

LIBRO BLANCO DE LA
DIPLOMATURA EN
TERAPIA OCUPACIONAL

ELABORADO POR LA
**CONFERENCIA NACIONAL DE
DIRECTORES
DE ESCUELAS UNIVERSITARIAS
DE TERAPIA OCUPACIONAL**

Zaragoza mayo 2004

GUÍA DE LA DIPLOMATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

Introducción.

Capítulo 1: Terapia Ocupacional.

- HISTORIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.
- HISTORIA DE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA EN TERAPIA OCUPACIONAL.
- DESARROLLO HISTÓRICO EN ESPAÑA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.
- DEFINICIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.
- IMPORTANCIA Y REPERCUSIÓN INTERNACIONAL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.
- FUNCIONES GENERALES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

Capítulo 2: Campo profesional.

- PROCESO DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL
- ASOCIACIONES PROFESIONALES.
- COLEGIO PROFESIONAL. PROYECTOS CONSOLIDADOS DE CONSTITUCIÓN.
- PERFIL PROFESIONAL.
- ÁMBITOS / RECURSOS DE ACTUACIÓN PROFESIONAL.
- FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL.
- MEDIOS DE DIFUSIÓN.

Capítulo 3: La Terapia Ocupacional en el ámbito internacional.

- ORGANIZACIONES INTERNACIONALES RELACIONADAS CON LA DISCIPLINA DE TERAPIA OCUPACIONAL.
 - WFOT World Federation of Occupational Therapists / Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales.
 - a) Historia.
 - b) Objetivos.
 - c) Miembros constituyentes.
 - d) Estructura organizativa, funcionamiento y representación ejecutiva.
 - e) Otros, convenios y subvenciones.
 - COTEC Council of Occupational Therapists for the European Countries / Consejo de Terapeutas Ocupacionales para Países Europeos.
 - a) Historia.
 - b) Objetivos.
 - c) Miembros constituyentes.
 - d) Estructura organizativa, funcionamiento y representación ejecutiva.
 - e) Otros, convenios y subvenciones.
 - ENOTHE European Network of Occupational Therapy in Higher Education / Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior.

- a) Historia.
 - b) Objetivos.
 - c) Miembros constituyentes.
 - d) Estructura organizativa, funcionamiento y representación ejecutiva.
 - e) Otros, convenios y subvenciones.
- DATOS ESTADÍSTICOS Y OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS SOBRE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EUROPA Y RESTO DEL MUNDO.
 - a) Número de profesionales en el ejercicio profesional.
 - b) Número de Universidades donde se cursan los estudios de Terapia Ocupacional y nivel o grado de los estudios.
 - c) Número de escuelas universitarias de Terapia Ocupacional reconocidas por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales WFOT.
 - d) Convenios de colaboración europea entre escuelas universitarias de Terapia Ocupacional.
 - e) Documentos y publicaciones de interés.

Capítulo 4: Situación de los estudios de la Diplomatura en Terapia Ocupacional en España.

- PLANES DE ESTUDIO DE LAS DIFERENTES UNIVERSIDADES QUE INTEGRAN LA CONFERENCIA NACIONAL DE DIRECTORES DE ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE TERAPIA OCUPACIONAL.
- NOTA DE CORTE EN LOS ÚLTIMOS AÑOS Y DEMANDA DE LOS ALUMNOS EN LAS DIFERENTES UNIVERSIDADES QUE INTEGRAN LA CONFERENCIA NACIONAL DE DIRECTORES DE ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE TERAPIA OCUPACIONAL.
- PERFIL DEL ALUMNO QUE CURSA LA DIPLOMATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL.
- NÚMERO DE ESTUDIANTES QUE CURSAN DICHOS ESTUDIOS.
- RECURSOS Y DEPARTAMENTOS IMPLICADOS EN LA DOCENCIA EN TERAPIA OCUPACIONAL.
- PREVISIÓN DE AUMENTO DE LOS ALUMNOS DE TERAPIA OCUPACIONAL.
- FORMACIÓN DE POSTGRADO.

Introducción.

CONFERENCIA NACIONAL DE DIRECTORES DE ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE TERAPIA OCUPACIONAL

La Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional (CNDEUTO) se constituyó en sesión celebrada en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid el 18 de junio de 1999, aprobando sus estatutos en sesión celebrada en la E. U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza el 22 de octubre de 1999 con la participación de los siguientes centros:

Facultad de Medicina U. Complutense. Madrid. Facultad de Ciencias de la Salud U. Rey Juan Carlos. Madrid. E. U. De Ciencias de la Salud. Vic E. U. de Terapia Ocupacional. La Coruña. E. U. De la Cruz Roja de Terrassa. U. Autónoma de Barcelona. E. U. de Ciencias de la Salud. U. de Cáceres. E. U. de Ciencias de la Salud. U. de Zaragoza.

Desde ese momento se ha ido reuniendo en 2 sesiones ordinarias cada curso, constituyéndose en foro de debate y reflexión sobre la enseñanza universitaria de la Terapia Ocupacional, trabajando en torno a los contenidos de las titulaciones, a la necesidad de creación del Área de Conocimiento de Terapia Ocupacional (para lo cual se entregó un informe personalmente al Secretario del Consejo de Coordinación Universitaria en marzo del 2003), a la participación en las redes europeas de educación superior en Terapia Ocupacional y en último lugar en la solicitud presentada a la I convocatoria de la ANECA para diseño de títulos de grado.

En el momento actual se encuentran integrados en este foro todos los centros en los que se imparte Terapia Ocupacional en la Universidad, independientemente de su naturaleza.

Si bien la historia de esta CNDEUTO parece corta en el tiempo no lo es en cuanto a la intensidad de su actividad y en el elevado nivel de consenso alcanzado en todas sus sesiones, donde, como no podía ser de otra forma, se ha trabajado intensamente en el desarrollo de la Terapia Ocupacional en el seno de la Universidad Española ya que éste es el foro legítimo que representa a la parte académica de la Terapia Ocupacional. Fruto de esta actividad han sido los documentos relativos a la necesidad de creación del Área de Conocimiento de Terapia así como el concurso a las convocatorias de ANECA para el diseño de titulaciones, incluso con anterioridad a estas convocatorias ya se había constituido un grupo de trabajo para adaptarnos, en las mejores condiciones posibles al nuevo Espacio Europeo de Educación Superior.

Por todo ello, como representantes legítimos de la Educación Superior de Terapia Ocupacional en España estaremos presentes allá donde se tenga que oír la Terapia Ocupacional como enseñanza de Grado en nuestra Universidad.

Prof. Dr. D. Luis Bernués Vázquez

Director de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza.

Presidente de la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional.

Capítulo 1

Terapia Ocupacional.

Coordinador:

Prof. Marta Pérez de Heredia Torres

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos.

HISTORIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

La Terapia Ocupacional crece con el propio desarrollo de la historia del hombre, puesto que la ocupación ha tenido un papel central en la existencia humana. La salud y la ocupación están directamente relacionadas, porque la pérdida de la salud disminuye la capacidad para realizar ocupaciones (Reed, 1998).

El uso terapéutico de la actividad y del movimiento ha sido apreciado desde el inicio de las civilizaciones más primitivas. 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 –similares a los que hoy se conocen como Tai-Chi-, para promover la salud e incluso, según sus creencias, para asegurar la inmortalidad.

Se han encontrado documentos que demuestran como alrededor del 2000 a. C., los egipcios alzaron templos donde las personas afectadas de “melancolía” acudían en gran número para aliviar su enfermedad y en los cuales, los juegos y actividades recreativas eran la nota característica.

La medicina griega de la época clásica, entre los años 600 y 200 (a. de J.C.), recomendó la práctica de diversas actividades con fines terapéuticos. Se atribuye a Esculapio el tratamiento del “delirio” con canciones, música y representaciones cómicas. (Drake y Baden, 1699).

También Pitágoras, Tales de Mileto y Orfeo utilizaron la música como remedio a ciertas enfermedades. Esculapio en la Grecia clásica, funda el hospital de la ciudad de Pérgamo en el año 600 a. C. Aquí se trataba de aliviar el delirium con el empleo de canciones, música, literatura y farsas. 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.

Para aliviar las “mentes trastornadas”, Cornelio Celso (14-37 d. C.) recomendaba la música, la conversación, la lectura el ejercicio hasta la fatiga, los viajes y hasta un cambio de escena; para el mantenimiento de la salud, sus recomendaciones se dirigían hacia la navegación, el manejo de armas, los juegos de pelota, los saltos, la carrera y los paseos. Para los problemas de estómago aconsejaba realizar lecturas en voz alta, así como otras actividades para diferentes dolencias. Lo también curioso es que mantenía que las ocupaciones deberían ajustarse al temperamento de cada persona. Séneca (55 a. C. 39 d. C.) aludía al trabajo como remedio de cualquier clase de agitación mental.

Más adelante, Galeno (131-201 d. C.), tomando ejemplo de los clásicos, defendía el tratamiento mediante la ocupación, señalando que “el empleo es la mejor medicina natural y es esencial para la felicidad humana”.

Durante la Edad Media apenas se desarrolla la idea del uso de la ocupación con fines terapéuticos y hay que esperar hasta el Renacimiento.

El Islam se convirtió en el heredero de la ciencia médica griega y romana y, aunque en menor medida, conservó los primeros esbozos de interés por la ocupación como terapia.

Dentro de sus máximos exponentes del saber se encuentra Avicena (980-1037), médico árabe de la época, considerado como el Galeno del islam. Autor del Canon de medicina, citado por Coulter en el Physical Therapy (Nueva York, 1932), quien escribió: “Existe un ejercicio adecuado para cada órgano (...) Ejercitando adecuadamente el cuerpo mediante el movimiento y el trabajo no serían necesarios médicos ni remedios”.

Tenemos que sumar a estos intentos de tratar las enfermedades por medio de actuaciones distintas a las que primaban en ese momento, la circunstancia de que en Europa imperaba el cristianismo, cuya filosofía termina en gran medida con la conceptualización de ciertos trabajos vejatorios, ya que, según el pensamiento cristiano, el trabajo dignifica al hombre y esto va a repercutir en toda la organización de la sociedad de la época.

En occidente el saber se concentra en las órdenes religiosas, que, ya desde el primer momento de su fundación, contemplan el cuidado de los enfermos y el acercamiento de estos a la ocupación. Como ejemplo, citamos la regla de San Benito, creada en el año 529, que, en su capítulo 48º, expone: “A los hermanos enfermos o delicados se les dará una obra o trabajo que les guarde de la ociosidad, sin abandonarles, pero sin inducirles tampoco a esquivarlo”.

En la Península Ibérica, quizás gracias a su localización geográfica, confluyen en este momento una serie de factores culturales que van a favorecer la aparición de un nuevo enfoque en las ciencias médicas. Recordemos que, en este momento, se concentran aquí la cultura del Islam y del cristianismo, y que durante muchos siglos habían convivido armoniosamente. Esta situación provoca un intercambio cultural que, sumado a la filosofía renacentista, crea un clima adecuado para el nacimiento de los primeros esbozos de la Terapia Ocupacional.

Es importante señalar que, como afirman los historiadores, es en 1409 y en Valencia donde se funda el primer hospital psiquiátrico de Europa, el Hospital de Santa María de los Santos Mártires Inocentes, por la orden religiosa de los Hermanos de la Merced. Esto sucede mientras en Centro Europa, y también en España, todavía se quemaban y quemarían posesos y brujos, gran número de ellos enfermos mentales. El enfoque de este hospital es revolucionario para su época: allí se atendían inocentes, orates, débiles de juicio o discreción, inocentes, alienados, insanos o dementes, con el fin de conseguir su reinserción social. Era administrado por un comité formado por diez comerciantes de la ciudad, con una orientación eminentemente laica, y dirigido por siete médicos. No será hasta finales del siglo XVIII cuando el resto de Europa se contagie de esta orientación con el “Tratamiento moral” de Pinel.

El tratamiento amable a los pacientes, así como la instauración de un tratamiento por medio de la ocupación rural, significa una fuerte apuesta por una nueva comprensión de la locura y una primicia mundial en el enfoque del tratamiento de los enfermos mentales.

Un personaje importante de la época que es interesante destacar es Cristóbal Menéndez, médico que publica en Sevilla, en 1553, El Libro de Ejercicio corporal y de sus provechos por el cual cada uno podrá entender qué ejercicio le sea necesario para conservar su salud, donde utiliza el término de “ejercicio” en un sentido muy amplio, ya que hace referencia a la práctica de cualquier ocupación. Recomienda para la conservación de la salud la realización de ciertas actividades: juegos de naipes, ajedrez, baile, juego de pelota, ejercicios de armas... Es también importante su aportación al incluir la motivación en dichas actividades como elemento fundamental.

La creación del manicomio de Valencia inició un importante movimiento de proliferación de establecimientos asistenciales para enfermos mentales durante los siglos XV y XVI. Pero, de todos ellos, es de máxima importancia el “Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia” de Zaragoza, fundado en 1425 por Alfonso V de Aragón, el Magnánimo, donde se instaura un régimen abierto para los pacientes y aparece por primera vez descrito el tratamiento por medio de ocupaciones o trabajos, desarrollado por el padre Murillo.

Algunos datos sobre el volumen de los pacientes dementes atendidos en esta institución y con este nuevo tratamiento a través de ocupaciones, fueron recogidos por J. J. López González en el diario de Casamayor:

“Año 1783.
Dementes atendidos- 379.
Dementes fallecidos- 36.
Dementes curados- 69”.

El empleo de la ocupación como instrumento en el tratamiento de enfermedades se continuó realizando en España durante los siglos posteriores. Así se deduce de la normativa dictada por la Real Resolución del 21 de julio de 1780, donde se ordena: “La instrucción y aplicación de los hospicianos a los ejercicios, oficios y artes útiles al estado”.

Este hospital, antes de ser destruido totalmente por los franceses en la Guerra de la Independencia Española en 1808, fue estudiado con sumo detalle por M. Iberti, , en 1791, médico comisionado por el Comité de Mendicidad de París para redactar un informe, dado que dicho comité buscaba reformar la asistencia médica en Francia y, para ello, requirió información sobre los diferentes hospitales representativos de Europa. En dicho informe Iberti cita:

“En cuanto al tratamiento, se emplean los baños de agua dulce, los refrescantes; pero estos son por lo general infructuosos. Es así mismo difícil practicarles remedios durante sus accesos, sobre todo las sangrías , pues pueden deshacer el vendaje; mas una experiencia constante ha demostrado que en este Hospital el medio más eficaz es la ocupación, o un trabajo que ejercite sus miembros. La mayor parte de los locos que se emplean en los talleres u oficios de la casa curan en general. La experiencia demuestra

que los locos distinguidos que no se emplean nunca como los otros en ocupaciones serviles, o en los trabajos manuales curan muy raramente”.

Philip Pinel (1745-1826) se interesó extraordinariamente por la información recogida por Iberti sobre este hospital y seguramente tuvo acceso a este informe, ya que fue publicado, en 1791, en una revista de la cual Pinel también era colaborador. Algunos historiadores especulan con la idea de que existiera una visita por parte de Pinel al citado centro. Otros apuntan que, dado el lema fundacional de este hospital, “Urbis et Orbis”, el cual obligaba a admitir y atender a tantos pacientes de fuera de Aragón que lo solicitasen, y dado que en esos momentos en España existía un ambiente tremendamente afín hacia Francia, y al encontrarse el territorio aragonés compartiendo frontera con esta nación, es muy posible que Pinel tratara a pacientes previamente atendidos en el hospital de Zaragoza. De hecho, en 1801, en su *Traité médical-philosophique sur l’aliénation mentale*, recoge sus observaciones sobre el Psiquiátrico de Zaragoza y las lleva a la práctica en Francia, liberando a los “locos” de sus cadenas en 1793, como ya se hiciera casi cuatro siglos antes en España, e implanta entonces en Francia, y poco después en el resto de Europa, el “Tratamiento moral”, basado en el modelo de asistencia y tratamiento del “Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia” de Zaragoza.

“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”. Placa conmemorativa de un texto del *Traité médical-philosophique sur l’aliénation mentale* de Pinel, situada en el Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Pilar. Zaragoza.

Por tanto, si aceptamos, como la comunidad internacional afirma, que el *Tratamiento moral* es el antecesor de la Terapia Ocupacional, debemos considerar que en estas instituciones psiquiátricas hospitalarias españolas se encuentran los verdaderos cimientos de esta profesión, la Terapia Ocupacional.

El “tratamiento moral” del enfermo es utilizado como un mecanismo de ajuste y adaptación propiciado por el seguimiento de normas y el desarrollo de hábitos sociales de carácter benéfico. La vida en 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 bucolismo y del espíritu roussoniano constituyen la esencia de este “tratamiento moral”.

Pinel considera la ocupación como elemento esencial para la concepción del tratamiento moral. Introduce el uso de las 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. Análisis, razonamiento y planificación son principios necesarios para la utilización del tratamiento moral según Pinel.

En Inglaterra surge muy pronto una corriente similar siendo William Tuke el pionero de esta nueva manera de ver y abordar la enfermedad.

Los postulados del tratamiento moral tendrán una influencia desigual a lo largo de la primera mitad del S XIX en Europa y en los Estados Unidos, país al que llega su influjo, fundamentalmente, a través de Inglaterra (vid: Reed y Sanderson, 1999). Especialmente las ideas de los cuáqueros ingleses, sirven de referencia a múltiples instituciones y personajes relevantes en EEUU y vinculados a la atención de las personas con trastornos mentales, ya desde las primeras décadas del siglo XVIII.

Ya en 1709 se recoge el interés temprano de los cuáqueros por la ayuda a los locos (vid: Foucault, 1967); esta disposición genera diferentes iniciativas. En 1756 se inaugura el “Pennsylvania Hospital for the Insane”, siendo el primer médico de esta institución Benjamin Rush (1745-1813), considerado padre de la psiquiatría norteamericana.

Durante las primeras décadas del siglo XIX las visitas de cuáqueros norteamericanos de Pensilvania y Nueva York al Retiro de York fueron frecuentes, importando a los Estados Unidos algunas de las ideas del tratamiento moral que formaron parte de distintas iniciativas: el “Lunatic Asylum of New York”, en 1815, primera institución de carácter privado (“corporate asylum”) para enfermos mentales en los Estados Unidos, dirigido por Thomas Eddy, cuáquero norteamericano; el “Friend’s Asylum”, en 1817, dirigido por Thomas Scattergood; el “McLaen Asylum” de Boston, fundado en 1818 y dirigido por el Dr. Rufus Wymann, basado en la planificación de ocupaciones; el “Bloomington Hospital” en Nueva York y el “Hartford Retreat” en Connecticut (vid: Punwar y Peloquin, 2000).

Siguiendo la costumbre imperante en Europa, los superintendentes de las primeras instituciones, 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.

Sin embargo, a mediados del siglo XIX la figura del médico se impone en la dirección de los asilos, combinando las funciones médicas y la supervisión de la aplicación de los principios del tratamiento moral. Los primeros líderes en la psiquiatría norteamericana, entre otros, Abraham Brigham (1798-1849) y Pliny Early (1809-1892), en Nueva York; Thomas Kirkbride (1809-1883), en Pensilvania; Luther Bell (1806-1862), en Massachussets, e Isaac Ray (1807-1881), en Maine, fundadores de la Asociación Americana de Psiquiatría el 16 de octubre de 1844 en Filadelfia (con el nombre de Asociación de Superintendentes Médicos de Instituciones Americanas para Enfermos Mentales), se constituyen a partir de 1840 en la principal vía de implantación de los principios del tratamiento moral en los Estados Unidos (vid: Reed, 1993).

El afianzamiento de la figura del superintendente médico y su tutela sobre la segunda generación de asilos consolida la forma en que se practica el tratamiento moral en Estados Unidos (vid: Peloquin, 1989). Entre 1840 y 1842 se desarrollan en el “Pennsylvania Hospital for the Insane” programas basados en la utilización de actividades como tratamiento. El Dr. Thomas Kirkbride (1809-1883) fue el encargado del diseño y supervisión de estos programas después de visitar varios asilos en Inglaterra y EEUU. Además, las directrices diseñadas por Kirkbride para la construcción de los asilos, aprobadas por la Asociación de Superintendentes Médicos,

guían la construcción de los asilos estatales a lo largo del siglo XIX. El Asilo “Sheppard and Enoch Pratt Hospital” creado en 1895, el mismo año en que Dunton, posteriormente fundador de la Terapia Ocupacional, pasa a formar parte del equipo médico de esta institución. Isaac Ray Abraham Brigham, Pliny Early y Luther Bell asumen la función de superintendentes de los principales asilos privados y, durante la segunda mitad del siglo XIX, están directamente implicados en la creación de los primeros asilos estatales en Worcester y Utica.

Como queda dicho, la concepción que de la enfermedad mental tenía este grupo de psiquiatras estaba fuertemente influenciada por los principios del tratamiento moral. En sus presupuestos, la enfermedad mental se basaba en las relaciones de la mente y el intelecto con el medio que rodea a la persona; así, las operaciones mentales, el conocimiento y las ideas tienen su origen en las sensaciones transmitidas al cerebro desde el mundo exterior. Las tensiones sociales, la desorganización del entorno y de las emociones provocan que las sensaciones resultantes se desorganicen, dando lugar a trastornos del juicio, alucinaciones o lapsos de memoria, aun manteniendo aparentemente intactas las funciones intelectuales del sujeto. Sus recomendaciones clínicas para el abordaje de la 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. Así, los hombres se ocupaban en actividades de carpintería, pintura o mantenimiento de la institución y las mujeres, en tareas domésticas y artesanales.

El periodo de mayor auge del tratamiento moral en EEUU abarca de 1840 a 1880. Después de este lapso de tiempo declina progresivamente a favor de otro tipo de afrontamiento de la enfermedad mental. 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 etiología de la enfermedad mental ejercerán una influencia determinante en la dirección del cambio.

A causa de la guerra civil en Estados Unidos se entra en un periodo de letargo para este tratamiento, y la ocupación no resurge hasta principios del siglo XX bajo el término Terapia Ocupacional.

El movimiento llamado de artes y oficios, conocido como otro antecesor de la Terapia Ocupacional, surge a partir de 1860. Las ideas del Movimiento de las Artes y Oficios tienen también su origen en Inglaterra: John Ruskin (1819-1900) y Williams Morris (1834-1896) son sus principales representantes.

Las ideas básicas de los fundadores de las Sociedades de Artes y Oficios ensalzan el valor del producto manufacturado y rechazan 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 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”.

El trabajo implica una responsabilidad social: el arte y el trabajo deben beneficiar a la comunidad. Los productos fruto del trabajo, sólidos y útiles, simbolizan los principios morales aplicables al hombre. El trabajo se asienta en los valores que unen la labor, la familia y la comunidad.

En resumen, se ensalza la construcción de objetos de alto valor estético y de utilidad para su uso diario; este tipo de desempeño laboral encarnaría unos valores morales y un estilo de vida más significativo que el trabajo realizado en la fábrica.

Según recoge Reed, en estos enfoques predominarán la práctica psiquiátrica y física respectivamente, aunque algunos terapeutas ocupacionales retomarán la terapia industrial y laboral en la rehabilitación psiquiátrica.

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 1892 escribía: “El uso apropiado del tiempo en alguna actividad útil y gratificante parece ser una cuestión fundamental en el tratamiento de pacientes neuropsiquiátricos”.

Así el tratamiento se volvió una mezcla de placer y trabajo que incluía actividad productiva y ocio. Las relaciones interpersonales fueron igualmente importantes, dado que Meyer afirmaba que el contacto personal con los instructores era lo que hacía emerger un intercambio de recursos y experiencias. Era de vital importancia que estos instructores fueran 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. En 1906, este médico estableció un taller en Marblehead en el que se usaban el tejido a mano, la talla de madera, el trabajo en metal y la cerámica como tratamiento para la neurastenia. Creía que la adecuada ocupación de las manos y de la mente es un factor muy potente en el mantenimiento de la salud física, moral y mental en el individuo y la comunidad. En 1908 inició un programa de formación que se centraba en el trabajo como tratamiento y en 1915 fue coautor del libro “El trabajo de nuestras manos -Un estudio de las ocupaciones para los inválidos-” que podemos considerar como el primer estudio sistemático acerca de los efectos de la ocupación sobre la salud mental.

Otra figura clave, Eleanor Clarke Slagle, su trabajo con el doctor Meyer, en 1915 organizó en Chicago la primera escuela para terapeutas ocupacionales: The Henry B. Favill School of Occupations, que dirigió desde 1918 a 1922. En dicha escuela recalcó entre otras recomendaciones, el arte de hacer las cosas de una manera aceptable socialmente, la interdependencia de los componentes físico y mental graduando la

actividad de simple a compleja, y la necesidad de establecer el hábito de la atención y construir sobre él. Estos objetivos pueden conseguirse utilizando actividades manuales, trabajo vocacional y preindustrial, baile folklórico, juegos, actividades de recreo y gimnasia, y todo ello basado en la filosofía de Meyer del equilibrio entre trabajo, descanso y juego.

Si alguien está considerado como el padre de la profesión es el doctor William Rush Dunton Jr. Como psiquiatra, ya en 1895, utilizaba la Terapia Ocupacional como tratamiento de los pacientes mentales. En 1912 se hizo cargo del programa de Ocupaciones y recreo en el Sheppard and Enoch Pratt Asylum de Baltimore, siendo en 1915 cuando publicó el primer texto completo de Terapia Ocupacional: "Occupational Therapy". Su segundo libro, "Reconstruction Therapy" (1919) estableció un credo para los terapeutas ocupacionales que aún tiene sentido hoy.

Editó la primera revista: "Archives of Occupational Therapy", y trabajó como presidente de la primera Sociedad Americana de Terapia Ocupacional (NSPOT), defendiendo a través de sus escritos la joven profesión, a la que proporcionó consejo y conocimiento hasta su muerte en 1966.

George Edward Barton, arquitecto que experimentó personalmente los beneficios del tratamiento de la ocupación en la convalecencia de una tuberculosis, organizó en 1914 la *Consolation House* en Clifton Springs, donde por medio de las ocupaciones, los enfermos continuaban su convalecencia de trastornos crónicos y desarrollaban sus destrezas vocacionales para incorporarse posteriormente a una vida activa y productiva. Fue cofundador de la National Society for the Promotion of Occupational Therapy (NSPOT) y su primer presidente en 1917.

