española en perspectiva: logros y pendientes a la hora de la crisis.» *Medwave* 12, nº 10 (2012): e5543. doi: 10.5867/medwave.2012.09.5543
- Triviño Juárez, José M., y Dulce M. Romero Ayuso. «Institucionalización de la Terapia Ocupacional en España.» Cap. 2 de *Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas*, de Dulce M. Romero Ayuso y Pedro Moruno Miralles. Barcelona: Masson, 2003.
- Turner, Annie, Marg Foster, y Sybil E. Johnson. *Terapia ocupacional y disfunción física*. 5ª ed. Editado por Annie Turner, Marg Foster y Sybil E. Johnson. Madrid: Elsevier España, 2003.
- Tyldesley, Barbara. «The Casson Memorial Lecture: 1999. Alice Constance Owens, Reflections upon a remarkable lady and a Pioneer of Occupational Therapy in England.» *British Journal of Occupational Therapy* 62, nº 8 (August 1999): 359-366.
- Varela Parache, Félix, y Manuel Varela Parache. «España y los organismos económicos internacionales.» *Revista de Economía ICE (Información Comercial Española)* (Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. Secretaría de Estado de Turismo y Comercio) 75 años de Política Económica Española, nº 826 (noviembre 2005): 167-177.
- Vicente Cintero, Ana. «El desarrollo de la Terapia Ocupacional en España.» En *Temario General de Oposiciones 2016*, editado por APETO. 2016.
- Vidal Galache, Florentina. «El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid.» *Espacio, tiempo y forma. Serie V. Historia contemporánea* 1 (1988): 41-56.

- Vilar Devís, Mercedes. «El Hospital General de Valencia en el siglo XVII (1600-1700).»  
*Estudis: Revista de historia moderna*, nº 17 (1991): 213-228.
- Wood, W. «The heart, mind and soul of professionalism in occupational therapy.»  
*American Journal of Occupational Therapy* 58, nº 3 (May/June 2004): 249-257.
- Yakobina, Sheila C., Stephanie R. Yakobina, y Sandra Harrison-Weave. «War, What is Good for? Historical contribution of the Military and War to Occupational Therapy and Hand Therapy.» *Journal of Hand Therapy*, nº 21 (April/June 2008): 106-114.



## **8. ANEXOS**





## Anexo I. Datos profesionales básicos de los informantes

	<b>Experiencia Laboral</b>	<b>Experiencia Docente</b>	<b>Actividades asociativas</b>
Ana Forns (1961) Becaria en Liverpool	Primera terapeuta ocupacional de Cataluña. Recursos de atención a la disfunción física.	Colaboraciones con la ETO. Cursos de especialización. Escuela Universitaria de Tarrasa.	Primera delegada de la WFOT. Vicepresidenta de AETO (1971-1975)
Alicia Chapinall (1962) Becaria en Francia (OMS)	Terapeuta ocupacional en la Fundación Jiménez Díaz.	Profesora de la ETO. Cursos de especialización. Escuela de Fisioterapia de la ONCE.	Presidenta de la AETO (1973-1977).
M <sup>a</sup> José Román (1968)	Terapeuta ocupacional en Centro Nacional de Rehabilitación.	Jefa de estudios de la ETO (1970-1998)	
Carmen Díez (1968)	Terapeuta ocupacional en recursos de atención psiquiátrica.	Especialidad en Psiquiatría (primera promoción) Profesora de la ETO. Profesora de la Escuela de Talavera de la Reina.	Secretaria de la AETO (1971-1976) Vocal
Clara Sanz (1972)	Primera terapeuta ocupacional de Aragón. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.	Profesora en la Universidad de Zaragoza desde 1992. Titular de Escuela Universitaria desde 2003.	Fundadora de la Asociación Aragonesa de Terapia Ocupacional en 2003.
Ana Vicente (1979)	Terapeuta ocupacional en diferentes recursos asistenciales.	Profesora de la Universidad Alfonso X el Sabio.	Presidenta de la APETO (1988-actualidad)
Carmen Moratinos (1983)	Primera terapeuta ocupacional en Psiquiatría en Aragón. Hospital Psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar de Zaragoza.	Primera generación de docentes universitarios (1991). Profesora en la Escuela de Tarrasa desde el inicio de su funcionamiento.	
M <sup>a</sup> Jesús Calvo (1985)	Terapeuta ocupacional en diferentes recursos asistenciales.	Primera generación de docentes universitarios (1991). Profesora titular de Escuela Universitaria desde 2003.	Fundadora de la Asociación Aragonesa de Terapia Ocupacional en 2003.

