

**Acercamiento histórico a la formación y la práctica en Terapia Ocupacional**

**Historical approach to the training and practice in Occupational Therapy**

**Lic. Pedro Oropesa Roblejo,<sup>1</sup> Dr.C. Clemente Couso Seoane,<sup>1,2</sup> Dr. Ventura Puente Sani<sup>1,3</sup> y Lic. Isis Mercedes García Wilson<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Facultad de Tecnología de la Salud "Dr. Juan Manuel Páez Inchausti", Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>1,2</sup> Facultad No. 1 de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>1,3</sup> Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

**RESUMEN**

La carencia de un claro argumento que facilite la identidad común profesional del terapeuta, además de una identidad socialmente reconocida, constituye una buena razón para realizar un estudio que permita dar respuesta y entender el surgimiento de la terapia ocupacional. A tales efectos, fue necesario reparar en los acontecimientos históricos, en sus vertientes políticas, económicas y de estructuras sociales, que favorecieron determinadas acciones y el empleo de esta actividad. Con la presente investigación se persiguió describir diferentes criterios filosóficos que han generado modelos en la práctica y la formación en Terapia Ocupacional, los cuales deben ser asumidos como un proceso histórico, que es dinámico y se ajusta a los cambios culturales, legales y sociales del momento.

**Palabras clave:** Terapia Ocupacional, terapeuta, formación en Terapia Ocupacional, práctica en Terapia Ocupacional, historia de la terapia ocupacional.

**ABSTRACT**

The lack of a clear argument which facilitates the therapist's professional common identity, besides a socially grateful identity, constitutes a good reason to carry out a study which allows to give answer and to understand the emergence of the occupational therapy. To such effects, it was necessary to take historical events into account, in their political, economic spheres with social structures, favouring certain actions as well as the use of this activity. The aim of the present investigation was to describe different philosophical criteria which have generated models in the practice and training for Occupational Therapy, what should be assumed as a historical dynamical process, adjusted to the cultural, legal and social changes of the moment.

**Key words:** Occupational Therapy, therapist, training in Occupational Therapy, practice in Occupational Therapy, history of occupational therapy.

## INTRODUCCIÓN

Cuando en el siglo I de n.e., el médico romano Galeno defendía la idea de que "el empleo es la mejor medicina natural y es esencial para la felicidad humana", estaba estableciendo las bases epistemológicas de lo que 19 siglos después se dio en llamar terapia ocupacional.<sup>1</sup>

La terapia ocupacional creció en el propio desarrollo de la historia del hombre, puesto que la ocupación ha desempeñado un papel central en la existencia humana. Así, el uso terapéutico de la actividad y del movimiento ha sido apreciado desde el inicio de las civilizaciones más primitivas, partiendo del principio de que "el ser humano es un ser activo por naturaleza, que ocupa su tiempo en actividades encaminadas a responder a sus necesidades y deseos".<sup>2</sup>

El desarrollo histórico de la terapia ocupacional ha sido influenciado por criterios filosóficos que han generado modelos de práctica profesional, cuyas exigencias se han visto reflejadas en los procesos de formación y práctica del terapeuta ocupacional.

Con el siguiente trabajo los autores no pretendieron aunar todas las raíces históricas de la Terapia Ocupacional -- se escapa a sus intereses tal ambición --, pero sí intentaron presentar las principales "historias" acerca del surgimiento de esta disciplina.

## DESARROLLO

Desde 2600 a.C. en China se pensaba que la enfermedad era generada por la inactividad orgánica y se utilizaba el entrenamiento físico, mediante una serie de ejercicios gimnásticos.

Algunos documentos encontrados demuestran que ya en el 2000 a.C., los egipcios poseían templos donde las personas aquejadas de "melancolía" acudían para aliviar su enfermedad a través del juego y las actividades recreativas, fundamentalmente.

Por otra parte, en la medicina griega entre los años 600 y 200 a.C. se recomendó la práctica de diversas actividades con fines terapéuticos, a saber: Esculapio proponía el tratamiento del "delirio" a través de la música, las canciones y las representaciones cómicas; Pitágoras, Tales de Mileto y Orfeo utilizaban la música como remedio para ciertas enfermedades; mientras que Hipócrates, quien resaltaba la relación cuerpo-mente, recomendaba la lucha libre, la lectura y el trabajo para mantener y mejorar el estado de salud de los individuos.

A fin de aliviar las "mentes trastornadas", Cornelio Celso (14-37 n.e.) aconsejaba la música, la conversación, la lectura, el ejercicio hasta la fatiga y los viajes; en tanto para el mantenimiento de la salud, sus recomendaciones se dirigían a la navegación, los juegos de pelota, los saltos, la carrera y los paseos. Fue el primero en destacar la importancia del enfoque personológico en la selección y el desarrollo de la ocupación con fines terapéuticos, defendiendo la idea de que las ocupaciones deberían ajustarse al temperamento de cada persona. Por último, Seneca (55 a.C. - 30 d.C.) aludía al trabajo como remedio para cualquier clase de "agitación mental".

Convertido en el heredero de las ciencias médicas griega y romana, el Islam, aunque en menor medida, conservó los primeros esbozos de interés por la ocupación como terapia. Así, Avicena (980-1037) escribió: "Ejercitando adecuadamente el cuerpo, mediante el movimiento y el trabajo, no serían necesarios médicos ni remedios".<sup>3</sup>

Durante la Edad Media apenas se desarrollaba la idea del uso de la ocupación con fines terapéuticos. Solo con el Renacimiento, y las ideas humanistas que le caracterizaron, la ocupación volvió a ser considerada como pilar en el tratamiento y la conservación de la salud humana.