El Pragmatismo, corriente filosófica considerada como la primera tradición originaria de Norteamérica, ejercerá una poderosa influencia en las ideas de los fundadores de la Terapia Ocupacional, como queda reflejado en la literatura sobre la materia (Bing, 1981; Breines, 1989; Peloquin, 1991; Turner, 1996; Reed, 1999; Romero, 1999; Punwar y Peloquin, 2000 y Moruno, 2001).

Como es bien sabido, las ideas del pragmatismo las debemos fundamentalmente a Charles Sanders Peirce (1839-1914), William James (1842-1910) y John Dewey (1859-1952) y sus postulados fundamentales podemos resumirlos 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 las mismas en la conducta. Desde este punto de vista, cualquier creencia o idea, para ser significativa, debe afectar a nuestras acciones.

La validez de un concepto sólo puede alcanzarse a través de las relaciones satisfactorias que esa idea establece con nuestra experiencia. De esta forma, las ideas se contrastan con los efectos de éstas en nuestra vida práctica, con su eficacia, funcionalidad o capacidad para satisfacer emocionalmente.

Las ideas deben relacionarse con las consecuencias derivadas de las acciones que guían para, de esta forma, determinar su validez y significado (vid: Leahey, 1995).

Los filósofos norteamericanos colocan la acción humana en un lugar privilegiado al actuar como tamiz del conocimiento, idea que ejercerá una gran influencia en la cultura norteamericana de principios del siglo XX y cuya vigencia aún puede rastrearse en la actualidad.

Las ideas del pragmatismo tienen un correlato casi inmediato en la educación. Si la veracidad de las nociones y conceptos está vinculada a la utilidad de los hábitos desarrollados por los hombres, la necesidad de estudiar los procesos de aprendizaje parece obvia. 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 nuestra 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 significativo.

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 progreso tecnológico (vid: Leahey, 1995).

No es de extrañar 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, considerado el primer manual sobre 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 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, etc.

Las relaciones que explican los efectos de tal acontecimiento en la Terapia Ocupacional se articulan alrededor de tres aspectos fundamentales (vid: Peloquin, 1991 y Gutman, 1997): La implicación de los fundadores (Dunton, Slagle y Kidner) durante el periodo bélico, tanto en la formación de profesionales como en la provisión de servicios a los soldados. La demanda durante el tiempo de guerra de trabajadores ocupacionales, que incidió en la necesidad de clarificar el tipo de servicio que promovían los fundadores de la Terapia Ocupacional. La vinculación de la Terapia Ocupacional a las prácticas

médicas de la rehabilitación física. Sin lugar a dudas, la repercusión de mayor relevancia del conflicto bélico la constituye el cambio en la tipología de los pacientes atendidos en los servicios de Terapia Ocupacional (amputaciones, lesiones craneales, ceguera, y también nuevos trastornos psiquiátricos como las neurosis de guerra), y, consecuentemente, la modificación del tratamiento realizado.

Frente a la emergencia de las nuevas patologías, el trabajo desarrollado por los trabajadores ocupacionales con esta población provoca un cambio cualitativo en la concepción del uso de la ocupación; ésta adquiere paulatinamente el valor de servir de medio para alcanzar la funcionalidad entendida como la recuperación, desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional del organismo, en particular de individuos con miembros amputados, para la realización de actividades laborales y de auto mantenimiento. A estos hechos se viene a sumar el desarrollo de los principios básicos de la ergonomía, que surge también durante los años de conflicto y que propugnan 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 posibiliten la actividad laboral y la autonomía personal en el aseo, vestido o transporte se constituyen en objetivos terapéuticos con los veteranos de guerra, objetivos que los terapeutas ocupacionales adoptan como propios. Así, desde un primer momento la práctica incipiente de la Terapia Ocupacional se integra plenamente en la atención médica de las discapacidades físicas, desarrollando intervenciones que persiguen la reincorporación del individuo a la vida productiva, la adaptación y diseño de ayudas técnicas y la compensación de discapacidades permanentes (vid: Gutman, 1997).

En 1916, Goldthwait y Brackett diseñan un plan para la organización de los servicios ortopédicos a los mutilados de guerra durante el periodo bélico. El plan de tratamiento diseñado estaba integrado por tres etapas en el proceso de rehabilitación: cuidados de cirugía ortopédica en la fase aguda, talleres curativos de Terapia Ocupacional para encamados durante el periodo de convalecencia y reeducación vocacional previa al alta hospitalaria. De esta forma, la Terapia Ocupacional se ubica en un lugar privilegiado dentro de los planes de tratamiento de los heridos de guerra (vid: Gutman, 1997).

Durante ese mismo año, Thomas Bessell Kidner (Londres, 1866-1932), firmante del acta fundacional de la Terapia Ocupacional, es nombrado “Vocational Secretary of the Canadian Military Hospitals Commission”, posteriormente prestará sus servicios en la Oficina Federal de Educación Vocacional de los Estados Unidos. Kidner es un ferviente defensor del servicio de Terapia Ocupacional como medio de proveer actividades laborales en un encuadre hospitalario que fomente el restablecimiento de la musculatura, las articulaciones y nervios, con el objetivo último de facilitar la reincorporación de los pacientes a sus puestos de trabajo.

Además, durante el Segundo Encuentro Anual de la Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional, Dunton recibe un telegrama del General Pershing solicitando, tan pronto como sea posible, alrededor de dos mil nuevos ayudantes ocupacionales. La primera guerra mundial influirá de forma determinante en la conceptualización de la Terapia Ocupacional de este autor; la experiencia desarrollada por los terapeutas ocupacionales durante la contienda acentúa la influencia médica en la concepción de Dunton; “the physical side of occupational therapy” (vid: Dunton, 1919, en Peloquin, 1991). Así, en su libro “Reconstruction therapy” incluye fotografías de individuos utilizando ayudas técnicas para la realización de actividades de aseo, laborales y para el transporte. De esta forma, la práctica clínica de la Terapia

Ocupacional durante la guerra añade un nuevo foco de atención centrado en la recuperación funcional del paciente y, ligada a esta aproximación, surge una incipiente preocupación por la organización de los conocimientos científicos que subyacen a la práctica.

La clasificación propuesta por Dunton, que establece tres tipos diferentes de trabajo ocupacional, ejemplifica la diversidad de ideas que se aglutinan en la concepción inicial de la Terapia Ocupacional (vid: Dunton, 1919, en Peloquin, 1991): “invalid occupation”, como la forma más simple de intervención, basada fundamentalmente en la realización de actividades recreativas que promuevan una mejora del estado de ánimo, el descanso y que sirvan de válvula de escape frente a las ideas morbosas asociadas a la enfermedad; “occupational therapy”, que define como la intervención más característica, encaminada a la recuperación de la funcionalidad física y mental; y “vocational training”, que no considera Terapia Ocupacional en sí pero que está asociada a ella cuando se persigue la recuperación de la funcionalidad de personas discapacitadas. De esta forma, desde el ámbito práctico, se produce un giro que provoca un cambio sustancial en la profesión, la Terapia Ocupacional pasa a interesarse por la reeducación de cualquier forma de discapacidad, sea somática o psíquica, que afecte a la funcionalidad del individuo.

La finalización de la primera guerra mundial provoca que decrezca el número de pacientes con discapacidad física y que la práctica clínica vuelva a concentrarse en el campo de la salud mental. En Estados Unidos, en 1937, los terapeutas ocupacionales en activo en los distintos ámbitos clínicos se distribuyen según los siguientes porcentajes: 2% en ortopedia, 59 % en hospitales psiquiátricos, 25% en hospitales generales, 8% en hospitales de tuberculosos, y el 6% en otras instituciones (vid: Hopkins y Smit1998).

HISTORIA DE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA EN TERAPIA OCUPACIONAL.

En el ámbito docente, el primer curso universitario en los Estados Unidos se desarrolla en 1916 en la Universidad de Columbia. En 1918 se establece en Chicago un programa de estudios, “Special Courses in Curative Occupations and Recreations” ofrecido por la sociedad Cívica y Filantrópica de la ciudad. Durante este mismo año se abren cuatro escuelas en Milwaukee, Filadelfia, Boston y San Luis. En Canadá, la Universidad de Toronto ofrece el primer curso reglado de formación universitaria en Terapia Ocupacional, también en 1918, y a partir de 1920 se establecerá la homologación de los programas de formación de terapeutas ocupacionales en Canadá y EEUU (vid: Reed y Sanderson, 1999).

En 1923, siendo presidente de la asociación Kidner, se establecen los estándares para la cualificación de terapeutas ocupacionales (vid: Kidner, 1923 en Peloquin, 1991), los contenidos de los planes de estudio deben incluir conocimientos sobre: psicología (desarrollo normal y anormal), anatomía, kinesiología y ortopedia, trastornos mentales, tuberculosis y el estudio de casos médicos genéricos. Asimismo, se establecen como complemento a tales contenidos la formación sobre las características de los distintos servicios hospitalarios y su administración, ética médica, historia de la utilización curativa de ocupaciones, las relaciones del arte y el trabajo con el desarrollo de la civilización, trabajo industrial y rehabilitación vocacional.

Al menos deben completarse 1080 horas de entrenamiento en talleres manuales, tales como: marquería, costura, cestería, forja y diseño de joyería.

Resulta especialmente interesante reseñar el hecho de que el entrenamiento en hábitos, defendido por Slagle, y los principios acuñados en el decálogo de Dunton quedan fuera de estos preceptos básicos establecidos por la Asociación.

Kidner justifica esta decisión defendiendo que los diferentes enfoques, que de forma incipiente se han generado en el seno Terapia Ocupacional, deben quedar fuera de los estándares mínimos establecidos por la Asociación, puesto que estos deben evitar las disputas entre diferentes perspectivas para garantizar unos criterios de cualificación mínimos.

En Europa la implantación académica, profesional e institucional será mucho más tardía, limitándose a Escocia e Inglaterra. La primera escuela para la formación de terapeutas ocupacionales en Inglaterra se establece en 1930, en la “Dorset House” en Briston, auspiciada por Elizabeth Casson y Constance Tebbit, a ésta le seguirán la apertura de escuelas de Terapia Ocupacional en Edimburgo (1937) y Liverpool (1946).

Por último, a escala institucional la primera asociación profesional de terapeutas ocupacionales no se formará hasta 1932 en Escocia y hasta 1936 en Inglaterra (Vid, Turner, 1996; Creek, 1997).

DESARROLLO HISTÓRICO EN ESPAÑA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

En España, como citamos anteriormente, el germen de la Terapia Ocupacional existe desde el siglo XV, pero no se creó ninguna escuela hasta principios de los años sesenta.

Fue al final de la década de los cincuenta y principios de los sesenta cuando comienza la inquietud por esta profesión. En España empieza el interés por el mundo de la rehabilitación, coincidiendo con la disminución de los casos de tuberculosis y de poliomielitis. Al decrecer el número de enfermos, los estamentos gubernamentales se encontraban sensibilizados con este campo de la medicina y disponían de toda la infraestructura de la “Red de Dispensarios”. Es en el Dispensario de la calle Maudes, bajo el control docente de la Cátedra de Patología Quirúrgica del Dr. D. Francisco Martín Lagos de la Universidad Complutense de Madrid, donde el Dr. D. Cecilio González Sánchez se hace cargo de la nueva orientación, la Rehabilitación. La tutela administrativa corresponde al Dr. D. Manuel Oñorbe Garbayo, alto cargo del Instituto Nacional de Previsión (I.N.P.), organismo dependiente entonces del Ministerio de Trabajo. Se forman las primeras promociones de médicos especialistas en rehabilitación, de los cuales, algunos completarán sus estudios en el extranjero. Es entonces cuando, a petición de ciertas entidades médicas, se solicita a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la presencia de una persona para la formación de futuros terapeutas ocupacionales. Dicha entidad contrata, y forma específicamente para ello en Suiza, a D^a. Mercedes Abella, que llega a España en abril de 1961, con un contrato de seis meses, que se prorrogó hasta 1963. Esta terapeuta ocupacional de antepasados gallegos y canarios nació en Cuba, pero se formó como terapeuta ocupacional en

Estados Unidos, donde continuó trabajando hasta su jubilación, en 2001, en el “Rusk Institute of Rehabilitation Medicine” de Nueva York.

La escuela de Terapia Ocupacional se situó en el Dispensario Central de Rehabilitación situado en la calle Maudes de Madrid. Al Dr. D. Heliodoro Ruiz se le encomendó la organización interna del curso de Terapia Ocupacional. Junto a él, impartían docencia asistentes de Cátedra de la Universidad Complutense de Madrid:

Dr. Serafín Rodríguez Gallego, Anatomía y Fisiología.

Dr. Manuel Domínguez Carmona, Higiene, Socorrismo y Epidemiología.

Dr. Fernando Lamas Laclaustra, Sociología.

Dr. Alberto Gimeno Álava, Neurología.

Dr. Miguel García de la Calle, Patología Médica y Quirúrgica.

Dr. Heliodoro Ruiz, Cinesiología.

La responsable de las asignaturas que implicaban la aplicación en Terapia Ocupacional era D^a. Mercedes Abella.

Los talleres artesanales se impartieron en la “Escuela de Artes y Oficios artísticos”, en la calle de la Palma de Madrid.

El 1 de diciembre de 1961 comenzó el “Primer curso abreviado intensivo de Terapia Ocupacional”, con una duración aproximada de nueve meses y dependiente del Ministerio de Gobernación. Los alumnos (entre los que se encontraban cuatro religiosas) fueron derivados por los servicios médicos, y la gran mayoría ya poseía experiencia sanitaria:

D^a. Nuria de la Hoz Rodríguez.

D^a. M^a. del Pilar Serrano Fandos.

D. Ángel Alonso Miguel.

D. Fernando Mateos Herrador.

D. Francisco Javier Toldos Espejel.

D^a. M^a. del Pilar Esteban Adad.

D^a. Josefina Senis Ruiz.

D^a. Ana María Mendieta Baeza.

D^a. M^a. Dolores Pardo Andrés.

D^a. Mercedes López López.

D^a. Mercedes Gutiérrez Peña.

D^a. M^a. Jesús Sanjuán Elías.

D. Andrés Saavedra Rivero.

En 1963 finaliza el contrato con la OMS de D^a. Mercedes Abella y regresa a Estados Unidos. El resto de los cursos se fueron formando con la ayuda de los terapeutas ocupacionales de la primera promoción.

Cabe destacar que, a diferencia de otras profesiones sanitarias, la Terapia Ocupacional en nuestro país, desde el primer momento de su comienzo formativo, nace como una disciplina independiente del resto y nunca como un curso de especialización de las existentes.

Por aquel entonces existen tres figuras importantes que estaban formándose como terapeutas ocupacionales en el extranjero, D^a. Ana Fons, en Inglaterra, y D^a. Alicia Chapinal y D^a. Carmen Lacasa, en Francia. Cuando terminaron su preparación,

regresaron a España para ejercer su trabajo, y la labor que entonces llevaron a cabo ha sido, durante muchos años, emblemática para esta profesión.

La Escuela de Terapia Ocupacional en 1964 pasó a depender de la Dirección General de Sanidad del Ministerio de Gobernación y fue trasladada al Centro Nacional de Rehabilitación en Madrid, reconocida oficialmente según el Decreto 3097/1964 del 24 de septiembre. Sus estudios fueron reglamentados según la Orden Ministerial del 3 de junio de 1965 (BOE, 28 de enero de 1966), que se actualizó en la Orden Ministerial del 13 de junio de 1967, en la que se exigía el título de Bachiller o equivalente. Gracias a la labor desempeñada por Ana Fons en la Organización Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT), la Escuela de Terapia Ocupacional, con sus planes de estudio, fue reconocida y admitida por esta entidad en 1970.

En el año 1980 pasó a adherirse a la Escuela Nacional de Sanidad, dependiente del Ministerio de Sanidad. Las horas impartidas a lo largo de los tres cursos de duración estaban repartidas, aproximadamente, en 1000 horas de estancias clínicas y 200 horas teóricas. El último curso de esta escuela fue en el año 1997.

La primera Asociación Española de Terapia Ocupacional (AETO) se crea en el año 1963. En 1972 es reconocida por la Organización Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT) y edita, en ese mismo año, su primer boletín. Con posterioridad se transformará en la actual Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional (APETO).

El Real Decreto 1420/1990 (BOE, 20 de noviembre de 1990) establece el Título Universitario Oficial de Diplomado en Terapia Ocupacional y las Directrices Generales Propias de la Planes de Estudio conducentes a la obtención de aquel.

El 4 de noviembre de 1991 la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Zaragoza, bajo la dirección del profesor D. Santiago Pellejero, comenzó a impartir el primer curso de la Diplomatura en Terapia Ocupacional, con el Plan de Estudios aprobado por la Junta de Gobierno de la Universidad de Zaragoza el 16 de junio de 1992 y por el Consejo de Universidades, el 28 de septiembre del mismo año (BOE, 31 de agosto de 1993). Un tiempo después se ha ido instaurando dicha diplomatura en otras universidades y, actualmente, existen un total de trece, distribuidas en diferentes comunidades autónomas.

La orden del 29 de noviembre de 1995 del Ministerio de Educación y Ciencia (BOE 290/1995, 5 de diciembre de 1995) homologaba el título de terapeuta ocupacional de la antigua Escuela de Terapia Ocupacional impartido por la Escuela Nacional de Sanidad con el Diplomado Universitario en Terapia Ocupacional.

DEFINICIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

Desde la primera utilización de la locución Terapia Ocupacional, realizada por Barton en 1914, hasta las propuestas actuales propiciadas por las asociaciones profesionales, las definiciones de Terapia Ocupacional han sido numerosas y han evolucionado a lo largo del tiempo. Por tanto, si no queremos ser parciales, se hace necesario realizar una sucinta revisión de tales definiciones para acotar las ideas o nociones a que hace

referencia el concepto de Terapia Ocupacional. La aproximación a la definición de la disciplina que proponemos aquí se basa, en primer lugar, en un análisis semántico de los términos empleados para nombrarla, y, en segundo lugar, en una revisión de las diferentes definiciones aportadas por las principales asociaciones profesionales.

El origen de la Terapia Ocupacional proviene de la integración de métodos y principios de varios campos de la ciencia, como la Medicina, la Psicología, la Antropología y la Sociología, entre otros.

Buscando establecer unos principios fundamentales básicos, podemos afirmar que el objetivo de la Terapia Ocupacional es lograr la independencia de la persona, y su instrumento, la ocupación. La Terapia Ocupacional es una disciplina que tiene como objeto de estudio la ocupación y que recurre a ella como instrumento terapéutico. Utiliza actividades humanas que son habituales en estado de salud y que solo circunstancialmente adquieren un valor terapéutico.

La ocupación, en su utilización terapéutica debe ser específica y adecuada a la enfermedad o discapacidad, al paciente y al medio que le rodea para que pueda ser utilizada de la manera más eficaz.

En todo momento tenemos que tener presente los diferentes entornos en los que la Terapia Ocupacional se presenta como una opción de tratamiento en el ámbito de la discapacidad de origen físico, psicológico y de la marginación social.

Analizando etimológicamente sus dos componentes del término Terapia Ocupacional, “Terapia” deriva de “Therapeia” (‘terapéutica, tratamiento, curación’) y “Ocupación”, de “Occupatio, -onis” (‘acción y efecto de ocupar’). Por lo tanto, podríamos definirla como ‘un tratamiento realizado a través de una ocupación’. Si acudimos al diccionario de la Real Academia Española, se define como: ‘Tratamiento empleado en diversas enfermedades somáticas y psíquicas que tiene como finalidad readaptar al paciente, haciéndole realizar acciones y movimientos de la vida diaria’.

Esta definición no aborda en su totalidad y complejidad las ocupaciones, limitando estas exclusivamente a las actividades de la vida diaria.

Desde que la Terapia Ocupacional figura con nombre propio entre las disciplinas de las Ciencias de la Salud y se practica como actividad profesional diferenciada, se han propuesto para ella diferentes definiciones, en muchos casos, por las razones anteriormente expuestas.

Como medio de acercarnos al concepto de la Terapia Ocupacional, revisaremos a continuación algunas de las definiciones más relevantes de las aportadas por las diferentes asociaciones profesionales de mayor calado internacional.

Siguiendo el criterio de Reed y Sanderson (1999), la primera definición moderna de Terapia Ocupacional es la aceptada por la Asamblea Representativa de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) en 1981:

“Terapia Ocupacional es el uso de la actividad propositiva, con individuos que se encuentran limitados por una lesión o enfermedad física, disfunción psicosocial, incapacidades del desarrollo o del aprendizaje, pobreza o diferencias culturales o por el

proceso de envejecimiento, con los fines de maximizar la independencia, prevenir la incapacidad y mantener la salud. Su práctica incluye evaluación, tratamiento y consulta. Los servicios específicos de Terapia Ocupacional incluyen: enseñanza de las destrezas de la vida diaria; desarrollo de las destrezas perceptivo-motrices y del funcionamiento sensorial integrado; desarrollo de las destrezas de juego y de las capacidades prevocacionales y para el tiempo libre; diseño y fabricación o aplicación de aparatos ortésicos o protésicos seleccionados o equipamiento; utilización de actividades de artesanía y ejercicios especialmente diseñados para posibilitar el desempeño funcional; administración e interpretación de pruebas tales como el balance muscular y el grado de movilidad y adaptación del entorno para el discapacitado. Estos servicios se proveen individualmente, en grupos, o a través de sistemas sociales.

En España, la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO) la define como una profesión socio-sanitaria, que por medio de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo pretende, con un adecuado tratamiento, capacitarle para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de la enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad.

El Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Gran Bretaña establece: “La Terapia Ocupacional evalúa las funciones físicas, psíquicas y sociales del individuo, identificando áreas de disfunción e introduce al sujeto en un programa estructurado de actividades para superar la discapacidad. Las actividades seleccionadas pueden estar relacionadas con las necesidades sociales, culturales, de consumo personal y económicas y puede reflejar factores del entorno que gobiernan la vida del individuo.”

Por su parte, la Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional (1993) aporta la siguiente definición: “Terapia Ocupacional es una profesión de las ciencias de la salud que provee servicios a los individuos cuya capacidad para funcionar en su vida cotidiana está alterada como consecuencia de enfermedades o daños físicos, de problemas del desarrollo, del proceso de envejecimiento, de enfermedades mentales o problemas emocionales. Los objetivos de la Terapia Ocupacional son asistir al individuo para que alcance un estilo de vida independiente, productivo y satisfactorio. Los terapeutas ocupacionales utilizan actividades adaptadas para incrementar el funcionamiento del individuo y su productividad.”

El Consejo de Terapeutas Ocupacionales para los Países Europeos (COTEC) define: “La Terapia Ocupacional valora y trata a la gente usando actividades propositivas para prevenir la discapacidad y desarrollar la independencia funcional.”

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) en 1993 cita la siguiente definición: “La Terapia Ocupacional es una disciplina sanitaria relacionada con personas que sufren alguna alteración, discapacidad y/o disfunción física o mental bien sea temporal o permanentemente”. En sus documentos se recogen otras definiciones de los diferentes colegios profesionales que lo forman.

La Red Europea de Terapia Ocupacional en la Enseñanza Superior (ENOTHE) establece una definición en el año 2000: “La Terapia Ocupacional utiliza un enfoque centrado en el paciente por medio de la actividad para posibilitar la función ocupacional y para promover el bienestar dentro del ambiente, para mejorar la calidad de vida”.

De entre las definiciones que se han dado en España, citaremos la que se hace en el Plan de Información y Actualización en Rehabilitación y Medicina Física, elaborado por la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física en 1993: "Terapia Ocupacional se puede definir como el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora las respuestas de comportamiento y su significado para conseguir la mayor independencia y la reinserción posible del individuo, en sus aspectos físico, psíquico, social y laboral".

Y la que figura en el libro Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional, del Profesor Gómez Tolón, publicado en 1997, donde retoma el espíritu de la establecida en 1972 por el Consejo de Normas de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, completándola y reflejando mejor la situación actual: "Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia de dirigir la respuesta del paciente en la realización de la actividad intencionada hacia objetivos específicos, previamente analizada y seleccionada en función de las necesidades del enfermo, incapacitado o marginado y con fines de evaluación, prevención, adiestramiento, reeducación, tratamiento y reinserción tendentes a conseguir el máximo grado de autonomía con el mínimo de alienación posible para conseguir una equilibrada adaptación al medio".

Del análisis de este conjunto de definiciones más modernas se obtiene la conclusión de que el concepto distintivo de la Terapia Ocupacional, el uso terapéutico de las ocupaciones, se mantiene inalterado.

En cambio, se han ido ampliando tanto los objetivos como la población susceptible de tratamiento. En las nuevas definiciones, los objetivos ya no se limitan a la recuperación de unas funciones concretas tras una enfermedad o un daño, sino que se enfocan al logro de la mayor independencia posible, haciendo hincapié en el aspecto de las actividades de la vida diaria y extendiéndose al campo de la prevención de discapacidades. En lo relativo a los sujetos de tratamiento, también se abre el campo de actuación para incluir a cualquier persona que presente limitación de sus capacidades físicas, psíquicas o sociales, por causas que no se reducen a una enfermedad o daño físico.

IMPORTANCIA Y REPERCUSIÓN INTERNACIONAL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

La Terapia Ocupacional a través de la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT) y el resto de organismos internacionales participa en varios proyectos conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud (OMS). La WFOT tiene fuertes e influyentes relaciones con un gran número de organizaciones internacionales. Trabaja estrechamente con la OMS en el ámbito tanto central como regional. La red regional está también disponible para los miembros, mediante conferencias y grupos de trabajo que debaten cuestiones en un ámbito más local.

La WFOT mantiene colaboración con la OMS y otros órganos internacionales de la salud no gubernamentales tales como, UNICEF, UNESCO, INIA (Instituto internacional para el envejecimiento de Naciones Unidas), Rehabilitación Internacional RI, el Consejo Internacional e Discapacidad (International Council on Disability ICOD)

y la Confederación Mundial de Fisioterapeutas (World Confederation of Physical Therapists WCPT), con quien mantiene una relación profesional completa.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales colabora con:

AG: Grupo de colaboración sobre el envejecimiento con ONG y la OMS.

CBR: Agrupación de fuerzas, formada por la OMS, la Confederación Mundial de Fisioterapeutas (WCPT) y la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales sobre Rehabilitación Comunitaria.

CIOMS: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (Council for International Organisations of Medical Sciences)

CONGO: Conferencia de Organizaciones No Gubernamentales (Conference on Non-Governmental Organisations).

COTEC: Consejo de Terapeutas Ocupacionales para los Países Europeos

DPI: Personas Discapacitadas Internacional (Disabled Peoples International).