## **Anexo II. Guion de la entrevista semiestructurada**

### **FORMACIÓN**

#### **A) TU EXPERIENCIA PERSONAL COMO ESTUDIANTE**

1. ¿Cómo conociste la terapia ocupacional?, ¿por qué decidiste estudiar T.O.?
2. ¿Qué destacarías sobre tu experiencia como estudiante?, ¿cómo era la Escuela? ¿cómo funcionaba...?
3. ¿Consideras que la formación recibida era de calidad?, ¿adecuada a las necesidades del momento?, ¿se notaba la influencia internacional?
4. ¿Cómo crees que ha cambiado la formación a lo largo del tiempo?

#### **B) QUÉ RECUERDAS SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA ESCUELA NACIONAL DE T.O.**

1. ¿Cómo se realizaba el acceso a la ENTO?, ¿cómo os enterabais de la existencia de la Escuela?
2. ¿Qué tipo de alumnos ingresaban?, ¿de qué zonas eran?, ¿crees que hubo cambios a lo largo del tiempo?
3. Los profesores, ¿quiénes eran?, ¿se mantenían estables en la Escuela?, ¿había muchos terapeutas ocupacionales?
4. ¿Cómo eran las relaciones con la Facultad de Medicina, con la Escuela Nacional de Sanidad, con la Escuela de Artes y Oficios?
5. ¿Por qué no se crearon más Escuelas?, ¿existían otros proyectos de expansión de la formación?
6. A partir de 1981 se notan cambios en el plan de estudios, ¿cómo influyeron los cambios políticos y el funcionamiento de la Escuela de Sanidad?, ¿qué otros factores crees que pudieron influir?
7. ¿Participó la Escuela la integración/reconocimiento de la TO en la Universidad?

