



INSTITUTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

***“HISTORIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN MÉXICO: UNA
APROXIMACIÓN A LOS CONTEXTOS QUE HAN DEFINIDO LA
IDENTIDAD PROFESIONAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES”***

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL

PRESENTA:

IRENE TORICES RODARTE

ASESORA:

MARIA CRISTINA HERNÁNDEZ LARA DE BOLAÑOS

MÉXICO, DF

AGOSTO DE 2012

DEDICATORIAS

A mi madre, hermanas, a Miguel y Ana, sin cuyo apoyo, muchos de los proyectos que emprendo no serían posibles, por todo lo que han hecho y seguro seguirán haciendo para acompañarme, mi eterno agradecimiento.

A “Chacho” que siempre me recibe dando saltos y meneando la cola, por recordarme que no todo es trabajo, que también hay que asolearse y pasear de vez en diario para sentirse contento.

Y muy especialmente a Javier, mi motivo y motor para iniciarme en la Terapia Ocupacional, sin saber yo ni lo que era ésta profesión y, a mi padre por su insistencia en que no estudiara medicina y me dedicara a la docencia. Sus palabras y su legado en el cuidado de la salud me han llevado a hacer de todo (incluyendo la docencia y atención a la salud), aunque aun tengo que aprender a “capar puercos” y “hacer limpias”.

..... en otra vida quizás.

RECONOCIMIENTOS

Al alumnado de la Licenciatura en Rehabilitación de la Universidad Autónoma de Yucatán, que además de hacer mi estancia en su ciudad menos solitaria, divertida y de un gran aprendizaje se aventuraron en los caminos de la Terapia Ocupacional y contribuyeron dedicando su tiempo, compartiendo los alimentos, sus ilusiones, desilusiones, proyectos, expectativas personales y profesionales, para dar sentido a este trabajo.

A Martha Bonilla, por su incondicional disposición para apoyarme en los procesos de investigación formal, en cada una de las aventuras que he emprendido cualitativa y cuantitativamente.

Al Instituto de Terapia Ocupacional por el esfuerzo permanente que realizan quienes lo conforman a favor de lo que suelo nombrar “mi formación inicial” y por permitirme *zambullirme* nuevamente en el ámbito escolar, desde el ser alumna, compañera y colega.

Valoro y agradezco el haber podido contar con un espacio para recordar, aprender, compartir y a ratos sufrir la decisión de incorporarme al programa de licenciatura en Terapia Ocupacional.

“Por este medio, declaro que este informe de investigación es mi propio trabajo, a excepción de las citas y referencias que utilizo para fundamentarlo. Asimismo, afirmo que este trabajo no ha sido presentado anteriormente.”

ATENTAMENTE

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Irene Torices Rodarte', written in a cursive style.

Irene Torices Rodarte
Agosto de 2012

***“HISTORIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN MÉXICO: UNA APROXIMACIÓN A LOS
CONTEXTOS QUE HAN DEFINIDO LA IDENTIDAD PROFESIONAL DE TERAPEUTAS
OCUPACIONALES”***

RESUMEN

Reconocer la importancia del devenir histórico de la Terapia Ocupacional en México es fundamental para entender las formas en las que se construye la Identidad Profesional del colectivo de terapeutas ocupacionales.

La historia de la Terapia Ocupacional debería servir no sólo para conocer los orígenes de la disciplina, sino también para postular una identidad profesional integrada, saber explicar de dónde venimos y a dónde vamos, conocer las distintas prácticas y asumirlas como parte de un proceso histórico dinámico, que se ajusta periódicamente a los cambios culturales, legales y sociales.

El presente trabajo no pretende una revisión de todas las raíces históricas de la Terapia Ocupacional, pero sí, busca presentar los referentes principales del surgimiento de ésta disciplina en México, reparar también en los acontecimientos históricos, en la vertiente política, económica y de estructura social que favorecieron determinadas acciones y el empleo de la actividad o la ocupación como medio terapéutico, a favor de diversos grupos de la población en el país.

La Terapia Ocupacional es una profesión que se ha venido construyendo desde finales del siglo XIX y a lo largo del devenir histórico de los siglos XX y XXI, es interesante el hecho de que en distintos lugares del mundo –incluido México- sucedieran acontecimientos similares que propiciarían el surgimiento de la profesión, en tiempos relativamente cercanos (cambios políticos, conflictos bélicos, por ejemplo). En éste camino, se han sentado las bases para la institucionalización y profesionalización de la misma, con lo que se busca garantizar su

pertinencia y continuidad. La identidad profesional del grupo de terapeutas ocupacionales a partir del contexto histórico de la disciplina se convierte en un objeto de estudio en tanto que, parte del supuesto de que la identidad no es una esencia inherente a la persona o un elemento externo e impuesto a su conducta, sino que es un proceso en constante reconstrucción y que puede ser comprendido a partir del testimonio que las propias personas ofrecen sobre la percepción que tienen de sí mismas al interactuar en los diferentes contextos del llamado mundo de la vida cotidiana.

La profesión define a un grupo de personas de una disciplina que se adhiere a lineamientos cognoscitivos, éticos y prácticos por ellas mismas y respaldados institucionalmente. El grupo profesional posee un reconocimiento social como portador de los recursos necesarios para brindar un servicio a la sociedad, el cual está basado en los conocimientos y habilidades aprendidas dentro de instituciones de nivel superior. Una profesión *es un grupo profesional con una pericia especial, basada en un aprendizaje extenso y en un conocimiento abstracto* (Ballesteros, 2007).

En consideración a lo anterior el objetivo que se persigue es, identificar los antecedentes históricos de la Terapia Ocupacional en México, como primera aproximación a los contextos de la identidad profesional del grupo de terapeutas ocupacionales, destacando los elementos que contribuyeron al desarrollo de competencias profesionales en Terapia Ocupacional y que han conducido al diseño de planes de formación a nivel Licenciatura y Maestría.

Los antecedentes contextuales de la formación escolar en Terapia Ocupacional son una referencia indispensable para comprender el proceso de construcción de la identidad del alumnado en proceso de formación académica, en tanto que establecen los espacios y las interacciones que servirán de marco a la conformación de la llamada primera identidad

profesional. La segunda identidad profesional se construye en el ámbito laboral, principalmente en la inserción al mercado de trabajo, puesto que éste primer enfrentamiento posibilita un choque de concepciones entre la idea de lo que conlleva ser terapeuta ocupacional y lo que se demanda en el ejercicio profesional, es decir, entre las formas identitarias¹ para sí y para el otro (Dubar, 2002): instituciones de salud, educativas y la población a quien prestarán sus servicios.

Lo que se aprende en las aulas, no siempre funciona frente a las situaciones confusas e indeterminadas que se presentan profesionalmente en la práctica. A menudo también, la situación problemática representa un caso único y cae fuera de las categorías que nos aportan los conocimientos y habilidades adquiridos en la formación escolar, lo que exige una suerte de improvisación, creando y probando estrategias inventadas para ésta situación. Otras situaciones problemáticas plantean conflictos de valores. En estos casos, como profesional competente no solo se deben solucionar problemas seleccionando medios adecuados a los fines, sino que se deben conciliar, integrar o elegir entre apreciaciones diferentes y conflictivas de una misma situación, para poder construir un problema coherente a solucionar (Schön, 1983, 1988).

Lo anterior en consecuencia, no guarda relación con el razonamiento de Erikson (1979), quien afirma que cuando observamos la trayectoria del pasado de una disciplina, antes o después, ésta parece haberse convertido en “clásica”, término que denota a la vez madurez de forma y la existencia de un fin. Cada disciplina tiene su propia postura clásica, a partir de la cual en determinados periodos históricos se ve enfrentada al surgimiento de ideas transformadoras que habitualmente conducen de la incredulidad a la verificación científica y desde su rechazo en el orden filosófico, a un nuevo sentido de coherencia clásica. De éste modo, se incorporan los

¹ Identitario o identitaria: palabra usada en ciencias sociales para referirse a rasgos o características que dan identidad a un grupo. (Academia Chilena de la Lengua, 2006)

nuevos conceptos de modo que los enfoques que en un momento fueron revolucionarios pasan a convertirse en enfoques clásicos. La capacidad de integrar estos nuevos conceptos y avanzar con ellos en el proceso de construcción del conocimiento sin desconocer la importancia de la primera etapa clásica es manifestación de la madurez alcanzada por una disciplina.

En México, casi la totalidad de las instituciones que ofertan ésta disciplina son instituciones de salud que cuentan con programas de educación superior con reconocimiento por parte de la Secretaría de Educación Pública o Universitario para impartirlos, estos planes y programas de estudio no están homologados con los criterios internacionales de formación para terapeutas ocupacionales, ni están centrados en la ocupación; carecen de la madurez a la que Erikson hace referencia. Frecuentemente la práctica docente dentro de las instituciones formadoras, privilegia a otras disciplinas, lo que lleva a descalificar o negar los logros de la Terapia Ocupacional, desconociendo no sólo su trayectoria histórica sino también, el hecho de que el ejercicio profesional no es establecido aisladamente desde el interior de un grupo del colectivo profesional, sino también socialmente. Quien ingresa a la formación en Terapia Ocupacional con múltiples expectativas, lo que más necesita saber es que define la profesión, su papel en la sociedad, su trayectoria histórica, sus formas de intervención, sus potencialidades y perspectivas actuales; necesita recibir orientación e impulso para el desarrollo de su vocación. En éstas condiciones es poco probable que el alumnado valore la Terapia Ocupacional, su historia y, en muchos casos, su compromiso con la carrera es débil porque a la formación que recibe se le han cortado las raíces.

Se busca con la investigación realizada visualizar las formas identitarias a partir del devenir histórico de la profesión y también, las áreas de oportunidad para el desarrollo de la Terapia Ocupacional como disciplina científica en constante evolución.

ÍNDICE

CONTENIDO	Página
Dedicatorias	2
Reconocimientos	3
Resumen	6
Introducción	11
Justificación	19
Metodología	27
Capítulo 1	31
La incursión de la Terapia Ocupacional en México	
Capítulo 2	39
La formación de recursos humanos y la institucionalización de la Terapia Ocupacional en México	
Capítulo 3	66
La profesionalización de la Terapia Ocupacional y su transformación en el ámbito laboral	
3.1. Los cuerpos colegiados	75
Discusión	77
Conclusiones	86
Bibliografía	98

INTRODUCCIÓN

La Terapia Ocupacional es la profesión cuyo objetivo es la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. La Terapia Ocupacional fomenta la capacidad de las personas para participar en las actividades de la vida diaria, educación, trabajo, juego, esparcimiento y ocio (WFOT, 2004).