ECOSOC: Consejo Social y Económico (Economic and Social Council).

ICOD: Consejo Internacional sobre Discapacidad (International Council on Disability).

ILO: Organización del Trabajo Internacional (International Labour Organisation).

IRTAC: Mesa Redonda Internacional para el Avance del Asesoramiento (International Round Table for the Advancement of Counselling).

PAHO: Organización de la Salud Panamericana (OMS) (Pan American Health Organisation).

RI: Rehabilitación Internacional (Rehabilitation International).

SAP: Grupo de consulta sobre el abuso de sustancias con ONG y OMS (Consultation Group on Substance Abuse).

UN: Naciones Unidas. UNDP: Programa del Desarrollo de Naciones Unidas.

UNDRO: Organizaciones para la Ayuda en Desastres de Naciones Unidas (United Nations Disaster Relief Organisations).

UNESCO: Organizaciones Educativas, Científicas y Culturales de Naciones Unidas (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisations).

UNICEF: Fondo para Niños de Naciones Unidas (United Nations Children's Fund).

WAPR: Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial (World Association for Psychosocial Rehabilitation).

WCPT: Confederación Mundial de Fisioterapia (World Confederation for Physical Therapy).

WFUNA: Federación Mundial de Agencias de Naciones Unidas (World Federation of United Nations Agencies).

WHO: Organización Mundial de la Salud (World Health Organisations).

WPR: Región del Pacífico Este (Western Pacific Region (WHO)).

La Red Europea de Terapia Ocupacional en la Enseñanza Superior (ENOTHE) mantiene un vínculo sólido con el Consejo de Terapeutas Ocupacionales para los Países Europeos COTEC, a través de las personas nombradas como enlace de ambas organizaciones. Más allá de este lazo, la Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior mantiene contactos con la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales WFOT así como con la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud OMS.

La ENOTHE tiene también convenios de colaboración con otras organizaciones como Handicap International, así como con otras redes de investigación y redes de usuarios y consumidores.

Como adelantábamos, a través del análisis de las definiciones de Terapia Ocupacional anteriormente reseñadas podemos identificar el concepto de salud inherente a ellas y circunscribir la contribución singular de la disciplina a la salud del ser humano. A partir de este análisis podremos juzgar la pertinencia de sus postulados en referencia al concepto actual de salud y encuadrarla dentro de las ciencias de la salud.

Los objetivos genéricos perseguidos en la práctica de la Terapia Ocupacional son: *la prevención de la discapacidad, la promoción de la salud* (AOTA, 1981; 1994; COTEC, 2000) y *la consecución de niveles máximos u óptimos de funcionamiento*, en aquellos individuos en que esté alterado o limitado por una lesión, enfermedad física o mental, una condición de disfuncionalidad, una alteración en el desarrollo o aprendizaje o unas condiciones ambientales adversas.

Esto es así si entendemos *funcionamiento* según el concepto propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2001), en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF); esto es: *“término global que hace referencia a todas las Funciones Corporales, Actividades y Participación”* del ser humano. De esta forma, el concepto de funcionamiento integra la consecución de niveles óptimos de independencia (AOTA, 1981; CAOT, 1993; COTEC, 2000); la superación o adaptación a la discapacidad (CBOT); la recuperación de la enfermedad (APETO) y la consecución de estilos de vida independiente, productivo y satisfactorio (CAOT, 1993).

Como ya hemos advertido anteriormente, la Terapia Ocupacional tiene como foco de atención principal la faceta ocupacional del ser humano, en la medida en que ésta se constituye en un agente, entidad o medio para prevenir la aparición de la discapacidad (de deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación), favorecer el funcionamiento (integridad funcional y estructural del cuerpo, la psique, el desempeño de actividades y la participación social). Por tanto, la Terapia Ocupacional contribuye a preservar, promover, mantener y mejorar la salud y bienestar individual, utilizando como método terapéutico singular la ocupación; esto es, estudiando la faceta ocupacional del ser humano y las relaciones de ella con la salud.

Actualmente se encuentra en vigencia la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). El énfasis en la nueva clasificación se centra en los "componentes de salud" y no ya en "consecuencias de enfermedades". Para ello se ha modificado la terminología empleada y han aparecido palabras como funcionamiento, actividades y participación en sustitución de las antiguas discapacidad y minusvalía.

Este nuevo planteamiento proporciona una base científica para comprender y estudiar los estados funcionales y las consecuencias asociadas a los estados de salud.

La Terapia Ocupacional se encuentra inmersa en un modelo de atención sanitaria que se desarrolla como un proceso continuo, destinado a prevenir un déficit inminente y a conservar, desarrollar, restablecer e integrar las capacidades de cada persona con su identidad particular, asegurando su independencia física y social. Según H. Van Bruggen, presidenta de La Red Europea de Terapia Ocupacional en la Enseñanza Superior (ENOTHE.): “Los terapeutas ocupacionales están capacitados para participar en la prevención de la deficiencia, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación a través de la capacitación de la persona para alcanzar sus metas”.

Los terapeutas ocupacionales se encuentran en una buena posición dentro de la práctica de asistencia médica y social para apoyar esta nueva conceptualización, ya que el objetivo principal de la Terapia Ocupacional es promover el bienestar y la calidad de vida. La Terapia Ocupacional se ocupa de la implicación del individuo en la ocupación en un sentido amplio, incluyendo la participación y las actividades con un propósito.

La Terapia Ocupacional se basa en la faceta ocupacional del ser humano, en la medida en que ésta se constituye en un medio para prevenir la aparición de la discapacidad, limitaciones en la actividad, restricciones en la participación, así como favorece el funcionamiento y la participación social.

Los objetivos de este modelo tienden a asegurar a la persona que sufre una discapacidad, sea cual fuere su naturaleza y origen, una mayor independencia, funcionalidad y autonomía personal, desarrollando los componentes de ejecución de la persona, para lograr el máximo nivel de participación e integración en sus áreas de desempeño familiar, social y laboral. En definitiva, le ayudará a vivir con su discapacidad.

Actualmente existen profesionales de la Terapia Ocupacional participando en proyectos y redes de investigación para el diseño de un sistema de mediación informatizado para valorar el elemento descrito como actividad en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

FUNCIONES GENERALES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

A continuación se detallan los objetivos o fines de la Terapia Ocupacional definidos por la ENOTHE, (Red Europea de Enseñanza Superior de Terapia Ocupacional):

- Prevenir las discapacidades.
 - Evitar los desequilibrios en las áreas de desempeño ocupacional.
 - Prevenir las disfunciones ocupacionales.
 - Anticiparse a posibles lesiones y patologías en los componentes de ejecución.
 - Trabajar en el ámbito de la comunidad en los proyectos y actuaciones encaminados a la prevención de la discapacidad.
- Valorar los componentes de ejecución y las áreas de desempeño ocupacional, tanto desde un punto de vista focal como global.
 - Realizar valoraciones funcionales, tanto de recorridos articulares como de fuerza muscular.
 - Valorar limitaciones funcionales.
 - Analizar los gestos cotidianos.
 - Determinar las capacidades sensoriales.
 - Evaluar las capacidades superiores.
 - Determinar las capacidades sociales.
 - Valorar las capacidades psicológicas.
 - Valorar el entorno próximo y lejano.
- Mantener, adquirir, mejorar o recuperar los componentes de ejecución ocupacional.

Aumentar la movilidad y la fuerza muscular.

- Mejorar la coordinación.
- Conseguir aumentar la destreza.
- Elevar el umbral de fatiga, aumentando la tolerancia al esfuerzo.
- Enseñar compensaciones de las funciones perdidas o deterioradas.
- Economía articular.
- Desarrollar las capacidades residuales.
- Detección de alteraciones posturales.
- Entrenamiento en el uso de prótesis y/u ortesis.
- Adaptaciones de prótesis y ortesis.
- Obtener la implicación por parte del paciente en su propio tratamiento.
- Demostrar al paciente las posibilidades de mejora e independencia.
- Concienciar al paciente de las capacidades que posee.
- Compensar, equilibrar, mejorar y recuperar las áreas de desempeño ocupacional.
- Establecer medidas y actitudes ergonómicas y de seguridad en la realización de las actividades de la vida diaria, trabajo habitual, vida social, etc.
- Desarrollar al máximo su independencia en las actividades de la vida diaria.
- Entrenamiento en el uso de ayudas técnicas, tanto de alimentación, aseo personal, vestido, labores del hogar, como en el uso de grúas y sillas de ruedas.
- Adaptar las ayudas técnicas a las características personales del paciente.
- Motivar al paciente al desarrollo de las ocupaciones.
- Comprobar las posibilidades laborales.
- Reorientación profesional.
- Ayudar al paciente a reajustar sus hábitos diarios.
- Conectar con el medio socioeconómico del paciente.
- Integración familiar, social y laboral del paciente.
- Adaptar el entorno al paciente y a sus necesidades.
- Entrenamiento para el control del entorno.
- Evaluar los medios de transporte y sus posibles adaptaciones.
- Entrenamiento en el uso de transportes adaptados.
- Suprimir barreras arquitectónicas.
- Enseñar a vivir al paciente con su discapacidad.
- Ayudar al paciente a que aprenda a utilizar de una manera constructiva un largo periodo de convalecencia.
- Proporcionar nuevas orientaciones para sus intereses recreativos y ocupacionales.

En definitiva, potenciar al máximo las capacidades funcionales, desarrollar las capacidades residuales, suplir los déficit funcionales irrecuperables y lograr la reintegración del paciente a la sociedad, viviendo con su discapacidad, pero con el mayor grado posible de independencia.

Según cita J. A. DeLisa, en su libro Medicina de Rehabilitación: principios y práctica, normalmente, el terapeuta ocupacional se centra en las actividades funcionales y proporciona los siguientes servicios a los pacientes de rehabilitación:

- Evalúa y entrena al paciente en las actividades de autocuidado (por ejemplo, el vestido, la comida, el baño y la higiene personal) para aumentar al máximo la independencia. Enseña al paciente cómo usar las ortesis o las ayudas técnicas que pueden ser fabricadas por el terapeuta ocupacional, cuando sea necesario. Enseña el

uso de la silla de ruedas y las transferencias, tanto en el hogar como en la comunidad (por ejemplo, el paso de la silla de ruedas al retrete).

- Entrena al paciente en las habilidades del cuidado de la casa, a través de las modificaciones más simples, para minimizar la fatiga y conservar la energía.
- Explora la habilidad profesional y los intereses prevocacionales junto con el consejero profesional, cuando nos encontramos ante un cambio de empleo o de institución educativa.
- Ayuda a mantener y mejorar el rango articular del movimiento, la fuerza muscular, la resistencia, la coordinación y la destreza, particularmente en las extremidades superiores.
- Evalúa y entrena al paciente para compensar los déficit sensoriales, perceptivos y cognitivos que aparecen cuando se realiza una función.
- Evalúa el hogar y realiza las modificaciones necesarias para proporcionar un ambiente sin obstáculos y barreras.
- Evalúa las habilidades de los pacientes dentro de la comunidad y los entrena en las estrategias necesarias y en el uso de las ayudas técnicas, cuando sean necesarias.
- Evalúa el manejo y las habilidades y readiestra a los pacientes cuando es necesario, usando los dispositivos de asistencia apropiados.
- Educa a la familia del paciente, enseñando y demostrando las técnicas diseñadas para mantener la independencia del paciente y minimizar la sobreprotección.
- Entrena al paciente en el uso funcional de las prótesis de la extremidad superior.
- Evalúa y entrena a los pacientes en el uso de los sistemas de tecnología asistente (por ejemplo, los mandos medioambientales y las adaptaciones instrumentales de los ordenadores), así como la habilidad de manejar los recursos para acceder a los dispositivos de la más alta tecnología asistente.
- Trabaja junto al paciente y el resto del equipo en el mantenimiento del equipo asistencial.
- Evalúa y maneja la disfagia en colaboración con logopedas y enfermeras.

En definitiva, en la tabla que presentamos a continuación se resumen las distintas modalidades de utilización de la ocupación como método terapéutico, describiendo las funciones atribuidas a la ocupación en cada modalidad y los objetivos perseguidos en cada caso.

Tabla 1.1 Modalidades, funciones y propósitos de la utilización de la ocupación como método terapéutico.

Modalidad terapéutica	Función de la ocupación	Propósito de la intervención
La ocupación como entidad	Favorece y promueve la participación e integración social (es decir: la consecución de niveles óptimos de independencia; la superación o adaptación a la discapacidad y la consecución de estilos de vida independiente, productivos y satisfactorios), a través de la adquisición, mantenimiento, mejora o recuperación del desempeño de actividades ligadas al automantenimiento y autocuidado, la educación y la productividad y el ocio y el juego.	• Aprendizaje y adquisición de las habilidades y destrezas ligadas al desempeño de actividades • Adquisición, mantenimiento, mejora o recuperación del desempeño de actividades • Modificación y adaptación de las ocupaciones que un individuo desempeña o del entorno físico o social en que son desempeñadas
La ocupación como medio	Posibilita el desarrollo y recuperación de las funciones y estructuras psicológicas y corporales, en la medida en que estas funciones y estructuras están implicadas en las ocupaciones que un sujeto realiza.	• Desarrollo normalizado de las estructuras y funciones corporales y psicológicas • Restauración o recuperación de las estructuras y funciones corporales y psicológicas
La ocupación como agente	Promueve el adecuado funcionamiento de las estructuras y funciones corporales y el bienestar psicológico previniendo la aparición de enfermedades y de condiciones de discapacidad	• Promover estilos de vida saludables y prevenir la aparición de enfermedades somáticas o psicológicas y de los déficit consecuencia de ellas • Adquisición, mantenimiento y mejora del sentimiento subjetivo de bienestar psicológico y social

A continuación y para finalizar, revisaremos muy brevemente los ámbitos y campos típicos de actuación en que desarrollan su labor los profesionales de la Terapia Ocupacional. Siguiendo lo establecido por la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO) y las indicaciones de la World Federation of Occupational Therapists (WFOT) y del Consejo de Terapeutas Ocupacionales para los Países Europeos (COTEC), el ejercicio profesional del terapeuta ocupacional se desarrolla en diferentes tipos de instituciones y entidades, tanto públicas como privadas, así como en las comunidades de pertenencia y los propios domicilios de las personas atendidas.

Así, los principales ámbitos de actuación en que el terapeuta ocupacional desempeña su actuación profesional son:

- Ámbitos hospitalarios y de salud
 - Atención primaria
 - Hospitales generales
 - Hospitales geriátricos
 - Hospitales psiquiátricos
 - Hospitales pediátricos
 - Hospitales de accidentes laborales pertenecientes a Mutualidades
 - Hospitales de discapacidades de origen físico
 - Hospitales de día
 - Sanatorios
 - Clínicas
 - Unidades hospitalarias específicas: de corta, media y larga estancia en drogodependencias, trastornos de la alimentación, Alzheimer, etc.
- Ámbito comunitario
 - Centros de rehabilitación: física, psiquiátrica, geriátrica...
 - Centros de Día
 - Centros Ocupacionales
 - Centros Especiales de Empleo
 - Instituciones penitenciarias
 - Instituciones educativas
 - Asociaciones y ONG
 - Domicilio de los pacientes
 - Comunidad
 - Servicios de estancia diurnas

Respecto a los campos de actuación típicos del terapeuta ocupacional podemos citar:

- Salud Mental
- Geriátrica
- Discapacidades físicas y sensoriales
- Trastornos Neurológicos
- Trastornos Psiquiátricos
- Retraso mental
- Pediatría
- Marginación social
- Drogodependencias
- Educación
- Rehabilitación laboral

Creemos que de esta forma se puede apreciar claramente la perspectiva singular y característica de la Terapia Ocupacional: la utilización de la ocupación como agente, entidad o medio para promover la salud, prevenir la enfermedad y la discapacidad y favorecer el funcionamiento, perspectiva que creemos nos permite enmarcarla como una disciplina perteneciente de pleno derecho a las Ciencias de la Salud.

Referencias bibliográficas.

- Calvo Til, M^a Jesús. “Proyecto docente de la asignatura Actividades Ocupacionales para la Autonomía Personal”. Capítulo 1. Universidad de Zaragoza. 2003.
- DeLisa, J. A. y Gans, Bruce M. (1998): *Rehabilitation medicine: principles and practice* (Joel A. DeLisa, Bruce M. Gans et al. eds.), Philadelphia, Lippincott-Raven, 3rd ed.
- Howard, R.S. y Lancée, J. (2001): *La enseñanza de Terapia Ocupacional en Europa: pautas curriculares*, Holanda, Red Europea de Terapia Ocupacional en la Enseñanza Superior (ENOTHE).
- Moruno Miralles, Pedro. “Proyecto docente de la asignatura Teoría y Técnica de la Terapia Ocupacional III”. Capítulo 1. Universidad de Castilla-La Mancha. 2003.
- Moruno Miralles, Pedro. “Razonamiento clínico en terapia ocupacional: un análisis del procedimiento diagnóstico”. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. 2002.
- Pérez de Heredia Torres, Marta. “Proyecto docente de la asignatura Terapia Ocupacional”. Capítulo 1. Universidad Rey Juan Carlos, Madrid. 2003.

Capítulo 2

Campo profesional.

Coordinador:
Prof. Nuria Máximo Bocanegra.
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

PROCESO DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL.

La Terapia Ocupacional trata la función y utiliza procedimientos y actividades con propósito para:

- promover la salud y el bienestar
- minimizar o prevenir el deterioro
- desarrollar, mantener, mejorar y/o recuperar el desempeño de las funciones necesarias
- compensar las disfunciones instauradas.

Las categorías de la función son: **áreas del desempeño ocupacional y componentes del desempeño ocupacional.**

Las **áreas del desempeño ocupacional** incluyen las actividades de la vida diaria, actividades de trabajo, relaciones con el entorno y actividades de ocio. Los **componentes del desempeño ocupacional** se refieren a las habilidades funcionales que se requieren en el desempeño ocupacional, incluyendo componentes sensoriales, motores, cognitivos y psicosociales.

Existen otros factores que influyen en la intervención desde Terapia Ocupacional y que se han de tener muy en cuenta, es lo que denominamos: **“influencias del espacio vital”**. Esto es: el ambiente, la cultura y la familia.

Podemos definir el ambiente como el agregado de fenómenos que rodean a una persona e influyen en el desarrollo y la existencia de la misma (Mosey, 1986); este se compone de factores humanos: individuos y grupos; y factores no humanos: condiciones físicas, cosas e ideas.

La cultura va a influir en la forma en que se desarrollan las interacciones sociales: la religión, la etnia, los valores éticos...

La familia: sus relaciones, la estrategia elaborada para enfrentar la disfunción... es igualmente un factor influyente.

Los servicios que puede desempeñar el terapeuta ocupacional son:

Valoración y evaluación

Planificación e intervención

Habilitación / rehabilitación en las destrezas / habilidades sensoriomotoras

Habilitación / rehabilitación en las destrezas / habilidades motoras

Habilitación / rehabilitación en las destrezas / habilidades cognitivas
 Habilitación / rehabilitación en las destrezas / habilidades psicosociales
 Entrenamiento en actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales)
 Entrenamiento para la integración laboral
 Exploración prevocacional
 Adaptación de vivienda / escuela / trabajo
 Entrenamiento de prótesis de miembros superiores
 Determinación, diseño, realización y adaptación de férulas, ortesis y ayudas técnicas
 Educación y entrenamiento en ergonomía:
 - economía articular funcional
 - simplificación de la tarea
 - conservación de la energía
 - higiene postural
 Educación y entrenamiento en la utilización de ayudas técnicas y adaptaciones del hogar
 Educación y entrenamiento protésico
 Adiestramiento / educación de familias y/o cuidadores
 Educación para el ocio
 Entrenamiento en los diferentes hábitats
 Promoción de mejoras para la accesibilidad integral
 Prevención de riesgos laborales
 Integración sensorial
 Estimulación precoz
 Reeducación / rehabilitación psicomotriz
 Otros

ASOCIACIONES PROFESIONALES.

Actualmente, los Diplomados en Terapia Ocupacional se unifican como colectivo profesional en dos posibles variantes, asociaciones profesionales de carácter autonómico o en la asociación nacional. El número de asociaciones profesionales de carácter autonómico es de 11. A continuación se describen las asociaciones profesionales de Terapia Ocupacional existentes a nivel autonómico, el año de su creación, número de socios y acciones y proyectos más importantes:

- **APATO:** Asociación Profesional Andaluza de Terapeutas Ocupacionales (Datos de Julio de 2003)
 Año de Constitución: 1991
 Acciones y proyectos:
 Formación continuada
 Convenio con SAS para atención primaria
 Web: www.terapeutaocupacional.com
- **APTOPA:** Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias (datos de julio-2003)
 Año de Constitución: 1995 (29/11/95)
 Acciones y proyectos:
 Formación continuada

- **APTOCA:** Asociación profesional de terapeutas ocupacionales de Canarias (Datos actualizados; aún no han realizado asamblea constituyente)
Año de Constitución: Agosto - 2003
- **APTOCYL:** Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Castilla-León (Datos de julio de 2003)
Año de Constitución: 1998
Acciones y proyectos:
 Petición de colegio profesional
- **ACAMTO:** Asociación Castellano-Manchega de Terapeutas Ocupacionales (Datos actualizados)
Año de Constitución: 2002
- **APTOC:** Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña / Associació de Professionals de Teràpia Ocupacional de Catalunya (Datos de Julio de 2003)
Año de Constitución: 1995
Acciones y proyectos:
 Petición de colegio
 Formación continuada
 Boletín trimestral informativo
 Grupos de trabajo
 Bolsa de trabajo
 Web: <http://es.msnusers.com/APTOC/bienvenida.msnw>
- **APTOE:** Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Euskadi (Datos de julio de 2003)
Año de Constitución: 1987
Acciones y proyectos:
 Formación continuada
 Grupos de trabajo
 Bolsa de trabajo
 Página web
- **AEXTO:** Asociación Profesional Extremeña de Terapeutas Ocupacionales (datos de Julio de 2003)
Año de Constitución: 1997 (10-12-97)
Acciones y proyectos:
 La petición de Colegio Profesional se realizó el día 17 de julio de 2001.
 Formación continuada:
 - Jornadas Hispanolusas de Terapia Ocupacional: “Buscando espacios para construir la Terapia Ocupacional” Cáceres, 14 y 15 de noviembre de 2003. Organizadas en colaboración con la Asociación Portuguesa de Terapeutas Ocupacionales, la Asociación Portuguesa de Terapeutas de la Mano y con el apoyo del Gabinete de Iniciativas Transfronterizas de la Junta de Extremadura.
 - Curso: Férulas en colaboración con la Delegación de Alumnos de la Escuela de Enfermería y Terapia Ocupacional de la Universidad de Extremadura. Junio 2003

- Taller: Herramientas para la búsqueda de empleo Abril 2003
 - Curso “Estimulación cognitiva” Diciembre 2002
- Grupos de trabajo
- Página web: www.terapiaocupacional.org
- **APGTO:** Asociación Profesional Gallega de Terapia Ocupacional.
Año de Constitución: 1983
- **APTOCAM:** Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad Autónoma de Madrid (Datos actualizados)
Año de Constitución: 2000
Acciones y proyectos:
 - Formación continuada
 - Convenio con Universidad Europea
 - En proyecto, convenio con La fundación la Salle
 - Bolsa de trabajo CAM y Gran Bretaña
 - Grupos de trabajo
 - Web: www.terapia-ocupacional.com/APTOCAM
- **APTONA / NALATE:** Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Navarra / Nafarroako Lan-Terapeuten Lanbide Elkartea (Datos de Julio de 2003)
Año de Constitución: 1999 (15-03-99)
Acciones y proyectos:
 - Petición de colegio profesional
 - Formación continuada

Entre los objetivos planteados por dichas asociaciones se encuentran:

- Creación de Colegio profesional en su autonomía correspondiente.
- Agrupar a todos lo profesionales Terapeutas Ocupacionales de su autonomía.
- Valorar las necesidades y carencias que tiene la sociedad.
- Fomentar la autoayuda entre sus asociados.
- Ejercer en el marco de la legalidad cuantas acciones procedan en defensa de los legítimos intereses del colectivo en cuanto al ejercicio profesional.
- Accesoría jurídica, con una primera consulta gratuita en relación con el asesoramiento legal y ejercicio profesional.
- Asesoramiento para ejercer la profesión en el extranjero.
- Colaborar, y en su caso vincularse, con otras asociaciones homólogas de rango autonómico, estatal e internacional
- Fomentar la cooperación con otros colectivos
- Velar por el perfeccionamiento profesional de todos sus miembros:
 - o Convocar, celebrar y participar en toda clase de reuniones científicas, congresos, jornadas y ponencias relacionadas con la T.O.
 - o Informar y asesorar a las autoridades docentes, administrativas, sociosanitarias... sobre T.O.
 - o Contribuir al progreso, fomentar el prestigio y mantener los mínimos óptimos de calidad de la T.O.

En el ámbito nacional existe una Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales. La APETO (Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales), creada en

1967, es el órgano central preocupado por los intereses profesionales de los diplomados que ejercen en esta diplomatura.

Los objetivos propuestos por dicha asociación son: promoción de la educación, formación continuada, difusión y prestación de asesoramiento legal a sus asociados.

Esta asociación es miembro activo de la WFOT desde 1972 y miembro fundador de la COTEC desde su creación en 1986.

El volumen de asociados es de 720. APETO mantiene acuerdos de colaboración con instituciones españolas: IMSERSO, IMSALUD, ONCE, Real Patronato de Atención y Prevención de la Discapacidad. CEAPAT. Instituto de biomecánica de Valencia. Asociaciones de afectados: parkinson, esclerosis múltiple, síndrome de Down, parálisis cerebral, y alzheimer entre otras.

Además mantiene acuerdos con las Comunidades Autónomas y con Universidades españolas.

Entre los eventos organizados por esta asociación podemos encontrar:

Jornadas Nacionales de T.O.: desde 1991 hasta el 2003 un total de 8.

En 1996 organizó el V Congreso Europeo De Terapia Ocupacional que se celebró en el Palacio de Congresos y Exposiciones de Madrid.

Cada año se organizan en la sede de APETO 4 cursos monográficos sobre temas de actualidad para la terapia ocupacional y todos los meses se realiza una sesión clínica gratuita para los asociados de APETO.

Existen también asociaciones de alumnos creados en las universidades españolas ante la inquietud por participar en el movimiento colectivo de estudiantes en terapia ocupacional y su posterior relación con las asociaciones profesionales.