En 1553, en Sevilla, apareció la obra del médico Cristóbal Méndez *El libro del ejercicio corporal y de sus provechos*, por el cual cada uno podrá entender qué ejercicio le será necesario para conservar su salud, en el que se utiliza el término "ejercicio" en un sentido muy amplio, pues se refiere a la práctica de cualquier ocupación. Además declara la importancia de la motivación en la ejecución de cualquier actividad, como elemento fundamental para lograr los efectos deseados.

Luego, en 1425, se creó en Zaragoza un hospital psiquiátrico, donde se instauró un régimen abierto para los pacientes y, por primera vez, apareció descrito el tratamiento por medio de ocupaciones o trabajo. En 1791 esta institución fue estudiada por Iberti, médico francés, comisionado por el "Comité de Mendicidad" de París, con vistas a reformar la asistencia médica en Francia. En su informe Iberti citó: "...una experiencia constante ha demostrado que en este hospital el medio más eficaz es la ocupación o un trabajo que ejercite sus miembros. La mayor parte de los locos que se emplean en los talleres u oficios curan en general. La experiencia demuestra que los locos distinguidos que no se emplean nunca como los otros, en ocupaciones serviles o en los trabajos manuales, curan muy raramente".<sup>3</sup>

Philippe Pinel (1745-1826), médico francés, a quien erróneamente en la mayor parte de la literatura sobre el tema, se le confiere la paternidad del tratamiento moral, antecedente histórico, junto al movimiento de Artes y Oficios, de la terapia ocupacional; se interesó por la información recogida por Iberti sobre el hospital psiquiátrico de Zaragoza, y escribió en su *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale*: "Tenemos que envidiar a cierta nación vecina, un ejemplo que nunca será bastante conocido. No lo presenta Inglaterra ni Alemania, sino España, en una de cuyas ciudades: Zaragoza, existe un asilo para enfermos y principalmente para locos que lleva el lema *Urbis et orbis*. Sus fundadores y directores emplearon el trabajo mecánico para hacerlo servir de contrapeso a los extravíos del entendimiento por la afición que inspira y el deleite que proporciona el cultivo de los campos, y por el natural instinto que conduce al hombre a satisfacer sus necesidades con el fruto de su industria. El hombre es consolado de este modo en la mayor y más horrible de sus desgracias. Su dignidad ha salido victoriosa, triunfo que corresponde al manicomio de Zaragoza".<sup>3</sup>

En 1793, como ya se hiciera casi 4 siglos antes en España, Pinel liberó a los "locos" de sus cadenas e implantó, entonces, en Francia, y poco después en el resto de Europa, el tratamiento moral. Este tratamiento es utilizado como un mecanismo de ajuste y adaptación propiciado por el seguimiento de normas y el desarrollo de hábitos sociales. La vida en un ambiente saludable, la dieta adecuada, la actividad organizada, los principios de la moral imperante en las clases acomodadas, con una vuelta a la naturaleza a través del espíritu roussoniano, constituyeron la esencia de este "tratamiento moral".

Pinel consideraba la ocupación como elemento esencial para la concepción del tratamiento moral. Igualmente introdujo el uso de actividades como la música, la literatura, el ejercicio físico y el trabajo que pasaron a formar parte del programa terapéutico de cada institución, con la condición de ser empleados de acuerdo con los gustos del enfermo.

Muy pronto en Inglaterra surgió una corriente similar, siendo William Tuke el pionero de esta nueva manera de ver y abordar la enfermedad.

Los postulados del tratamiento moral tuvieron una influencia desigual a lo largo de la primera mitad del siglo XIX en Europa y en los Estados Unidos -- país al que llega su influjo fundamentalmente a través de Inglaterra --. Especialmente las ideas de los cuáqueros ingleses, sirvieron de referencia a múltiples instituciones y personajes relevantes en Estados Unidos, y vinculados a la atención de las personas con trastornos mentales, ya desde las primeras décadas del siglo XVIII. Así, en 1756 se inauguró el *Pennsylvania Hospital for the Insane*, cuyo primer médico fue Benjamín Rush (1745-1813), considerado el padre de la psiquiatría norteamericana. A partir de aquí fueron frecuentes los asilos y hospitales que asumieron las ideas del tratamiento moral importadas desde Inglaterra.

Siguiendo la costumbre imperante en Europa, los superintendentes de las primeras instituciones norteamericanas, seglares cuáqueros, se encargaban de supervisar la aplicación de los principios del tratamiento moral, mientras que los médicos residentes se ocupaban de proveer los tratamientos médicos. No fue sino hasta mediados del siglo XIX que la figura del médico se impuso en la dirección de los asilos, asumiendo ambas responsabilidades.

Los primeros líderes en la psiquiatría norteamericana (Abraham Brigham, Pliny Early, Thomas Kirkbride, Luther Bell e Isaac Ray), fundaron, en 1844, la Asociación de Superintendentes Médicos de Instituciones Americanas para Enfermos Mentales y se constituyeron, a partir de 1840 en la principal vía de implementación de los principios del tratamiento moral en los Estados Unidos. Según los presupuestos de este grupo de psiquiatras, la enfermedad mental se basaba en las relaciones de la mente y el intelecto con el medio que rodeaba a la persona; así, las operaciones mentales, el conocimiento y las ideas tenían su origen en las sensaciones transmitidas al cerebro desde el mundo exterior, por lo que las tensiones sociales, la desorganización del entorno y de las emociones, provocaban que las sensaciones resultantes se desorganizaran, y en consecuencia dieran lugar a trastornos del juicio, alucinaciones o lapsos de memoria, aún manteniendo aparentemente intactas las funciones intelectuales del sujeto.