Los medios utilizados para ello tienen una doble vertiente:

- 1) La habilitación de las personas para realizar aquellas tareas y actividades que optimizarán su capacidad de participación.*
- 2) La modificación del entorno para que éste refuerce la participación.*

La Terapia Ocupacional se dirige a personas o grupos de población que presentan la afectación de una función [física, sensorial, mental o social], estructura corporal o cambio en la salud, que hace que experimenten limitaciones en su participación (WFOT, 2004)

El Colegio de Terapeutas Ocupacionales de México (2006), define a la Terapia Ocupacional cómo: *una profesión de la salud que se fundamenta en el conocimiento y la investigación de la relación que existe entre la salud, la ocupación y el bienestar de la persona ante la presencia de limitaciones físicas, cognitivas, sociales, afectivas y/o ambientales que alteran su potencial de desarrollo y su desempeño ocupacional; que utiliza actividades significativas para la persona teniendo como objetivo final mantener y/o adquirir habilidades e integrarse y participar en su ambiente.*

Así pues, el objeto de estudio de la Terapia Ocupacional es la articulación entre la persona, la ocupación y el entorno con el fin de conseguir un equilibrio en su desempeño, según las etapas del ciclo vital: autocuidado, educación, productividad, recreación, juego y participación social, aumentando la función independiente, reforzando el desarrollo y previniendo la discapacidad.

Partiendo del presupuesto teórico-metodológico de Claude Dubar (2000), los contextos estructurados más destacados para el estudio de la identidad profesional son el escolar y el laboral, de ahí que para éste trabajo se aborden los antecedentes históricos – escolares y laborales- que contribuyeron a configurar el contexto de profesionalización de la Terapia Ocupacional, dentro de la atención a la discapacidad, en razón de que la formación de terapeutas ocupacionales se ha centrado principalmente hacia la recuperación de la función física aun cuando la disciplina se ocupe de la atención de la disfunción ocupacional de diversos grupos.

Esto condujo a realizar una revisión histórico-contextual de la institucionalización y profesionalización de la Terapia Ocupacional en México, en ésta revisión se atienden el surgimiento de servicios de Terapia Ocupacional en instituciones de salud y educativas, los momentos de la fundación de escuelas e institutos, y la relación con los procesos sociales y políticos vinculados al Estado, para finalmente, abordar el aspecto del ejercicio profesional del grupo de terapeutas ocupacionales.

Para los fines de éste trabajo la institucionalización es entendida como una actividad cuya presencia es recurrente. No es patrimonio de una persona, ni de un grupo en particular sino que tiende a ser una actividad que tiene lugar en muchos sitios, practicada por muchos grupos y ejercida por un gran número de personas; denominadas profesionales, lo que garantiza en muchos sentidos, la expansión de la práctica. Es una actividad sujeta a normas y, se inserta en

el contexto social del que obtiene reconocimiento. Cuando sucede, empieza a insinuarse la noción de institucionalización. Las normas tienen que asumirse y de éstas se desprenden derechos, obligaciones, responsabilidades y metas que cumplir (Murmis, citado en Reyna, 2004).

La actividad, la práctica de cualquier disciplina científica (la Terapia Ocupacional en éste caso), tiene más que un cierto nivel de generalización y recurrencia, ocurre de manera regular y no en intervalos o de manera esporádica. Su normatividad, está en las instituciones que ofrecen el programa educativo, aunque otras instituciones pueden darle también el reconocimiento correspondiente, incluso el Estado. La recurrencia de la actividad y la normatividad que la rige hace que se generen organizaciones especializadas cuyos objetivos son generar conocimiento, transmitirlo y difundirlo. Llegar a éste punto es un proceso que toma tiempo y, en ocasiones, el origen puede ser el trabajo de una sola persona (Murmis, citado en Reyna, 2004).

La institucionalización se refleja en la profesionalización. Cuando se afirma que hay una práctica institucionalizada en una disciplina, se está implicando la existencia de una formación especializada que es ofrecida por una institución cuya organización así lo permite. No se trata de una formación especializada desvinculada del mercado laboral pues perdería su carácter profesional. Entre mejor sea la especialización adquirida mejor será el nivel de profesionalización y, mayores las probabilidades de ingresar al mercado de trabajo, el reconocimiento social, la remuneración y con ello los procesos de movilidad social que suelen acompañar a los grupos de profesionales. Hay un rasgo que no debe descuidarse, la vocación.

Si bien las instituciones, sus organizaciones y la profesionalización son elementos que conforman una tríada, la profesionalización y la especialización son consecuencias de la

vocación. Se practica algo por el interés de hacerlo, es más, por el gusto de realizarlo (Reyna, 2004).

Lo anterior ha sido quizás un camino relativamente largo para llegar a la definición operacional de profesionalización: la formación que dota a los grupos profesionales (terapeutas ocupacionales en éste caso) de los conocimientos, habilidades, destrezas y competencias generales para incorporarse al mercado de trabajo.

Éste primer acercamiento a los contextos identitarios del grupo de terapeutas ocupacionales, permitió identificar que el nacimiento de la Terapia Ocupacional como disciplina profesional se debe en buena medida al crecimiento institucional del país en ámbitos variados de la ciencias de la salud y la educación, principalmente la Medicina de Rehabilitación y la Educación Especial, dando lugar a la creación de numerosos institutos y centros de atención públicos y privados.

El surgimiento de la Terapia Ocupacional como disciplina científica en nuestro país, involucra varias aristas históricas y una de ellas es la relación de su quehacer con el Estado Mexicano, quien en sus inicios la utilizó como portavoz del discurso integracionista de la creciente población con discapacidad.

La Terapia Ocupacional fue ganando reconocimiento como parte de las intervenciones necesarias para promover la independencia y autonomía de quienes se beneficiaban del proceso de rehabilitación ante la presencia de una discapacidad y, si bien no ganó independencia, avanzó en la delimitación de su objeto de estudio y consiguió una mayor diferenciación frente a otras disciplinas relacionadas con la atención a la discapacidad.

A esta tarea, es a la que se encomendaron principalmente los grupos de terapeutas ocupacionales de mediados y finales del siglo XX y principios del siglo XXI, para quienes era fundamental enriquecer el debate a la luz de los procesos sociales y políticos concretos; ejemplo de esto, es su participación en los trabajos que favorecieron la creación de programas nacionales para la atención a la discapacidad, vinculados con o para responder a, los acuerdos firmados por México con organismos internacionales como: el Programa de acción mundial para las personas con discapacidad (ONU, 1982), las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (ONU, 1993), la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CONAPRED, 2007) y los acuerdos Ministeriales de la 48 sesión de la UNESCO (ONU, 2009) por mencionar algunos.

La alta aceptación de la rehabilitación como recurso para la inclusión social de las personas con discapacidad generó un “boom educativo” de la formación de personal paramédico vinculado a la rehabilitación –principalmente en el centro del país- creciendo su oferta y su demanda entre 1950 y 1980. No resultará extraño el hecho de que, las primeras instituciones formadoras, se encontraran dentro de las instituciones de salud; tampoco que quien recibiera ésta “capacitación” fuera personal de enfermería y que la apertura de los programas de formación en Terapia Ocupacional, inicialmente tuvieran el nivel de diplomado o profesional técnico.

La crisis de paradigmas al interior de la Terapia Ocupacional -derivada de la confrontación con la pérdida de la esencia de la profesión- generó una tendencia profesionalizante de la misma; en un intento de ajustarse al conjunto de actuaciones científicas “universalmente” reconocidas, que emanaron del análisis de problemas y la propuesta de soluciones dentro de la comunidad profesional.

A nivel internacional, estas décadas estuvieron caracterizadas por la adopción de “nuevos paradigmas” de pensamiento que recuperaban la filosofía interpretativa de la Terapia Ocupacional norteamericana, con lo que se alimentó el debate sobre el quehacer del grupo de terapeutas ocupacionales y sobre sus formas de intervención para la atención a la disfunción ocupacional. En México, los nuevos paradigmas siguieron sin emerger hasta el inicio del siglo XXI, con el apoyo de la comunidad internacional de terapeutas ocupacionales a través de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional y la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales.

En este mismo contexto, la Terapia Ocupacional, como profesión en constante desarrollo, ha vivido muchos cambios desde el inicio del siglo pasado, los destinos laborales se fueron diversificando hacia el sector privado y las asociaciones civiles, además de continuar en el sector educativo y en el sector salud.

El concepto clave que subyace y modela el papel del grupo de terapeutas ocupacionales es el de la “ocupación”, que no sólo se refiere al trabajo remunerado y no remunerado, sino también a cómo la persona se ocupa a partir del cuidado de sí misma, la recreación²: los placeres cotidianos que favorecen el desarrollo personal, y la productividad: la contribución al tejido socioeconómico de sus comunidades (CAOT, 1997, 2002). El proceso de Terapia Ocupacional también incluye los significados que las personas dan a sus ocupaciones al igual que los componentes observables de las mismas (Hasselkus y Rosa, 1997). El proceso de intervención

² Si bien en Terapia Ocupacional, sigue refiriéndose al tiempo de ocio como “recreación”, considero importante aclarar que el **ocio** incluye *el tiempo de descanso, el tiempo de recreación y en tiempo de creación*; estos no incluyen el auto cuidado ni la productividad, el auto cuidado puede formar parte de las actividades del tiempo libre. Los estudiosos del ocio, ven a éste como una ocupación humana en la que la persona satisface su necesidad de libertad, auto condicionándose para compensarse de las obligaciones cotidianas y afirmándose así individual y socialmente.

profesional que facilita mantener la independencia en cada componente de la ocupación se logra a través de la práctica holística y centrada en la persona.

El trabajo en Terapia Ocupacional se basa en cuatro supuestos (CAOT, 2007):

- La ocupación afecta la salud y el bienestar.
- La ocupación permite organizar el tiempo y da estructura para vivir.
- La ocupación da sentido a la vida.
- Las ocupaciones son idiosincrásicas

El grupo de terapeutas ocupacionales trabaja con las personas desde la infancia hasta la edad avanzada con una amplia gama de intervenciones en todas las áreas de la salud. Trabajan en la atención directa de la persona en hospitales, unidades de rehabilitación, comunidades, centros escolares, empresas, clínicas privadas y como educadores, investigadores y consultores (CAOT, 2007; CIHI de 2008, WFOT, 2004).

En México, el enfoque mecanicista de la rehabilitación física, sigue prevaleciendo como paradigma de las diferentes generaciones de terapeutas ocupacionales, independientemente de la institución formadora

Este trabajo está organizado en tres capítulos vinculantes de la historia de la Terapia Ocupacional en México como una aproximación a los contextos de la identidad profesional, el primero, la *incursión de la Terapia Ocupacional en México* da cuenta de las intervenciones realizadas en diversos momentos históricos y contextos institucionales que fueron necesarios y, determinantes como antecedentes del segundo, la *formación de recursos humanos y la institucionalización de la Terapia Ocupacional en México*; donde se describe el contexto evolutivo de los programas de formación en Terapia Ocupacional en nuestro país, los

movimientos que apoyan ésta disciplina y el surgimiento de los primeros programas escolarizados de la misma, por último el tercero; *la profesionalización de la Terapia Ocupacional y su transformación en las instituciones públicas*, ofrece un panorama de la consolidación de la disciplina a partir del surgimiento de programas escolarizados y la valoración de la Terapia Ocupacional en instituciones educativas y de salud de nuestro país, incluye el interés por la creación de *cuerpos colegiados* que ofrece una visión general de la teoría de las profesiones y la importancia del surgimiento y existencia de instituciones reguladoras del ejercicio profesional en Terapia Ocupacional.