Dichas asociaciones han ido surgiendo progresivamente en las escuelas y facultades que imparten esta disciplina. Así, iniciaron esta andadura cuatro asociaciones de alumnos de Terapia Ocupacional: (información aportada por APTOCAM, AETOA y Asociación de Alumnos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos: Salud-os).

- Complutense, **AATOC** (Asociación de alumnos de Terapia Ocupacional. Universidad. Complutense. Madrid).
- En Aragón, **AETOA** (Asociación de Estudiantes de Terapia Ocupacional de Aragón).
- Asociación de Alumnos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos (Salud-os), en Madrid.
- Andalucía, **AETOA** (Asociación de estudiantes de Terapia Ocupacional de Andalucía).

En vías de formación se encuentran otras 9 asociaciones de alumnos más, entre ellas la asociación de alumnos de Terapia Ocupacional de la Universidad de la Coruña, en la ciudad de Vic, Cáceres, y Salamanca por mencionar algunas de ellas.

Los objetivos de las asociaciones de estudiantes en Terapia Ocupacional son:

- Orientar, motivar a los alumnos de 1º. Intercambiar ideas, opiniones, apuntes, y dar otra visión diferente sobre la Terapia Ocupacional por parte de los estudiantes que llevan algo más de recorrido.
- Reivindicar los derechos como estudiantes. Estar representados en los departamentos que imparten clases en la carrera.
- Organizar (buscar ponentes, conferenciantes, preparar dinámicas) congresos de estudiantes de T.O.
- Dar a conocer la Terapia Ocupacional.
- Favorecer las relaciones entre los estudiantes de T.O.

Para el cumplimiento de estos fines se realizarán las siguientes actividades:

- Organización de actividades de carácter deportivo, cultural, de ocio formativas e informativas, jornadas, cursos, debates.
- Intercambio de información con las distintas asociaciones de alumnos acerca de planes de estudios, becas, ayudas y subvenciones, investigaciones, problemas actuales y toda aquella información que contribuya al progreso de la formación del estudiante universitario.
- Participar conjuntamente con otras asociaciones de alumnos en la programación y desarrollo de conferencias, congresos, reuniones, asociaciones y federaciones así como todas aquellas actividades que favorezcan la consecución de los fines.
- Edición de publicaciones de interés general para los estudiantes.

COLEGIO PROFESIONAL. PROYECTOS CONSOLIDADOS DE CONSITUACIÓN.

Los fines de la creación de todo colegio profesional, y en concreto del colegio profesional de Terapeutas Ocupacionales, son entre otros, los siguientes:

- Ordenar en el ámbito de su competencia, la actividad profesional de sus colegiados, ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial, cumplir las leyes generales y especiales, los Estatutos profesionales, los reglamentos de régimen interno y las normas y decisiones adoptadas por los órganos colegiales en materia de su competencia.
- Evitar la competencia desleal entre los compañeros, crear un órgano que dirima cualquier controversia como árbitro con el objeto de conciliar los problemas que se susciten entre sus miembros por causas profesionales
- Evitar el intrusismo profesional, adoptando las medidas que delimiten consecuentemente la identidad de nuestra profesión dentro de la sanidad, colaborando con los organismos correspondientes para establecer las condiciones de ejercicio profesional en las diversas modalidades y especialidades.
- Ostentar en su ámbito la representación y defensa de la profesión ante la Administración, Instituciones, Tribunales, Entidades y particulares con legitimación para ser parte en cuantos litigios afecten a los intereses profesionales, y ejercer el derecho de petición.
- Organizar servicios de asesoramiento jurídico, económico, administrativo, técnico o de cualquier otra clase a favor de los colegiados.
- Organizar actividades y servicios comunes, de interés para los terapeutas ocupacionales, de carácter profesional, formativo, cultural, asistencial y de

previsión, y otros análogos proveyendo al sostenimiento económico mediante los medios necesarios.

- Ejercer la jurisdicción disciplinaria respecto de los Colegiados, para lo cual la Junta de Gobierno estará revestida de la máxima autoridad, con exigencia correlativa de la mayor responsabilidad, y podrá imponer las sanciones especificadas en sus Estatutos, y con los recursos que se establecen.

Desde los orígenes de la Asociación profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón en 1996 las dos juntas que existieron y los tres presidentes, tuvieron un objetivo común que era llegar a la constitución del Colegio Profesional de Zaragoza. Éste se regula por la siguiente ley publicada en el **Boletín Oficial de Aragón** número 76, de 27 de junio de 2001) LEY 11/2001, de 18 de junio, de Creación del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón.

El Colegio profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón **COPTOA**, posee 110 colegiados desde el 1 de enero de 2002 hasta la actualidad, entre sus acciones, proyectos y convenios se encuentran los siguientes:

- Convenio con Universidad de Zaragoza
- Formación continuada
- Relaciones fluidas con:
 - o Dirección general de Aseguración y acreditación
 - o Diputación de Aragón
- Creación de página Web.

La petición de colegio de la Comunidad Extremeña se realizó en 17 de julio de 2001, habiéndose así acordado en Asamblea General Extraordinaria el 29 de junio de 2001.

En la actualidad existen dos proyectos consolidados para la consecución de colegio profesional de Terapeutas Ocupacionales en Navarra y en Madrid.

La petición de colegio profesional en la Comunidad de Madrid fue solicitada en la Consejería de Presidencia de la Comunidad de Madrid, (registro de entrada referencia: 03/057255.2/99) amparándose en el artículo 36 de la Constitución Española y en la Ley Autonómica 19/1997 de 11 de julio de Colegios Profesionales.

La Petición del colegio de Navarra se realizó el 25 de noviembre de 2003 ante el gobierno de Navarra poder llevar a efecto las siguientes finalidades:

- a) Hacer más efectiva en Navarra la concepción integral de la salud, que se recoge en la Ley Foral 10/1990, de 23 de Noviembre.
- b) Colaborar con la Administración Foral en reordenar la profesión de Terapia Ocupacional en Navarra, y en el cumplimiento de la legislación vigente que afecta a dicha profesión.
- c) Y en el fondo, y como razón última se conjuga la seguridad que tiene el profesional con las directrices establecidas por el Colegio Oficial, y la seguridad que tiene el ciudadano al existir un ente que le protege frente al fraude económico y profesional cuando solicita los servicios de un terapeuta ocupacional.

PERFIL PROFESIONAL.

La elaboración del perfil profesional en España se fundamenta en los estándares mínimos establecidos por la WOFT. (Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales).

El Ilustre Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón recoge en el documento “Perfil Profesional del Terapeuta Ocupacional” la definición y funciones de la Terapia Ocupacional, los ámbitos de aplicación y el perfil profesional

Los ámbitos de actuación se resumen en cuatro puntos:

1. **Ámbito asistencial:** asistencia sanitaria directa.
2. **Ámbito de investigación:** constante y rigurosa investigación que permita evaluar los métodos de trabajo aplicados y revelar los éxitos y los fracasos a través del método científico.
3. **Ámbito docencia:** profesores asociados a Escuelas Universitarias, profesores tutores de prácticas, o bien impartiendo cursos y seminarios.
4. **Ámbito administrativo.**

En el resto de comunidades autónomas el trabajo el Terapeuta Ocupacional se encuentra recogido en los documentos elaborados al efecto por la APETO y por las asociaciones autonómicas correspondientes.

La Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad Autónoma de Madrid recoge en diversos documentos el perfil del Terapeuta Ocupacional, a saber:

Perfil del Terapeuta Ocupacional en atención temprana:

“Las funciones competentes al terapeuta ocupacional son: realización de tratamientos específicos para la recuperación funcional del alumno en sus áreas cognitiva, emocional y social, enseñanza en el manejo de aparatos y prótesis, entrenamiento en diversas actividades de la vida diaria y diseño o elaboración de adaptaciones que ayuden al alumno en el desempeño de su actividad, así como seguimiento y evaluación de los tratamientos aplicados”.

Perfil del Terapeuta Ocupacional en la Tercera Edad: desarrolla puntos tales como objetivos generales, funciones del terapeuta ocupacional referidos a los recursos asistenciales donde desarrolla su trabajo:

- Atención primaria de salud
- Atención hospitalaria.
- Hospital de día geriátrico.
- Centros socio sanitarios.
- Atención domiciliaria.
- Residencias geriátricas.
- Hogares y clubes.
- Pisos asistidos.

Perfil del terapeuta Ocupacional en educación especial:

Las funciones descritas por el MEC como competentes al terapeuta ocupacional son: realización de tratamientos específicos para la recuperación funcional del alumno, enseñanza en el manejo de aparatos y ortesis, entrenamiento en diversas actividades de la vida diaria y diseño o elaboración de adaptaciones que ayuden al alumno en el desempeño de su actividad, así como seguimiento y evaluación de los tratamientos aplicados en coordinación con los demás profesionales de centro en esta materia y todas aquellas propias de su especialidad. Los casos diagnósticos en los que el niño se puede beneficiar de la Terapia Ocupacional son:

- Parálisis cerebral infantil.
- Atención Temprana (niños con trastornos del desarrollo)
- Autismo.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- Trastornos de aprendizaje.
- Retraso mental y retraso psicomotor.
- Deficiencia visual.

AMBITOS / RECURSOS DE ACTUACIÓN PROFESIONAL

Ámbito sanitario:

TO en atención especializada

- Atención en agudos
- Atención en unidades hospitalarias
- Atención en media estancia
- Atención en Hospital de Día
- Atención ambulatoria
- Atención en unidades de desintoxicación

TO en atención primaria

Ámbito sociosanitario:

TO en centros de día

TO en asistencia domiciliaria

TO en unidades de larga estancia

TO en cuidados paliativos

Ámbito social:

TO en residencias

TO comunitaria (incluye entre otros):

TO en dispositivos alternativos a la institucionalización:

- pisos protegidos
- casas de transición
- miniresidencias...

TO en servicio de ayuda domicilio (SAD)

TO en centros de rehabilitación psicosocial (CRPS)

TO en los centros de atención a la drogadicción (CAD)

TO en centros ocupacionales

TO en centros de rehabilitación laboral (CRL)

TO en centros de acogida.

TO en centros penitenciarios

Ámbito educativo:

TO en educación especial
TO en integración
TO en equipos de atención temprana
TO en educación reglada

Ámbito de asesoramiento:

TO en centros de AATT y ortopedias
TO en los equipos de prevención de riesgos laborales
TO en comisiones de urbanismo
TO en tribunales de incapacidad y peritajes

Ámbito docente:

Escuelas universitarias
Cursos de formación de formadores
Cursos relacionados con su especialidad
Investigación

Estos ámbitos estarán en continua revisión, dependiendo de las necesidades planteadas por la sociedad y la distribución que establezca la política socio-sanitaria en cada momento.

A continuación se expone un resumen de los campos de actuación profesional por especialidades medias, y por patologías:

Pediatría

Psiquiatría

Geriatría

Discapacidades físicas:

- neurología
- oncología
- reumatología
- traumatología
- quemados
- cardio-respiratorios
- amputados...

Alteraciones del aprendizaje (retraso psicomotor, dispraxias, disgrafias...)

Deficiencias sensoriales

Dependencias

Marginación y pobreza

Deficiencia mental

Cuidados paliativos

Otros

PATOLOGÍAS:

Alteraciones del desarrollo:

- Artrogriposis múltiple congénita
- Alteración de la atención

- Parálisis Cerebral:
 - distónica
 - espástica
 - disquinésica
- Abuso y abandono
- Bebés con alto riesgo
- Retraso mental:
- adulto
- niños
 - S. Down
 - Bebés prematuros
 - S. Rett
 - Espina bífida
- Disfunciones de alteración sensorial:
 - dispraxia y apraxia evolutiva
 - inseguridad gravitacional
 - defensa táctil-hipersensibilidad
 - alteración vestibular bilateral
- Alteraciones del aprendizaje
- Otros

Alteraciones sensoriales:

- Deficiencia visual o ceguera en niños
- Ceguera
- Dolor crónico
- Sordoceguera
- Pérdida de audición en niños
- Baja visión
- Privación sensorial
- Otros

Alteraciones del sistema nervioso

- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedades extrapiramidales
- Enfermedades espinocerebelosas
- Enfermedad de la neurona motora
- Mielopatías
- Distrofia simpática refleja
- Esclerosis múltiple
- Accidente cerebro vascular
- Cuadriplejía
- Paraplejía
- Epilepsia
- Síndrome de túnel carpiano
- Otras lesiones del nervio mediano
- Lesiones del nervio cubital
- Lesiones del nervio radial
- Neuropatías
- Otros

Alteraciones cardio-pulmonares

- Enfermedades cardíacas
- Enfermedad pulmonar obstructivo crónicas
- Otros

Traumas:

- Amputación extremidad superior en adultos
- Amputación extremidad superior en niños
- Traumatismos de la espalda
- Fracturas de miembros superiores (hombro, brazo, codo, antebrazo, muñeca, mano y dedos):
 - heridas, fracturas, contusiones...
 - transposiciones tendinosas
 - reimplantes
 - dishabilidades
- Fracturas y prototización de cadera
- Traumatismos de miembros inferiores
- Trauma de la medula:
 - paraplejía
 - tetraplejía
- Otros

Alteraciones musculoesqueléticas:

- Artritis o poliartritis:
 - reumática
 - atrófica
 - reumatoide juvenil
- Osteoartrosis
- Tendinitis
- Sinovitis
- Miositis
- Contractura de Dupuytren
- Osteoporosis
- Poliomiocitis-dermatomiocitis
- Otros

Alteraciones sistémicas:

- Diabetes mellitus II
- Alteración de los riñones con diálisis
- Esclerodermia-esclerosis sistémica
- Otros

Alteraciones inmunológicas:

- SIDA
- Neoplasias
- Otros

Alteraciones de la piel:

- Quemados adultos

- Quemados niños
- Otros

Alteraciones psicomotoras y de la cognición

- E. Alzheimer
- Apraxias
- Alteraciones de la cognición:
- Alteraciones de la deglución-disfagia
- Alteraciones de la visión y percepción: adultos y niños
- Otros

Alteraciones de salud mental

- Autismo
- Psicosis
- Trastornos neuróticos y de la personalidad:
- dependencias - abuso de sustancias
- autoagresión
- Retraso mental
- Alteraciones de la conducta alimenticia
- Psiquiatría forense
- Otros

Algunas de las Instituciones más representativas donde en la actualidad trabajan los terapeutas ocupacionales son las siguientes, por orden alfabético:

- Asociación de sordos
- Asociaciones de afectados: (APANEFA, ADEMM, APAM...)
- ASEPEYO.
- CEADAT (Centro nacional de daño cerebral)
- CEAPAT.
- Centro Bobath (Madrid)
- Centro de día para mayores de los municipios
- CENTRO NACIONAL DE PARAPLEJICOS
- Centros de recuperación de minusválidos físicos del INSERSO(CRMF)
- Centros psicosociales de la comunidad de Madrid(CRPS)
- COMPLEJO UNIVERSITARIO DE SAN CARLOS
- FREMAP.
- Hospital CRUZ ROJA
- HOSPITAL DE LA BEATA MARIANA (Unidad de Daño Cerebral)
- HOSPITAL DE LA FUENFRÍA
- HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN
- HOSPITAL GUADARRAMA
- HOSPITAL MIGUEL SERVET.
- HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MADRID
- HOSPITAL RAMON Y CAJAL
- HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE
- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA
- HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ
- INSTITUTO GUTTMAN.
- ONCE

- ORTOPEDIAS.
- Residencias de ancianos (públicas y privadas)

Lo más novedoso, por llevarse a cabo en estas últimas fechas, son las plazas ofertadas por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) para atención primaria, dentro del programa de ayudas a la familia del gobierno andaluz, donde el trabajo se va a desarrollar en salas de los centros de salud y en equipos móviles que se desplazan al domicilio del paciente.

FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

“El desempeño de una profesión como la Terapia Ocupacional requiere de personas con una visión humanista, una mentalidad abierta y habilidad para responder con creatividad a distintas situaciones. Personas con conciencia de la importancia de la ciencia que sepan valorar al mismo tiempo los factores culturales y contextuales de la sociedad. Sensibles hacia las necesidades sociales del individuo y su entorno, con interés por la investigación y cuya principal motivación sea portar con su actuación una mejor calidad e vida a las personas”. Ilustre Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón.

Los requisitos generales que debe reunir el terapeuta ocupacional deben ser:

- **Intelectuales:** se derivan de sus conocimientos adquiridos a lo largo de las enseñanzas medias o sus equivalentes, junto a los propios de su profesión. Conocimientos en anatomía, fisiología, cinesiología, psicología, sociología, teoría y técnicas de la Terapia Ocupacional, psiquiatría, salud pública, actividades de la vida diaria para al autonomía personal, afecciones médico-quirúrgicas, inglés técnico, geriatría, actividades ocupacionales para la integración sociolaboral, ética, derecho sanitario, ayudas técnicas y ortoprótesis, terapéutica de los trastornos de la comunicación, y estancias prácticas para lograr la integración de los conocimientos adquiridos en las asignaturas teóricas con la aplicación practica lo que engloba:
 - Conocer a los usuarios o pacientes que presentan trastornos susceptibles de tratamiento de T.O
 - Conocer y aplicar los métodos y técnicas de evaluación y programación utilizadas en T.O
 - Aprender la aplicación terapéutica de las actividades y materiales propios de T.O seleccionándolos, graduándolos, y dirigiendo la respuestas del usuario según los requerimientos de cada individuo y los objetivos propuestos.
 - Aprender a poner en práctica las técnicas y recursos necesarios para conseguir la máxima autonomía en las Actividades de la Vida Diaria, Trabajo y Ocio.
 - Aprender a realizar las adaptaciones necesarias para suplir las deficiencias asesorar y adiestrar en el manejo de prótesis y ortesis y el manejo de ayudas técnicas.
 - Integrarse en los diferentes marcos institucionales en los que el Terapeuta Ocupacional desarrolla sus funciones. Conociendo su papel dentro de ellos así como en relación con el quipo interdisciplinar, el sistema de organizaron de los departamentos de T.O, así como la documentación y recursos de uso común de los servicios.

- Asumir y practicar la relación terapéutica con los pacientes tanto a nivel individual como grupal, así como establecer relaciones interpersonales con los miembros del personal de acuerdo con los códigos éticos que atañen a la profesión.
- Interpersonales: buena capacidad de interrelación con el paciente, familia de éste, alumno y resto de profesionales del entorno.
- Psíquicos y físicos: inteligencia adecuada, inteligencia concreta y práctica, capacidad de razonamiento analítico y sintético, coordinación visomotriz, destreza manipulativa y psicomotora, estabilidad y control emocional.
- Profesionales: basándose en los conocimientos adquiridos durante su formación, tener la capacidad necesaria para aplicarlos en su práctica profesional. Poseer unas dotes pedagógicas básicas para transmitir de forma adecuada, las instrucciones oportunas sobre la tarea a realizar, tanto por el individuo, como por la familia y demás profesionales del entorno.

La legislación que regula las funciones de Terapia Ocupacional son varias y aparecen incluso antes de que se estableciera el título universitario en Terapia Ocupacional, estas leyes son las siguientes:

LEGISLACIÓN ANTES DE LA CREACIÓN DE LA DIPLOMATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL:

A.1.- Decreto 24 Septiembre 1964, núm. 3097/64 (Ministerio de Gobernación). Escuela de Terapia Ocupacional. Creación.

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. (...)

Artículo 1º. 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 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 deficitarios físicos y psíquicos. (...)

A.2.- Orden 13 junio 1967 (Ministerio de Gobernación). Escuela de Terapia Ocupacional. Aprueba su Reglamento. (...)

Art. 2º. Son fines de la Escuela:

a) Preparar personal especializado que reúna las condiciones precisas para aplicar las técnicas de la Terapia Ocupacional y 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. (...)

A.3.- 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.

Sección 6.ª Funciones de los Terapeutas ocupacionales

Art. 72. Las funciones especializadas de los Terapeutas ocupacionales se prestarán en Instituciones abiertas y cerradas.

Estas funciones se realizarán en las consultas y locales de tratamiento dispuestos para ello en las Unidades de Rehabilitación, con las técnicas de Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.), 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.

Art. 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 reciban 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.

A.4.- Real Decreto 2274/1985, de 4 de diciembre, por el que se regulan los Centros Ocupacionales para minusválidos.

Art. 3º.- Terapia Ocupacional. A los efectos del presente Decreto se entenderá por terapia ocupacional aquellas actividades o labores, no productivas, realizadas por minusválidos, de acuerdo con sus condiciones individuales, bajo la orientación del personal técnico del Centro encaminadas a la obtención de objetos, productos o servicios que no sean, regularmente, objeto de operaciones de mercado.

LA DIPLOMATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

B.1.- 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.
(...)

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.

En la actualidad el perfil del Terapeuta ocupacional queda recogido en las siguientes leyes:

- Estatuto del personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. Capítulo VII. Sección 6.
- Convenio colectivo 2002-2004 para “Establecimientos sanitarios de hospitalización, asistencia sanitaria, consultas y laboratorios de análisis clínicos”.
- Convenio colectivo laboral de residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio.
- Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las profesiones sanitarias.: “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”.

La APETO elaboró un documento en el año 1998, donde quedan reflejados las funciones del terapeuta ocupacional entendiendo que dichas funciones se derivan del desarrollo y aplicación de la formación adquirida en su curriculum de Diplomado en Terapia Ocupacional y más directamente de las áreas de conocimiento específicas de Terapia Ocupacional (Terapia Ocupacional General, Terapia Ocupacional I y II y las Estancias Clínicas I y II).

Evaluación-valoración:

- Valorar la situación global del individuo, con todos los datos subjetivos que puedan obtenerse, para identificar las áreas de disfunción.
- Planificar y organizar con antelación el programa de Terapia Ocupacional a seguir, previo diagnóstico facultativo, trazando sus objetivos, contando con los recursos disponibles.

Identificación de las áreas de disfunción

- Evaluar de forma continuada, dirigiendo y supervisando el programa de Terapia Ocupacional a fin de aplicar en cada caso las modificaciones oportunas y dejando constancia escrita de las mismas e informando al facultativo del programa seguido y su evolución.

Tratamiento e intervención

- Fijar y ajustar el programa de Terapia Ocupacional específico adecuado y trabajar en coordinación y colaboración con el resto del equipo y profesionales afines (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, trabajadores sociales, psicólogos, arquitectos, pedagogos, logopedas, maestros etc.)
- Ejecutar los programas de Terapia Ocupacional, a través de las técnicas y métodos específicos requeridos en cada caso e indicados en cada caso. Prestar la asistencia profesional adecuada a toda la población adscrita al ámbito hospitalario, así como al extrahospitalario (ambulatorio y/o domiciliario, etc.) del área de salud.

Consejo, asesoría y consulta

- Colaborar con los servicios especializados que se den a otros niveles asistenciales en el seguimiento de la actuación de Terapia Ocupacional.
- Ajustarse a la filosofía del Servicio de Terapia Ocupacional y de la Institución en general.
- Adiestrar y orientar al individuo, familia y/o personas próximas a él en la debida realización del programa de Terapia Ocupacional, tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario.
- Visitar, estudiar y proyectar las adaptaciones necesarias en el domicilio, escuela, trabajo del individuo...
- Participar en el estudio de supresión de barreras arquitectónicas.

Prevención y promoción de la salud

- Participar dentro del campo profesional de la Terapia Ocupacional en la elaboración y ejecución de los programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, educación sanitaria y reinserción social, dirigidos al individuo, su familia, entorno y comunidad en general.
- Participar dentro de su campo profesional en los programas de salud en integración escolar y laboral.

Investigación y docencia

- Adiestrar y supervisar al personal auxiliar de Terapia Ocupacional en la correcta realización de sus funciones. Participar en su educación sanitaria.
- Elaborar los informes que por la asistencia a Terapia Ocupacional pudieran solicitarse desde los niveles jerárquicos.

Enseñanza y supervisión

- Fomentar y participar en los planes de formación continuada de Terapia Ocupacional.
- Completar y ampliar su nivel científico-técnico y humano para conseguir cada día una mejor y más adecuada asistencia a través de trabajos, artículos, conferencias, comunicaciones, congresos, etc.
- En lo académico, participar en los programas educativos ajustándose a lo regulado por la legislación vigente.

Dirección, administración y gestión

- Informar a su inmediato superior de los recursos humanos, técnicos y/o materiales auxiliares necesarios para el correcto desarrollo de su trabajo.

- Conservar en buen estado el material y cuantos aparatos se utilicen en el Servicio de Terapia Ocupacional, manteniéndolos en buenas condiciones y controlando su uso adecuado.
- Establecer los necesarios sistemas de control y calidad que eleven el nivel asistencial de la Terapia Ocupacional.
- Formar parte del personal docente del centro.
- Trazar la filosofía, planes, objetivos y fines del servicio de Terapia Ocupacional.
- Función gestora, tanto a nivel de los propios servicios de Terapia Ocupacional, como a nivel de cargos directivos que puedan establecerse englobando a colectivos afines y de igual categoría.

Como complemento a la información obtenida de las diversas Asociaciones y Colegio Profesional, los autores mencionados al inicio del presente capítulo aportan información sobre las funciones desempeñadas en el ejercicio profesional en diversas instituciones representativas de diversos campos, véase, salud mental, educación, salud laboral, etc.

- Las funciones del Terapeuta Ocupacional en un hospital de neurorehabilitación son:

Intervención en las unidades de hospitalización: (entre otras)

- Valoración, confección y seguimiento de la necesidad de férulas, rodillos y manoplas del paciente encamado.
- Adaptación del entorno de la persona encamada
- Intervención en pacientes en estado vegetativo y de mínima respuesta: tratamiento individualizado mediante estimulación sensorial.
- Intervención en el paciente con daño cerebral y en fase de desorientación temporo-espacial.
- Valoración del nivel de autonomía en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) básicas (higiene, cuidados de apariencia externa, vestido y transferencias) y entrenamiento en las diferentes estrategias para conseguir la máxima independencia en estas actividades.
- Valoración de la necesidad de ayudas técnicas (AT) y/o adaptaciones del hogar para la realización de las AVD básicas, así como el entrenamiento en su uso.
- Orientación y entrenamiento a la familia para facilitar la máxima autonomía de la persona en las AVD básicas (manejo del paciente, uso de AT, adaptación del hogar).
- Información y asesoramiento a los profesionales de las unidades de hospitalización (personal de enfermería y auxiliares de clínica) sobre la forma de ejecución de las AVD básicas de cada usuario.