Al respecto, sus recomendaciones clínicas para tratar al paciente con enfermedad mental se basaban en la instauración en el asilo de un entorno más adecuado. El principio fundamental del tratamiento giraba en torno a la estructuración del tiempo cotidiano por medio del trabajo: mantenerse ocupado como salvaguarda de la adhesión del enfermo mental a los hábitos morales adecuados. Por ende, los hombres se ocupaban en actividades de carpintería, pintura o mantenimiento de la institución, y las mujeres, en tareas domésticas y artesanales.

El período de mayor auge del tratamiento moral en Estados Unidos abarcó de 1840 a 1880. Después declinó progresivamente a favor de otro tipo de afrontamiento de la enfermedad mental. Ejercieron una influencia determinante en la dirección de este cambio, factores tales como el deterioro de las condiciones de las instituciones, el cambio de las características culturales y de la tipología médica de la población tratada, las

dificultades para el mantenimiento económico de los asilos y la modificación del pensamiento médico sobre la causa de la enfermedad mental.

A causa de la guerra civil en Estados Unidos se entró en un período de letargo para este tratamiento, y la ocupación no resurgió hasta principios del siglo XX bajo el término de terapia ocupacional, término acuñado por Berton en 1914.

El movimiento llamado de Artes y Oficios, conocido como otro antecesor de la terapia ocupacional, surgió a partir de 1860 en Inglaterra. John Ruskin (1819-1890) y Williams Morris (1834-1896) son sus principales representantes.

Las ideas básicas de los fundadores de las sociedades de Artes y Oficios ensalzaban el valor del producto manufacturado y rechazaban la producción industrial. Desde su perspectiva, la producción en cadena cercena la integridad del trabajador y su valía como ser humano; consecuencia del trabajo repetitivo, desligado de valores culturales, en el que prima la cantidad y rapidez en la producción, frente a la calidad y elaboración del producto realizado. A partir de esta premisa, la producción artesanal, en oposición a la fabricación en serie, se asocia con el orgullo y la dignidad del trabajador o artesano.

Consecuentemente, el trabajo artesanal puede ser utilizado como método educativo o terapéutico en la medida en que se vincule la felicidad del hombre al trabajo que realiza. Esta idea puede resumirse en el lema "el trabajo es salud".

Por su parte, el doctor Adolf Meyer, a finales del siglo XIX y principios del XX, proporcionó a la terapia ocupacional una base filosófica sobre la que pudo crecer. Consideraba muchos de los trastornos mentales como resultado de hábitos o comportamientos desorganizados, que provocaban problemas para llevar una vida normal; creía que los ritmos cotidianos (trabajo, juego, descanso y sueño) debían estar en equilibrio, logrado por el hacer y la práctica habitual, con un programa de vida saludable como base para un sentimiento o emoción sana. En este contexto las relaciones interpersonales instructor-paciente eran consideradas vitales, en tanto los instructores debían ser capaces de respetar los intereses y las capacidades naturales de sus pacientes.

Herbert J. Hall, en los inicios del siglo XX, prescribía la "cura de trabajo" como un tipo de medicina para dirigir el interés y regular la vida. Creía que la adecuada ocupación de las manos y de la mente era un factor muy potente en el mantenimiento de la salud física, moral y mental en el individuo y la comunidad. En 1915 fue coautor del libro *El trabajo de nuestras manos. Un estudio de las ocupaciones para los inválidos*, que puede ser considerado el primer estudio sistemático acerca de los efectos de la ocupación sobre la salud mental.

El pragmatismo, corriente filosófica considerada como la primera tradición originaria de Norteamérica, ejerció una poderosa influencia en las ideas de los fundadores de la terapia ocupacional. Esta corriente se debió fundamentalmente a Charles Sanders Peirce (1839-1914), William James (1842-1910) y John Dewey (1859-1952) y sus postulados fundamentales pudieran ser resumidos en:

- La esencia de una creencia es el establecimiento de un hábito. Así, la veracidad de las creencias humanas está asociada a la incidencia de estas en la conducta. Desde este punto de vista, cualquier creencia o idea, para ser significativa, debe afectar las acciones del ser humano.

- La validez de un concepto solo puede alcanzarse a través de las relaciones satisfactorias que esa idea establece con la experiencia de cada individuo. De esta forma, las ideas se contrastan con los efectos de estas en la vida práctica, con su eficacia, funcionalidad o capacidad para satisfacernos emocionalmente.
- Las ideas deben relacionarse con las consecuencias de las acciones que guían, para de esta forma determinar su validez y significado.

De igual forma, las ideas de Dewey representan el principal exponente de las repercusiones del pragmatismo en la educación:

- La adquisición del conocimiento debe basarse en la experiencia práctica. Todo conocimiento es válido, en tanto que es útil para resolver problemas de la vida diaria y ayuda al ser humano a adaptarse a su entorno.
- El hecho de que una idea pueda ser considerada verdadera, depende del uso práctico con el cual es introducida. La verdad es tentativa y cambiante en la medida en que cambia el ambiente o las situaciones relacionadas con la utilidad de un concepto. El conocimiento se basa en "aprender a través del hacer".
- El aprendizaje se produce a través de la acción, por medio de la experiencia práctica: se aprende haciendo. Así, el proceso de crecimiento, desarrollo y progreso, más que el producto estático o el resultado de la acción, se convierte en sí mismo en significado.