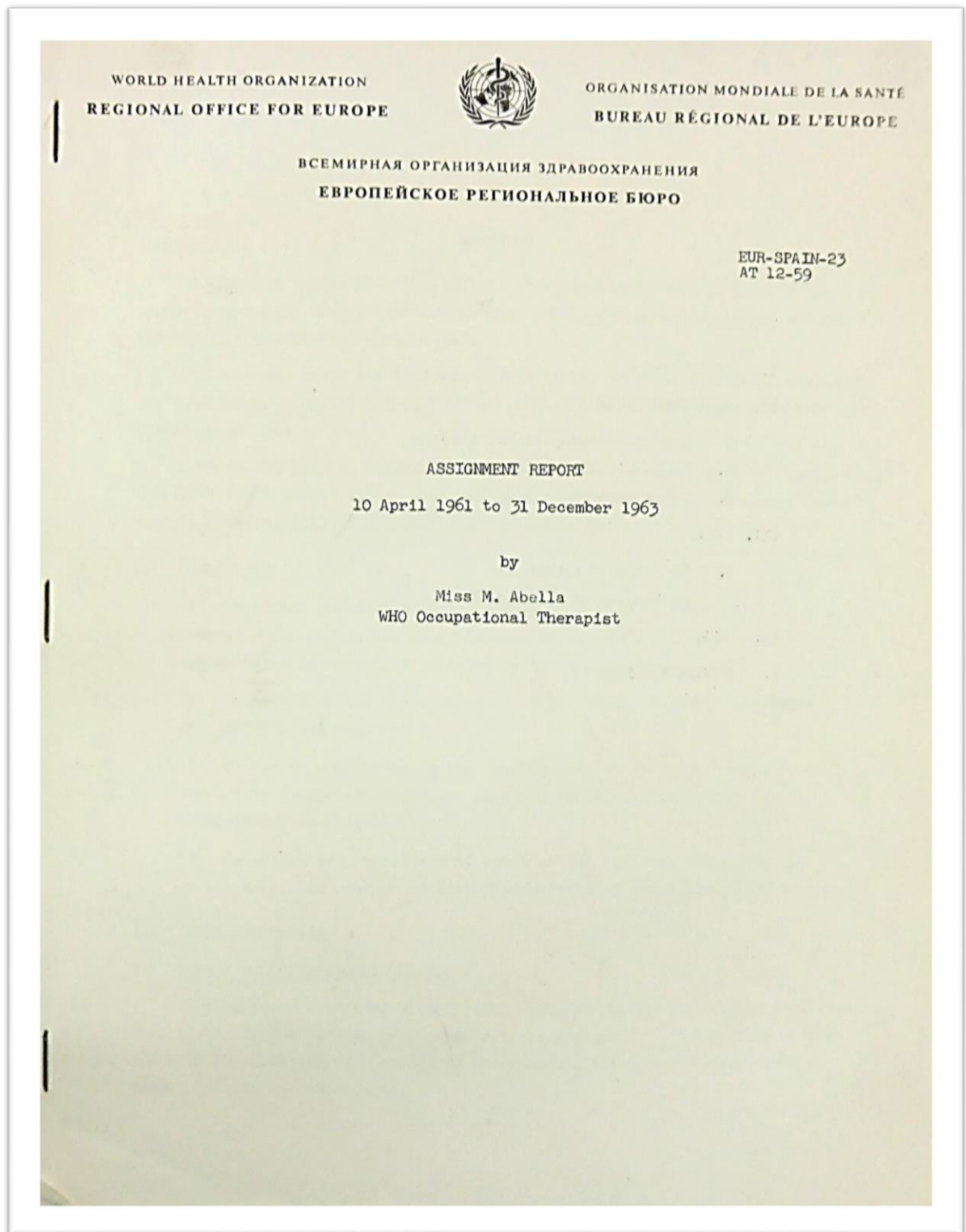
### **EXPERIENCIA CLÍNICA/PROFESIONAL**

1. ¿Cuándo y dónde comenzaste a trabajar como terapeuta ocupacional?, ¿tuviste que poner en marcha el dpto.?
2. ¿Qué tipo de pacientes eran los habituales?, ¿cuáles eran los problemas que más preocupaban en la asistencia sanitaria cuando tú empezaste?, ¿cómo crees que fue cambiando esto a lo largo del tiempo?
3. ¿Qué expectativas laborales tenían los terapeutas?, ¿cómo eran considerados en los equipos y en la sociedad? ¿Había conflictos con otras profesiones sanitarias?, ¿qué clase de autonomía/estatus tenían?, ¿posibilidades de investigación, publicaciones?, ¿identidad profesional?, ¿cómo crees que ha ido cambiando esto a lo largo del tiempo?
4. Asociacionismo, ¿papel e importancia de AETO/APETO?, ¿colaboración entre compañeros, unidad?, ¿comunicación con otras zonas de España y relaciones internacionales?, ¿papel de las asociaciones autonómicas, colegios profesionales? ¿publicaciones?...

### **EXPERIENCIA DOCENTE**

1. ¿Cómo y cuándo comenzaste tu labor como profesora?, ¿existían dificultades para compaginar docencia con la asistencia?, ¿ventajas y/o desventajas de participar en la docencia?
2. ¿Se respetaba la opinión/autonomía/identidad de los terapeutas en el desarrollo de la formación?
3. ¿Cómo recuerdas el momento en que se reconoce la T.O. como titulación universitaria?, ¿por qué crees que la primera promoción de Diplomados comenzó en Zaragoza? ¿figuras/instituciones importantes en ese momento?
4. Investigación/publicaciones: ¿hubo cambios desde que comenzó la titulación universitaria?
5. Formación de postgrado: ¿cuándo/cómo se comenzaron a realizar cursos de postgrado?, ¿sensibilidad hacia la especialización de la formación?
6. ¿Cómo crees que ha evolucionado la formación de los terapeutas a lo largo del tiempo?

**Anexo III. Informe de Mercedes Abella sobre su misión en España (OMS)**



**Anexo IV. Acta de la asignatura "Organización y administración de departamentos de Terapia Ocupacional" (1962)**

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACION

CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL  
CURSO DE 1.96 A 1.96

ASIGNATURA de ORGANIZACION Y ADMINISTRACION DE DEPARTAMENTOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

Acta de alumnos con la calificación correspondiente que les adjudica, en el día de la fecha el profesor que suscribe.