Intervención en el área de rehabilitación funcional:

- Valoración e intervención para mejorar, restaurar, compensar o sustituir los problemas en los COMPONENTES DE EJECUCIÓN: Integración sensorial, Neuromuscular, Valoración y confección de férulas posicionales y correctoras de las deformidades articulares y la espasticidad, motor, componentes cognitivos (orientación, atención, memoria, funciones ejecutivas, comunicación, etc). Componentes psicosociales y psicológicos: roles, intereses, iniciativa, motivación, concepto de sí mismo, autoestima, conducta social, comunicación, etc.

- Valoración e intervención en las ÁREAS OCUPACIONALES de la persona (autocuidado, productividad y ocio): Alimentación y cuidados de apariencia externa (lavarse la cara, peinarse, lavarse los dientes, afeitarse, etc.): entrenamiento de los patrones de movimiento necesarios para llevar a cabo estas actividades y selección, elaboración y entrenamiento en el uso de AT si es necesario. Entrenamiento de las Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (escribir, uso del teléfono, etc.) y Avanzadas (mantenimiento del hogar, cocinar, etc.).

Intervención en pacientes de consulta externa:

- Administración de escalas de valoración funcional.
- Valoración de la sedestación y orientación de la silla de ruedas más adecuada adaptada a las necesidades del usuario.
- Confección de férulas (modificaciones, nueva confección por deterioro) y adaptaciones para la realización de diferentes actividades de la vida diaria.
- Orientación sobre la adaptación del domicilio.

- Las funciones en el entorno escolar, tienen entre otros la consecución de los siguientes objetivos:

- Mantenimiento del control postural.
- Adaptación del entorno.
- Adaptación y entrenamiento de los instrumentos.
- Desarrollo de destrezas y habilidades en el miembro superior.

- Las funciones desarrolladas en una Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales son, entre otras:

- Llevar a buen término los objetivos reseñados por los médicos rehabilitadores a través de tratamientos adaptados a la lesión del paciente.
- Guiar en un principio a los pacientes en la ejecución de esos tratamientos para más tarde vigilar que esos tratamientos sean realizados correctamente.
- Vigilar cualquier efecto secundario que pudiera surgir a lo largo del tratamiento (inflamaciones, derrames, erosiones tendinitis etc)
- Supervisar la evolución en su enfermedad y ajustar los tratamientos para ir consiguiendo los objetivos a corto, medio y largo plazo.
- Observar actitudes en el departamento respecto a su lesión o enfermedad, a su trabajo laboral y respecto a su relación con los demás pacientes y personal sanitario
- En pacientes con lesiones cognitivas, trabajaremos en los aspectos de: memoria, atención, orientación temporal y espacial, esquema corporal e imagen, campo visual, apraxias, agnosias, hasta llegar a las funciones ejecutivas, todas ellas relacionadas con su plena integración en sus actividades cotidianas.
- Orientación y reentrenamiento en las Actividades de la Vida Diaria proporcionando situaciones cotidianas y actividades que potencie las facultades perdidas no sólo en el hospital sino en su casa y medio ambiente.
- Reentrenamiento en el funcionamiento de prótesis
- Reentrenamiento en sus antiguas actividades laborales una vez cercano el momento del alta.
- Análisis de sus capacidades residuales para una posible reincorporación en el área de readaptación laboral. (futura profesión)
- Ofrecer oportunidades para el desarrollo óptimo de capacidades residuales, en todas las facetas relacionadas con su ambiente social y de ocio.

- Cambio de dominancia cuando su extremidad dominante ha sido seriamente lesionada o amputada.
- Valoración, diseño y entrenamiento de ortesis y ayudas técnicas.
- Estudio y valoración de las barreras arquitectónicas en el entorno del paciente.
- Trabajar con el resto del equipo interprofesional para conseguir el fin último de reintegrar a la persona a su vida normal

- Las funciones más importantes desempeñadas en una ortopedia son, entre otras:

Evaluación y Asesoramiento de:

- Ayudas Técnicas para las Actividades de la Vida Diaria: AVD: Movilidad, comida, aseo, vestido.
- Sistemas de Sedestación y Posicionamiento: Sillas Posturales (pediátricas y de Adultos), Cojines Antiescaras (Silicona, Aire, Agua,...), asientos moldeados a medida.
- Sistemas Alternativos de Comunicación: comunicadores y programas informáticos de comunicación, accesos: licornios, pulsadores,...
- Dispositivos de Acceso al Ordenador: acceso al teclado: teclados configurables, ampliados, carcasas, acceso al ratón (movimiento): joysticks, ratones de bola de cabeza, acceso al ratón (clic): temporizadores, pulsadores,...
- Dispositivos de Control del Entorno: transmisores y receptores de infrarrojos,...
- Eliminación de Barreras Arquitectónicas.
- Ayudas Técnicas y Mobiliario adaptado para aulas de Educación Especial: mesas y sillas adaptadas, atriles, adaptadores de lápices,...
- Ayudas Técnicas y Mobiliario adaptado para Clínicas: camas, colchones antiescaras, grúas, arneses,...
- Ayudas Técnicas y Mobiliario adaptado para domicilios de discapacitados.
- Montaje de Departamentos de Rehabilitación: terapia ocupacional, material para recuperación funcional y cognitiva.

Se detallan a continuación, algunas de las funciones desempeñadas por el terapeuta ocupacional en una unidad de daño cerebral:

“Dentro del equipo profesional, la finalidad de la terapia ocupacional es conseguir mediante el entrenamiento funcional de las AVD tanto básicas como instrumentales.(...)”. Perfil profesional Hospital Beata Maria Ana. Unidad de daño cerebral.

Áreas del desempeño: AVD (básicas e instrumentales), actividades prevocacionales y laborales y actividades de ocio.

Componentes de desempeño ocupacional: sensoriomotóricos, cognitivos y de integración cognitiva, componentes psicológicos y habilidades psicosociales, y todo ello teniendo en cuenta los contextos de actuación de la persona: aspectos temporales, medio-ambientales entre otros.

El tratamiento de la persona con daño cerebral utiliza técnicas de adaptación individual, y técnicas de adaptación del entorno.

Por último cabría mencionar:

“(...) entre los objetivos fundamentales de la T.O se encuentran reeducar al paciente en actividades básicas de la vida diaria como la deglución, la realización de las transferencias, el aseo, vestido, o alimentación y en actividades instrumentales que requieren una mayor participación de los procesos cognitivos superiores tales como la preparación de alimentos, el manejo del dinero y la realización de compras, utilización de medios de transporte, la elaboración de presupuestos, etc. Asimismo, estos profesionales valoran la necesidad de diferentes ayudas técnicas y asesora sobre otras adaptaciones, tanto encaminadas al paciente como a la adecuación del propio domicilio.” Perfil profesional Hospital Beata Maria Ana. Unidad de daño cerebral.

MEDIOS DE DIFUSIÓN.

- **REVISTA INFORMATIVA DE LA APETO:** desde 1972 por la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales, constituye la única revista especializada en terapia ocupacional publicada en nuestro país. Cuatrimestral. ISSN: 1575-5606
- Revista Electrónica de Informática en Terapia Ocupacional. REITO: **desde 1998. Primera y única revista electrónica específica de terapia ocupacional en España.** ISSN: 1576-5385.
- Páginas web Universidades.
 - Universidad de Castilla La Mancha: <http://www.uclm.es/to/terapiaocup/>.
 - Universidad Complutense de Madrid: <http://www.ucm.es/dosis>
 - Universidad Europea de Madrid CEES: <http://www.uem.es/programs/titulac/terapia.htm>
 - Universidad de Zaragoza: <http://wzar.unizar.es/servicios/primer/tit/ asignaturas/51/13106.html>
 - Universidad Alfonso X el Sabio: <http://www.uax.es/titulaciones/carreras/terestu.htm>
 - Universidad Rey Juan Carlos: <http://www.cs.urjc.es>
 - Universidad de Zaragoza: http://www.unizar.es/enfez/planes/estudios_to.html
 - Universidad Autónoma de Barcelona: <http://www.uab.es/estudis/terapiaocupacional.htm>
 - Universidad de la Coruña: <http://www.udc.es/planes/653011.asp>
 - Universidad de Extremadura: http://www.unex.es/enfermeria/dip_terapia/dip_terapia_plan_estudios.htm
 - Universidad de Granada: <http://goteron.ugr.es/servlet/PlanServlet>
 - Universidad Miguel Hernández: <http://www.umh.es/titulaciones/titulacion.asp?tit=29>
 - Universidad de Vic: <http://www.uvic.es/eucs/terapia.html>
 - Universidad de Salamanca: <http://psicologia.usal.es/terocup.htm>
 - Universidad Autónoma de Madrid. Centro de Estudios La Salle. http://www.uam.es/otroscentros/escuelasalle/diplomaturas/terapia_cupacional.html

- Páginas web asociaciones:
 - www.apeto.org
 - www.terapia-ocupacional.com/APTOCAM/index.html
 - www.terapeutaocupacional.com
 - <http://groups.msn.com/aptoc>
- Portales de Terapia Ocupacional
 - <http://www.terapia-ocupacional.com>
- URL's específicas sobre Terapia Ocupacional:
 - <http://perso.wanadoo.es/oscar-to>
 - www.eureka.ya.com/terapeuta/spain/terapia_ocupacionalc.htm
 - www.esterapia.com
- **Revistas de Terapia Ocupacional en otros idiomas:**

En inglés:

 - **AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY.** Publicación oficial de periodicidad mensual de la *American Occupational Therapy Association*, desde 1947.
 - **OCCUPATIONAL THERAPY IN MENTAL HEALTH.** Revista publicada por la editorial Harworth Press, desde 1980, dedicada a la práctica de la terapia ocupacional en el campo de la salud mental.
 - **PHYSICAL AND OCCUPATIONAL THERAPY IN PEDIATRICS.** ISSN 0194-2638. Desde 1980
 - **PHYSICAL AND OCCUPATIONAL THERAPY IN GERIATRICS.** ISSN 0270-3181. Desde 1980
 - **OCCUPATIONAL THERAPY IN GERIATRICS.** Publicada también por Harworth Press, desde 1981, y enfocada a la práctica de la terapia ocupacional en el campo de la geriatría.
 - **JOURNAL OF THE WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS (WFOT).** Editada por la World Federation of Occupational Therapists.
 - **BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY.** Londres. Revista oficial del *College of Occupational Therapists* inglés. Mensual. Desde 1974
 - **CANADIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY.** Ottawa. Publicación oficial de la Canadian Association of Occupational Therapists. Mensual. Desde 1939

- o **OCCUPATIONAL THERAPY JOURNAL OF RESEARCH.** Publicación de la *American Occupational Therapy Foundation*, editada desde 1981 y centrada en la investigación en terapia ocupacional.
- o **JOURNAL OF OCCUPATIONAL SCIENCE.** Publicada, desde 1993, en Australia por la University of South Australia, y en la que se recogen las investigaciones desarrolladas desde la Ciencia Ocupacional.
- o **AUSTRALIAN OCCUPATIONAL THERAPY JOURNAL.** Blackwood. Revista oficial de la Australian Association of Occupational Therapists. Mensual. Desde 1951
- o **OCCUPATIONAL THERAPY INTERNATIONAL.**
- o **OCCUPATIONAL THERAPY AND REHABILITATION**
- o **CURRENT AWARENESS TOPICS SERVICE. OCCUPATIONAL THERAPY INDEX.** ISSN 0950-6675. Desde 1987
- o **OCCUPATIONAL THERAPY IN HEALTH CARE.** ISSN 0738-0577. Desde 1984
- o **OCCUPATIONAL THERAPY NEWS (LONDON).** ISSN 0969-5095. Desde 1993
- o **TERAPIA OCUPACIONAL.** ISSN TERA-OC00. Editada en Brasil.

En francés:

- o **JOURNAL D'ERGOTHÉRAPIE.** Revista publicada desde 1965 por la editorial Masson, en París, y auspiciada por la l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes. ISSN 0249-6550
 - o **REVUE QUEBÉCOISE D'ERGOTHERAPIE.** ISSN 1192-0238. Desde 1992
- Otras publicaciones relacionadas con la terapia ocupacional y en las que pueden encontrarse artículos y textos relacionados con la materia son:
 - o **REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA.** Barcelona y Madrid. Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
 - o **MODERN GERIATRICS.** Barcelona y Madrid. Editada en Castellano por DOYMA.
 - o **GERONTOLOGY. INTERNATIONAL JOURNAL OF EXPERIMENTAL, CLINICAL AND BEHAVIORAL**

GERONTOLOGY. Revista de la Asociación Internacional de Gerontología.

- o BOLETÍN DEL REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALÍA. Madrid. Secretaria Ejecutiva del Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Cuatrimestral.
 - o MINUSVAL. Madrid. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Trimestral.
 - o 60 Y MÁS. Madrid. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Trimestral.
 - o BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL. Madrid. Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. Trimestral.
 - o BOLETÍN DE DOCUMENTACIÓN. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Droga.
 - o FUENTES UNESCO. Mensual.
 - o GERONTOLOGÍA. Barcelona: Instituto de Sociología y Psicología Aplicadas. Cuatrimestral.
 - o REVISTA DE ESTUDIOS PENITENCIARIOS. Madrid: Ministerio de Justicia, Centro de Publicaciones. Trimestral
 - o THE JOURNAL OF COGNITIVE REHABILITATION. ISSN 1062-2969. Desde 1991
- **Rehabilitación. ISSN 0048-7120**

- Accesible (Revista de FAMMA) **Galileo, 69 28015 Madrid**
Tel.: 91 593 35 50 / 594 21 53 Fax: 91 593 92 43
E-mail: accesible@famma.org
<http://www.famma.org>

- **Adela Informa (Revista de la Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica)**
Hierbabuena, 12 bajo 28039 Madrid
Tel.: 91 311 35 31 Fax: 91 459 39 26
E-mail: mherranz@adelaweb.com
- **ALZHEIMER (Revista)**
Fuencarral, 127 4º izda 28010 Madrid
Tel.: 91 594 14 12 Fax: 91 594 14 24
E-mail: alzheimerteleline.es

- **ANDE (Revista)**
Avda. Rafaela Ibarra 75 28026 MADRID
Tel.: 91 569 65 48 / 469 03 91

- **Boletín del CEAPAT**
Los Extremeños, 1 28038 Madrid
Tel.: 91 778 90 61 Fax: 91 778 41 17
E-mail: ceapat@mtas.es

- **Cuadernos de Esclerosis Múltiple**
Fundación Española de Esclerosis Múltiple
Príncipe de Vergara 58 28006 MADRID
Tel.: 91 431 26 04 Fax: 91 431 39 33
E-mail: infofedem@fedem.org

- **INTEGRA
(Boletín de INICIO)**
Facultad de Psicología
Av. de la Merced 109-131 37005 SALAMANCA
Tel.: 923 29 46 95 Fax: 923 29 46 85
E-mail: inicio@usal.es

- **Mapfre Medicina**
Ctra. de Majadahonda- Pozuelo, Km. 3.500 28220 Majadahonda (Madrid)
Tel.: 91 626 55 00 / 57 04 Fax: 91 626 58 25 91
E-mail: infofmm@mapfremedicina.es
<http://www.mapfremedicina.es>

- **MINUSVAL**
Avda. de la Ilustración, s/n (c/v Ginzo de Limia, 28) 28029 Madrid
Tel.: 91 347 86 28
<http://www.seg-social.es/imserso/discapacidad>

- **POLIBEA (Revista)**
Ronda de la Avutarda, 3 28043 Madrid
Tel./Fax: 91 759 53 72
E-mail: publicaciones@polibea.com
<http://www.polibea.com>

- **Sobre Ruedas (Instituto Guttman)**
Garcilaso, 57 08027 Barcelona
Tel.: 93 351 22 90-11 Fax: 93 349 32 37
E-mail: institut@guttman.com
<http://www.guttmann.com>

Referencias bibliográficas.

-Moruno Miralles, Pedro. “Proyecto docente de la asignatura Teoría y Técnica de la Terapia Ocupacional III”. Capítulo 1. Universidad de Castilla-La Mancha. 2003.

-Moruno Miralles, Pedro. “Razonamiento clínico en terapia ocupacional: un análisis del procedimiento diagnóstico”. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. 2002.

Capítulo 3

La Terapia Ocupacional en el ámbito internacional.

Coordinadores:

Prof. Miguel Brea Rivero,
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos.

Prof. Rosa M^a Martínez Piédrola,
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos.

ORGANIZACIONES INTERNACIONALES RELACIONADAS CON LA DISCIPLINA DE TERAPIA OCUPACIONAL.

WFOT (WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS) FEDERACION MUNDIAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES.

a. Historia.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales WFOT comenzó su andadura en una reunión mantenida en Inglaterra en 1951, donde terapeutas ocupacionales sostuvieron un debate formal en el que había 28 representantes de varios países. El debate continuó en septiembre del mismo año en el Congreso de la Sociedad Internacional de Rehabilitación del Minusválido, celebrado en Estocolmo, Suecia.

En 1952 en Liverpool, Inglaterra, se constituyó una Comisión Preparatoria en la que estuvieron presentes representantes de siete países con asociaciones u organizaciones de Terapia Ocupacional y aprobaron la organización de asociaciones de otros tres países. Estas diez asociaciones, EEUU, Reino Unido (Inglaterra y Escocia), Sudáfrica, Suecia, Nueva Zelanda, Australia, Israel, India y Dinamarca, fundaron la World Federation of Occupational Therapists WFOT (Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales). En esta reunión, D^a Helen Willard de EEUU fue presidente temporal hasta la elección de los cargos. Los primeros cargos directivos elegidos fueron: Presidente, D^a Margaret B. Fulton, de Escocia; Primer Vicepresidente, D^a Gillian Crawford, de Canadá; Segunda Vicepresidenta, D^a Ingrid Pahlsson, de Dinamarca; Secretaria-Tesorera, D^a Clare S. Spackman, de EEUU; Asistente Secretaria-Tesorera D^a Glyn Owens, de Inglaterra.

En 1959 la WFOT fue admitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de las relaciones oficiales y en 1963 fue reconocida como Organización No Gubernamental (ONG) por las Naciones Unidas (ONU).

b. Objetivos.

La Constitución se desarrolló en la reunión de 1952 y en la actualidad se mantienen prácticamente invariables sus objetivos iniciales. Tal y como establece el artículo 2 de su constitución:

1. Actuar como organización internacional oficial para la promoción de la Terapia Ocupacional.
2. Llevar a cabo congresos internacionales.
3. Promover la cooperación internacional entre las asociaciones de Terapia Ocupacional, terapeutas ocupacionales, y entre todos estos y otros grupos profesionales aliados.
4. Mantener la ética profesional y avanzar en la práctica profesional y los estándares de la Terapia Ocupacional.
5. Promover unos estándares académicos para terapeutas ocupacionales reconocidos internacionalmente
6. Facilitar el intercambio internacional de estudiantes y puestos de terapeutas ocupacionales.
7. Facilitar el intercambio de información y publicaciones y fomentar la investigación.
8. Involucrarse en asuntos donde los conocimientos de la Terapia Ocupacional puedan contribuir a la creación, en general, de políticas en asuntos sanitarios de prevención, curación y rehabilitación.

Este mismo artículo declara que la misión de la Federación Mundial WFOT es la de promover la Terapia Ocupacional de manera internacional como un arte y una ciencia. La Federación respalda el desarrollo, el uso y la práctica de la Terapia Ocupacional de manera universal, demostrando su relevancia y contribución a la sociedad.

CREENCIAS FUNDAMENTALES

La Federación considera que:

- La terapia ocupacional es una valiosa contribución para llevar a cabo el desempeño ocupacional como determinante de la salud y bienestar de las personas.
- Esta puede influir, en el ámbito internacional, de manera positiva en la salud, el bienestar, la educación y la actividad laboral.
- La efectividad de la Federación depende de su contribución y colaboración con otras organizaciones internacionales.
- Esta puede influir de manera positiva para el desarrollo de la excelencia dentro de la profesión.
- La efectividad de la Federación depende de su capacidad de respuesta a las necesidades profesionales, asuntos y solicitudes de los miembros.
- Debe estar basada en la cooperación, criterios éticos y respeto mutuo en todos los niveles.
- Es una organización no política.
- El éxito de la Federación depende del desarrollo y mantenimiento de un liderazgo fuertemente vinculado al Consejo de la WFOT.
- Lo más valioso son sus miembros.

c. **Miembros constituyentes.**

En la actualidad (2002) hay 57 asociaciones de las cuales 8 son miembros Asociados. La Federación está vinculada directamente con esos 57 países en todo el mundo. Cada uno de ellos es miembro de la WFOT a través de su asociación nacional.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales reconoce diferentes tipos de miembros dentro de esta:

- Organizaciones afiliadas.
Un país que tiene una asociación de Terapia Ocupacional cuya constitución y programa educativo están aprobados puede ser miembro de la WFOT.
- Asociados afiliados.
Un país cuya constitución ha sido aprobada puede ser miembro asociado de la WFOT.
- Afiliado individual.
A través de las organizaciones nacionales, los terapeutas ocupacionales cualificados y los estudiantes de Terapia Ocupacional pueden ser miembros individuales de la WFOT y recibir el Boletín de la WFOT.

A continuación se señalan los países que hasta la fecha actual (2002) están reconocidos como miembros de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, así como el año en el que alcanzaron este reconocimiento.

PAÍSES MIEMBROS DE LA WFOT

País (Miembro de pleno derecho)	Año de entrada
Argentina	1970
Australia	1952
Austria	1978
Bangladesh	2000
Bélgica	1968
Brasil	1994
Canadá	1952
Chile	1980
Colombia	1976
Dinamarca	1952
Finlandia	1972
Francia	1964
Alemania	1958
Grecia	1992
Hong Kong	1984
Islandia	1976
India	1952
Indonesia	2000
Irlanda	1970
Israel	1952
Italia	2002
Japón	1972
Jordania	1992
Kenia	1976
Rep. de Corea	1998
Letonia	1998
Malasia	1990
Malta	1994
Holanda	1960
Nueva Zelanda	1952
Noruega	1958
Pakistán	1992
Filipinas	1968

Portugal	1964
Republica de China (Taiwan)	1986
Singapur	1992
Rep. de Sudáfrica	1952
España	1972
Sri Lanka	1992
Suecia	1952
Suiza	1962
Tanzania	2002
Thailandia	2002
Uganda	1996
Reino Unido	1952
Estados Unidos de Norteamérica	1952
Venezuela	1968
Zimbabwe	1990
País (Miembros Asociados)	Año de entrada
Bermudas	1992
Chipre	1996
República Checa	2000
Luxemburgo	1990
Islas Mauricio	1998
México	1998
Namibia	2000
Nigeria	1992
Eslovenia	2000
País (Miembros contribuyentes)	Año de entrada
Caribe	
CLATO	2002
COTEC	1994

Un miembro de la WFOT recibe el Boletín (revista profesional) dos veces al año, a través del cual éste puede estar informado de la actualidad internacional de la Terapia Ocupacional. El ámbito de las actuaciones profesionales de cada país es amplio y la WFOT promueve de manera activa las relaciones entre los países, los profesionales, docentes y estudiantes, y esas relaciones se amplían enormemente.

Los miembros tienen derecho a solicitar concesiones de investigación, a registrarse en OTION (Occupational Therapists International Network, Red Internacional de Terapeutas Ocupacionales) a través de la página web y buscar o proporcionar apoyo a otros colegas. Esta red también permite a los miembros acceder a información acerca de organizaciones no gubernamentales que contratan terapeutas ocupacionales para países en vías de desarrollo.

La Federación tiene más de 6000 terapeutas ocupacionales como miembros individuales y los países asociados representan a 160.000 terapeutas ocupacionales en el ámbito internacional. Muchas de estas personas trabajan de manera activa en equipos de gestión que estudian más de 50 iniciativas diferentes.

d. Estructura organizativa, funcionamiento y representación ejecutiva.

Estructura organizativa de gestión de WFOT.

La Federación Mundial dispone de dos órganos de gobierno, el Consejo y la Junta Directiva o Ejecutivo.

De acuerdo con el artículo 5 de la constitución de esta Federación, el CONSEJO sigue el siguiente reglamento:

- El Consejo está compuesto por la Junta Directiva o Ejecutivo junto con un delegado y dos subdelegados de cada una de las organizaciones miembro que podrán ser elegidos o seleccionados. Estos representantes deben ser terapeutas ocupacionales cualificados y miembros profesionales de sus respectivas organizaciones.
- El delegado y un subdelegado podrán asistir a todas las reuniones del Consejo así como expresar su opinión. El delegado de cada organización podrá emitir un único voto en representación de su asociación.
- Los delegados deben mantener su puesto al menos durante cuatro años, después de los que podrá ser reelegido o seleccionado nuevamente.

Funciones del Consejo:

- El Consejo de la Federación Mundial está encargado de:
- Guiar la política y regir sobre todos los asuntos de la propia Federación.
- Elegir o seleccionar los representantes directivos y los Coordinadores de Programa.
- Considerar las solicitudes para convertirse en miembros y miembros electos.
- Considerar las credenciales de los delegados y subdelegados.
- Determinar la política general de financiación.
- Designar comités o grupos de trabajo cuando resulte recomendable.
- Aprobar y reconocer programas de estudios en cualquier país que no sea aún miembro de pleno derecho de esta Federación.
- Adoptar los estatutos de la Federación.

La Federación Mundial está representada en el Consejo por 1 presidente, 2 vicepresidentes, un secretario honorario y un tesorero honorario. Todos los representantes de este Consejo deberán ser elegidos de entre delegados actuales o antiguos. Todos estos, a excepción del tesorero deberán cumplir mandatos de 4 años.

De acuerdo con el artículo 9 de la constitución de esta Federación, la JUNTA DIRECTIVA o EJECUTIVO sigue el siguiente reglamento:

- La Junta Directiva estará compuesta por el presidente, dos vicepresidentes, el secretario honorario, el tesorero honorario y el presidente anterior en términos de consejero. Con excepción de este último al menos tres de estos miembros del Ejecutivo deberán constituir quórum en la toma de decisiones.
- La Junta Directiva dirigirá los asuntos de la Federación de acuerdo a la política y directrices del Consejo.
- El Ejecutivo dirige los asuntos económicos y las funciones de los miembros de la organización.

Funciones de la Junta Directiva:

- El presidente presidirá las reuniones y será además presidente del Consejo.
- Los vicepresidentes asistirán al presidente en el desempeño de sus funciones y uno de ellos presidirá en ausencia del presidente.
- El secretario y tesorero honorarios son responsables de desempeñar aquellas funciones encomendadas por el presidente o la junta directiva.