Esta concepción filosófica fue congruente con las creencias de la moral protestante predominante en la época, para la cual las invenciones humanas llegaron a considerarse

como una forma de alabar la gracia divina; con el culto al individualismo y el liberalismo económico, característico del proceso de industrialización que envuelve al país, y con la deificación del proceso tecnológico. No es de extrañar, pues, que el pragmatismo y las propuestas educativas de Dewey ejercieran una influencia directa en los pioneros de la terapia ocupacional. Prueba de ello es el texto *Studies in Invalid Occupations*, publicado por Susan Tracy en 1910 y considerado el primer manual de terapia ocupacional, que hace referencia directa a las ideas de Dewey, distinguiéndolas como base del conocimiento en que se apoya la práctica de la terapia ocupacional. Basándose en estos principios, se justifica la utilización de ocupaciones como medio terapéutico.

En la primera guerra mundial (1914-1918), la terapia ocupacional se abrió al enfoque científico para el tratamiento de la incapacidad física, usándose por primera vez dispositivos, técnicas y métodos, como el análisis cinesiológico, entre otros otros. Sin lugar a dudas, la repercusión de mayor relevancia del conflicto bélico la constituyó el cambio en la tipología de los pacientes atendidos en los servicios de terapia ocupacional (amputaciones, lesiones craneales, ceguera y numerosos trastornos psiquiátricos como las neurosis de guerra), y consecuentemente, la modificación del tratamiento realizado.

Ante la emergencia de los nuevos padecimientos, el trabajo desarrollado por los terapeutas ocupacionales con esta población, provocó un cambio cualitativo en la concepción del uso de la ocupación; esta adquirió paulatinamente el valor de servir de medio para alcanzar la funcionalidad, y fue entendida como la recuperación, el desarrollo y el mantenimiento de la capacidad funcional del organismo, en particular de individuos con miembros amputados, para la realización de actividades laborales y de automantenimiento.

A los hechos anteriores se sumó el desarrollo de los principios básicos de la ergonomía, que surgió también durante los años de conflicto y que propugnaban la adaptación de la máquina al ser humano. Así, la adaptación de puestos de trabajo, el entrenamiento en el uso de prótesis y ayudas técnicas que posibilitaran la actividad laboral y la autonomía

personal en el aseo, vestido o transporte, se constituyeron en objetivos terapéuticos con los veteranos de guerra; objetivos que los terapeutas ocupacionales adoptaban como propios. De modo que la práctica de la terapia ocupacional se integraba plenamente en la atención médica de las discapacidades físicas, con el perfeccionamiento de intervenciones que perseguían la reincorporación del individuo a la vida productiva, la adaptación y el diseño de ayudas técnicas y la compensación de discapacidades permanentes.

Cabe agregar que la práctica clínica de la terapia ocupacional durante la guerra añadió un nuevo foco de atención centrado en la recuperación funcional del paciente. De esta forma, desde el punto de vista práctico, se produjo un giro que provocó un cambio sustancial en la profesión: la terapia ocupacional pasó a interesarse por la reeducación de cualquier forma de discapacidad, somática o psíquica, que afectara la funcionalidad del individuo.

Al trasladarse a la terapéutica, el movimiento de Artes y Oficios proporcionó 2 enfoques diferentes:

- El primero, conocido originalmente como ocupaciones de sala, actividades para inválidos o distracciones y, más tarde, como terapia de diversión,
- El segundo, recibió denominaciones tales como entrenamiento manual, educación vocacional y entrenamiento ocupacional.

Los 2 enfoques tenían diferentes objetivos y competían por su importancia en la terapia ocupacional.

Elizabeth Upham<sup>4</sup> resumió este conflicto muy sucintamente, considerando la existencia de 2 teorías sobre la ocupación desde un punto de vista terapéutico:

- La primera fue la concepción de que el valor concreto de la ocupación es su poder para alejar la atención del paciente de la discapacidad, lo que en sí mismo a menudo constituye una cura real. El grupo de terapeutas que defendía esta teoría, consideraban aquellas ocupaciones que despiertan el interés del paciente y hacen a este lo menos consciente posible de cualquier anormalidad.
- Un segundo grupo de terapeutas defendía el criterio de que la incapacidad del paciente debe ser lo más importante para este. Relacionaban la ocupación con la discapacidad, de manera que el paciente fuera profundamente consciente de que la ocupación como interés o diversión no era lo principal, pero era fundamental como parte de su cura. El afectado aprendía a confiar en la ocupación como lo haría en un medicamento, y podía desarrollar un genuino interés en medir su mejoría por el incremento de su habilidad y de la duración de los períodos de trabajo.

El primer enfoque, en la práctica de la terapia ocupacional, predominará para las personas con trastornos mentales, mientras que el segundo enfoque preponderará para personas con discapacidad física (aunque algunos terapeutas ocupacionales que trabajaban en el área de la salud mental, revivieron las ideas de la terapia industrial, la terapia laboral y, finalmente, la rehabilitación psiquiátrica).

Lo anterior se evidenció en las prácticas del médico norteamericano Herbert James Hall, quien, en 1904, comenzó a buscar un tratamiento alternativo a "la cura de reposo" para la neurastenia. Hasta entonces se pensaba que la neurastenia, con su correspondiente debilidad al desempeñar cualquier actividad laboral, se debía a la sobreexigencia laboral, por lo que el tratamiento recomendado era el reposo total. Hall decidió utilizar la ocupación en lugar del reposo total y sugería a sus pacientes seguir horarios de reposo, trabajo y relajación.