La presente acta contiene: Alumnos presentados TRECE, Sobresalientes UNO, Notables NOVE; Aprobados UNO, Suspensos DOS.

APELLIDOS	NOMBRE	CALIFICACION
DE LA HAZ RODRIGUEZ	NURIA	NOTABLE
SERRANO FANDOS	M <sup>te</sup> del PILAR	NOTABLE
ALONSO MIGUEL	ANGEL	SOBRESALIENTE
MATEOS HERRADOR	FERNANDO	NOTABLE
TOLDOS ESPEJEL	FRANCISCO J.	NOTABLE
ESTEBAN ABAD	SOR M <sup>te</sup> del PILAR	NOTABLE
MENDIETA BAEZA	ANA MARIA	APROBADO
PARDO ANDRES	SOR M <sup>te</sup> DOLORES	NOTABLE
LOPER LOPER	SOR MERCEDES	NOTABLE
GUTIERREZ PEÑA	SOR MERCEDES	NOTABLE
SAAVEDRA RIVERO	ANDRES	SUSPENSO
SANJUAN ELIAS	MARIA JESUS	SUSPENSO
GENIS REIS	SOR JOSEFINA	NOTABLE
Trintainero de Marzo de 1962 M <sup>re</sup> Mercedes Abella, O.T.R.		
SAN JUAN ELIAS	MARIA JESUS	APROBADO
Trinta de Junio de 1962 M <sup>re</sup> Mercedes Abella, O.T.R.		
SAAVEDRA RIVERO	ANDRES	APROBADO
Doce de Septiembre de 1962 M <sup>re</sup> Mercedes Abella, O.T.R.		

SECRETARIA



## Anexo VI. Títulos de Terapeuta Ocupacional de la ETO.







# Anexo VII. Actas de Constitución de la AETO y la APETO

## Acta de Constitución de la AETO (1967)

*Comité:*  
 D. Angel Barrio  
 D. Angel Barrio  
 D. Angel Barrio  
 D. Angel Barrio  
 D. Angel Barrio  
 D. Angel Barrio  
 D. Angel Barrio

**Acta de constitución de la Asociación Española de Terapias Ocupacionales.**

En Madrid a diez y ocho de abril de mil novecientos sesenta y siete, a las diez y siete horas, se reunieron los señores citados al margen, en el domicilio social de la Asociación Española de Terapias Ocupacionales, Puerta del Sol nº 10 - 2º piso, a fin de constituir formalmente la misma.

Abierta la sesión, se dio cuenta a los asistentes de que, aprobada legalmente la constitución de dicha asociación, procedía designar la junta directiva de la misma, a fin de cumplir en cuanto se pudiese en los estatutos reglamentariamente aprobados.

Celebrada la votación para cubrir los cargos vacantes de la Asociación, por mayoría de votos fueron designados los siguientes:

**Presidente:** Don Fernando Julián López  
**Vicepresidentes:** Doña Nuria de la Hoz Pardo  
**Secretarios:** Don Arturo de Jola Pardo  
**Tesorero:** Doña Alicia Rodríguez Vazquez

Votaron todos los asistentes, excepción de don Valentín Jorjés Pardo que se ausentó de la reunión con anterioridad a la emisión de votos, y lo hizo por escrito al no haber asistido, el Sr. don Andrés Saavedra Pardo.

Por lo tanto, quedó constituida

Nº 02

junta directiva, presionando de gran cargo los designados, por una aceptación de los mismos, agradeciendo a todos la confianza depositada en su total designación.

Por el Sr. Presidente se hizo un resumen de lo ocurrido, que en resumen se consistió en la creación de la asociación, y que, para el reconocimiento de la asociación de socio, como requisito indispensable, encuentra el cumplimiento del pago de los cuotas económicas señaladas para el sostenimiento de la Asociación.

No habiendo más asuntos de que tratar, se levantó la reunión siendo las veintinueve horas treinta minutos del día al principio citado, de todo lo cual, como secretario doy fe, con el visto bueno del Sr. Presidente.