JUSTIFICACIÓN

¿Qué es la Terapia Ocupacional? Probablemente, la dificultad de encontrar una respuesta a ésta pregunta es ya una buena razón para realizar un estudio historiográfico. La carencia de un claro argumento narrativo que facilite la identidad común profesional, así como una identidad socialmente reconocida, dificulta su respuesta y el entendimiento de la práctica diaria (Romero y Moruno, 2003).

La Terapia Ocupacional desde una aproximación distal se puede definir como el uso de la actividad u ocupación. Ahora bien, ¿es correcto considerar la actividad equivalente a la ocupación?, ¿significan lo mismo ambos términos? y quizás, lo más importante, ¿qué implicaciones prácticas tiene entender y construir o hacer Terapia Ocupacional desde la actividad y / o desde la ocupación? Doris Pierce (citado en Romero y Moruno, 2003), entiende que la ocupación es construida a través de las experiencias del individuo, contextualizadas en un tiempo y espacio concreto e irrepetible. Además, se debe dar énfasis al sentido y significado que para cada ser humano tienen las "actividades" que realiza, ¿por qué las realiza? ¿qué le aportan? ¿qué sostienen en su identidad-personalidad?

El nacimiento exacto de la Terapia Ocupacional es admitido en el año 1917, formalizado con la creación de la National Society for the Promotion of Occupational Therapy, en Clifton Springs (Nueva York) por George Edward Barton, Thomas Bissell Kidner, William Rush Dunton, Eleanor Clarke Slagle, Susan Cox Johnson e Isabel Newton, que hoy son conocidos como los fundadores de la Terapia Ocupacional.

El nombre de Terapia Ocupacional lo eligió George E. Barton, un arquitecto, que llegó a interesarse por la disciplina a causa de un ingreso hospitalario por tuberculosis. Él fundó la "Consolation House". Barton entendía la Terapia Ocupacional como la ciencia que enseña y estimula al enfermo cómo realizar el trabajo que le proporcionará energía y cómo utilizando actividades se obtiene un efecto terapéutico benéfico.

En estos primeros pasos de la profesión se entendió que, a pesar del valor del "hacer" no sirve cualquier actividad, sino que esa actividad tiene que tener una alta relevancia y significado para la persona, de otra forma se desvirtúa la disciplina.

Una dimensión esencial del ser humano contemporáneo es su conciencia histórica. Nuestro presente está relacionado con un pasado en el que hunde sus raíces, y éste conocimiento nos permite la posibilidad de avizorar el futuro. Al mismo tiempo, que el pasado influye en el presente, cuestiona nuestra responsabilidad personal y a la sociedad en la construcción de ese futuro.

Las profesiones, en cuanto colectivos humanos, van construyendo su historia a partir del trabajo -como dimensión fundamental- en la sociedad, de la misión que se sienten llamadas a desarrollar, y del significado que atribuyen a su experiencia. Ésta historia es pues, una experiencia colectiva que genera una memoria colectiva y es también una posibilidad de encuentro y de diálogo entre generaciones en torno a los temas claves de la profesión.

La historia es por tanto, el momento de encuentro de los que estamos con los que ya se fueron, de los vivos con los muertos. En cada época histórica, el colectivo de terapeutas ocupacionales ha tenido distintas oportunidades y en función de ellas ha buscado diversas formas de promover la recuperación, independencia y autonomía de las personas.

El problema se suscita cuando se desconoce ésta secuencia histórica, porque se niega arbitrariamente todo valor al pasado. Cuando se escribe la historia de la Terapia Ocupacional es esencial tener claridad sobre la función que la profesión ha desarrollado e identificar las limitaciones y contradicciones que se muestran en su práctica, pero antes de hacer esto último, es necesario presentar una visión completa de la práctica profesional, sus aportes y sus logros en cada momento histórico.

La historia de la Terapia Ocupacional en México está incipientemente documentada y en consecuencia poco difundida y menos publicada, los antecedentes históricos de la Terapia Ocupacional en el país, contribuyen a establecer una marco de referencia indispensable para comprender el proceso de construcción de la identidad del alumnado en formación, al igual que la de quienes han dedicado años de su vida al ejercicio de la profesión. El número de publicaciones científicas o de divulgación, en las que se encontraron referentes históricos de la Terapia Ocupacional, pueden contarse con los dedos de una mano.

Éste hecho resultó el motor principal de éste trabajo, representó un reto considerando no sólo la dificultad que significa explicar los alcances de la profesión -incluso para los más experimentados- sino también por el desconocimiento de muchos de estos profesionistas de la historia de la disciplina en la que se formaron.

La historia de ésta profesión, está directamente relacionada con los antecedentes y acontecimientos mundiales. El reconocimiento de la Terapia Ocupacional en México se produce inicialmente en el ámbito puramente médico; lo anterior impulsa a las sucesivas generaciones de terapeutas ocupacionales, a la búsqueda de validación profesional en las ciencias biomédicas. Es así como en diversos países del mundo -incluido México- bajo un paradigma mecanicista, la Terapia Ocupacional es considerada como una disciplina ligada (y

jerarquizada) a la Medicina, fundamentando su intervención en técnicas paliativas para reducir la discapacidad y centrada en la funcionalidad de sistemas biológicos e intrapsíquicos (Kielhofner, 2006).

La ausencia de referentes históricos en nuestro país, relacionados con el desarrollo de la Terapia Ocupacional como profesión, puede estar ligada al hecho de que ésta ha tenido una fuerte influencia anglosajona, desde donde se han sentado las bases filosóficas y prácticas de la profesión; el resultado final en muchas ocasiones es una percepción confusa de los conceptos de la propia disciplina, que incide de manera poco favorable en la construcción de la identidad profesional.

El hecho de no contar con un referente cercano del devenir de la práctica de la Terapia Ocupacional en las escuelas formadoras de recursos humanos y en las instituciones que ofrecen éste servicio; promueve el deseo de romper con una concepción de identidad previa que ya no responde a las necesidades e inquietudes profesionales y, a construir una Terapia Ocupacional distinta, que responda en forma más eficaz a los requerimientos de la realidad social.

Erikson (1979) afirma que, normativamente, la formación de la identidad tiene su lado oscuro o negativo. Cada persona y cada grupo albergan una identidad negativa, suma de todas aquellas identificaciones y fragmentos de identidad indeseables o incompatibles por las que el grupo (o la profesión en el caso que analizamos) de algún modo ha tenido que sumergirse en sí misma, porque en la actualidad no los comparte, pero claramente forman parte de su historia. En momentos de crisis exacerbada, una persona o un grupo pueden llegar a sentirse incapaces de acoplar estos elementos negativos a una identidad positiva, perdiendo así la perspectiva que asegura una totalidad.

Lo que ha sucedido en la Terapia Ocupacional, es que los elementos negativos se han destacado tanto, principalmente en la docencia, que han llegado a influir más que los elementos positivos. Y ésta situación no ha cambiado hasta hoy. Si bien puede haber elementos de identidad indeseables en el pasado, como en toda profesión, en el caso de la Terapia Ocupacional con frecuencia son destacados de tal modo que niegan todo valor de la acción profesional realizada en sus inicios.

Los “problemas” que históricamente ha enfrentado la Terapia Ocupacional, no son exclusivos de ésta disciplina, sino que atraviesan una gama amplia de profesiones, en la medida que éstas buscan definirse, no según los roles que socialmente se les han asignado, sino en relación al servicio que prestan en situaciones concretas a las personas.

En parte estos problemas reflejan la gran desvalorización de la práctica profesional que compartía el colectivo -sin formación académica- dentro de instituciones de salud, impulsada también por especialistas de otras áreas de la salud que se desempeñaban como docentes en las escuelas de Terapia Ocupacional, que lógicamente, no la conocían. En parte muestra también la tendencia a invisibilizar otras visiones, que surgen al ubicarse en el plano de la práctica profesional y el conocer las perspectivas de las personas beneficiarias y del propio grupo de terapeutas ocupacionales. Ésta visión casi exclusivamente negativa de la práctica profesional se mantiene hasta hoy.

Una mayor cercanía a la práctica, un mayor esfuerzo de conocimiento y un mayor análisis, nos permitirían sin duda rescatar los aspectos positivos descartados, que surgen de otras narrativas, generalmente silenciadas, porque la literatura no las recoge, ya que se han transmitido básicamente en forma oral. Pero la mirada desde la cual los textos analizados

describen los inicios de la profesión no incluye los elementos de la Terapia Ocupacional que han sido revalorizados y que se están utilizando en la práctica profesional actual.

Es necesario reescribir la historia de la Terapia Ocupacional, rescatar la práctica profesional del colectivo de terapeutas ocupacionales, aplicando la propuesta de Zuluaga (1987) para la práctica pedagógica, esto significa *hacer historia de un saber que posee y ha definido históricamente a un grupo* -el grupo de terapeutas ocupacionales- pero que ha sido socialmente marginado como portador y como productor de saber, ya que tanto la situación de la Terapia Ocupacional entre las disciplinas como la condición del colectivo de terapeutas ocupacionales entre académicos e intelectuales (en la formación) y en el ámbito médico (en la práctica), son subalternas.

Zuluaga (1987), refiere que con frecuencia en la práctica profesional las situaciones son problemáticas en varias formas al mismo tiempo. Frente a ésta situación, en que la realidad no “calza” en los modelos aprendidos, los profesionales desarrollan un proceso intuitivo y artístico de reflexión en la acción, en el cual, aunque hagan uso de las teorías y técnicas aprendidas, reconocen fenómenos que no pueden describir adecuadamente y desarrollan destrezas cuyas reglas y procedimientos les es difícil establecer. Ésta es la dimensión del conocimiento profesional que es corrientemente tácito, que se encuentra implícito en las modalidades de acción, y que es difícil describir, pero que se observa en toda práctica competente, la que revela siempre un conocimiento mayor del que habitualmente expresamos.

Es éste conocimiento en la acción, éste saber-hacer, uno de los elementos otorgadores de identidad que no ha sido registrado en la historia de la Terapia Ocupacional. Tampoco se ha registrado qué es lo que han valorado históricamente quienes se han beneficiado de la Terapia Ocupacional. Sabemos que esa valoración existe y se ha mantenido, con variaciones, durante

toda la trayectoria profesional. Se trata de reescribir la historia de modo que en los relatos de la intervención aparezca el conjunto de terapeutas ocupacionales olvidados.