Resulta oportuno señalar que el trabajo de Hall fue el primer estudio sistemático acerca de los efectos de la ocupación sobre la salud mental. Él observó que muchos de sus pacientes mejoraban cuando se utilizaban ocupaciones y horarios de actividades como sistema terapéutico.

La finalización de la primera guerra mundial provocó un decrecimiento en el número de pacientes con discapacidad física, y la práctica clínica volvió a concentrarse en el campo de la salud mental. Así, en 1937, en Estados Unidos, los terapeutas ocupacionales en activo, en los distintos ámbitos clínicos, se distribuían según los porcentajes: 2 % en ortopedia, 59 % en hospitales psiquiátricos, 25 % en hospitales generales, 8 % en hospitales de tuberculosis y 6 % en otras instituciones. La reducción de los servicios de terapia ocupacional tuvo también como factor causal, la depresión de 1933, que afectó profundamente el presupuesto y generó el cierre de muchas clínicas y la reducción del personal. Como consecuencia de todo ello, se perdieron las destrezas desarrolladas durante la guerra para el tratamiento de pacientes con discapacidades físicas.

Al iniciarse en 1941, la segunda guerra mundial, en las fuerzas armadas de los Estados Unidos solo 12 personas trabajaban en terapia ocupacional y solo 5 hospitales de las fuerzas armadas contaban con sus servicios. Esta falta de preparación fue el legado de la primera guerra mundial. Por ello fue preciso entrenar cerca de 900 personas en cursos de emergencia de guerra, establecidos en varias escuelas. Como consecuencia, el número de terapeutas empleados se incrementó de manera notable. En 1941, al comienzo de la guerra, estaban empleados 2 132 terapeutas ocupacionales, mientras que en 1945 lo estaban 3 224. Sin embargo, las áreas de práctica continuaban dominadas por salud mental y psiquiatría (54 %), mientras que la práctica en discapacidades físicas solo se había incrementado a 3 % en 1953 y no aumentaría hasta 1970. De ahí en adelante, el número de terapeutas ocupacionales empleados en psiquiatría o salud mental declinaría de manera constante. Así, en 1986, menos de 10 % de los terapeutas ocupacionales practicaban en el área de salud mental.

Uno de los resultados más importantes de la segunda guerra mundial fue el desarrollo de departamentos de medicina física; con su apoyo, la práctica de la terapia ocupacional en discapacidades físicas pudo establecer, bajo la dirección de especialistas en ortopedia, los fundamentos que había perdido.

El primer curso universitario para la formación de terapeutas ocupacionales en Estados Unidos se desarrolló en 1916 en la Universidad de Columbia, mientras que en 1918 se abrieron también cursos en otros 5 estados. En este mismo año la Universidad de Toronto en Canadá ofreció el primer curso de formación universitaria en terapia ocupacional, y a partir de 1920 se estableció la homologación de los programas de formación de terapeutas ocupacionales en ambos países.

Luego, en 1923, se establecieron los estándares para la cualificación de terapeutas ocupacionales, exigiéndose que los contenidos de los planes de estudio debieran incluir conocimientos sobre psicología (desarrollo normal y anormal), anatomía, kinesiología y ortopedia, trastornos mentales, tuberculosis y el estudio de casos médicos genéricos. Asimismo, se instauraron como complemento a tales contenidos, la formación sobre las características de los distintos servicios hospitalarios y su administración, la ética médica, la historia de la utilización curativa de las ocupaciones, las relaciones del arte y el trabajo con el desarrollo de la civilización, el trabajo industrial y la rehabilitación vocacional. Además, se exigía el completamiento de 1 080 horas de entrenamiento en talleres manuales, tales como marquetería, costura, cestería, forja y diseño de joyería.

En 1935, 1943, 1949, 1965, 1972 y 1983, se realizaron revisiones importantes de las normas vigentes. El tema principal en la revisión de las normas ha sido la duración de la formación, el currículo, la relación de estudiantes, el apoyo financiero, la dirección de las escuelas y los servicios.

Al principio las escuelas de Terapia Ocupacional podían establecerse en hospitales y escuelas privadas, ofreciendo solo un programa, pero en 1943 estos requisitos se cambiaron para crear estabilidad en los programas y avalar los cursos en el currículo.

Actualmente los programas de nivel profesional se ofrecen solo a través de universidades durante 4 años.

La formación académica fue mucho más tardía en Europa, y se limitó a Escocia e Inglaterra. La primera escuela para la formación de terapeutas ocupacionales en Inglaterra se estableció en 1930 en Briston, y a esta le siguió la apertura de escuelas en Edimburgo, en 1937, y en Liverpool, en 1946.

En España, el primer curso abreviado intensivo de Terapia Ocupacional se inició en diciembre de 1961, con una duración aproximada de 9 meses. Para desarrollar dicho curso, fue contratada por la Organización Mundial de la Salud, la profesora Mercedes Abella, cubana por nacimiento, formada en Suiza y radicada en Estados Unidos. El resto de los cursos se desarrollaron con la ayuda de los terapeutas ocupacionales de la primera promoción.

Resulta importante destacar que en España, la Terapia Ocupacional nació desde su comienzo como una disciplina independiente del resto y nunca como un curso de especialización de las disciplinas ya existentes.

A partir de 1967, la Escuela de Terapia Ocupacional comenzó a exigir a sus alumnos el título de bachiller o equivalente. Los cursos se desarrollaban en 3 años, repartidos aproximadamente en mil horas de práctica clínica y 200 horas de formación teórica. El último curso de esta escuela fue en 1997.