El Secretario  
 Arturo de Jola Pardo

Vº Bº  
 El Presidente  
 Fernando Julián López

## Acta de Constitución y Estatutos de la APETO (1987)

**ACTA DE CONSTITUCION**

En Madrid a 30 de Diciembre de 1987

**Asistentes:**  
 D. Alberto Urujo  
 D. Pilar Dussan  
 D. Teresa Azuaga  
 D. Rafael Alonso  
 D. Alicia Jurado  
 D. Concepción Martínez  
 D. M.ª Juana Rega  
 D. M.ª Isabel Rodríguez  
 D. M.ª Juana Rodríguez  
 D. M.ª Juana García

D. Alberto Urujo González de Echavarría, de edad, Casado, Terapeuta Ocupacional, con domicilio en Madrid, C/Avenida del Ferrol, 22 y D.N.I. nº 2.232.211.

D.ª M.ª Juana Mautiel Cozar, Casada, Terapeuta, domiciliada en Madrid, Calle de Jara 22 y D.N.I. 2.232.211.

D.ª Pilar Dussan Robina, Casada, Terapeuta con domicilio en Colmenar Viejo (Madrid), C/ Seda Descalabreros 2 y D.N.I. nº 2.569.211.

D.ª Paloma Bonifaz Jorjés, Casada, Terapeuta con domicilio en Madrid, C/Alameda 12, D.N.I. 5.192.454.

D.ª Teresa Azuaga García, Casada, Terapeuta con domicilio en Madrid, Avda. de Colombia nº 2 y D.N.I. 1.432.023.

D. Rafael Alonso Ripull, Casado, Terapeuta, con domicilio en Colmenar Viejo (Madrid), C/ Seda 2, Días 27, y D.N.I. 11.494.227.

D.ª Alicia Jurado Martínez, Casada, Terapeuta con domicilio en Madrid, Avda. del Ferrol 2, D.N.I. 51.640.434.

D.ª Concepción Martínez Robledo, soltera, Terapeuta, con domicilio en Madrid, Calle de Madrid, Álvarez nº 5, y D.N.I. 16.256.952.

D.ª M.ª Juana Rega González, Casada, Terapeuta con domicilio en Madrid, Juan García nº 2, y D.N.I. 3.724.945.

D.ª M.ª Isabel Rodríguez Muñoz, soltera,

**ESTATUTOS DE LA ASOCIACION PROFESIONAL ESPAÑOLA DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES**

**APROBADOS POR LA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DE 30 DE DICIEMBRE DE 1987**

**REGISTRADOS EN 21 DE ENERO DE 1988 (B.O.E. Nº 26 DE 30 DE ENERO)**

# Anexo VIII. RD 1420/1990 y solicitud de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Zaragoza

**27873** REAL DECRETO 1420/1990, 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.

El artículo 28 de la Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria (LRU), dispone que el Gobierno, a propuesta del Consejo de Universidades, establecerá los títulos de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, así como las directrices generales de los planes de estudios que deban cursarse para su obtención y homologación. Asimismo, por Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre («Boletín Oficial del Estado» de 14 de diciembre), se establecieron las directrices generales comunes, que aparecen definidas en el propio Real Decreto como aquellas que son de aplicación a todos los planes de estudios conducentes a cualquier título universitario de carácter oficial.

Vertebrada, pues, la reforma académica a través de las previsiones contenidas en el citado Real Decreto 1497/1987, y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8.º del mismo, se trata ahora de establecer 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. La adecuación de las directrices generales propias al marco fijado por el Real Decreto 1497/1987 debe garantizar la necesaria coherencia y homogeneidad del modelo académico universitario.

En su virtud, vista la propuesta del Consejo de Universidades y a propuesta del Ministro de Educación y Ciencia, previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 26 de octubre de 1990,

### DISPONGO:

Artículo único.—Se establece el título universitario de Diplomado en Terapia Ocupacional, que tendrá carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, así como las correspondientes directrices generales

propias de los planes de estudios que deben cursarse para su obtención y homologación y que se contienen en el anexo.

Dado en Madrid a 26 de octubre de 1990.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Educación y Ciencia,  
JAVIER SOLANA MADARIAGA

### ANEXO

Directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención del título oficial de Diplomado en Terapia Ocupacional

Primera.—Las enseñanzas conducentes a la obtención del título oficial de Diplomado en Terapia Ocupacional deberán proporcionar una formación adecuada en las bases teóricas y en las técnicas y actuaciones que, a partir de una actividad ocupacional, tienden a potenciar y suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a orientar y estimular actividades físicas o psíquicas.