Parafraseando a Ricardo Zúñiga (1986): *Cuando él [grupo de terapeutas ocupacionales] escriba, deberá hacerlo como actor real, participante concreto, elemento significativo de una realidad interactiva. Su trabajo no podrá esconderse en la descripción impersonal, o de un actor social único, que sería el cliente o la comunidad. Aun cuando hable de ellos como los actores principales, aún será necesario hablar de ellos a partir de una interacción, en que la acción del práctico, del profesional, del educador, constituyó un elemento nuevo, una presencia adicional, una intervención.*

La trayectoria histórica de las profesiones, además de contar con un cuerpo organizado de conocimientos que incluye sentido y significado de ellas, refleja costumbres, actitudes, hábitos y rituales comunes; es decir, todo lo que constituye la herencia profesional (Del Castillo, 2000)

En las profesiones, como en las personas, la identidad está influida por un conjunto de factores y se constituye en relación dialéctica con una sociedad, un período histórico y una cultura que la van configurando permanentemente. De éste modo, la identidad profesional depende del pasado, de donde surgen las primeras identificaciones que dan origen a la profesión y le permiten desempeñar un papel en la sociedad y, a partir de esa base, se va enriqueciendo y modificando, en la medida que va recibiendo nuevas demandas sociales, teniendo acceso a nuevos roles, aumentando su caudal de conocimientos y profundizando la reflexión sobre su propia práctica.

Nos encontramos en la actualidad en un momento de la Terapia Ocupacional, en el que se han desarrollado diversos enfoques y se continúa buscando la ampliación del horizonte de la práctica profesional, configurada por el valor del respeto a la dignidad humana.

Es necesario rescatar la historia olvidada de la Terapia Ocupacional, y ésta es una tarea urgente, por qué aún existen entre nosotros profesionales que participaron activamente en la profesionalización de la disciplina. Conocer sus experiencias, recoger sus testimonios, recopilar la documentación que sin duda aún conservan, nos permitirá enriquecer y ampliar el conocimiento de la historia de la Terapia Ocupacional.

Surgirá una nueva visión de nuestra historia que, complementando las ya existentes, afianzará nuestras raíces y nos ayudará a facilitar la formación de terapeutas ocupacionales con una identidad más sólida y positiva para enfrentar los desafíos del futuro.

Hoy la Terapia Ocupacional, en México, se crece como una disciplina científica, cuantitativa y cualitativamente, que es necesaria y válida para el momento socio - histórico en el que vivimos cuyos antecedentes y evolución es importante conocer.

METODOLOGÍA

El objetivo de ésta investigación documental fue aproximarse a los contextos históricos que han ayudado a definir la identidad profesional del grupo de terapeutas ocupacionales de tal manera que sirvieran de base para postular una identidad profesional acorde a las perspectivas internacionales actuales.

Se entendió por investigación documental sobre la *historia de la Terapia Ocupacional y la construcción de la identidad profesional de terapeutas ocupacionales* en México a los estudios empíricos que exploran, describen, correlacionan, comparan o explican algún aspecto de la realidad constitutiva de la identidad profesional de la propia disciplina o de otras afines y que la consideran como el objeto de estudio principal del análisis.

Con base en la búsqueda y análisis de la totalidad de estudios empíricos efectuados en las últimas cinco décadas sobre la historia de la Terapia Ocupacional y la identidad profesional de los egresados de ésta y otras disciplinas afines, se comparó, a través de una sistematización bibliográfica, el orden formal, espacial y temporal de éste material, los niveles de análisis alcanzados y los enfoques metodológicos seleccionados.

A través del método documental, se estudió la totalidad de trabajos que fueron localizados de forma sistemática, desde 1960 hasta 2012 en torno al tema, tras una búsqueda y revisión bibliográfica virtual y presencial en bibliotecas, catálogos y bases de datos validadas dentro del ámbito académico tanto de Latinoamérica como de Estados Unidos y Europa.

Específicamente, se utilizaron las siguientes fuentes de búsqueda y recolección tanto virtual como presencial: Worldcat (catálogo virtual de libros, artículos, libros de actas, reportes de investigación y documentos a nivel mundial), catálogos de las bibliotecas universitarias latinoamericanas, de las bibliotecas universitarias españolas, de bibliotecas universitarias portuguesas, Scientific Electronic Library Online (SciELO); Social Science Citation Index (SSCI); Proquest (tesis y disertaciones); TESEO (Base de datos de tesis doctorales españolas); Latindex, Google Académico, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALyC); Infoamérica, Dialnet, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS); tesis electrónicas en línea (Cybertesis) y REDIAL-TESIS.

La revisión de las referencias bibliográficas anexadas en cada uno de los estudios localizados fue otra forma de triangular la búsqueda de los datos, en tanto muchos de los títulos contenidos en dichas bibliografías podrían no haber estado incluidos en los catálogos y bases de datos anteriormente mencionados. De ésta forma, se aseguró en mejor medida la representatividad y validez de los textos encontrados, reduciendo el margen de error siempre presente en el rastreo de información en tan amplio espectro espacial y temporal.

Se incluyeron las investigaciones que estudian la Terapia Ocupacional como disciplina y al colectivo de terapeutas ocupacionales, desde los diferentes niveles de análisis existentes (individual, organizacional y social), publicadas en los siguientes formatos: revistas científicas, tesis de maestría, tesis de doctorado, libros, capítulos de libros colectivos, reportes de investigación y actas de congresos.

El análisis se circunscribió a las investigaciones escritas tanto en español como en portugués, francés o en inglés, al ser la primera lengua madre de algún país latinoamericano, y la última la más influyente en investigación.

Se excluyeron del estudio todos los documentos identificados como textos periodísticos, literarios, de opinión y artículos sobre revisión de libros. Asimismo, a efectos de no restar representatividad al grupo de estudios y publicaciones encontradas, se prefirió focalizar y limitar el cuerpo de análisis, por lo que las tesis de pregrado localizadas fueron finalmente desestimadas dentro del cruce de información, ya que no fue posible tener acceso al cuadro completo de ellas. Sin embargo, las tesis de posgrado sí fueron consideradas en el análisis global, al existir mayores plataformas bibliográficas para su localización, además de ser investigaciones, por lo general, con un nivel suficiente de desarrollo (Vassallo y Romanchini, 2006).

Por supuesto, la literatura no publicada, así como la mala distribución de algunos textos que pudieran haber sido incorporados, se transforman en una limitación importante de éste estudio. Sin embargo, la triangulación realizada a través de los distintos motores de búsqueda empleados asegura la rigurosidad y exhaustividad de la búsqueda dentro de los soportes validados por éste estudio.

Las unidades de análisis codificadas y utilizadas, a efectos de éste reporte cualitativo de la investigación, fueron el estudio y la publicación. Se entendió como estudio, al grupo de datos obtenidos por una investigación en particular, mientras que por publicación a los trabajos – léase artículos, libros, tesis, etcétera– que emergieron en torno a dichos datos.

Con el objeto de analizar las características de ésta evolución se delinearon y operacionalizaron diversos indicadores, tanto a nivel estructural y morfológico de las publicaciones como en contenido y metodología de los estudios. Las categorías de análisis se vincularon a la evolución temporal de las investigaciones, su procedencia, el tipo de formato de

publicación, las entidades difusoras más importantes, la tipología temática, los niveles de análisis y los enfoques metodológicos utilizados.

Debido al amplio periodo histórico abarcado por el estudio, el tiempo fue una variable que tuvo especial importancia. Consecuentemente, se utilizaron categorías extensas, divididas en sucesos o acontecimientos puntuales en la vida del país o el desarrollo de la profesión. Como veremos a continuación, el número de investigaciones, aunque en cantidades pequeñas, creció de forma irregular y con variaciones notables durante los años examinados.

Capítulo 1

**LA INCURSIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL
EN MÉXICO**

La identidad profesional del colectivo de terapeutas ocupacionales en México fue construyéndose junto al desarrollo histórico de la rehabilitación, perfilándose con ello algunas de las características de la Terapia Ocupacional como profesión y como disciplina. En la medida que fue diferenciándose de otras especialidades dentro del área de rehabilitación, el ejercicio profesional dentro del mercado laboral fue enfocándose a la promoción de la independencia y autonomía de la persona a través de la habilitación de las actividades de la vida diaria.

La institucionalización y profesionalización de la Terapia Ocupacional son el marco contextual sobre el que ha descansado la formación profesional de terapeutas ocupacionales en México durante el siglo XX y hasta la actualidad. Éste antecedente impacta de manera frontal en la concepción que el grupo de terapeutas ocupacionales tiene de sí mismo y de su ejercicio profesional. En éste sentido, conviene realizar un seguimiento del desarrollo de la Terapia Ocupacional en nuestro país, con el fin de apreciar su historicidad disciplinaria.

Entre las culturas prehispánicas de América, el arte de curar con métodos tradicionales, alcanzó niveles muy notables. En México se conocían y habían clasificado decenas de enfermedades y en su curación se aplicaban técnicas complejas: bisturí de obsidiana, sutura con cabello humano y trepanación de cráneos.

El surgimiento del uso de la actividad terapéutica que hoy conocemos como “Terapia Ocupacional” en México data del año 1861 al formar parte del planteamiento de la Ley para Secularizar los Hospitales y Establecimientos de Beneficencia y la Ley de Instrucción Pública (integradas a las Leyes de Reforma), bajo la iniciativa del Lic. Benito Juárez. El telón de fondo fue la convicción de que el avance del conocimiento es el único camino seguro del progreso, sin la intención de atacar el orden moral dado por la religión católica.

En éste sentido, el uso de la actividad como medio terapéutico se llevaba a cabo en un marco que destacaba la educación y la formación para el trabajo como responsabilidad del Estado y también como medida para garantizar la independencia de las personas con discapacidad, quienes presentaban mayor riesgo de vulnerabilidad.

El 20 de agosto de 1847, tuvieron lugar las batallas de Padierna y de Churubusco; el día 23 del mismo mes, llegan los primeros heridos en batalla al nuevo hospital de campaña -El Hospital Juárez- que se funda oficialmente el día 23 de agosto de 1847. La apertura del hospital fue debida también a la negativa del Hospital de San Andrés de continuar atendiendo a los pacientes de la municipalidad por la deuda que ésta tenía con el primero.

Desde su fundación, la historia del Hospital Juárez ha estado ligada estrechamente a grandes acontecimientos de la historia de México y el impacto de estos se ha reflejado en el hospital y en los servicios que presta, en éste mismo año, como parte de las acciones de atención a los heridos de guerra se inicia con un servicio de “Terapia General” orientado principalmente a la recuperación motora mediante el uso de agentes físicos.

En enero de 1861 el presidente Benito Juárez selló, con su entrada a la ciudad de México, el triunfo del partido liberal sobre el conservador y el fin de la Guerra de Reforma. La Guerra de Reforma de México, también conocida como la Guerra de los Tres Años, transcurrió desde el 17 de diciembre de 1857 hasta el 1 de enero de 1861. Un mes después de concluida la Guerra de Tres Años, Benito Juárez —en calidad de Presidente interino de México— decretó en Palacio Nacional el 2 de febrero de 1861 una Ley para Secularizar los Hospitales y Establecimientos de Beneficencia.