- Los coordinadores de programa son responsables de llevar a cabo aquellas obligaciones encomendadas por el Consejo o Ejecutivo.

El Ejecutivo se reúne una vez al año y el Consejo lo hace cada dos años, con el fin de facilitar el trabajo de toda la organización.

WFOT emplea una estructura organizativa en forma de programas de gestión. Existen cinco áreas de programas (uno de ellos constituido por el propio Ejecutivo) que persiguen de forma conjunta los mismos objetivos generales de la organización. Todo el trabajo lo llevan a cabo coordinadores de programa que dirigen cada uno de los programas, jefes de equipo de proyecto y miembros del equipo de proyecto. Los coordinadores de programa supervisan las funciones y los plazos de tiempo de los equipos de proyecto o grupos de trabajo, que a su vez se rigen por planes de proyecto con presupuestos específicos.

Las cinco áreas de programa.

1. Estándares y Calidad.
2. Educación e investigación.
3. Promoción y desarrollo.
4. Cooperación internacional.
5. Programas del Ejecutivo.

El Ejecutivo y los Coordinadores de las otras cuatro áreas – Promoción y Desarrollo, Educación e Investigación, Cooperación Internacional, y Estándares y Calidad están solicitando la colaboración de terapeutas ocupacionales interesados en participar en la forma que deseen en cualquiera de estos proyectos.

Reuniones / Congresos.

Reunión del Ejecutivo provisional: El Ejecutivo y los coordinadores de programa se reúnen cada año.

Reunión del Consejo: El Ejecutivo, los coordinadores de programa y los delegados internacionales de cada país miembro se reúnen cada 2 años.

Congreso internacional: se realiza cada cuatro años.

Contactos internacionales.

La WFOT tiene fuertes e influyentes relaciones con un gran número de organizaciones internacionales. En el año 1959 la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales pasó a formar parte como miembro de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Trabaja desde entonces, estrechamente con la OMS en el ámbito tanto central como regional. La red regional está también disponible para los miembros, mediante conferencias y grupos de trabajo que debaten cuestiones en un ámbito más local (específico dentro de la región).

WFOT mantiene así, colaboración con la OMS y otros órganos internacionales de la salud no gubernamentales tales como, UNICEF, UNESCO, INIA, Rehabilitación Internacional RI, el Consejo Internacional en Discapacidad (International Council on Disability ICOD) y la Confederación Mundial de Fisioterapeutas (World Confederation of Physical Therapists WCPT), con quien mantiene una relación profesional completa.

Los embajadores de la Federación Mundial nombrados por el Ejecutivo para las diferentes regiones, son responsables de mantener estos contactos. Los embajadores son antiguos miembros de la Junta Directiva de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales que son seleccionados por el Consejo de la Federación Mundial como necesarios para promover el trabajo en ámbitos regionales. Estos embajadores tienen un extraordinario y destacado conocimiento de la Federación Mundial en relación a regiones concretas del mundo. Su papel es el de ofrecer apoyo y ayuda (siempre y cuando sea posible) en esas regiones, así como proporcionar información y consejo al Equipo directivo de la Federación Mundial.

Relaciones con organizaciones internacionales.

Organizaciones No Gubernamentales.

Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas.

Una Organización No Gubernamental (ONG) es cualquier grupo de ciudadanos voluntarios sin ánimo de lucro que se organizan de forma local, nacional o internacional. Dirigidos hacia una tarea concreta por personas con un interés común, las ONG pueden llevar a cabo una serie de servicios y funciones humanitarias, trasladar las preocupaciones de otros ciudadanos a los gobiernos, monitorizar políticas y fomentar la participación política en un ámbito comunitario. Aquellas que comparten los principios de las Naciones Unidas pueden trabajar directamente o indirectamente con esta organización. Ellos proporcionan análisis y experiencia, sirven como mecanismos de aviso inmediato y ayudan a monitorizar e implementar acuerdos y tratados internacionales. Algunas se organizan en torno a temas específicos como los derechos humanos, el medioambiente o la salud. Su relación con oficinas y agencias pertenecientes al sistema de las Naciones Unidas difiere en relación con sus objetivos, su lugar de reunión y su mandato.

Cerca de 160 ONG con programas e información sólida sobre asuntos de interés para las Naciones Unidas están asociadas al Departamento de Información Pública, proporcionando a las Naciones Unidas valiosos vínculos para las personas en todo el mundo. El Departamento de Información Pública ayuda a estas ONG a acceder y a diseminar información acerca de una gran variedad de asuntos en los que las Naciones Unidas está involucrada, para permitir así al público comprender mejor los propósitos y objetivos de esta organización.

Las ONG que están asociadas con el Departamento de Información Pública divulgan información sobre las Naciones Unidas, a sus miembros, y por tanto aumentando así el conocimiento y el apoyo a esta organización en el ámbito de la calle.

La divulgación incluye:

1. Dar publicidad a las actividades de las Naciones Unidas en todo el mundo sobre asuntos como la paz, la seguridad, el desarrollo social y económico, los derechos humanos, asuntos humanitarios y leyes internacionales.
2. Promover el cumplimiento de las Naciones Unidas y los años internacionales establecidos por la Asamblea General para centrar la atención del mundo en asuntos importantes relacionados con la humanidad.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales a través de sus lazos con sus agencias de Naciones Unidas y otras ONG internacionales participa activamente en la promoción de la Terapia Ocupacional.

Agencias internacionales con las que WFOT colabora.

AG: Grupo de colaboración sobre el envejecimiento con ONG y la OMS.

CBR: Agrupación de fuerzas, formada por la OMS, la Confederación Mundial de Fisioterapeutas (WCPT) y la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales sobre Rehabilitación Comunitaria.

CIOMS: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (Council for International Organisations of Medical Sciences)

CONGO: Conferencia de Organizaciones No Gubernamentales (Conference on Non-Governmental Organisations).

COTEC: Consejo de Terapeutas Ocupacionales para los Países Europeos

DPI: Personas Discapacitadas Internacional (Disabled Peoples International).

ECOSOC: Consejo Social y Económico (Economic and Social Council).

ICOD: Consejo Internacional sobre Discapacidad (International Council on Disability).

ILO: Organización del Trabajo Internacional (International Labour Organisation).

IRTAC: Mesa Redonda Internacional para el Avance del Asesoramiento (International Round Table for the Advancement of Counselling).

PAHO: Organización de la Salud Panamericana (OMS) (Pan American Health Organisation).

RI: Rehabilitación Internacional (Rehabilitation International).

SAP: Grupo de consulta sobre el abuso de sustancias con ONG y OMS (Consultation Group on Substance Abuse).

UN: Naciones Unidas.

UNDP: Programa del Desarrollo de Naciones Unidas.

UNDRO: Organizaciones para la Ayuda en Desastres de Naciones Unidas (United Nations Disaster Relief Organisations).

UNESCO: Organizaciones Educativas, Científicas y Culturales de Naciones Unidas (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisations).

UNICEF: Fondo para Niños de Naciones Unidas (United Nations Children's Fund).

WAPR: Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial (World Association for Psychosocial Rehabilitation).

WCPT: Confederación Mundial de Fisioterapia (World Confederation for Physical Therapy).

WFUNA: Federación Mundial de Agencias de Naciones Unidas (World Federation of United Nations Agencies).

WHO: Organización Mundial de la Salud (World Health Organisations).

WPR: Región del Pacífico Este (Western Pacific Region (WHO)).

e. Otros, convenios y subvenciones.

La Federación Mundial se financia con las cuotas que cada organización miembro debe abonar al inicio de cada año. El secretario o tesorero honorarios son responsables de que estas cuotas sean pagadas anualmente.

Además existen cuotas de miembros individuales y de miembros contribuyentes. Los primeros se refieren a terapeutas ocupacionales generalmente de países que no tienen organizaciones miembros en la Federación Mundial y en los segundos se incluyen personas, asociaciones profesionales o cualquier corporación interesada en el desarrollo de la Terapia Ocupacional en cualquier parte del mundo.

Proyectos especiales con ONG.

Participa de forma activa en la agrupación de fuerzas formada por la OMS, la Confederación Mundial de Fisioterapeutas y la propia Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, en la Rehabilitación comunitaria (CBR) que ya ha producido

un manual gráfico y de fácil lectura sobre “Fomentar el desarrollo de adolescentes con parálisis cerebral: una guía para trabajadores de la rehabilitación, 1993”, así como otros manuales sobre “Fomentar la independencia tras una lesión medular: un manual para trabajadores de la rehabilitación, 1996” y “Fomentar el desarrollo de niños y adolescentes con espina bífida e hidrocefalia: una guía para trabajadores de la rehabilitación, 1996”.

WFOT colabora también con la OMS y el Consejo de Terapeutas Ocupacionales para los Países Europeos COTEC, en un proyecto de investigación sobre garantía de calidad en los cuidados posteriores de personas que han sufrido un accidente cerebrovascular agudo.

Participa también con INIA en el desarrollo de un curso de formación multidisciplinario sobre los cuidados de las personas mayores diseñado para zonas del mundo donde comienza a surgir este problema.

Ayudas económicas y financiación.

WFOT se financia a través de las subscripciones de las asociaciones nacionales y miembros individuales. Igualmente, cualquier legado o donación es bienvenida.

La Fundación Thelma Cardwell de Concesión para la Educación y la Investigación proporciona oportunidades a todos los terapeutas ocupacionales para ampliar sus conocimientos, alcanzar destrezas especializadas y madurar profesionalmente a través del estudio y la investigación.

WFOT tiene además un Fondo de Participación del Consejo, financiando la formación de nuevas regiones y apoyando el desarrollo regional – fondo de préstamo.

COTEC (COUNCIL OF OCCUPATIONAL THERAPISTS FOR THE EUROPEAN COUNTRIES) CONSEJO DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES PARA LOS PAÍSES EUROPEOS.

a. Historia.

El Comité de Terapeutas Ocupacionales para las Comunidades Europeas COTEC (Committee of Occupational Therapists for the European Communities) se estableció inicialmente como un comité representativo de los terapeutas ocupacionales en las comunidades europeas. Se fundó en 1986 para coordinar la visión de las Asociaciones Nacionales de terapeutas ocupacionales de los entonces miembros de la Comunidad Europea. Y con el propósito de crear una herramienta política para el avance de la profesión de la terapia ocupacional. En mayo de 2001 el comité decidió cambiar el nombre de comité por el de *Consejo de Terapeutas Ocupacionales para los Países Europeos (Council of Occupational Therapists for the European Countries)*, con una visión de inclusión de aquellos países que no eran miembros de la Unión Europea pero formaban parte de Europa y compartían los mismos objetivos.

b. Objetivos.

De acuerdo al artículo 3 de la constitución de COTEC, el objetivo fundamental de este consejo es encaminar las asociaciones nacionales de Terapia Ocupacional en los países europeos hacia el desarrollo, armonización y mejora de los estándares de la práctica

profesional y la educación, así como al avance de la teoría de la Terapia Ocupacional a través de Europa.

c. Miembros constituyentes.

Puede ser miembro de COTEC cualquier asociación nacional de Terapia Ocupacional cuyo país forme parte del Área Económica Europea (declarada como tal en el acuerdo firmado en Oporto el 2 de mayo de 1992), así como cualquier asociación nacional de otros países europeos que sean miembros de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales.

En la actualidad (2002) estos son los países miembros de COTEC:

Austria,
Alemania,
Bélgica,
Chipre,
República Checa,
Dinamarca,
Finlandia,
Francia,
Grecia,
Islandia,
Irlanda,
Italia,
Letonia,
Luxemburgo,
Malta,
Holanda,
Noruega,
Portugal,
Eslovenia,
España,
Suecia,
Suiza,
Reino Unido.

d. Estructura organizativa, funcionamiento y representación ejecutiva.

Organización

El Consejo de Terapeutas Ocupacionales para los Países Europeos está formado por la Junta Directiva de este junto con las asociaciones nacionales de los países europeos que lo forman. Estas asociaciones están representadas mediante delegados que asisten periódicamente a las reuniones del Consejo.

En la actualidad los miembros de COTEC se componen de 21 asociaciones nacionales de terapeutas ocupacionales. Las asociaciones nacionales de otro número de países participan en el consejo con estatus de observadores.

El Consejo establece grupos de trabajo que acometen y elaboran protocolos de actuación, guías de práctica profesional, coordinación con asuntos de la Unión Europea, organización de congresos, colaboraciones con otras entidades, etc.

El Consejo se reúne en sesiones plenarias dos veces al año para planificar y coordinar el trabajo de este. Estas reuniones se celebran en los diferentes países europeos y se llevan a cabo a través de la asociación que la celebra.

En los estatutos de su constitución, en su artículo 4 se hace referencia a los siguientes objetivos del Consejo:

- Actuar como vínculo entre los terapeutas ocupacionales, sus asociaciones nacionales y los países europeos.
- Mantener contacto con el desarrollo dentro de los países europeos y divulgar información concerniente a asuntos de interés para las asociaciones miembros.
- Recabar la opinión de las asociaciones miembros en temas relacionados con la Terapia Ocupacional y comunicar estos a la Comisión Europea y a cualquier otra institución relevante de los países europeos.
- Revisar los estándares de Terapia Ocupacional dentro de los países europeos y asesorar sobre las implicaciones de toda regulación relacionada con estos estándares, y la Directiva europea 21 de diciembre de 1988 sobre el sistema general de reconocimiento de diplomas de educación superior concedidos al finalizar la educación y formación profesional de al menos 3 años de duración (89/48/EEC).
- Fomentar la comunicación de las asociaciones nacionales con los respectivos gobiernos y otros órganos de gestión en sus respectivos países para negociar posibles cambios en la legislación.
- Apoyar el desarrollo de cursos y otros sistemas para los terapeutas ocupacionales que mejoren los estándares y métodos de la práctica profesional y la educación.
- Coordinar y apoyar la organización de congresos europeos para el avance de la Terapia Ocupacional.
- Recabar, desarrollar y diseminar cualquier información y material sobre Terapia Ocupacional.
- Colaborar con la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales y con la Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior así como en el intercambio de información.
- Desarrollar y mantener vínculos con otros grupos europeos de terapeutas ocupacionales para fomentar el intercambio de información y el desarrollo del profesionalismo.
- Promover la internacionalización en la educación con el propósito de avanzar en la calidad.
- Promover la libre participación de profesionales en Europa.

Además COTEC:

- ofrece una fuerte consejo profesional de asociaciones nacionales.
- apoya el desarrollo de las nuevas asociaciones nacionales, educación y servicios en Europa.
- elabora un código ético y otros estándares y motiva a las asociaciones a que hagan uso de ellos como documentos de trabajo.
- ofrece noticias en el desarrollo de la profesión en cada país miembro.

La Directiva del Consejo está compuesta por un presidente, un vicepresidente, un tesorero y un secretario que representarán al consejo y deberán ser elegidos por este por

un periodo de tres años. Esta Directiva se reúne extraordinariamente una vez al año y en sesiones ordinarias.

El Ejecutivo deberá planificar las reuniones basándose en las necesidades de las asociaciones nacionales.

e. **Otros, convenios y subvenciones.**

COTEC esta financiado enteramente por las asociaciones nacionales miembros de COTEC que contribuyen según el número de asociados que tiene.

Cada asociación debe pagar una cuota anual.

Los miembros contribuyentes deberán pagar cuotas cada dos años.

Estos que se citan a continuación, son algunos otros datos que consideramos de interés, en relación con el desarrollo y expansión de la Terapia Ocupacional a lo largo del territorio europeo:

- ✓ 47.078 terapeutas ocupacionales europeos son miembros de sus asociaciones nacionales. En Europa, una media de 25 terapeutas ocupacionales trabajan por cada 100.000 habitantes.
- ✓ En 18 de los 21 miembros de COTEC el título de terapeuta ocupacional está oficialmente reconocido.
- ✓ 12 de los 21 miembros de COTEC tienen los Mínimos Estándares de la Federación Mundial reconocidos por sus gobiernos.
- ✓ La mayoría de los países ofrecen cursos de reciclaje, los programas de especialización y Master se están empezando a desarrollar, y existen ya en la actualidad en Europa programas de doctorado.
- ✓ La duración media de los programas educativos es de tres a cuatro años. Y se requiere en torno a 1.280 de prácticas clínicas asistenciales.
- ✓ 15 países han adoptado el Código Ético propuesto por COTEC.
- ✓ En 11 de los 21 países miembros de COTEC existe un sistema de colegiación o registro dependiente del gobierno.

ENOTHE (EUROPEAN NETWORK OF OCCUPATIONAL THERAPY IN HIGHER EDUCATION) RED EUROPEA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EDUCACIÓN SUPERIOR.

a. **Historia.**

El entonces Comité de Terapeutas Ocupacionales para las Comunidades Europeas (COTEC) en la reunión celebrada en Abril de 1994 decidió elaborar un proyecto con el objetivo de crear una red de Terapia Ocupacional en Educación y presentarlo dentro de las convocatorias ERASMUS.

De esta iniciativa surgió la European Network of Occupational Therapy in Higher Education, ENOTHE (Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior), fundada oficialmente en una reunión celebrada en Aalborg (Dinamarca) en el año 1995.

La Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior fue fundada dentro del marco de la Unión Europea como iniciativa del actual Consejo de Terapeutas Ocupacionales para los Países Europeos y con el apoyo económico de ERASMUS. La Red se estableció por un periodo de duración ilimitado. Esta organización está regida por sus propios estatutos y dentro de las leyes y reglamentos aplicables de toda la Comunidad Europea y sus estados miembros.

En el momento de su creación, contó entonces con la participación de 44 escuelas de 17 países. Entre estos miembros fundadores, figuraban 2 de las actuales escuelas universitarias españolas donde se imparten los estudios de Terapia Ocupacional: la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza, y la Escuela Universitaria de Terapia Ocupacional Cruz Roja de Tarrasa (Centro adscrito a la Universidad Autónoma de Barcelona).

ENOTHE es una organización sin ánimo de lucro formada, en la actualidad, por 117 escuelas-miembros o programas de estudio, 5 organizaciones en calidad de miembros contribuyentes y 3 miembros individuales contribuyentes.

Actualmente, está representado al menos 1 miembro de cada país de la Unión Europea, en forma de programa de Terapia Ocupacional o institución, con la excepción de Luxemburgo, donde no existe ningún plan de estudios reconocido de Terapia Ocupacional, al haber sido reconocida la profesión recientemente. La Red tiene una notable representación en la educación en el ámbito europeo, tanto en estudios de pregrado como postgrado y está abierta a todos aquellos planes de estudio europeos interesados que se muestren comprometidos con los objetivos mencionados en sus estatutos.

En el año 2002 figuran como miembros constituyentes 120 escuelas correspondientes a 32 países.

A fecha de hoy son 7 las escuelas de Terapia Ocupacional españolas que están integradas como miembros de la Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior:

- Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza.
- Escuela de Terapia Ocupacional Universitaria Cruz Roja de Tarrasa (U. Autónoma de Barcelona).
- Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.
- Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos de Alcorcón, Madrid.
- Facultad de las Ciencias de la Salud de la Universidad Alfonso X el Sabio de Villanueva de la Cañada, Madrid.
- Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Vic, Barcelona.
- Universidad Europea CEES de Madrid.

Desde 1997 ENOTHE está financiada por la Comisión Europea como parte del Programa Sócrates/Erasmus en calidad de Proyecto de Red Temático. Tal y como se define en el objetivo de una Red Temática, esta organización pretende “definir y desarrollar una dimensión europea u otros asuntos de interés común en el ámbito de una disciplina académica, a través de la cooperación entre universidad (facultades o departamentos) y asociaciones profesionales o académicas. Tal cooperación debería tener un impacto duradero y generalizado en un gran número de instituciones dentro o entre las áreas de una disciplina específica”.

b. Objetivos.

El propósito general del Proyecto de Red Temático ENOTHE es el de permitir a los centros europeos de educación en Terapia Ocupacional y a las asociaciones profesionales de Terapia Ocupacional servir de vínculo para la Terapia Ocupacional, con el objeto de desarrollar, armonizar y mejorar los estándares educativos y de la práctica profesional así como avanzar el área de conocimiento de la Terapia Ocupacional por toda Europa.

Los siguientes artículos han sido tomados de los estatutos de ENOTHE.

Artículo 3.

Objetivos generales:

1. Unificar los programas europeos de educación en Terapia Ocupacional y otros planes propuestos (Centros, Escuelas y Universidades, etc) para avanzar la educación y el cuerpo de conocimiento de la Terapia Ocupacional.
2. Colaborar con el Consejo de Terapeutas Ocupacionales para los Países Europeos COTEC en la promoción de la educación en Terapia Ocupacional en Europa.

Objetivos específicos:

1. Avanzar en la internacionalización de la educación en Terapia Ocupacional e intercambiar información sobre los Contratos Institucionales de las redes existentes y otras iniciativas de colaboración en el ámbito de la educación en Terapia Ocupacional.
2. Promover la dimensión europea en los planes de estudios de Terapia Ocupacional.
3. Estimular los estándares europeos en educación superior, teniendo en cuenta los estándares de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales WFOT, las Declaraciones europeas de Bolonia y Praga y los métodos de garantía de calidad, con el objeto de alcanzar un reconocimiento común.
4. Fomentar el desarrollo de la educación continuada en Terapia Ocupacional, incluyendo el desarrollo conjunto de programas europeos y de educación.
5. Organizar conferencias, reuniones y talleres.
6. Promover, proporcionar ayuda y/o crear posibilidades para los estudiantes y/o intercambio de profesorado (especialmente a programas que aún no pertenecen a una red o que están buscando vínculos entre pequeñas redes diferentes).
7. Proporcionar ayuda a instituciones que deseen comenzar programas de educación en Terapia Ocupacional (por ejemplo en las regiones de la Europa del Este y Central) así como aconsejar sobre recursos potenciales.
8. Representar a sus miembros en COTEC, y exponer sus intereses, coordinar y proporcionar consultas a través de COTEC.
9. Establecer y mantener contactos e intercambio de información con otros órganos educativos dentro de Europa, así como con organizaciones nacionales fuera de la Unión Europea.

En la actualidad, los objetivos de esta red, están en concordancia con la Declaración de Bolonia y el Proyecto TUNING.

- Implementación de la metodología del Proyecto TUNING (incluyendo la garantía de calidad) en la educación en Terapia Ocupacional (respetando las diferencias culturales). A través de las siguientes actividades:
 - Crear uniformidad en la terminología de Terapia Ocupacional en el ámbito educativo y profesional, haciendo esta terminología accesible a terapeutas ocupacionales y profesores de habla no inglesa.
 - Desarrollar un sistema internacional de revisión de expertos en la educación en Terapia Ocupacional.
 - Facilitar la interacción e integración de instituciones educativas en Terapia Ocupacional de las regiones centroeuropeas y del este, mediante el apoyo y desarrollo de nuevos proyectos.
 - Apoyar a instituciones que comienzan a desarrollar programas de Terapia Ocupacional.
- Desarrollo de una dimensión europea en la educación en Terapia Ocupacional. A través de las siguientes actividades:
 - Explorar, identificar y promover la implementación de métodos de aprendizaje concernientes a la dimensión europea de Terapia Ocupacional accesibles a todos los estudiantes a través de Internet.
 - Fomentar la movilidad de estudiantes y profesorado.
- Desarrollo de la educación continuada y formación en investigación en Terapia Ocupacional. A través de las siguientes actividades:
 - Desarrollar un taller/módulo master europeo sobre Ciencia de la Ocupación.
 - Desarrollar una base de datos científica que consolide la Ciencia Ocupacional.
 - Establecer una sinergia entre el área de la educación en Terapia Ocupacional y las redes de investigación.
- Desarrollo de métodos (innovadores) de enseñanza. A través de las siguientes actividades:
 - Recoger información sobre lo que se está llevando a cabo en Europa y sobre cómo se enseñan las destrezas profesionales y prácticas en el ámbito educativo europeo de Terapia Ocupacional para desarrollar una práctica adecuada.
 - Desarrollar una página web y unas directrices informativas sobre el aprendizaje basado en el problema en la educación en Terapia Ocupacional.
 - Difundir los resultados a través de un entorno de aprendizaje vía Internet (Proyecto OTIS-Ten Telecom), fomentar la implementación de los resultados en un entorno accesible a través de Internet.

c. Miembros constituyentes.

Tal y como se menciona en la sección 2 de los estatutos de la Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior ENOTHE, existen 3 tipos de miembros en esta organización de ámbito universitario:

- Cualquier plan de estudios de Terapia Ocupacional europeo, que se muestre interesado y comprometido con los objetivos descritos, puede solicitar su participación en ENOTHE como miembro de pleno derecho.
- Cualquier organización o individuo igualmente comprometido con los objetivos de ENOTHE puede también solicitar su inclusión como miembro contribuyente.

Unos y otros pueden participar en las actividades organizadas por la Red. En cambio, sólo los miembros de pleno derecho tienen la posibilidad de acceder a la Junta Directiva.

Actualmente, los países que tienen uno o más programas de estudios representados en la Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior son los siguientes:

- Alemania
- Austria
- Bielorrusia
- Bélgica
- Croacia
- Dinamarca
- Eslovenia
- España
- Estonia
- Finlandia
- Francia
- Georgia
- Grecia
- Holanda
- Islandia
- Italia
- República de Irlanda
- Letonia
- Lituania
- Malta
- Noruega
- Polonia
- Portugal
- Reino Unido (Inglaterra, Escocia, País de Gales)
- República Checa
- Rumania
- Rusia
- Suecia
- Suiza
- Túnez
- Yugoslavia

d. Estructura organizativa, funcionamiento y representación ejecutiva.

El equipo de gestión está compuesto por las personas responsables de gestionar la Red y realizar el seguimiento del Proyecto Sócrates. El equipo está compuesto por:

- La Junta Directiva (compuesta por 6 miembros).
- El Coordinador de Red o Jefe Ejecutivo (1 miembro).

Más allá de la responsabilidad en la participación de las diferentes regiones europeas, cada miembro de la directiva es responsable de actividades específicas y de los

resultados establecidos en el plan de trabajo del Proyecto de Red Temático Sócrates. Cada miembro de la directiva está además vinculado a un grupo de trabajo, que dispone de su propio líder de proyecto y de una tarea concreta.