En 1990 se estableció el Título Universitario Oficial de Diplomado en Terapia Ocupacional, cuyo primer curso se inició en 1991. Posteriormente, dicha diplomatura fue instaurada en otras universidades, y actualmente existen un total de 15 a lo largo del país.

Según el *Libro blanco de la diplomatura en terapia ocupacional*, editado en España en 2006, el número de escuelas o instituciones universitarias donde se impartían los estudios en Terapia Ocupacional, en cualquiera de sus formas (diplomatura, licenciatura, entre otros), en Europa, es de 290; y a la vanguardia se encuentra Alemania con 150 instituciones, seguida del Reino Unido, con 29; Bélgica, con 16; España, con 15; Suecia con 9; Dinamarca y Francia, ambas con 8, y Finlandia y Austria, con 7, entre otras.

En el resto del mundo, Estados Unidos está a la cabeza con 152 instituciones, seguido por Japón, con 65, y ya lejos de estos, Australia, con 19; Canadá, con 16; Israel, con 9, y Argentina y Sudáfrica, ambas con 8. No obstante, se conoce que actualmente, los estudios universitarios para la formación de terapeutas ocupacionales, se imparten también en países como Chile y Venezuela, y por supuesto, Cuba.

Respecto a los programas de estudio, en 60 % de los países que brindan este servicio, tienen una duración de 3 a 3,5 años, mientras que casi en 40 % se extienden durante 4 años; 31 % de estos ofrece además la posibilidad de realizar una maestría en Terapia Ocupacional, mientras que en 22 % se puede acceder a programas de doctorado. Por

otro lado, cabe destacar que desde el año 1999 ha existido una maestría europea en Terapia Ocupacional que se desarrolla entre varios países europeos y con carácter internacional.

Es importante señalar que el promedio de años de formación en Latinoamérica es más alto que en muchos lugares de Europa y Asia, y que la gran mayoría de las carreras se imparten en escuelas dependientes de las universidades, lo que en Latinoamérica significa mejor formación.<sup>5</sup>

Según Dolores Estrada Rodríguez, en su trabajo "Historia de la formación docente de terapeutas ocupacionales en la provincia de Santiago de Cuba" (1999), el primer curso de formación de técnicos en Terapia Ocupacional en Cuba se inició en 1973, en Santiago de Cuba, bajo la guía del Dr. Ricardo González.

No obstante, con anterioridad a esta fecha, en el Hospital Psiquiátrico de La Habana, bajo la dirección del Dr. Eduardo Bernabé Ordaz Ducongé, un grupo de trabajadores se dedicó, de manera empírica, a la rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales.

De 1973 a 1987, la calificación de los graduados fue de técnicos en Ergoterapia Psiquiátrica.

A partir del curso 88-89, adoptó el nombre de técnicos en Terapia Ocupacional Psiquiátrica, amparados en la Resolución Ministerial 325/88.

Fue en el curso 1977-1978 cuando se instauraron en la docencia médica media, los planes de estudio amparados por resoluciones ministeriales del Ministerio de Educación.

En el curso 97/98 se denominó a la especialidad Terapia Ocupacional, dada la integralidad que se le concede a la especialidad, la cual no solamente se dedica a la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, sino que su arsenal terapéutico abarca la rehabilitación de ciegos, sordos, limitados físico-motores y discapacitados, en general.

De 1977 a 1992 se ingresaba con un nivel de 9<sup>no</sup> grado y se egresaba con un nivel de 12<sup>mo</sup> grado. A partir de 1993 el nivel de ingreso exigido fue de 12<sup>mo</sup> grado.

Fueron emitidas, de 1977 a 1999, un total de 8 resoluciones ministeriales, debido al constante desarrollo de la especialidad.

De 1977 a 1997, se produjeron los siguientes cambios principales en los programas de estudio:

- Resolución Ministerial 678/77
- Asignaturas de formación general: Español, Historia, Fundamentos de Marxismo-Leninismo, Inglés y Educación Física.
- Asignaturas básicas: Matemática, Física y Química.
- Asignaturas básicas específicas: Biología y Elementos de Patología General, Psicología General I y II, Psicología Evolutiva, Psicología Social y Elementos de Sociología,
- Organización de Salud, Higiene y Epidemiología y Legislación Social.
- Ejercicios de la profesión: Trabajo Social, Ergoterapia, Metodología de la Investigación y Terapéutica.
- Actividades prácticas: Trabajo en la Comunidad, Métodos de Investigación, Práctica de Ergoterapia, Práctica de Trabajo Social, y Práctica de Terapéutica.

- Resolución Ministerial 239/81
  - En las asignaturas básicas específicas se dejan de impartir de manera independiente las asignaturas Legislación Social y Organización de la Salud, y se fusionan en una sola que lleva ese mismo nombre.
  - En las actividades prácticas se anulan las que estaban y se sustituyen por Actividades.
  - Prácticas en los servicios.
  - El resto se mantiene igual.
- Resolución Ministerial 399/82
  - En las asignaturas básicas específicas se sustituyen las asignaturas Psicología General I y II por Psicología General. Se modifica Psicología General y Elementos de Sociología por Psicología Social, y se incorpora Psicopatología.
  - En ejercicios de la profesión se incluye Elementos Técnicos de la Evaluación Psicométrica.
  - El resto se mantiene igual.
- Resolución Ministerial 490/83
  - Como el nivel de ingreso a partir del curso 83-84 es de 12<sup>mo</sup> grado, se eliminan las asignaturas de formación general y las básicas.
  - En el ejercicio de la profesión se sustituye Elementos Técnicos de Evaluación Psicométrica por Técnicas de Talleres.
  - Las actividades prácticas se modifican, estableciéndose Introducción a la Especialidad, Método de Investigación, Práctica de Talleres, Práctica de Ergoterapia, Práctica de Terapéutica, Práctica Preprofesional y Proyecto de Grado.
- Resolución Ministerial 376/86