Desde el siglo XVI las instituciones de salud habían sido administradas por las autoridades o corporaciones religiosas. La nueva ley establecía que era el Gobierno de la Unión el encargado de cuidar, dirigir y mantener el buen funcionamiento de todos los hospitales y sitios de beneficencia en el Distrito Federal. Los establecimientos de éste tipo ubicados en las demás entidades federativas, quedaban bajo la inspección de los gobiernos estatales respectivos y sujetos a las disposiciones de dicha ley.

La creación de servicios especiales dentro de los hospitales, fue consecuencia de la Guerra de Reforma como respuesta a la atención de los lesionados durante el conflicto armado.

Una nueva etapa se abría para la vida política, económica, social y cultural del país, pues la administración liberal debía reorganizarse. Juárez nombró a Ignacio Ramírez Ministro de Justicia e Instrucción Pública. En éste contexto, el 15 de abril de 1861 se emitió la Ley de Instrucción Pública, la cual reformaba la educación impartida en los niveles elemental, secundario, medio y superior.

La instrucción primaria tanto en el Distrito Federal como en los territorios quedaba bajo la inspección del Gobierno Federal; se abrirían escuelas para niños y niñas. La Ley establecía un plantel de estudios preparatorios para la instrucción secundaria y escuelas especiales (profesionales). En suma, refrendaba el compromiso del Estado por impartir una educación laica, libre de dogmatismos y de enseñanzas religiosas.

A pesar de que desde 1827 existía una escuela para “sordomudos”, no es sino hasta febrero de 1861 que el presidente Benito Juárez promulga la primera disposición legal para decretar que se establezca inmediatamente en la capital de la República una escuela para “sordo-mudos” y tan luego como las circunstancias lo permitieran establecer escuelas de la misma clase en los

demás puntos del país que se creyera conveniente (Segura, 2007).

En 1866, el emperador Maximiliano, siguiendo los pasos de Juárez, aprovechó la idea y su gobierno abre la primera escuela de carácter público especializada en proporcionar educación a los niños y jóvenes sordos de México: se le denominó “Escuela Municipal de Sordomudos” y se ubicó en un inmueble situado en el antiguo Colegio de San Juan de Letrán. Al restaurarse la República, Juárez prestó atención inmediata a la escuela, reubicándola en un inmueble situado en el exconvento de Corpus–Cristi, en junio de 1867 se inaugura la “Escuela Nacional de Sordomudos”.

Dentro de las materias que se enseñaban al alumnado estaban: lecciones de agricultura práctica para los niños, trabajos manuales de aguja, gancho, construcción de flores artificiales, etc. para las niñas. La teneduría de libros con ayuda de un profesor del ramo, a los “sordomudos” que mostraran aptitud para aprenderla.

Hacia 1883, se pide a José María Márquez, maestro mexicano después de un viaje por diferentes países de Europa para aprender los diferentes métodos de enseñanza a la población sorda que a su regreso, observe que talleres se han establecido en las escuelas e indagar cuando inicia la asistencia del alumnado a ellos, combinando los estudios generales con las labores de un oficio.

Como resultado de la Ley de Instrucción Pública se fundó también la que ahora es la Escuela Nacional de Ciegos y Débiles Visuales. Al finalizar el año de 1870 la escuela contaba con un director, un maestro de primeras letras, cuatro discípulos, algunos libros y útiles y un humilde local para las clases. El Gobierno de Benito Juárez cedió al alumnado ciego parte del antiguo Convento de la Enseñanza, reservado por entonces para prisión de Estado.

Para el año 1872, la escuela requería de cierto personal y de algunas bases reglamentarias. El Ministro de Gobernación acordó entonces que en la escuela se recibiera sin estipendio alguno a la niñez y juventud con ceguera de notoria pobreza desde la edad de ocho a dieciséis años, donde, además de recibir la educación correspondiente, esto es, lectura, escritura, gramática española, aritmética, geografía, geometría, historia de México y música vocal é instrumental [...]; clases de artes y oficios a que puedan dedicarse debiendo el director elegir *las personas que considere más aptas para esta enseñanza* garantizando la adquisición de alguna habilidad que les permitiera contar con los medios para no constituirse en una carga para la sociedad (Domínguez, 1992, Ruiz y Devesa, 2007).

Al principio de siglo XX los establecimientos hospitalarios de la Beneficencia Pública de la Ciudad de México eran viejos edificios, contruidos muchos, para usos distintos de los que eran empleados o bien, en épocas lejanas eran ineficaces, por lo que era necesario contar con una institución médica de carácter general moderna.

La llegada del siglo XX trajo la necesidad de contar en la Ciudad de México con un hospital moderno que proporcionara al enfermo todo tipo de servicios. La solución fue la construcción de un centro de atención sanitaria que se convirtió en uno de los más importantes del país, El Hospital General de México. El Hospital General fue fundado el 5 de Febrero de 1905, a los 20 años de haber iniciado la dictadura de Porfirio Díaz, contando con servicios para toda clase de enfermos, excepto para lesionados, trastornados mentales y prostitutas. La capacidad ordinaria era de 800 internos, pudiendo alojar hasta mil.

Existe un vacío en la historia de casi medio siglo, en relación a las acciones vinculadas al posterior surgimiento de la Terapia Ocupacional en México, puede inferirse en todo caso, que

la actividad como medio terapéutico, continuo utilizándose en diversas instituciones de salud y educación en beneficio de las personas con discapacidad principalmente.

El auge de la rehabilitación en Latinoamérica comenzó después de las dos guerras mundiales, especialmente de la segunda y motivada también por las epidemias de poliomielitis de las décadas de los 40 y 50 (Amate y Vázquez, 2006). Era lógico entonces, que los primeros médicos preocupados por la rehabilitación fueran ortopedistas, debido a la necesidad de tratar las secuelas músculo esqueléticas que casi siempre terminaban en deformaciones de resolución quirúrgica. Ellos fueron los iniciadores de la rehabilitación en casi todos los países. En esa época, no existían instituciones monovalentes y durante mucho tiempo, la rehabilitación se efectuó en los hospitales de agudos.

La incursión de la Terapia Ocupacional en México, no tiene una historia muy distinta, aun cuando no se cuenta con un registro fiel de los antecedentes u origen de la misma, se considera el inicio de los “servicios de Terapia Ocupacional” con las “técnicas en labores” representadas por voluntarias y religiosas que buscaban con la ocupación, lograr que el tiempo de estancia hospitalaria resultara menos agobiante y en alguna medida productivo.

El doctor Francisco Fernández del Castillo refiere en su obra el Hospital General de México que el doctor Eduardo Liceaga (1839-1920) había expresado: *se va a llamar Hospital General porque comprende servicios para diversos enfermos, exceptuando solamente enajenados, lesionados y delincuentes, además tiene por objeto la buena asistencia de los enfermos y accesoriamente, contribuir a la educación médica* (Fernández, 1946, citado en admsociedad, 2008). En forma contradictoria a la excepción puntual respecto a la atención de lesionados, los historiadores del Hospital General refieren que *había veintiún pabellones para enfermos no infecciosos, tres para parturientas y recién nacidos y cinco para pacientes infecciosos y en*

observación; además, existían edificios dedicados a la administración, cocina y despensa, botica, panadería y lavandería; también se contaba con un local para desinfección, casa de máquinas, estación central de instalación eléctrica, casa de bodega, anfiteatro de operaciones y de disección, habitaciones de médicos y practicantes, casa de hidroterapia, mecanoterapia y electroterapia; aulas y salón para radiografías y reconocimiento por medio de rayos X (admsociedad, 2008).

La Terapia Ocupacional comienza a tomar presencia dentro de las instituciones de salud públicas y privadas en México durante el siglo XX, institucionalizándose a partir del surgimiento de los servicios de Medicina de Rehabilitación en instituciones hospitalarias y principalmente con la formación de recursos humanos.

Capítulo 2

**LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y LA
INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA TERAPIA
OCUPACIONAL EN MÉXICO**

La formación de terapeutas ocupacionales inicia en México, en los años 50, en escuelas del sector salud, respondiendo a las necesidades de personas que requerían rehabilitación física.

A diferencia de otros países donde la profesión nace en el área de salud mental y constituye parte integral de su currículo, en México la Terapia Ocupacional surge desarticulada del área psicosocial, enfocándose casi exclusivamente a la atención de las necesidades físicas de personas referidas por el médico (Bolaños y Armendáriz, 2009).

Inicialmente los programas formativos en Terapia Ocupacional fueron coordinados por médicos en rehabilitación o fisioterapeutas, quienes la orientaban a la recuperación de la discapacidad física y aun cuando el estudiantado tenía posibilidad de realizar prácticas en psiquiatría en algunas escuelas, estas carecían de supervisión docente que orientara la realización de las prácticas. Cuando los programas empiezan a ser coordinados por terapeutas ocupacionales, la propia formación limitaba el que se pudieran realizar cambios sustanciales en los programas educativos (Bolaños y Armendáriz, 2009).

La construcción de infraestructura física (escuelas formadoras) y humana (profesionales especializados) en Terapia Ocupacional es el pilar en el que se fundamenta el desarrollo de la disciplina en nuestro país. Esto se dio en respuesta a diferentes procesos sociales y políticos, así como a las necesidades de conocimiento y de maduración académica, por lo que resulta valioso revisar el proceso de surgimiento de los centros educativos que contribuyeron a la profesionalización de la disciplina en nuestro país y recuperar algunos aspectos sobre la formación de terapeutas ocupacionales en las instituciones de salud.

El manicomio general “La Castañeda”, fundado en 1910 a las afueras de la Ciudad de México, fue la institución psiquiátrica más importante del país en el siglo XX. Cuando se inauguró, las

familias internaron a hombres y mujeres que reunían los requisitos para ser considerados como “locos” y merecedores de tratamiento psiquiátrico.

El presidente Porfirio Díaz, cerró su administración con las fiestas del Centenario de la Independencia. La primera de las fiestas fue la pomposa inauguración del novísimo Manicomio General “La Castañeda”. Los gestores de La Castañeda se adhirieron a los lineamientos esbozados por el reformador de la arquitectura psiquiátrica en Francia, Jean Étienne Esquirol.

Para éste médico, buena parte de la eficacia terapéutica se encontraba en las condiciones óptimas del edificio. En consecuencia debía ser construido fuera de la ciudad para evitar la sensación de encierro, los espacios de encierro que pretendieran la curación de las personas consideradas enfermas mentales debían reunir tres características: la clasificación de las personas internadas según los síntomas similares y, a su vez, separadas en grupos autónomos; la funcionalidad estaría dada por la construcción de tres hileras de edificios, el de hospitalización, la administración y los servicios generales. Detrás de los servicios generales estaba el Pabellón de Enfermería y Electroterapia. Posterior a éste se hallaba el Pabellón de Imbéciles, de una sola planta, el cual tenía una sala para “distinguidos”, otra para la escuela y en medio del edificio había un comedor, un taller y un espacio para el gimnasio.