Tal y como se recoge en sus estatutos (Sección 3 y 4), la ENOTHE consta de dos órganos básicos:

Por una parte, la Junta Directiva, que estará constituida por 6 miembros (uno de ellos procedente de la Región de la Europa Central y del Este y un terapeuta ocupacional designado por COTEC (Consejo de Terapeutas Ocupacionales para países Europeos). Los representantes de la Junta Directiva son un presidente, un vicepresidente, un secretario general, un tesorero, un miembro general de la Europa Central y del Este y una persona designada por COTEC.

Algunas de las funciones de la Asamblea General de ENOTHE, recogidas en sus estatutos son:

- La Asamblea General se trata de un órgano que recibe los informes de la Red para su posterior aprobación.
- Deberá reunirse al menos cada dos años.
- Cada miembro de pleno derecho o representante del programa de estudios tendrá derecho a un voto en cualquiera de los asuntos a debatir.
- El presidente y la secretaria general de la Junta Directiva deberán serlo también de la Asamblea General.

Por otra parte, la Asamblea General, constituida por un representante de cada escuela miembro de la Red.

Algunas de las funciones de la Junta Directiva de ENOTHE, recogidas en sus estatutos son:

- Esta asamblea es la responsable de aprobar las actividades que se llevarán a cabo. Así mismo, puede establecer grupos de trabajo para estudiar problemas específicos relacionados con los objetivos de la Red. Podrá igualmente solicitarse asesoramiento por expertos.
- Esta Junta deberá reunirse al menos dos veces al año.

Finalmente cabe reseñar que la localización de la oficina administrativa de la Red será determinada por la Asamblea General y deberá ostentarla por un periodo de cuatro años renovables. En la actualidad, esta oficina se encuentra en Amsterdam, Holanda.

Cabe destacar que además de estos órganos, la ENOTHE está organizada en grupos de trabajo que se han constituido para llevar a cabo proyectos relacionados con todos los objetivos mencionados anteriormente de esta organización. A continuación se citan los grupos que existen actualmente en la Red y los proyectos que se han llevado a cabo más recientemente o que se están desarrollando en los mismos:

Tema I: TUNING/ Armonización y garantía de calidad en la enseñanza de Terapia Ocupacional.

Proyecto A: Traducción de las Pautas Curriculares en Terapia Ocupacional de ENOTHE al italiano.

Proyecto B: Unificación de la Terminología en Terapia Ocupacional.

Proyecto C: Desarrollo de un sistema de evaluación externa.

Proyecto D: Facilitar la interacción entre proyectos de las instituciones de Terapia Ocupacional de la Europa Central y del Este y las de la Unión Europea.

Proyecto E: Junto con un asesor de Tuning, seguir el proceso y presentar las recomendaciones necesarias para implementar apropiadamente este proyecto Tuning (definir las competencias específicas del segundo ciclo).

Tema II: Desarrollo de la dimensión europea dentro del currículum de Terapia Ocupacional.

Proyecto A: Desarrollo en Internet de los temas centrales sobre la Dimensión Europea en Terapia Ocupacional.

Tema III: Desarrollo de la formación continuada y la investigación en Terapia Ocupacional.

Proyecto A: Desarrollo de un taller sobre justicia ocupacional.

Proyecto B: Desarrollo de una base de datos científica que sustente la Ciencia Ocupacional.

Proyecto C: Actualización del “paquete de autoaprendizaje” de Internet y la bibliografía que lo sustenta.

Proyecto D: Estudiar las posibles conexiones entre los cursos de Master y la investigación en Terapia Ocupacional y la Asociación Danesa de Terapia Ocupacional.

Proyecto E: Explorar posibles conexiones con redes de investigación y desarrollar una red desde ENOTHE en cooperación con el Master Europeo.

Tema IV: Desarrollo de métodos innovadores en la enseñanza de Terapia Ocupacional.

Proyecto A: Desarrollo de una red de información y asesoría sobre “Aprendizaje Basado en la Resolución de Problemas”, incluyendo una página web.

Proyecto B: Desarrollo de pautas para el “Aprendizaje Basado en la Resolución de Problemas” en la enseñanza de Terapia Ocupacional.

Proyecto C: Recoger información sobre métodos de enseñanza de habilidades prácticas, que sean innovadores.

Proyecto D: Recoger y disseminar ejemplos de buena práctica sobre Terapia Ocupacional y aprendizaje por Internet.

Cada grupo de trabajo debe planificar las actividades que llevará a cabo y presentar los informes anualmente.

Estos grupos reciben feed-back de los miembros en las sesiones de discusión que se organizan en la Conferencia Anual y a través de cuestionarios.

La información de la página web sobre los grupos de trabajo se actualiza cada 3 meses. En la actualidad hay dos escuelas españolas participando en estos grupos.

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid participa en el Tema I.B. “Unificación de la Terminología”. Su participación se lleva a cabo en un grupo de trabajo en el que se lleva a cabo el desarrollo de una terminología uniforme y consensuada en Terapia Ocupacional en Europa, a partir de definiciones existentes en la literatura y mediante debate y consenso y posterior aprobación por diferentes escuelas, asociaciones profesionales y grupos de expertos de los distintos países europeos. Esta terminología será traducida a 7 idiomas y deberá ser accesible a través de Internet.

La Escuela Universitaria Cruz Roja (Universidad Autónoma de Barcelona) participa en el tema II.A. “Desarrollo de un módulo sobre la Dimensión Europea en Terapia

Ocupacional en Internet”. Este grupo ha diseñado y elaborado contenidos, y está llevando a cabo las experiencias piloto del curso de Internet “Occupational Therapy in Europe (Terapia Ocupacional en Europa)”.

En la actualidad se está llevando a cabo el segundo curso piloto con la participación de un grupo de 15 estudiantes de 10 escuelas europeas, entre ellos 3 de la Escuela Universitaria Cruz Roja.

Así mismo los miembros de la Red participan activamente en las discusiones que se llevan a cabo en la Conferencia Anual, facilitan la información que soliciten los grupos de trabajo sobre la institución relacionada con los objetivos planteados y diseminan información sobre la Red a la institución y país de origen.

También cabe destacar la participación de los estudiantes, que asisten a la Conferencia Anual, se organizan y participan en los diferentes grupos de trabajo que consideran relevantes. Así mismo, preparan sus propios talleres en la Conferencia. (Como ejemplo, para la conferencia de octubre de 2003 que tendrá lugar en Praga, hay inscritos ya 194 estudiantes).

e. Otros, convenios y subvenciones:

Desde 1997 ENOTHE está financiada por la Comisión Europea como parte del Programa SOCRATES/ERASMUS en calidad de Proyecto de Red Temático (Referencia 213870-CP-2-2002-1-NL-ERASMUS-TN). Así mismo recibe fondos de becas TEMPUS.

Además de la ayuda económica que recibe de estas dos becas, los recursos de esta Red son fundamentalmente dos:

- Las cuotas anuales de los miembros (cantidad que es determinada por la Asamblea General y propuesta por la Junta Directiva)
- Las aportaciones provenientes de donaciones, becas y subsidios.

ENOTHE mantiene un vínculo sólido con el Consejo de Terapeutas Ocupacionales para los Países Europeos COTEC, a través de las personas nombradas como enlace de ambas organizaciones.

Más allá de este lazo, la Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior mantiene contactos con la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales así como con la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud OMS.

ENOTHE tiene también convenios de colaboración con otras asociaciones profesionales como la Asociación Alemana de Terapeutas Ocupacionales, con otras organizaciones como Handicap International, así como con otras redes de investigación y redes de usuarios y consumidores.

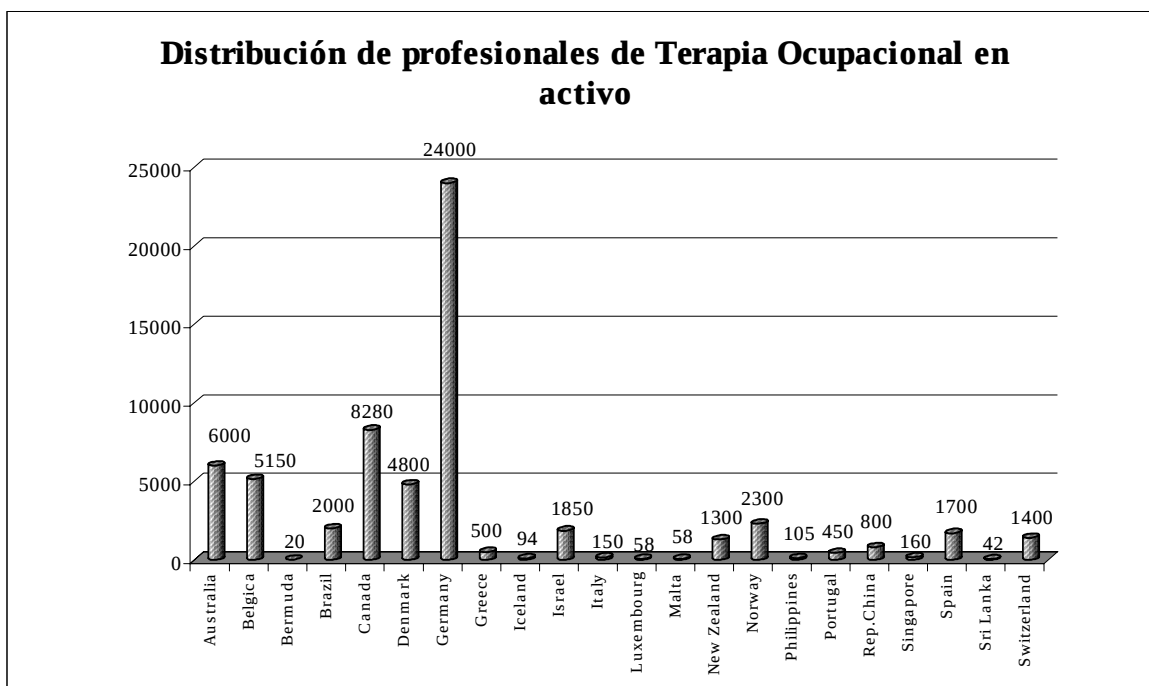
DATOS ESTADÍSTICOS Y OTRA INFORMACION DE INTERES SOBRE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EUROPA Y RESTO DEL MUNDO.

a. Número de profesionales en el ejercicio profesional.

La Terapia Ocupacional en la actualidad tiene una gran difusión mundial. El mayor número de profesionales se encuentra concentrado en todo el continente americano. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, en el año 2002,

constan 61.669 terapeutas ocupacionales en activo. El resto de los países muestran diferentes datos, pero de entre ellos, destacan Canadá y Australia. En Europa el número de terapeutas ocupacionales también crece con rapidez. Se estima que pueda haber un número cercano a 90.000 entre todos los países del continente europeo.

A continuación se muestran algunos datos cedidos por la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT):



Si analizamos el volumen de profesionales en activo en los diferentes países según los datos facilitados por la Federación Mundial de Terapia Ocupacional, vemos que la relación de profesionales por cada cien mil habitantes indica que los países con mayor número de terapeutas ocupacionales son los países del norte de Europa, Dinamarca y Suecia. En cambio, donde la proporción es más desigual es en los países mediterráneos. España cuenta con cuatro terapeutas ocupacionales por cada cien mil habitantes.

Sin embargo, si observamos la progresión en el crecimiento del número de terapeutas ocupacionales, la Red Europea de Terapia Ocupacional en Enseñanza Superior refleja un elevado porcentaje del aumento de profesionales de Terapia Ocupacional según los países Europeos (ver capítulo 4).

b. Número de Universidades donde se cursan los estudios de Terapia Ocupacional y nivel o grado de los estudios.

En **Europa**, el número de escuelas o instituciones universitarias donde se imparten los estudios de Terapia Ocupacional en cualquiera de sus formas (diplomatura, licenciatura, otros) es de 290. De todas estas, 119 son escuelas que pertenecen a la Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior (ENOTHE).

Por otro lado, y en relación con la duración de los programas de estudios que existen en los países que conforman el Consejo de Terapeutas Ocupacionales para los Países

Europeos (COTEC), el 60% tiene una duración de entre 3 y 3,5 años, mientras que casi en el 40% se extienden durante 4 años. El 31% de estos países ofrece además, la posibilidad de realizar un Master en Terapia Ocupacional, mientras que en sólo el 22% se puede acceder a programas de doctorado.

Por lo que respecta al **resto del mundo**, existen 350 escuelas o instituciones universitarias donde se imparten estos estudios.

Aquellos países con mayor representación en el ámbito académico en los estudios de Terapia Ocupacional son:

En **Europa**, Alemania está a la vanguardia con 150 instituciones, seguida por el 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.

Las instituciones universitarias españolas están representadas con prácticamente el 50% de estas en el ámbito europeo a través de la ENOTHE, lo que demuestra el deseo de aunar criterios en torno a Europa así como un creciente interés de participación por parte de toda la comunidad universitaria (docentes, investigadores y alumnos) en este ámbito europeo de educación superior.

En el **resto del mundo**, Estados Unidos está a la cabeza con 152 instituciones, seguida por Japón con 65, y ya de lejos por Australia con 19, Canadá con 16, Israel con 9, y Argentina y Sudáfrica, ambas con 8.

Por otro lado, cabe destacar que desde el año 1999 existe un **Master Europeo en Terapia Ocupacional (European Master of Science in Occupational Therapy)** que se desarrolla entre varios países europeos y con carácter internacional.

La Terapia Ocupacional se centra en el hecho de que la ocupación es una parte integral a la vez que compleja de la vida del ser humano. Por este motivo, desde esta disciplina, se cree necesario presentar una perspectiva ocupacional en el ámbito de la salud para mejorar la calidad de vida de los seres humanos. Para ello, se consideran necesarios profesionales con un nivel de grado Master para resolver y explicar toda la complejidad de la ocupación. En la actualidad, en países como Estados Unidos, Canadá y Australia, se propone un nivel de acceso a la profesión a través de un grado Master. Por este motivo, se creó este curso europeo de tipo Master, denominado Master Europeo en Terapia Ocupacional (European Master of Science in Occupational Therapy), que pretende cubrir el déficit existente en oportunidades específicas de postgrado para terapeutas ocupacionales en Europa.

La necesidad de un grado de Master en el ámbito europeo en Terapia Ocupacional incluye:

- avanzar en el estudio de las ocupaciones humanas dentro de las diferentes culturas y sociedades existentes.
- conseguir una armonía en la práctica ocupacional en Europa.
- desarrollar una práctica basada en la evidencia a través de la investigación en Terapia Ocupacional en Europa.
- desarrollar una conciencia multicultural.
- ampliar y mejorar la formación académica en Terapia Ocupacional dentro de la disciplina de la Terapia Ocupacional en Europa.

Este curso permite a todos los alumnos llevar sus conocimientos sobre la teoría de la Terapia Ocupacional a un nivel de postgrado, al tiempo que desarrollar sus capacidades de investigación hasta el punto de poder evaluar y mejorar su propia práctica profesional.

El curso se propone proporcionar un marco de trabajo para el aprendizaje del alumno que incluya investigación académica, razonamiento clínico y capacidades de reflexión, todo ello con el objeto de mejorar la intervención en los diferentes roles interrelacionados como clínico, administrador, educador e investigador.

Este grado de Master europeo internacional en Terapia Ocupacional es el primero que se realiza de este tipo. El grado es completamente internacional. Asisten alumnos de muchos países, el personal trabaja en diferentes países y el curso se realiza en varias ciudades europeas. Representa además una alianza entre varias instituciones europeas de ámbito universitario, que ha producido como resultado de la misma un programa de estudios que fomenta una dimensión europea en la profesión de la Terapia Ocupacional. Este programa innovador es el resultado de numerosos debates dentro de la Red Sócrates durante los últimos cinco años y que ha permitido crear un acuerdo de colaboración entre tres escuelas de Terapia Ocupacional, dentro de la Unión Europea. Se trata de la Hogeschool van Amsterdam de Amsterdam en Holanda, el Karolinska Institutet de Estocolmo en Suecia y la Escuela de Terapia Ocupacional y Fisioterapia de Naestved en Dinamarca.

El concepto de Master Europeo en Terapia Ocupacional fue ya debatido en reuniones de la Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior ENOTHE, desde 1995 hasta 1999. Uno de los objetivos de esta Red es precisamente fomentar el crecimiento de este programa de Master Europeo. El desarrollo del mismo ha sido financiado a través de becas Erasmus/Sócrates. Y esta financiación se ha mantenido durante los años 1997, 1998 y 1999, lo que indica la importancia que le conceden los representantes de la Unión Europea, responsables del desarrollo de esta clase de programas. Son muchas las asociaciones nacionales de Terapia Ocupacional, así como el Consejo de Terapeutas Ocupacionales para Países Europeos COTEC, que han mostrado además su apoyo a este grado de Master europeo.

El curso es modular (5 módulos), cada una de las 3 escuelas involucradas es responsable del desarrollo, la administración, la enseñanza y la valoración de uno o dos módulos específicos, mientras que todas ellas son responsables del módulo final. La carga total de estudio se corresponde con 1.680 horas.

El primer curso comenzó en septiembre de 1999 tras pasar un proceso de validación por parte del Consejo Holandés de Validación en junio del mismo año. El curso comenzó con 17 estudiantes: 5 suecos, 4 daneses, 6 holandeses, 1 austriaco y 1 esloveno. La ceremonia de inauguración del curso tuvo lugar en el edificio Nóbel del Instituto Karolinska, en Estocolmo, en septiembre de 1999. Y los primeros alumnos se graduaron en septiembre de 2001.

c. Número de escuelas universitarias de Terapia Ocupacional reconocidas por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales WFOT.

En **Europa**, de las 290 escuelas de Terapia Ocupacional que existen, **179 están además reconocidas por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT)**, o

lo que es lo mismo, cumplen los requisitos mínimos de formación académica en Terapia Ocupacional, recomendados por la Federación Mundial.

En España, desde que los estudios de Terapia Ocupacional adquirieran el grado de Diplomatura Universitaria, la Escuela Universitaria de Terapia Ocupacional de la Cruz Roja de Tarrasa es la primera escuela universitaria en haber adquirido este reconocimiento por la WFOT, en junio de 2000.

Sin embargo, resulta significativo que mientras en la mayoría de los países europeos (Reino Unido, Dinamarca, Suecia, Bélgica, Francia, Holanda o Noruega, entre otros), prácticamente el 100% de las instituciones están además reconocidas y avaladas por la Federación Mundial, (con la excepción de Alemania con el 50% aproximadamente), en España tan sólo el 6% de estas lo está (1 única escuela universitaria). Esto indica una necesidad de equiparar los programas, unificándolos bajo un estándar europeo de armonización como el que propone la Declaración de Bolonia.

Por lo que respecta al **resto del mundo**, existen **350 escuelas** o instituciones universitarias donde se imparten estos estudios. **Todas ellas están reconocidas por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT).**

d. Convenios de colaboración europea entre escuelas universitarias de Terapia Ocupacional.

Por otro lado, las escuelas universitarias españolas de Terapia Ocupacional tienen convenios de colaboración a través de los programas Erasmus con diferentes universidades europeas. Estos convenios incluyen intercambio de alumnos de la Diplomatura en Terapia Ocupacional así como intercambios del personal docente e investigador en esta misma diplomatura. De entre las diferentes escuelas, cabe destacar:

En Bélgica:

- Arteveldehogeschool en Gante.
- Hogeschool of Antwerpen en Antwerp.
- Hogeschool Parmas Dilbeek en Bruselas.

En Suecia:

- Goteborg University en Goteborg.
- Instituto Karolinska en Estocolmo.

En Dinamarca:

- Ergoterapeut-og Fysioterapeutenskolen en Aarhus.
- CVSU-University College of Health Funen, en Odense.

En Portugal:

- Escola Superior de Saúde do Alcoitao en Lisboa.
- Escola Superior de Tecnologia da Saude en Oporto.

En el Reino Unido:

- Brunel University en Londres, Inglaterra.
- Glasgow Caledonian University en Glasgow, Escocia.

En Holanda:

- Hogeschool Rotterdam en omstreken en Rotterdam.

En Suiza:

- Ecole d'études Sociale et Pédagogiques en Lausana.

e. Documentos y publicaciones de interés.

Dentro del panorama internacional existen numerosas publicaciones de importancia desde un punto de vista académico y profesional. De entre todas ellas nos parece de gran interés hacer referencia a aquellas que consideramos más relevantes para la disciplina de la Terapia Ocupacional, ya sea desde la perspectiva académica y docente como desde el plano estrictamente profesional.

A algunos de estos documentos, en su versión íntegra, se puede acceder a través de las páginas Web de algunas organizaciones a las que hace referencia el documento en cuestión. En otras ocasiones estos documentos tienen un coste adicional para aquellos que deseen adquirirlo. Los que citamos a continuación han sido traducidos al castellano, si bien la traducción que existe de los estándares mínimos no corresponde a la última revisión realizada en 2003.

Estándares mínimos de formación de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales WFOT.

Este es un documento elaborado por el Comité de Educación de la World Federation of Occupational Therapists para responder a las demandas de guías o consejos en programas para la formación del terapeuta ocupacional, y servir como un baremo para los países en los cuales ya existen dichos estudios.

Se toman como referencia los informes provenientes de la Organización Mundial de la Salud, Documento nº 239, Niveles Mínimos Aceptables para la Formación Médica, así como las sugerencias realizadas por los países miembros.

El primer documento elaborado por el Comité de Educación de la WFOT, en el que se señalaban los niveles mínimos para la formación de los terapeutas ocupacionales, fue aprobado por el Consejo de la Federación en la Conferencia de Edimburgo en 1954. En 1958 el Consejo publicó el documento “Establishment of a programme for the Education of Occupational Therapists”, que ha sido objeto de numerosas revisiones con el objeto de actualizar la terminología así como la adaptación a la evolución del concepto de salud- enfermedad, discapacidad- funcionamiento.

Revisiones: 1963, 1971, 1985, 1990, 1993, 1998, 2003.

Consta de 4 partes.

1º parte: Guía para adquirir el Nivel Mínimo de Instrucción de Terapeutas ocupacionales.

2ª parte: Nivel Mínimo para la formación de Terapeutas Ocupacionales.

⇒ Organización de un programa de terapia Ocupacional. Requisitos, puntos básicos en la organización de un plan de estudios, mantenimiento del nivel, papel de la asociación nacional y la WFOT. Contenido curricular del terapeuta ocupacional.

3ª parte: Aplicación por parte de la WFOT del programa/estudios de Formación de Terapia Ocupacional.

4ª parte: Informe de los países miembros a la WFOT del proceso de control de la formación.

Código Deontológico.

Tal y como establece el Consejo de Terapeutas Ocupacionales para los Países Europeos COTEC, el significado tradicional de la ética es aquel relacionado con un código de conducta considerado correcto, especialmente para un individuo, profesión o grupo en particular.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales WFOT diseñó un Código Deontológico que describe la conducta correcta de los terapeutas ocupacionales que ejercen en todos los campos de la Terapia Ocupacional. Este código sirve, además, de base a aquellos países que no disponen de uno propio para establecer unos principios éticos sobre la conducta profesional de los terapeutas ocupacionales.

La COTEC adoptó este mismo código deontológico, elaborando además un documento en el que establece unas normas de actuación en el ejercicio profesional de todos los terapeutas ocupacionales en el ámbito europeo.

El Código Deontológico hace referencia al terapeuta ocupacional en relación con:

- Atributos personales.
- Responsabilidad hacia el beneficiario de los servicios de Terapia Ocupacional.
- Conducta dentro del equipo de Terapia Ocupacional y dentro del equipo multidisciplinar.
- Desarrollo de los conocimientos profesionales.
- Promoción de la profesión.

Normas para la actuación en el ejercicio profesional de la COTEC.

En 1991 el Consejo de Terapeutas Ocupacionales para los Países Europeos COTEC, diseñó un código pensado para asistir a las asociaciones nacionales a establecer y desarrollar códigos nacionales propios. A este código lo denominó *Normas de actuación en el ejercicio profesional*.

Estas normas pretenden servir de ayuda para mantener unos adecuados niveles en la práctica profesional. Tal y como determinan estas normas, deben ser aplicadas de forma general, aunque puedan modificarse en relación con determinadas áreas de especialización durante el ejercicio profesional.

Las Normas de actuación en el ejercicio profesional han sufrido también alguna revisión. La última es del año 1996. En ella se hace referencia a los siguientes puntos relacionados con la práctica profesional del terapeuta ocupacional:

- Responsabilidad hacia el beneficiario de los servicios de Terapia Ocupacional.
- Registros e informes.
- Seguridad.
- Entidades contratantes.
- Promoción de la profesión.
- Relaciones profesionales.
- Información y desarrollo.
- Representación de la profesión.
- Publicidad.
- Formación en Terapia Ocupacional.

Referencias bibliográficas.

Todos los datos y cifras que aparecen en este capítulo han sido extraídos de documentos y publicaciones, así como de información proveniente de las páginas Web de las siguientes organizaciones:

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

- Consejo de Terapeutas Ocupacionales para los Países Europeos (Council of Occupational Therapists for the European Countries COTEC).
- Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior (European Network of Occupational Therapy in Higher Education ENOTHE).

Capítulo 4

Situación de los estudios de la Diplomatura en Terapia Ocupacional en España.

Coordinador:
Prof. Marta Pérez de Heredia Torres
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos.

PLANES DE ESTUDIO DE LAS DIFERENTES UNIVERSIDADES QUE INTEGRAN LA CONFERENCIA NACIONAL DE DIRECTORES DE ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE TERAPIA OCUPACIONAL.

Las Universidades que integran la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional poseen unos planes de estudios de reciente creación. Estas Universidades, y en concreto estos estudios, han buscado adecuarse a la normativa dictada por la LRU, como se puede advertir en el listado que se presenta.

El primer plan de Estudios para la obtención del Diploma Universitario en Terapia Ocupacional data del año 1990, pero como se observa se ha reformado recientemente. Estas modificaciones, la más reciente data del año 2002, se llevaron a efecto ya contemplando la necesidad de crear un espacio común europeo en las enseñanzas superiores (Declaración de Bolonia, 1991) y siguiendo una línea común con las universidades europeas que poseían convenios Sócrates/Erasmus con estas, con el objeto de facilitar el intercambio de alumnos, a través de los créditos ECTS (European Credit Transfer System).

Listado de planes de estudios de las Universidades Españolas que imparten los Estudios para la obtención de la Diplomatura en Terapia Ocupacional:

Universidad Autónoma de Barcelona
Real Decreto 2544/1944 de 29 de diciembre.
BOE 201 de 22 de agosto de 2000.