Segunda.—1. Los planes de estudios que aprueben las Universidades deberán articularse como enseñanzas de primer ciclo, con una duración de tres años. Los distintos planes de estudios conducentes a la obtención del título oficial de Diplomado en Terapia Ocupacional determinarán, en créditos, la carga lectiva global que en ningún caso podrá ser inferior a 180 ni superior al máximo de créditos que para los estudios de primer ciclo permite el Real Decreto 1497/1987.

2. La carga lectiva establecida en el plan de estudios oscilará entre veinte y treinta horas semanales, incluidas las enseñanzas prácticas. En ningún caso la carga lectiva de la enseñanza teórica superará las quince horas semanales.

3. Asimismo, las Universidades podrán especificar en sus planes de estudios las horas que los alumnos deben dedicar, de acuerdo con la

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA  
ESCUELA UNIVERSITARIA  
DE ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA  
c/ Domingo Miral, 4to.  
Teléfono 976 - 35 43 33  
50009 - ZARAGOZA

Sdo 49156  
5-12-90

La Junta de Centro de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia en sesión celebrada el día cinco de Diciembre de 1990, aprobó por UNANIMIDAD elevar a V.E. y para que siga los trámites oportunos la Solicitud de la Diplomatura en Terapia Ocupacional que quedaría adscrita administrativamente a este centro y docentemente a los Departamentos afectados en las Directrices Generales Propias de este plan de estudios

ZARAGOZA A 5 DE DICIEMBRE DE 1990

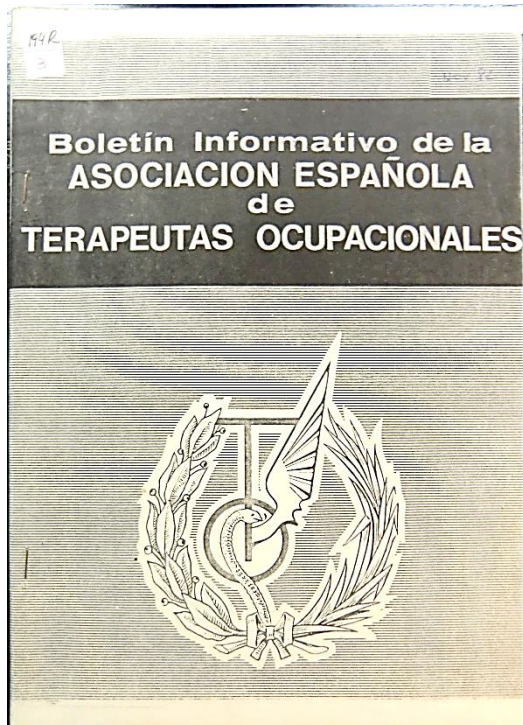
EL DIRECTOR

Fdo. Santiago Pellejero Alluna

EXCMO. SR. VICERRECTOR DE REFORMA Y NUEVAS ENSEÑANZAS

## Anexo IX. Revista de la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales, cambios producidos de 1982 a 1989.

Boletín Informativo de la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales (AETO), 1982



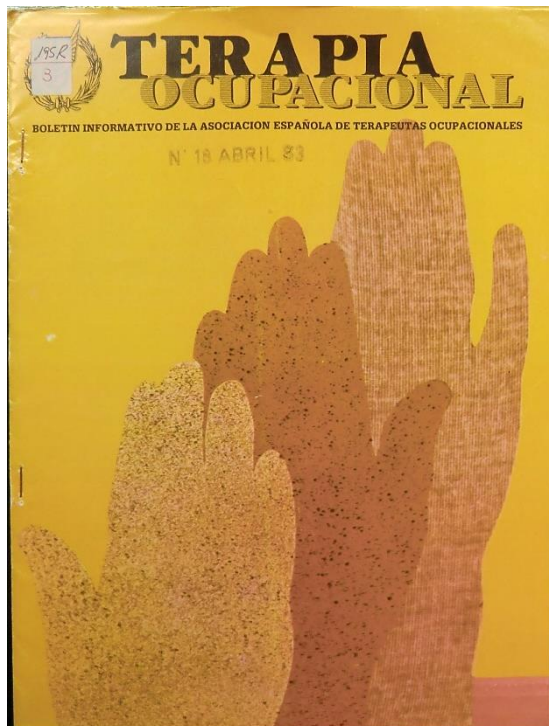
-5-

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE  
TERAPEUTAS OCUPACIONALES  
Madrid, Noviembre de 1982.