La evidencia de la existencia de la Terapia Ocupacional en “La Castañeda” es quizá uno de los primeros eventos documentados en la historia de la profesión. Cristina Sacristán introducía así su trabajo *Locos deportistas, artistas y trabajadores en la prensa mexicana, 1929-1934*, en el VIII Coloquio REDAM (Red de antropología médica), en abril del 2008 en Tarragona:

Durante la década de 1930 se implantó en el Manicomio de La Castañeda de la Ciudad de México la Terapéutica Ocupacional, deportiva y artística basada en el trabajo, el deporte, la

gimnasia, los juegos, el canto y la música. Para combatir la idea sobre la inutilidad terapéutica del manicomio, desterrar la visión de que el conocimiento psiquiátrico no contaba con el mismo fundamento científico que el resto de las especialidades medicas, lidiar con la leyenda negra sobre los malos tratos a los pacientes y transmitir a la sociedad la importancia de una profesión como la psiquiatría, los médicos de La Castañeda dieron a conocer a la opinión pública, a través de reportajes en la prensa que se acompañaban de llamativos titulares y vistosas fotografías, escenas que mostraban a los enfermos mentales ejercitándose en las destrezas adquiridas como la interpretación de canciones populares, gimnasia con bastones, carreras de relevos, peleas de boxeo, ejercicios de colchones y con aparatos, así como exposiciones artesanales.

El trabajo se pregunta si al desplegar ésta campaña en la prensa, el personal médico logró su objetivo de erradicar la creencia de que “el enajenado” era un ser inútil y la psiquiatría una ciencia poco eficaz (Martínez, 2009).

Martínez (2009) al respecto comenta: *no sabemos a ciencia cierta si ese objetivo se cumplió o en que medida lo hizo, aunque probablemente fuera un intento fallido como tantos otros. De cualquier forma, sería injusto negar el enorme esfuerzo realizado para introducir en la inercia institucional una serie de hábitos y ocupaciones, que si bien no pudieron ser aplicables a la mayoría de asilados, no cabe la mínima duda de que tuvieron que suponer un revulsivo esperanzador para la mortecina vida manicomial* [cómo lo fue a finales del siglo XIX la propuesta de William Rush Dunton]. ¿Furor revolucionario?, ¿furor terapéutico?, que importa si las tablas gimnásticas provenían del catecismo nacionalista imperante en esos años o de la necesidad de reivindicar un más optimista estatus médico para la psiquiatría. Lo cierto es que se contrataron docentes de gimnasia y música para conseguirlo. ¿Quién puede dudar que no trajeran consigo cierta dosis de revitalizador optimismo? Que se lo pregunten sino a la niñez

del pabellón de Psiquiatría Infantil cuando vieron llegar, desembalar y montar toda una serie de columpios, toboganes, subibajas, trapecios y barras. Aunque sólo sea por eso, ya podemos perdonar y valorar estas "imágenes-propaganda". Muchas de ellas cuidadosamente coreografiadas para ser retratadas como ejemplo de una realidad, productiva y saludable, que obviamente distaba mucho de la vivida por la inmensa mayoría de personas asiladas.

Por la relevancia que revisten estas imágenes, se recuperan para éste apartado³.

Incorporar a los enfermos a esta terapéutica resultó complicado pues, debido a la "casi absoluta inmovilidad" en la que habían permanecido por años, se encontraban anquilosados y prácticamente sin energía y "la actitud de abatimiento característica de los asilados venía acompañada de una resistencia y repulsión a todo movimiento corporal". Los maestros hicieron acopio de paciencia repitiendo las órdenes una y otra vez, pues en una clase los educandos olvidaban lo aprendido en la anterior, de modo que "un entrenador irascible, violento o áspero" podía excitarlos, "debilitando aún más sus capacidades y provocando más dificultades". Pese a estos obstáculos, los enfermos acabaron sujetándose en forma paulatina a la disciplina "logrando en gran número de casos formar un hábito de ejercicio físico, por medio del cual — decía el responsable de dirigir las clases — hemos conseguido aumentar poco a poco la intensidad de sus esfuerzos" hasta conseguir "fortaleza orgánica, coordinación muscular y hábitos de orden y disciplina. Todo dentro de un ambiente de sana recreación y esparcimiento".²⁸ A cuatro años de la introducción de los deportes, los enfermos

ejecutan sus marchas con marcialidad y soltura, combinándolas con diferentes movimientos de brazos y piernas, ayudados siempre por el ritmo de la música; la carrera, progresivamente fue aumentando en duración hasta conseguirse que la hicieran en un lapso de cuatro a cinco minutos; los ejercicios gimnásticos, tanto libres como con aparatos de mano, han ido perfeccionándose poco a poco en lo que se refiere a la correcta actitud de las posiciones, llegando a mecanizar algunas series sencillas de movimientos, mediante la ayuda que, con el ejemplo, les da el maestro.²⁹



Mujeres haciendo ejercicios calisténicos en formación, ca. 1930. Foto © CONACULTA-INAH-SINAFI, Fototeca Nacional, México.



Niños trabajando en el Manicomio, ca. 1930. Bien aplicados y dispuestos a ser fotografiados. Foto © CONACULTA-INAH-SINAFI, Fototeca Nacional, México.



Gimnasia con bastones, ca. 1930. Foto © CONACULTA-INAH-SINAFI, Fototeca Nacional, México.

³ Imágenes de la psiquiatría por Oscar Martínez Azumendi en http://psiquifotos.blogspot.com/2009/02/43-gimnastas-y-artistas-de-la-castaneda_16.html.



Ejercicios de equilibrio y fuerza, ca. 1935. Foto © CONACULTA-INAH-SINAFO, Fototeca Nacional, México.

En noviembre de 1931 tuvo lugar el primer festival de fin de cursos, al cual fue invitado "numeroso y distinguido público". El primer número del programa consistió en "canciones populares" a cargo de enfermos de los pabellones de Trabajadores, Neurosifilis, Tranquilos y Toxifrenicos; le siguió el número de gimnasia con bastones por parte de los internos del Pabellón de Trabajadores, quienes demostraron "una asombrosa disciplina". También participaron los niños con retraso mental interpretando el "Jarabe tapatio" y las "Amapolitas" y "hasta el mismo Niño Mono, que tirado de una cadena amarrada al cuello era hasta hace poco exhibido y explotado en las calles [...] mostró también un notable adelanto, pues en vez de los gritos guturales que constituían su única forma de expresión", ya hablaba "con alguna claridad". A continuación dio paso la carrera de relevos con enfermos de los pabellones de Toxifrenicos y Tranquilos; después una pelea de boxeo entre Solís, de Neurosifilis, y Julián Murguía, de Toxifrenéticos, para concluir con el ejercicio de colchones donde los enfermos hicieron demostración de sus habilidades. Para satisfacción de los médicos, la noticia cerraba con la afirmación de que "el festival de que nos hemos ocupado es la demostración más evidente de que el Manicomio La Castañeda se halla en un alto grado de progreso".⁴²



"Un festival de fin de cursos en el Manicomio de la Castañeda". El Nacional, 10 de noviembre de 1931. 1. Dos alienados, Solís, el del pantalón blanco, del grupo de neurosifilís vs. Murguía, de toxifrenicos, sostuvieron reñidísima pelea a tres rounds. 2. Ejercicio con bastones por un grupo de enfermos clasificados por "trabajadores". 3. Notable pareja de cantantes. El de la cachucha se dice "Rey de Francia".



"Una fiesta de fin de curso en el manicomio general con la cooperación de los asilados". Excélsior, 10 de noviembre de 1931. Pie de foto: Ejercicios con bastones por enfermos clasificados como trabajadores.



"La transformación de los locos en artistas y gimnastas", Excélsior, 27 de julio de 1932. Pie de foto: 1. Ejercicios gimnásticos por los asilados de la Castañeda (nótese en el centro uno de los enfermos que, en vez de obedecer la voz del profesor, se puso a jugar con su sombra). 2. Niñas y mujeres en otra clase de gimnasia. 3. El orfeón de la casa de los locos. 4. Un guitarrista que hizo las delicias de los visitantes, entonando canciones vernáculas.



“Festival deportivo en el manicomio”. Ante los estudiantes de los Cursos de Verano los desdichados moradores de La Castañeda pusieron de manifiesto sus progresos en la cuestión deportiva, bajo la experta dirección de su profesor el señor Gómez Scanian. Nuestras gráficas muestran tres aspectos del festival que dejó magnífica impresión entre los concurrentes a él.



¡Los precursores de Radio Colifata y Radio Nikosia! Leopoldo Méndez, Concierto de locos. Grabado en madera de hilo para cartel, 1932. Tomado de Francisco Reyes Palma, Leopoldo Méndez. El oficio de grabar, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Ediciones Era, 1994.

Las clases gimnásticas, tanto para cierto número de personas adultas como niñas y niños, y otras actividades como los cantos corales todavía se mantuvieron unos pocos años más.

En 1935, cuatro años antes del inicio de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), el entonces Reino Italiano bajo el mando del Partido Fascista invadió y se anexó unilateralmente el Reino de Etiopía, es el 6 de noviembre de éste año en el que México toma parte con los países de la Liga de Naciones que ejercieron un bloqueo económico en contra de Italia, suspendiendo la exportación de carbón, petróleo, hierro y otros productos mexicanos a ese país y evitando la compra de artículos italianos, mismas que son levantadas el día 14 de julio de 1935 por acuerdo de la misma Liga de Naciones. Es entre estas fechas y 1941 que el presidente Lázaro Cárdenas del Río pone en práctica una política de conciliación, por la cual se otorga asilo a un grupo numeroso de personas desplazadas de las luchas intestinas que se registraban en Europa, y a personas refugiadas civiles y militares de la Guerra Civil Española, sobre todo del bando Republicano que desde 1937 empiezan a llegar en barcos fletados sobre todo por el

gobierno mexicano. El 18 de Octubre llegan al puerto de Veracruz las primeras personas mexicanas refugiadas de la guerra, quienes vivían o estudiaban en Europa. El gobierno Cardenista reconoció a los diferentes gobiernos legítimos refugiados en el exilio por lo que, representantes del partido Republicano Español hicieron la última ceremonia de toma de poder en el palacio del ayuntamiento de México en 1940 (Casasola, 1992). No resulta descabellado pensar que estos y otros acontecimientos relacionados con éste conflicto bélico contribuyeran a la creación dentro del Hospital Español de la Ciudad de México, de departamentos y programas para atender las lesiones de guerra de las personas asiladas políticas y que con esto se diera inicio en éste nosocomio en 1942 al primer programa de Terapia Ocupacional, es importante aclarar que no existen registros de éste hecho que puedan confirmar ésta hipótesis.

En relación a la evolución de la Terapia Ocupacional en el ámbito de la rehabilitación, los primeros servicios de Medicina Física y Rehabilitación organizados especialmente para la prestación de ésta forma de atención médica se dieron con la fundación del Hospital Infantil de México en 1943 y luego en el Instituto Nacional de Cardiología. El Hospital Infantil de México contó con el primer servicio de Medicina Física y Rehabilitación en México, a cargo del Dr. Alfonso Tohen Zamudio.