Universidad Complutense de Madrid
Por los Reales Decretos:
-614/1997 de 25 de abril
-779/1998 de 30 de abril
BOE 238 de 4 de octubre de 2000

Universidad de la Coruña
Real Decreto 1497/1987 de 27 de noviembre.
BOE 49 de 26 de febrero de 1999.

Universidad de Extremadura
Real Decreto 1497/1987 de 27 de noviembre.
BOE 34 de 9 de febrero de 1999.

Universidad de Granada

Real Decreto 1420/1990 de 26 de octubre.
BOE 202 de 24 de agosto de 1999.

Universidad Miguel Hernández de Elche

Real Decreto 1497/1987 de 27 de noviembre.
BOE 290 de 4 de diciembre de 2001.

Universidad Autónoma de Madrid

Real Decreto 170/2001 de 23 de febrero.
BOE 59 de 9 de marzo de 2001.
Real Decreto 1497/1987 de 27 de noviembre.
BOE 290 de 4 de diciembre de 2001.

Universidad de Zaragoza

Real Decreto 1420/1990 de 26 de octubre.
BOE 278 de 20 de noviembre de 1990.

Universidad Rey Juan Carlos

Real Decreto 1497/1987 de 27 de noviembre.
BOE 273 de 14 de noviembre de 1997.
BOE 171 de 18 de julio de 2002.

Universidad de Salamanca

Real Decreto 1497/1987 de 27 de noviembre.
BOE 296 de 11 de diciembre de 2000.

Universidad de Castilla-La Mancha

Real Decreto 1497/1987 de 27 de noviembre.
BOE 238 de 4 de octubre de 2000.

Universidad Alfonso X.

Real Decreto 1248/1999 de 16 de julio.
BOE 179 de 18 de julio de 1999.

Universidad Europea de Madrid.

Real Decreto 1037/2001 de 21 de septiembre.
BOE 238 de 4 de octubre de 2001.

Universidad de Vic.

Real Decreto 924/1999 de 28 de mayo.
BOE 138 de 10 de junio de 1999.

NOTA DE CORTE EN LOS ÚLTIMOS AÑOS Y DEMANDA DE LOS ALUMNOS EN LAS DIFERENTES UNIVERSIDADES QUE INTEGRAN LA CONFERENCIA NACIONAL DE DIRECTORES DE ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE TERAPIA OCUPACIONAL.

Según datos recogidos en abril de 2003 por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (<http://www.mecd.es>) en su “Estudio sobre la evolución de la oferta de los títulos universitarios oficiales de ciclo corto y largo, oferta de plazas y notas de corte en los centros propios de las Universidades Públicas, desde el curso 1993-94 hasta 2002-03”, así como de información extraída del listado de Universidades que imparten el Título de Diplomado Universitario en Terapia Ocupacional curso 2002-2003, podemos observar que la demanda de estos estudios no ha decrecido, aún teniendo en cuenta la ampliación de plazas que estos han sufrido en los últimos años al aumentar el número de universidades que lo imparten.

A continuación, se resumen algunos de estos datos, por cursos académicos, desde 1993-94:

CURSO 1993-1994

- ENSEÑANZAS / UNIVERSIDADES 2
- Nº DE PLAZAS 222
- PAU: 6,7
- FP: 8,13

CURSO 1994-1995

- ENSEÑANZAS / UNIVERSIDADES 3
- Nº DE PLAZAS 299
- PAU: 6,68
- FP: 8,22

CURSO 1995-1996

- ENSEÑANZAS / UNIVERSIDADES 3
- Nº DE PLAZAS 240
- PAU: 6,98
- FP: 8,27

CURSO 1996-1997

- ENSEÑANZAS / UNIVERSIDADES 3
- Nº DE PLAZAS 245
- PAU: 7,04
- FP: 8,40

CURSO 1997-1998

- ENSEÑANZAS / UNIVERSIDADES 4
- Nº DE PLAZAS 325
- PAU: 6,79
- FP: 8,53

CURSO 1998-1999

- ENSEÑANZAS / UNIVERSIDADES 6
- Nº DE PLAZAS 430
- PAU: 6,82
- FP: 8,66

CURSO 1999-2000

- ENSEÑANZAS / UNIVERSIDADES 7
- Nº DE PLAZAS 490
- PAU: 6,69

	- FP: 8,23	
<u>CURSO 2000-2001</u>	- ENSEÑANZAS / UNIVERSIDADES	7
	- Nº DE PLAZAS	490
	- PAU:	6,79
	- FP:	8,41
<u>CURSO 2001-2002</u>	- ENSEÑANZAS / UNIVERSIDADES	9
	- Nº DE PLAZAS	650
	- PAU:	6,48
	- FP:	8,18
<u>CURSO 2002-2003</u>	- ENSEÑANZAS / UNIVERSIDADES	9
	- Nº DE PLAZAS	655
	- PAU:	6,46
	- FP:	8,11

PERFIL DEL ALUMNO QUE CURSA LA DIPLOMATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL.

Después de más de diez años de experiencia docente en los estudios de la Diplomatura en Terapia Ocupacional, podemos afirmar que existen unos rasgos comunes en los alumnos que cursan dichos estudios. Estos datos han sido refrendados por encuestas de evaluación docente realizadas en las Universidades en las que se imparten estos estudios.

El alumno de Terapia Ocupacional accede a estos estudios llevado, en su gran mayoría por una actitud plenamente vocacional, habiendo elegido el 80% de ellos esta profesión como primera opción. En su mayoría son jóvenes, con un rango de edad de entre 17 y 19 años, siendo estos sus primeros estudios universitarios a los que han accedido, mayoritariamente, a través de la prueba de acceso a la Universidad (PAU). Acceden a estos estudios, habiendo conseguido unos resultados académicos superiores a 6,46 en esta prueba, y una puntuación superior a 8,11 los alumnos de formación profesional.

Dado el carácter sociosanitario de la profesión, ésta sigue siendo desarrollada en su mayoría por mujeres. De hecho, el 90% de los alumnos pertenecen a este sexo, situación que, sin embargo, parece estar cambiando. Actualmente, se observa un aumento del número de alumnos varones con referencia a promociones anteriores.

La dedicación a los estudios de la mayoría de estos alumnos es plena, con una implicación continua en el programa de formación, por lo que en general tan sólo el 5% de los alumnos compagina sus estudios con la actividad laboral. Son alumnos que sienten una gran motivación por el conocimiento de su profesión, tanto en nuestro país como en el resto de Europa. A este hecho se une la posibilidad de poner en práctica sus conocimientos en otros idiomas, mayoritariamente el inglés del que el 80% de los alumnos refiere hablar y entender.

Los alumnos valoran como rasgos de un terapeuta ocupacional la capacidad para empatizar con el paciente además de la comprensión, saber escuchar y una buena dosis

de paciencia. Además creen que la profesionalidad, creatividad y dedicación son valores que todo buen terapeuta ocupacional debe poseer.

En general, son optimistas con respecto a su futuro, esperando, la mayor parte de ellos, poder llevar a cabo el ejercicio de la profesión en un tiempo no superior a tres años.

NÚMERO DE ESTUDIANTES QUE CURSAN DICHOS ESTUDIOS.

El número total de alumnos que han cursado los estudios de la Diplomatura Universitaria en Terapia Ocupacional en España asciende a 3982, incluidos los 781 alumnos egresados de la extinta Escuela Nacional de Terapia Ocupacional.

El incremento de este número se espera que sea mucho mayor, ya que en la actualidad se encuentran cursando dichos estudios un total de 2415 alumnos entre todas las universidades españolas. Asimismo, tenemos que tener en cuenta que por lo menos esta cifra se incrementará todos los años en 830 alumnos más (contando únicamente con las plazas ofertadas por las universidades públicas o adscritas, no con las privadas).

El volumen de estudiantes de la Diplomatura en Terapia Ocupacional puede no resultar muy importante, comparado con otros estudios, pero debemos considerar que esta profesión se encuentra en expansión en nuestro país, y se prevé que la demanda de estos profesionales aumente llamativamente en los próximos años.

Según datos propios del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte recogidos en el documento sobre “La evolución del número de alumnos matriculados clasificados por ramas de enseñanza”, se observa que los estudios pertenecientes a las Ramas Técnicas y Ciencias de la Salud son los que a lo largo de los siete últimos años han sufrido un incremento de su demanda. En concreto, la rama de Ciencias de la Salud en el curso 2002-2003 ha tenido un incremento anual de 0,44.

A continuación, se detalla el volumen de alumnos matriculados y egresados de las Universidades Españolas que imparten los Estudios para la obtención de la Diplomatura en Terapia Ocupacional:

Universidad Autónoma de Barcelona

Curso 2003-2004	197 alumnos.
Nº de egresados	375 alumnos.

Universidad Complutense de Madrid

Curso 2003-2004	281 alumnos.
Nº de egresados	782 alumnos.

Universidad de la Coruña

Curso 2003-2004	161 alumnos
Nº de egresados	124 alumnos

Universidad de Extremadura

Curso 2003-2004	211 alumnos
Nº de egresados	153 alumnos.

Universidad de Granada

Curso 2003-2004	183 alumnos.
Nº de egresados	110 alumnos.

Universidad Miguel Hernández de Elche

Se ofertan 100 plazas por curso académico. En la actualidad 100 en cada curso de la Diplomatura.

Universidad Autónoma de Madrid

Curso 2003-2004	332 alumnos.
Nº de egresados	61 alumnos.

Universidad de Zaragoza

Curso 2003-2004	211 alumnos.
Nº de egresados	551 alumnos.

Universidad Rey Juan Carlos

Curso 2003-2004	208 alumnos.
Nº de egresados	280 alumnos.

Universidad de Salamanca

Curso 2003-2004	141 alumnos.
Nº de egresados	42 alumnos.

Universidad de Castilla – La Mancha

Curso 2003-2004	225 alumnos.
Nº de egresados	396 alumnos.

Universidad Alfonso X

Curso 2003-2004	57 alumnos.
Nº de egresados	201 alumnos.

Universidad de Vic

Curso 2003-2004	108 alumnos.
Nº de egresados	126 alumnos.

RECURSOS Y DEPARTAMENTOS IMPLICADOS EN LA DOCENCIA EN TERAPIA OCUPACIONAL.

En la actualidad el número de profesores implicados en la docencia de la Diplomatura en Terapia Ocupacional asciende a un total de 466. Los departamentos involucrados en esta formación son 89. Consideramos importante reseñar que más del 90% son profesores titulares.

El carácter práctico de nuestra profesión exige que todas las Universidades estén diseñadas para abordar requisitos de índole práctica, disponiendo así todas ellas de diversas aulas específicas (aularios) para la docencia. Estos aularios están convenientemente equipados con los medios audiovisuales necesarios, tales como retroproyectores, cañones y videoproyectores, así como con salas específicas para la realización de los créditos preclínicos, donde, dependiendo de la actividad a realizar, se

dispone de una variada selección de materiales específicos. Así, por ejemplo, en la sala de ortesis todas las universidades cuentan con material termoplástico, bateas, tijeras, y férulas u ortesis estándar. Además, con el fin de poder trabajar en la valoración y posterior entrenamiento de las Actividades de la Vida Diaria, la mayoría de las universidades cuentan con un apartamento en el que todas sus habitaciones están convenientemente adaptadas y equipadas para que el paciente pueda desarrollar en ellas las diferentes actividades. Las universidades que carecen de este recurso cuentan con salas convenientemente adaptadas con la misma función (alzas de inodoro, barras y asideros, asientos de baño, tablas de transferencias en la bañera, lavabos telescópicos, dispensadores de jabón, entre otros).

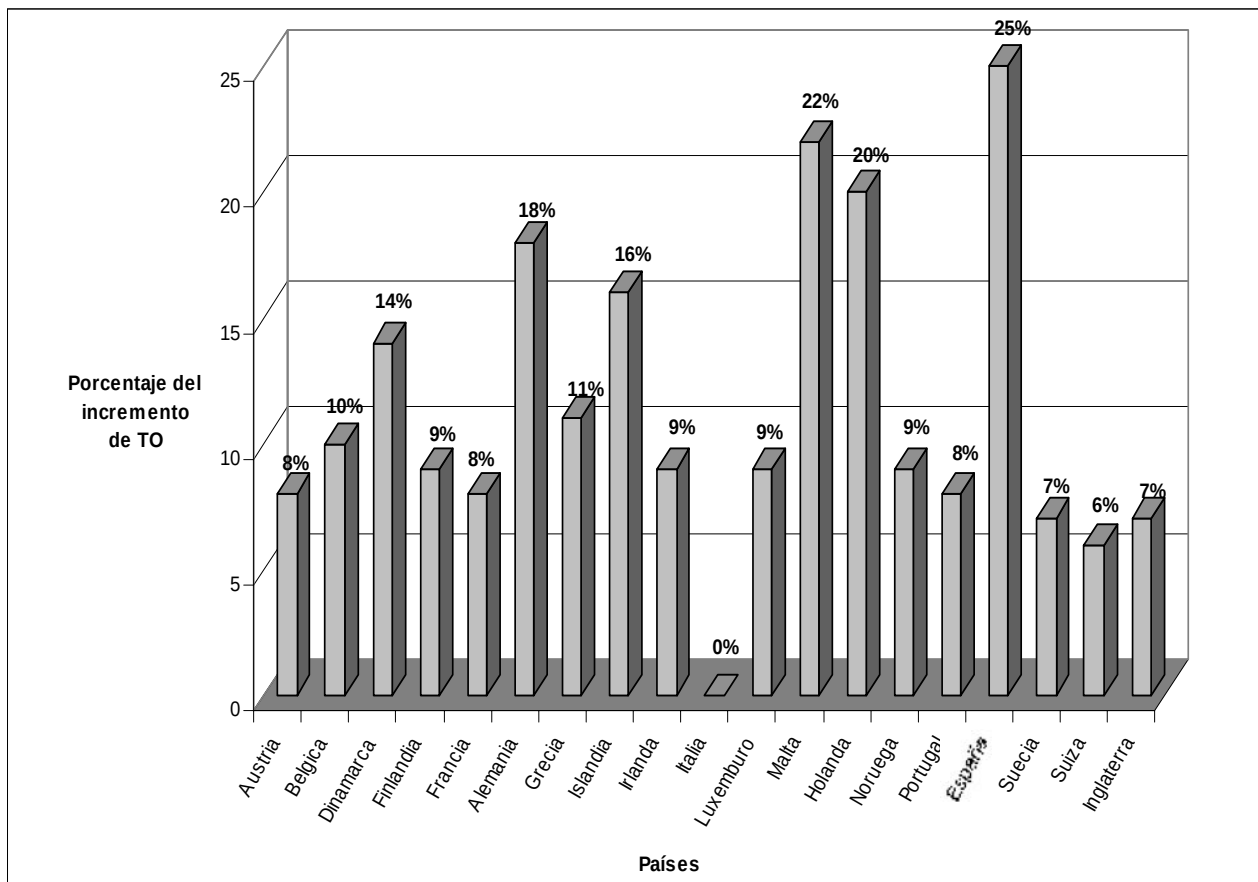
Otras instalaciones comunes a todas las universidades son el Aula Magna para el desarrollo de actividades como congresos, jornadas, seminarios, inauguraciones, clausuras de curso y celebración de exámenes. Cuentan además con una extensa biblioteca informatizada y bien documentada en todas las ramas científicas, sociales, educativas y sanitarias dotadas de amplias zonas de estudio. Para el ocio y tiempo libre la mayoría de las Universidades cuentan con zonas deportivas y de descanso.

PREVISIÓN DE AUMENTO DE LOS ALUMNOS DE TERAPIA OCUPACIONAL.

Si analizamos el volumen de profesionales en activo en los diferentes países, según datos facilitados por la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT), vemos que la relación de profesionales por cada cien mil habitantes indica que los países mejor dotados de terapeutas ocupacionales son los países del norte de Europa, Dinamarca y Suecia. En cambio, donde la proporción es más desigual es en los países mediterráneos. España, por ejemplo, cuenta con cuatro terapeutas ocupacionales por cada cien mil habitantes.

La Red Europea de Terapia Ocupacional en Enseñanza Superior refleja en la siguiente tabla el porcentaje del aumento de profesionales de Terapia Ocupacional en los países Europeos. Datos cedidos por la Red Europea de Terapia Ocupacional en la Enseñanza Superior (ENOTHE).

Porcentaje del aumento de profesionales de Terapia Ocupacional. Datos de la ENOTHE.



Si analizamos el índice de crecimiento por país, en cambio, observamos que el mayor incremento es el del territorio español. Estos datos nos llevan a reflexionar acerca del desarrollo de esta profesión en pocos años, que acercaría la posición de nuestro país a los más avanzados de Europa.

Si consideramos que la labor de los terapeutas ocupacionales se basa en:

- La asistencia para conseguir el máximo bienestar.
- La prevención de las enfermedades.
- El tratamiento para evitar secuelas o el agravamiento de una enfermedad crónica.
- La promoción y recuperación de las funciones biopsicosociales.
- La restauración de la función laboral.
- La disminución de los periodos de convalecencia.
- La promoción del reajuste social y de la integración de las personas.

Si observamos la evolución en ciertos países de la Terapia Ocupacional, como Estados Unidos, donde la Terapia Ocupacional ha avanzado hacia nuevos campos de actuación, como la prevención de bajas laborales y del fracaso escolar en entornos educativos, centrándose la actuación del terapeuta ocupacional en la adaptación del entorno. O, más recientemente, en la labor de este profesional en el tratamiento y asesoramiento de las

víctimas de acciones terroristas. O en la expansión que, en estos últimos años, la Terapia Ocupacional europea ha experimentado en el ámbito de la asistencia al individuo desde la comunidad.

Y si tenemos en cuenta, además, la aparición de la Ciencia de la Ocupación en el ámbito internacional (Estados Unidos y Australia fundamentalmente) como marco de referencia, que trasluce una inquietud dentro del mundo científico por este campo de actuación. O el nuevo enfoque de la OMS, al incidir y contemplar como parte sustancial en su nueva clasificación las actividades y la participación. O el cambio de mentalidad de las poblaciones que, día a día, demandan ante las autoridades sanitarias una atención mayor para aquellas personas que sufren una enfermedad, buscando tratamientos que les ayuden a lograr una mayor calidad de vida.

Y si, finalmente, reflexionamos ante las nuevas problemáticas que se presentan en las sociedades actuales, como la española, con el problema creciente de la inmigración y los conflictos de integración que produce...

Podemos decir que, a medida que los sistemas de asistencia médica, contextos políticos y ambientes sociales cambian, los terapeutas ocupacionales se enfrentan a nuevos desafíos. Hay una conciencia de las oportunidades crecientes para los terapeutas ocupacionales en la provisión de servicios y el potencial de lograr aumentar su labor, con el desarrollo en campos especializados. La competencia en la práctica profesional es una interacción e integración compleja de conocimiento, opinión profesional, razonamiento de orden superior, habilidades, valores y creencias. Para mantener la competencia y responder a la demanda de nuevos desafíos, los terapeutas ocupacionales tienen que ser flexibles y hábiles, promover cooperaciones eficaces para mejorar su servicio y continuar mejorando su base de conocimientos para responder a las demandas crecientes de la sociedad.

De todo lo anterior deducimos que la actividad del Terapeuta Ocupacional, único profesional a quien corresponde el deber y el legítimo derecho del ejercicio de la Terapia Ocupacional, se encuentra en un momento de expansión profesional. Así, hay que subrayar la importancia y trascendencia del contenido de la Terapia Ocupacional, que hacen de esta labor una realidad, no solo en el ámbito de la medicina curativa, sino también en la medicina preventiva o conservadora de la salud.

FORMACIÓN DE POSTGRADO

Con el objetivo de poder atender las necesidades de una sociedad, en la que cada vez existe una mayor especialización en todos los campos, las Universidades que imparten los estudios de Terapia Ocupacional ofrecen a sus estudiantes la posibilidad de una formación continua a través del desarrollo de cursos de Post-Grado en los que el alumno puede participar y proseguir así su formación.

Los cursos de post-grado se desarrollan en una gran variedad de campos que abarcan desde la Geriátrica, Rehabilitación social, Pediatría etc. Y buscan responder a las demandas que la sociedad establece hacia esta disciplina. Estos cursos intentan impartir una formación altamente específica, facilitando la consecución de experiencias que permitan al alumno adquirir una buena especialización en cada área.

En el siguiente listado se muestra una relación de los cursos de postgrado que se han realizado. Son un indicativo de la evolución de esta disciplina y la adecuación de la formación a los cambios que experimenta nuestra sociedad y el entorno europeo en estos momentos.

Universidad de Zaragoza.

- “El Rol de la Terapia Ocupacional en el campo Psicosocial”.
- “Rehabilitación Funcional del Traumatismo Craneoencefálico”
- “Oncología infantil y Terapia Ocupacional”.
- “Análisis cinesiológico de las Actividades de la Vida Diaria”.
- “Los trastornos de personalidad y su abordaje desde Terapia Ocupacional”.
- “Terapia Ocupacional en el Traumatismo Craneoencefálico”.
- “Terapia Ocupacional: Aplicación del Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner”.
- “Análisis de la Actividad de Carpintería Aplicada a Terapia Ocupacional”.

Universidad de Castilla-La Mancha.

“Curso de Especialista Universitario en Gerontología”.

Universidad Rey Juan Carlos.

“La Terapia Ocupacional en el Campo Psicosocial”.

Universidad de Vic.

- “Rehabilitación en Salud Mental: Un Modelo Interdisciplinar”.
- “Equitación Terapéutica”.

Universidad de Alcalá de Henares.

“Curso Monográfico de Terapia Ocupacional Geriátrica”.

Este capítulo se ha realizado gracias a la información de todas las universidades citadas en él.

RELACIÓN DE AUTORES

Prof. Adriana Ávila Álvarez. Universidad Da Coruña.

Dña. Ana Luz Zañartu Valenzuela. Diplomada en Terapia Ocupacional. Tutora de prácticas clínicas de Terapia Ocupacional. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

D. Ángel Sánchez Cabeza. Diplomado en Terapia Ocupacional. Tutor de prácticas clínicas de Terapia Ocupacional. Universidad Complutense. Madrid.

Dña. Anna de Pobes Cots Tutora de prácticas de la Escola Universitària Creu Roja", centro adscrito a la "Universitat Autònoma de Barcelona" - "Escola de Ciències de la Salut", "Universitat de Vic".

Dña. Anna Noguera Ballús Tutora de prácticas de la Escola Universitària Creu Roja", centro adscrito a la "Universitat Autònoma de Barcelona" - "Escola de Ciències de la Salut", "Universitat de Vic".

Prof. Beatriz Matesanz García.

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Dña. Begoña Andrés Delgado. Tutora de prácticas de la Escola Universitària Creu Roja", centro adscrito a la "Universitat Autònoma de Barcelona" - "Escola de Ciències de la Salut", "Universitat de Vic".

Prof. Betsabé Méndez Méndez

Escuela Universitaria de la Cruz Roja de Tarrasa, Universidad Autónoma de Barcelona.

Prof. Carlos Sánchez Camarero

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos.

Prof. Carmen García Pinto. Universidad Da Coruña.

Dña. Carmen García Siso.

Diplomada en Terapia Ocupacional.

Dña. Cristina Bonet Torres. Tutora de prácticas de la Escola Universitària Creu Roja", centro adscrito a la "Universitat Autònoma de Barcelona" - "Escola de Ciències de la Salut", "Universitat de Vic".

Prof. Cristina Labrador Toribio

Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle, Universidad Autónoma de Madrid.

Dña. Emilia Navarrón Cuevas

Diplomada en Terapia Ocupacional

Prof. Inés Viana Moldes. Universidad Da Coruña.

Prof. Jorge Teijeiro Vidal. Universidad Da Coruña

Dña. Julia Tebar López. Diplomada en Terapia Ocupacional. Tutora de prácticas clínicas de Terapia Ocupacional. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Dña. M. Pilar Bové Porta. Diplomada en Terapia Ocupacional. Tutora de prácticas de la Escola Universitària Creu Roja", centro adscrito a la "Universitat Autònoma de Barcelona" - "Escola de Ciències de la Salut", "Universitat de Vic".

Dña. M^a Angeles Domingo Sanz. Diplomada en Terapia Ocupacional.

Prof. M^a Jesús Calvo Til. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza.

Dña. María Teresa Martínez Calvo.
Diplomada en Terapia Ocupacional. Tutora de prácticas clínicas de Terapia Ocupacional. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Dña. Marta Comerma Serra
Dña. Marta García Peña. Diplomada en Terapia Ocupacional. Tutora de prácticas clínicas de Terapia Ocupacional. Universidad Complutense. Madrid.

Prof. Marta Pérez de Heredia Torres. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos.

Dña. Marta Soriano Sanz. Tutora de prácticas de la Escola Universitària Creu Roja", centro adscrito a la "Universitat Autònoma de Barcelona" - "Escola de Ciències de la Salut", "Universitat de Vic".

Prof. Miguel Brea Rivero Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos.

Prof. Nuria Máximo Bocanegra. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Dña. Olga Grané Traval. Tutora de prácticas de la Escola Universitària Creu Roja", centro adscrito a la "Universitat Autònoma de Barcelona" - "Escola de Ciències de la Salut", "Universitat de Vic".

Prof. Pedro Moruno Miralles Centro de Estudios Universitarios de Talavera de la Reina, Universidad de Castilla-La Mancha.

Prof. Ricardo Moreno Rodríguez. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos. Madrid

Prof. Rosa M^a Martínez Piédrola Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos.

Prof. Sergio Santos del Riego. Universidad Da Coruña.

Dña. Silvia Sanz Victoria. Tutora de prácticas de la Escola Universitària Creu Roja", centro adscrito a la "Universitat Autònoma de Barcelona" - "Escola de Ciències de la Salut", "Universitat de Vic".

Dña. Sonia Tàsies Rubió. Tutora de prácticas de la Escola Universitària Creu Roja", centro adscrito a la "Universitat Autònoma de Barcelona" - "Escola de Ciències de la Salut", "Universitat de Vic".

Dña. Susana Morón Casellas. Tutora de prácticas de la Escola Universitària Creu Roja", centro adscrito a la "Universitat Autònoma de Barcelona" - "Escola de Ciències de la Salut", "Universitat de Vic".

Documentos aportados pertenecientes a:

- Ilustre Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Aragón.
- APETO
- APTOCAM
- APTONA / NALATE
- Información referente a las asociaciones autonómicas aportada por:
- Ilustre Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Aragón.
- Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales.
- Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad Autónoma de Madrid, Asturias, Andalucía, Cataluña, Navarra, Euskadi, Galicia, Castilla León, Castilla la Mancha y Extremadura.