Establece:

- Asignaturas de formación general: Ética Médica y Educación Física.
- Asignaturas básicas específicas: Psicología General, Psicología Evolutiva, Psicología Social, Psicopatología, Legislación Social.
- Asignaturas de ejercicio de la profesión: se elimina Trabajo Social y se incluye Técnicas de Talleres.
- Las actividades prácticas se mantienen.
- Resolución Ministerial 325/88
  - Asignaturas de formación general: se incluye Inglés.
  - Asignaturas básicas específicas: se modifica la asignatura Psicopatología con Propedéutica y Clínica Psiquiátrica. Se incluye Introducción a la Metodología de la Investigación y se sustituye Legislación Social por Legislación Laboral.
  - Asignaturas del ejercicio de la profesión: queda con las asignaturas Terapia Ocupacional Psiquiátrica y Rehabilitación Psiquiátrica.
  - Actividades prácticas: se modifica y se establecen Práctica de Terapia Ocupacional Psiquiátrica, Práctica Preprofesional y Proyecto de Grado.

- Resolución Ministerial 121/97

Establece:

- Asignaturas de formación general: Estudios Sociopolíticos, Educación Física e Inglés.
- Asignaturas técnicas: Introducción a la Metodología de la Investigación, Psicología General y Evolutiva, Psicología Social, Fundamentos de Anatomía y Fisiología Descriptiva, Legislación Laboral y Social, Neurología, Patología General, Kinesiología, Semiólogía, Terapia Ocupacional, Práctica de Terapia Ocupacional, Práctica Preprofesional y Examen Final Integral.

A partir de la graduación 89/90, amparada en la Resolución Ministerial 140/90, se iniciaron los exámenes generales integrales como actividad final, independientemente de que en los planes de estudio aparecía como Proyecto de Grado.

En el curso 2001-2002, la formación de técnicos de la salud en carreras de 3 años de duración, abarcaba, entre otras, las ramas o especialidades de salida: Terapia Ocupacional; Terapia Física y Rehabilitación; Prótesis, Ortesis y Bandaje Ortopédico; Podología y Trabajo Social. Aunque a partir de septiembre del 2000, la universidad en Cuba entró en una nueva etapa, con el propósito de garantizar el más amplio acceso de todos los cubanos a la educación superior.<sup>6,7</sup>

Para este entonces Cuba se vio inmersa en una revolución educacional relacionada con la diversificación en los modelos pedagógicos para la formación universitaria, sustentada en la universalización de la enseñanza; las razones y las causas de tales transformaciones han sido explicadas por el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz.<sup>8</sup>

En el curso 2002-2003 se decidió rediseñar la carrera de tecnología de la salud para adecuarla a las necesidades del Sistema Nacional de Salud y a una nueva fuente de ingresos: jóvenes con nivel de duodécimo grado, sin experiencia laboral como técnicos. Así, hasta el curso 2002-2003 las licenciaturas en tecnología de la salud tenían entre sus perfiles de salida rehabilitación, con 11 especialidades técnicas declaradas como posibles matrículas, aunque en la práctica se redujeron a 10 por las modificaciones en la formación y titulación en el campo de la Terapia Ocupacional.

En el curso 2003-2004 se produjo el inicio de una nueva carrera de tecnología de la salud, respaldada en el denominado “nuevo modelo pedagógico”,<sup>9</sup> concebida como carrera única, con 21 perfiles o menciones de salida, en la que se incluía la carrera de licenciado en Rehabilitación Social y Ocupacional, formados para su desempeño como trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Su estructura curricular establecía ciclos de formación (básico, técnico y profesional), donde el conocimiento se organizaba por disciplinas y asignaturas, con la existencia de una disciplina principal integradora según el perfil de la carrera, que incluye el desarrollo de habilidades profesionales y de los modos de actuación en función del cumplimiento de 4 funciones básicas: asistencial, docente, investigativa y administrativa.

Este modelo permitió, además, que el futuro profesional, una vez concluido su primer año de estudio, se incorporara a los escenarios laborales como trabajador de la salud y, desde esa condición, continuar sus estudios universitarios hasta alcanzar su titulación.

De lo efectuado hasta aquí, Vecino Alegret<sup>10</sup> agregó que “el modelo pedagógico que da fundamento al diseño curricular de la nueva carrera de tecnología de la salud se corresponde con el principio de la universalización de la universidad; piedra angular de la

revolución educacional que se está realizando en el país, en la que la experiencia acumulada durante décadas en la formación de recursos humanos para el Sistema Nacional de Salud ha sido reconocida como punto de partida".

Sin embargo, esta concepción no cumple en toda su extensión con las exigencias de la sociedad, en pos de contribuir al desarrollo sostenible del país, por lo que en el curso 2010- 2011 se asumió un nuevo diseño curricular, sobre la base de la metodología orientada por el Ministerio de Educación Superior para la cuarta generación de planes de estudio (Plan D), y así se demostró su pertinencia.<sup>11</sup> Surgió, entonces, la licenciatura en Rehabilitación en Salud; propuesta que se basa en las necesidades planteadas por el Ministerio de Salud Pública, pues se requería la formación de un personal, de perfil amplio, capacitado para desempeñarse además en la praxis, como terapeuta ocupacional.