Fuente: COTEOC, 2011

Una vez inaugurado el servicio de Medicina Física en el Hospital Infantil de México, se percibió la necesidad de preparar personal médico y paramédico, por lo que se fundo la primera escuela para la formación técnica en Terapia Física en 1949, y posteriormente en Terapia Ocupacional.

La Medicina de Rehabilitación tuvo un explosivo crecimiento en la segunda mitad del siglo XX con la creación de grandes unidades o servicios especializados en el tratamiento de la discapacidad, registrando un mayor impulso a partir de la necesidad de atender a la niñez afectada por las epidemias de poliomielitis. Es así como en 1950, se pone en funcionamiento el Centro Nacional de Rehabilitación “Francisco de P. Miranda”, nosocomio que se dedicó inicialmente a la atención de estas personas en etapas de convalecencia o afectaciones crónicas.

En 1951 el Hospital Infantil de México dada la urgencia planteada por la epidemia de poliomielitis y su afectación músculo esquelética, capacitó a personal técnico de enfermería, fundamentalmente como terapeutas físicos con cursos de 3 meses de duración a partir de la secundaria; poco después se forman terapeutas ocupacionales y se acepta como alumnas a educadoras y maestras normalistas que tenían experiencia en procesos de enseñanza-aprendizaje (Leobardo C. Ruiz Pérez, comunicación personal). Rápidamente se llevaron a cabo otros cursos de 6 meses y luego, de un año de duración. Los cursos estaban dirigidos básicamente a personal de enfermería general, dando lugar a los primeros trabajos de investigación en rehabilitación, de los que fueron pioneros los doctores Alfonso Tohen Zamudio y Luis Guillermo Ibarra Ibarra, a partir de estas investigaciones, se define por primera vez que:

Terapia Ocupacional es toda actividad perfectamente -prescrita y guiada por el médico- para contribuir a la más rápida recuperación de las enfermedades o lesiones.

La formación de personal médico especialista se inicio asimismo en el Hospital Infantil de México con cursos de especialización de un año de duración para personal médico general, quienes cursaban las asignaturas teóricas en forma simultánea con el estudiantado de Terapia Física y su formación se completaba con su asistencia y participación en la consulta externa (Ruiz y Devesa, 2007).

En 1951, los mismos acontecimientos favorecen el inicio la capacitación de personal de enfermería en Terapia Física y Ocupacional (Leobardo C. Ruiz Pérez, comunicación personal) en el American British Cowdray Hospital (Hospital Inglés).

El servicio de Rehabilitación del Centro Médico ABC fue creado en 1954 al abrirse la escuela de formación de terapeutas (ocupacionales y físicos), para éste propósito se solicito la asesoría de la terapeuta ocupacional Anne Henderson para el diseño e implementación del curso de Terapia Ocupacional, quien contaba ya, para ese entonces con amplia experiencia en investigación y con el reconocimiento de sus colegas como desarrolladora de programas académicos así como, en la promoción de la educación a través de la colaboración interdisciplinaria; el programa contaba con un currículo para desarrollar un cuerpo teórico y práctico de conocimientos fundamentados en las ciencias de la ocupación.

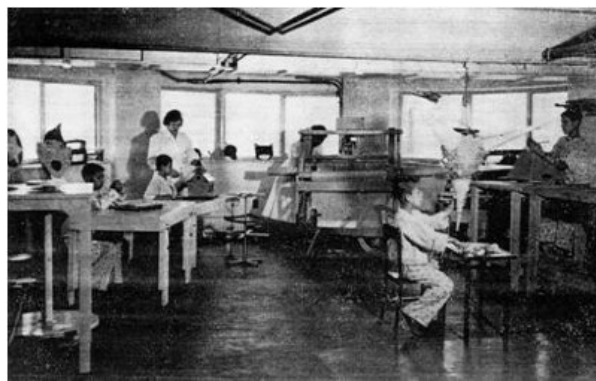
En 1964, se inauguran las nuevas instalaciones del Centro Médico ABC, desapareciendo el programa de formación en Terapia Ocupacional y permaneciendo únicamente el programa de formación en Terapia Física, perdiendo la esencia del trabajo realizado por Ann Henderson.

La rehabilitación, dentro de un programa formal de Salud Pública, se inicio en México en 1953 con la creación de la Dirección General de Rehabilitación, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), siendo designado como Director General el Dr. Andrés

Bustamante Gurría, quien inicia la tarea de definir conceptos y agrupar instituciones que en forma dispersa prestaban servicios de rehabilitación a “lisiados del aparato locomotor, deficientes mentales, ciegos y sordos”.

Esta dirección tenía el propósito esencial de integrar a los “inválidos” a la vida social y productiva del país. También se encargó de la capacitación de personal con cursos de Terapia del Lenguaje y Consejería en Rehabilitación, y proporcionó becas de estudio en el extranjero a personal médico, terapeutas y personal de enfermería que realizaron visitas a centros de rehabilitación en distintas ciudades de la Unión Americana. Al regresar al país y presentar su informe de trabajo se concluyó que era indispensable que en México se impulsara la rehabilitación poniendo especial atención a la fabricación de órtesis y prótesis.

Lejos de mejorar el nivel de formación en nuestro país, las técnicas aprendidas, se distorsionaron aplicándose de acuerdo al criterio personal sin estudiarse a profundidad las fuentes originales (Ruiz y Devesa, 2007). Durante éste mismo periodo se crearon el Instituto Nacional de Rehabilitación de Ciegos y el Instituto Nacional de Audiología. La recién creada Dirección General de Rehabilitación se encargó de organizar los servicios de Rehabilitación para toda clase de “inválidos” así como la formación de personal especializado en Terapia Física y Terapia Ocupacional, para lo que se coordinó con el Hospital Infantil de México.



Fuente: ITO, 2011

En 1955, en el Centro de Rehabilitación del Sistema Músculo Esquelético (fundado en 1952 con el nombre de Centro de Rehabilitación número 5), se crea el primer departamento de Terapia Ocupacional con una finalidad terapéutica y se crea la primera escuela para la formación de personal técnico en Terapia Ocupacional y en Terapia Física cuyo programa tenía duración de un año. En 1957 se inician los cursos de formación de Terapeutas Ocupacionales y Terapeutas Físicos con duración de tres años. Para 1960 *la Secretaría [de Salubridad y Asistencia] cuenta con un nuevo centro de Rehabilitación para el Distrito Federal en la calle de Mariano Escobedo* (Álvarez, Fernández, Bustamante y López, 1960).

El 28 de julio de 1957 a las 2 am tuvo lugar en la Ciudad de México un sismo de siete grados Richter, que afectó seriamente la estructura del Hospital Infantil de México, ante el inminente riesgo de continuar laborando en esas instalaciones, en abril de 1959, se inició la mudanza del hospital a la Maternidad Mundet, donde permanece hasta ahora con el nombre de Hospital Infantil de México “Federico Gómez”.

El Hospital Colonia perteneciente a los Ferrocarriles Nacionales de México era por su estructura y sus servicios, un hospital adelantado a su tiempo. El doctor Teodoro Flores Covarrubias era el jefe del servicio de Fisiatría del Hospital y fue elegido para hacerse cargo de la planeación de la nueva unidad de Rehabilitación que se construyó de 1957 a 1963, en lo que hoy se conoce como la Unidad de Medicina Física Región Centro del IMSS.

En sus orígenes además de camas para la hospitalización de personas con discapacidad, contaba con consultorios, servicios de Terapia Física, boliche y área de Terapia Ocupacional. La rehabilitación física se lograba mediante la adaptación de prótesis y órtesis, entrenamiento funcional para la vida diaria y adaptación al medio. El tratamiento de las personas hospitalizadas comprendía Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje,

entrenamiento funcional, para la reincorporación al trabajo, actividades para la vida diaria, terapia recreativa, adaptación de prótesis y órtesis, rehabilitación psicológica y social. Las actividades de educación médica incluían los cursos de Terapia Física y Terapia Ocupacional en coordinación con el Hospital Infantil de México y la SSA.

Álvarez, Fernández, Bustamante y López (1960) señalan en su obra que *en el presente año se inauguro en Instituto Nacional para Lisiados del Aparato Locomotor, fundado con la cooperación privada México-Norteamericana y puesta a funcionar también con la ayuda oficial. Éste centro altamente especializado cuenta con magnífico equipo y con personal debidamente entrenado en esta especialidad que vendrá indudablemente a contribuir en forma muy importante a la resolución del problema de los inválidos. Éste instituto ha de tener, junto con las otras instituciones de la Secretaría, una efectiva proyección en la América Latina, de tal manera que nuestros hermanos de raza encontrarán en ellas la cooperación técnica necesaria para resolver problemas semejantes en sus respectivos países.*

Ni duda cabe que esto hace referencia al que fue después conocido como Instituto Mexicano de Rehabilitación, fundado por iniciativa de Rómulo O'Farrill, el gobierno de Adolfo López Mateos proporcionó un internado de varones para que ahí se fundara el instituto y con aportaciones de la fundación Mary Street, se inauguró el 7 de julio de 1960. El gobierno de Estados Unidos donó el equipo para ser usado en los talleres y el doctor Thomas Canty otorgó becas para personal técnico que formaría parte del instituto. Éste instituto se planeó de manera que pudiera ser autosuficiente mediante la elaboración de radios para automóviles, prótesis y sillas de ruedas. En su sección industrial, que se manejaba independientemente de los servicios de rehabilitación se elaboraban estos y otros productos que eran exportados al resto de Latinoamérica.

Desde 1970 el instituto impartió cursos de formación técnica profesional en Terapia Física, Terapia Ocupacional, en fabricación de Prótesis y Aparatos y Consejería Vocacional. El instituto cierra sus puertas en 1983 estando dirigido por la Srita. Graciela Fuentes, el Dr. Humberto López Vela y el Dr. Leobardo C. Ruiz Pérez, quien se desempeñó durante cuatro años como Subdirector Técnico y responsable de Enseñanza (Leobardo C. Ruiz Pérez, comunicación personal).

Las instalaciones y las escuelas de Terapia Física y Ocupacional pasaron a formar parte del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y años más tarde se convertirían en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Sur, del propio instituto.

En sus inicios, el ISSSTE contaba con tres servicios de Medicina Física en los hospitales 20 de Noviembre, Adolfo López Mateos y Tecamachalco de la Ciudad de México. El Hospital Adolfo López Mateos inicio en 1973 el primer programa de Rehabilitación Cardíaca en México, posteriormente, en 1974 se impartió en el Centro Hospitalario 20 de Noviembre.

Es también en los años 60, durante el gobierno de Adolfo López Mateos, que se crea el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) que otorgaba educación primaria y secundaria con materias tecnológicas dirigidas a la niñez que presentaban diferentes tipos de discapacidad, principalmente secuelas de poliomielitis, la Central Pedagógica Infantil (CPI), dependiente del INPI, además de proporcionar tratamiento rehabilitatorio a la niñez, proporcionaba alimentación, educación y transporte; más tarde se convirtió en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial Zapata (CREE Zapata).