INDICE DE MATERIAS

	Pag.
I.- Editorial	6.
II.- LA A.E.T.O. Informa:	7.
a) Resumen de la reunión celebrada por la Junta,	
b) Acta de lo asamble general ordinaria.	
III.- Información de la W.F.O.T.	15.
IV.- Colaboraciones profesionales:	16.
* Posibilidades de la T.O. en la rehabilitación e integración social del toxicómano. Actividades terapéuticas tras la desintoxicación. (1ª Parte).	
M <sup>a</sup> Luisa Acia Murino, Elisa de Sales, Angèle Bigera.	
V.- Noticias de interés:	28.
a) Concurso de Portales.	
b) Interés sober...	
c) La T. O. en la crona.	
d) Puestos de trabajo.	
e) Congresos y Cursos.	
f) Nuevos compañeros asociados.	
g) Libros y Publicaciones.	

Boletín Informativo de la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales (AETO), 1983

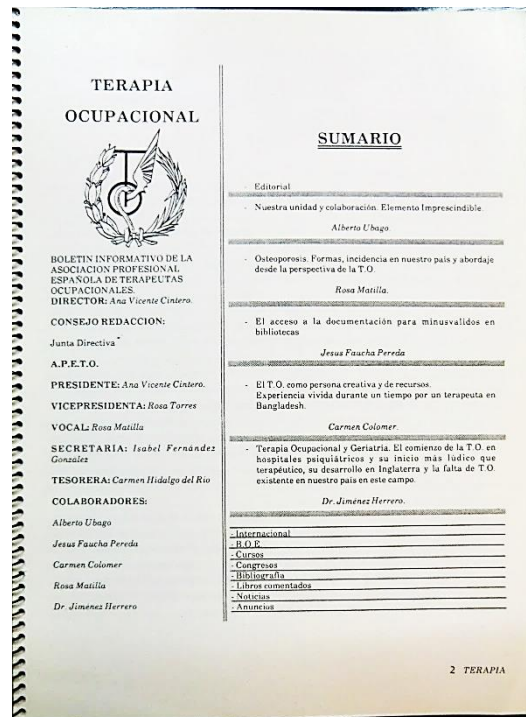
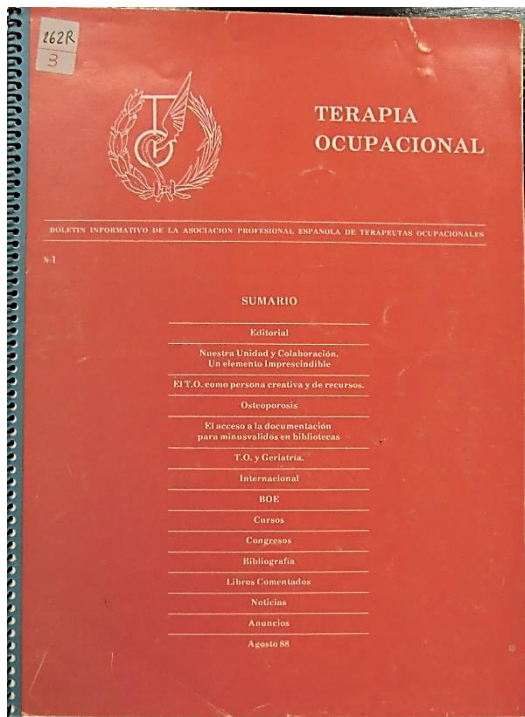


BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE  
TERAPEUTAS OCUPACIONALES  
Madrid, Abril de 1983.