El concepto de formación del licenciado en Rehabilitación es asumido con mayor amplitud, incorporando con igual prioridad los aspectos básico-específicos de cada perfil actual (Terapia Física y Rehabilitación, Rehabilitación Social y Ocupacional, Podología y Prótesis, Ortesis y Bandaje Ortopédico), así como otros de carácter más general, indispensables para el profesional que se requiere.<sup>12</sup>

Esta carrera tiene como objetivo rehabilitar al individuo con afecciones que limitan el desempeño de su actividad social, al aplicar procedimientos técnicos y tecnologías convencionales y de avanzada en la rehabilitación, utilizando métodos científicos de

trabajo, con un enfoque lógico y dialéctico, y tomando en consideración los aspectos económicos y de la defensa nacional, con alto sentido de honestidad, responsabilidad y elevado compromiso social y político.<sup>12</sup>

Entender el recorrido histórico permite aprender de los acontecimientos anteriores, para forjar una proyección hacia el futuro y así crear una posición sólida en el área de la profesión.

## **CONCLUSIONES**

El desarrollo histórico de la Terapia Ocupacional ha sido influenciado por 2 criterios filosóficos fundamentales que han generado 2 modelos de práctica profesional, cuyas exigencias se han visto reflejadas en el proceso de formación del terapeuta ocupacional en sus componentes académico y laboral.

Con referencia a lo anterior, el modelo organicista, basado en la idea de que la persona desempeña una parte activa en la determinación y el control de su propio comportamiento y puede modificarlo cuando lo deseé -- visión holística que concibe a la persona como una unidad integrada y organizada, que no puede ser reducida a partes discretas --, proporcionó el marco inicial para el desarrollo de las ideas y los conceptos que los primeros fundadores y líderes utilizaron para describir la Terapia Ocupacional y cómo debía ser practicada, así como concepciones básicas para la comprensión de la filosofía actual de esta disciplina.

Finalmente, el modelo mecanicista, basado en la idea de que la persona es pasiva y debe ser controlada por la sociedad o el ambiente en el que actúa -- visión reduccionista que supone a las personas como la suma de sus partes discretas --, generándose una práctica terapéutica sustentada en un enfoque biomédico, organizado alrededor de la enfermedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Romero Ayuso DM. Revisión histórica de la ocupación vinculada a la terapia ocupacional [citado 17 Feb 2012]. Disponible en: [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rev\\_Hist\\_ocup\\_vincu\\_TO.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rev_Hist_ocup_vincu_TO.shtml)
2. Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. Documento técnico sobre terapia ocupacional. Madrid: APETO; 1999 [citado 17 Feb 2012]. Disponible en: [http://www.terapia-ocupacional.com/Definicion\\_TO.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/Definicion_TO.shtml)
3. Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional. Libro Blanco de la Diplomatura en Terapia Ocupacional. Zaragoza: [s.n.]; 2004.
4. Hopkins HL, Smith HD. Terapia ocupacional. T 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
5. Gómez Lillo S, Imperatore Blanche E. Desarrollo de la terapia ocupacional en Latinoamérica. Rev Chilena Terapia Ocup. 2010 [citado 17 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/10566/10644>
6. Carreño de Celis R, Salgado González L. Otros aspectos de la evolución histórica de la educación médica superior en Cuba desde 1959 hasta el 2004. Educ Med Super. 2005 [citado 23 Oct 2013]; 19(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412005000300008&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412005000300008&script=sci_arttext)
7. Galeano Santamaría C, Alonso Pardo ME, Martínez Martínez E, Suardíaz Pareras JH. Caracterización de la educación en el trabajo para el perfil de laboratorio en la carrera de Tecnología de la Salud. Educ Med Super. 2007 [citado 20 Ene 2012]; 21(2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol21\\_2\\_07/ems04207.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol21_2_07/ems04207.htm)
8. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la clausura del Congreso Pedagogía 2003, en el teatro "Carlos Marx", el 7 de febrero del 2003 [citado 23 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/disursos/2003/esp/f070203e.html>
9. Pernas Gómez M, Garrido Riquenes C. Antecedentes y nuevos retos en la formación de técnicos de la salud en Cuba. Educ Med Super. 2004 [citado 23 Oct 2013]; 18(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412004000400002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412004000400002)
10. Vecino Alegret F. La universalización de las universidades: retos y perspectivas Conferencia Magistral impartida en Congreso Internacional Pedagogía 2003. La Habana: Palacio de Convenciones; 2003.
11. González Martín R. Instrucción VADI No. 50-2010. La Habana: MINSAP; 2010 [citado 23 Oct 2013]. Disponible en: <http://instituciones.sld.cu/fcmec/files/2012/07/50-2010.pdf>

12. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Licenciatura en Rehabilitación de la Salud [citado 23 Oct 2013]. Disponible en: <http://instituciones.sld.cu/ucmh/consejo-de-direccion-ucmh/vicerrector-docente/direccion-docente-metodologica/licenciatura-en-rehabilitacion-de-la-salud/>

Recibido: 23 de octubre de 2013.

Aprobado: 25 de octubre de 2013.

*Pedro Oropesa Roblejo.* Facultad de Tecnología de la Salud "Dr. Juan Manuel Páez Inchausti", km 2 ½ y Autopista, Carretera de El Caney, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: [almaoro@fts.scu.sld.cu](mailto:almaoro@fts.scu.sld.cu)