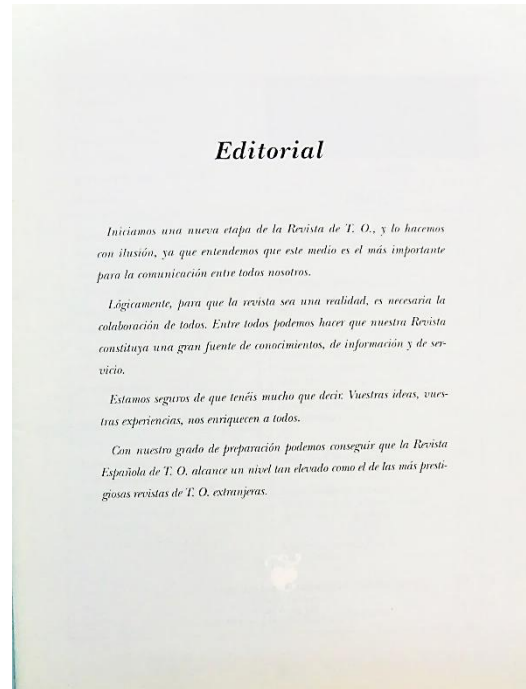
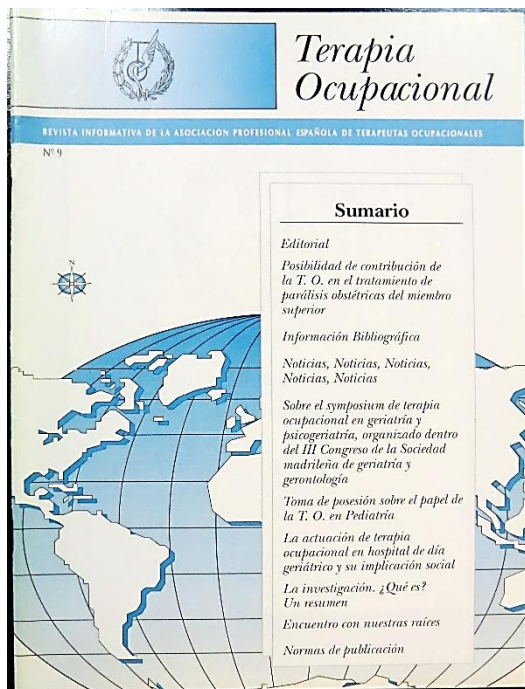
INDICE DE MATERIAS

	Pag.
I.- Editorial	5.
II.- La A.E.T.O. informa:	
a) Resumen de las reuniones celebradas por la Junta	7.
b) Información sobre los Coordinadores Provinciales	9.
c) Información de las II Jornadas Luso-Españolas de T.O.	11.
III.- Información de la W.F.O.T.:	
a) IRTAC 83	15.
b) Memoria de la Secretaría Tesorera de la W.F.O.T.	17.
IV.- Colaboraciones profesionales:	
a) * Posibilidades de la T.O. en la Rehabilitación e integración social del toxicómano. Actividades terapéuticas tras la desintoxicación? (2ª Parte).	19.
b) *Tratamiento físico del hemipléjico anciano".	
M <sup>a</sup> Teresa Carrascal.	25.
V.- Noticias de interés:	31.
a) Puestos de trabajo.	
b) Congresos y Cursos.	
c) Nuevos compañeros asociados.	
d) Bibliografía.	

Boletín Informativo de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO), nº1, 1987



Revista Informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO), 1989



## Anexo X. Tabla de análisis de la revista de APETO (2004-2007)

Números	Mes-Año	Número de artículos	Artículos con varios autores	Artículos con citas bibliográficas	Otros datos
34	Abril 2004	8	6	6	
35	Septiembre 2004	7	3	4	
35-Especial Discapacidad Intelectual	Diciembre 2004	8	2	7	Bibliografía de interés al final.
36-Especial Dependencia	Abril 2005	12	5	8	Bibliografía de interés al final.
37	Septiembre 2005	7	2	1	
38-Especial Trascendiendo fronteras	Diciembre 2005	11	4	8	
39	Abril 2006	12	7	10	
40	Septiembre 2006	3	1	3	
41-Especial Docencia	Enero 2007	11	4	6	
42	Abril 2007	8	4	8	
43	Septiembre 2007	10	5	6	
44-Especial 40 aniversario	Diciembre 2007	2	2	0	
TOTALES		99	45	67	