Como respuesta a la necesidad de contar con personal capacitado en materia de Rehabilitación, se inician en el año de 1964 los cursos de formación de personal técnico en fisiatría, el perfil de ingreso exigido para estos cursos propicio la formación de recursos humanos con un bajo nivel tanto académico como personal, proyectando inmadurez y empirismo. Éste instituto tuvo varias denominaciones, como Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN), y más recientemente, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF); ya con ésta denominación en 1972 se inauguran Centros de Rehabilitación y Educación Especial en otros estados de la República, en los que se reconoce a la Terapia Ocupacional como herramienta indispensable en la recuperación funcional de las personas con discapacidad y en consecuencia se ofrecen también cursos de formación técnica tanto en Terapia Física como en Terapia Ocupacional.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en 1963 inauguró el Centro Médico Nacional, que contaba con dos servicios de Medicina Física y Rehabilitación localizados en el Hospital de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación y el servicio localizado en el Hospital de Pediatría.

A principios de los años 70 los servicios de rehabilitación aun eran escasos, así, el doctor Luis Felipe Vales Ancona puso en funcionamiento el Servicio de Rehabilitación para el Trabajo que posteriormente se convertiría en el Departamento de Rehabilitación para el Trabajo. Éste departamento marco un hito en la historia de la rehabilitación en México debido entre otros motivos a que en 1975 su personal desarrolló técnicas novedosas para facilitar la recuperación física de la clase trabajadora derechohabiente cuyos objetivos eran incrementar la tolerancia a la actividad y técnicas de simulación del trabajo, que consistían en reproducir en los talleres de Terapia Ocupacional los diferentes movimientos que la persona tiene que realizar durante su jornada laboral. El análisis de las demandas del puesto permitía seleccionar las actividades a desarrollar durante el trabajo (Ruiz y Devesa, 2007).

En 1966 el doctor Leobardo C. Ruiz Pérez es designado director del Centro de Rehabilitación del Sistema Músculo Esquelético, enfocando su administración a la construcción, al mejoramiento de la atención de las áreas físicas y del tanque terapéutico, se extendieron los servicios de Terapia Ocupacional y entrenamiento de la vida diaria. En 1971, se efectuaron en el centro reformas a la planta física, ampliándose las áreas de Terapia Ocupacional y del Lenguaje, y se reorganizó el taller de Prótesis y Órtesis; asimismo se pusieron en marcha los programas de estimulación temprana y de plasticidad cerebral.

El 12 de abril de 1976, el Centro de Rehabilitación del Sistema Músculo Esquelético se transformó en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación (INMR) por decreto presidencial fechado en abril de 1976 (Soberón, Kumate y Laguna, 1988), el Programa de Estimulación Múltiple Temprana (PEMT) se constituye como uno de los primeros programas de intervención con un equipo interdisciplinario que realiza trabajo colaborativo (integrado por personal de Terapia Ocupacional, Terapia Física y Terapia de Lenguaje) coordinado por la Dra. Mirta Teja y la TF. Helvecia Ramírez.

En 1969 en el Hospital Militar de México se inaugura un área que incluye los servicios de Terapia Física, Ocupacional, del Lenguaje, Psicología y un área de enseñanza y biblioteca, la atención del servicio de Terapia Física era prestada por personal de enfermería capacitado para éste fin. Cabe mencionar que desde 1884, el Hospital Militar de México contaba ya con un servicio de fisioterapia, que se establece en forma definitiva en 1942 en el predio que actualmente ocupa. En 1992 se inicia la construcción de un nuevo edificio fuera del hospital que incluye todos los servicios, con instalaciones autosuficientes.

En 1972 la Dirección General de Rehabilitación en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) imparte el 1er. Curso de Actualización de Terapia

Ocupacional, éste evento constituye un parte aguas en el proceso de profesionalización y regulación del ejercicio de la Terapia Ocupacional en México, si se considera que los ojos de los organismos internacionales empiezan a mirar con interés las acciones que se realizan en nuestro país.

A éste curso asisten becados terapeutas ocupacionales que trabajan en diferentes instituciones de rehabilitación. En el curso se imparten por primera vez contenidos en los que no se les había capacitado: Terapia Ocupacional psicosocial, desarrollo infantil e inclusión laboral. La coordinadora general del curso fue la Mtra. terapeuta ocupacional Florence Cromwell, la coordinadora para México fue María Cristina Hernández Lara de Bolaños, quien en ese entonces era la responsable del servicio de Terapia Ocupacional en el Hospital General de México (Cristina Bolaños, comunicación personal)

En 1973, la Dirección General de Rehabilitación, estando a cargo del Dr. Luis Guillermo Ibarra Ibarra, como consecuencia del amplio desarrollo de los servicios de rehabilitación y particularmente de los Centros de Rehabilitación y Educación Especial creó la Escuela para Técnicos en Rehabilitación, donde se preparaba personal profesional técnico en las áreas de Terapia Física, Ocupacional, Órtesis y Prótesis y Enfermería en Rehabilitación, la escuela estaba ubicada en la calle de Leibnitz, el Dr. Ibarra fungió como director y la coordinadora escolar fue la Enf. en T.F. María Esther Rodríguez.

En 1976 la escuela fue transferida al Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación (INMR) estando ya facultada para expedir Títulos Profesionales de nivel Técnico Superior, derecho que establece el acuerdo 6614 del 12 de junio de 1975 de la Secretaría de Educación Pública.

El 19 de junio de 1978 se puso en funcionamiento la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte, que en sus inicios, se encontraba dividida en dos servicios, uno

de rehabilitación para el trabajo y otro de Medicina Física. Ésta fue la primera Unidad de Rehabilitación construida por el IMSS.

En 1979 fue inaugurada la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Sur del IMSS donde se crea un amplio departamento de Terapia Ocupacional que incluía terapia laboral, terapia de adultos, terapia recreativa, terapia de niños y gestoría ocupacional, a finales del siglo XX cambio su nombre a Unidad de Medicina Física Siglo XXI.

El 29 de abril de 1982 se inauguró el Centro Nacional de Rehabilitación para el Trabajo “Metepéc”, del IMSS en el Estado de Puebla, constituyéndose en el primer Centro de Rehabilitación en su género en Latinoamérica. Contaba entre sus instalaciones con un estadio de fútbol, canchas de atletismo de tartán para competencias deportivas y en silla de ruedas, grandes talleres de reeducación laboral en mecánica automotriz, industria textil, computación, etcétera. Tenía además tres escuelas para la formación de personal profesional técnico en Terapia Física, Terapia Ocupacional y Órtesis y Prótesis. Sus instalaciones carecían de barreras físicas.

En 1985 se cerró éste centro trasladándose al Hospital Colonia, ahora Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Centro. La formación de personal técnico profesional en Terapia Ocupacional y Terapia Física avalada por el CONALEP, continúa en diferentes estados de la República, incluyendo el Distrito Federal. Los programas están planeados para mejorar la formación académica de la clase trabajadora del IMSS, es requisito tener estudios de bachillerato y contar con antigüedad de base mínima de un año. Siendo un programa regional, a las sedes acuden trabajadores de diversos estados para cursar la formación de tres años.

El 21 de diciembre de 1982, por decreto presidencial, se ampliaron los objetivos del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), se pusieron a su disposición los bienes

y recursos de la SSA destinados a Rehabilitación y Asistencia Social, que no eran de carácter obligatorio; se inauguró el Centro de Rehabilitación para el Trabajo Iztapalapa, además de varios Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) al interior de la República.

La formación de Terapeutas Físicos y Ocupacionales en el DIF vivió varios cambios en los requisitos de ingreso, duración de los cursos, contenidos académicos y reconocimientos. Las generaciones 84 y 85 cursaron un programa de tres años con perfil de egreso como Terapeutas Múltiples, en 1986 se elaboran nuevos programas de los que emergen las actuales Licenciaturas en Terapia Física y Terapia Ocupacional, sin embargo los egresados de éste plan de estudios obtenían únicamente un diploma como constancia de sus estudios.

En 1988 se modifica nuevamente el plan de estudios con la ampliación del servicio social de 6 meses a un año, la Dirección General de Educación Superior otorga el registro a estos programas por decreto presidencial el 3 de Febrero de 1989. La formación tiene una duración de 6 semestres y 1 año de Servicio Social y se imparte en el Distrito Federal en el Centro Modelo “Gaby Brimmer”, Centro Modelo “Iztapalapa” y en provincia en la Escuela de Licenciatura en Terapia Física y Terapia Ocupacional del CREE-DIF Puebla y en la Escuela de Terapias del CREE-DIF Estado de México.

En 1990 da inicio en el Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, el Diplomado en Rehabilitación Cardíaca para Terapeutas Físicos y Ocupacionales, con duración de tres meses, a lo que posteriormente se suma la creación del Capítulo de Terapeutas en Rehabilitación Cardíaca dentro de la Asociación Mexicana de Cardiología.

En 1995 se creó en Puebla la Escuela de Estudios Superiores en Rehabilitación (EESR), surgiendo una institución de educación superior que por primera vez en la historia del país

contaba con un espacio académico privado para la formación de licenciatura en Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia del Lenguaje. En 1999 el programa de licenciatura en Terapia Ocupacional obtiene el reconocimiento académico de la Secretaría de Educación del Estado ofreciendo una formación con duración de 6 semestres teórico – prácticos y 1 año de servicio social. En el año 2001 se inició la transformación de la Escuela de Estudios Superiores en Rehabilitación, dando paso a una opción nueva, enmarcada en el Centro Mexicano Universitario de Ciencias y Humanidades (CMUCH). En el 2010, la Especialidad en Terapia Ocupacional obtiene el reconocimiento de la Secretaría de Educación del Estado de Puebla, la misma tiene duración de un año con una estructura modular.

El 19 de julio del 2001 en sesión ordinaria de Consejo de Gobierno de la Universidad Autónoma del Estado de México, se aprobaron las licenciaturas en Terapia Física y Terapia Ocupacional, para entrar en vigor el primero de septiembre del mismo año. Los programas surgen en apoyo a las acciones de los Centros de Rehabilitación Infantil Teletón para la formación de recursos humanos a través del Instituto Teletón de Estudios Superiores de Rehabilitación. La licenciatura tiene una duración de 8 semestres escolarizados y un año de servicio social, existe una modalidad “flexible” que da oportunidad al alumnado de concluir sus estudios en 10 semestres escolarizados y un año de servicio social.

Desde noviembre del 2011, la Universidad Autónoma del Estado de México continua impartiendo ambas licenciaturas mientras que el Instituto Teletón de Estudios Superiores de Rehabilitación se encuentra realizando los trámites correspondientes ante la Secretaría de Educación Pública para impartir en forma autónoma ambos programas.

El Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades, PreveR-Dis contiene las acciones inmediatas para promover alternativas para abatir el rezago en materia

de prevención y rehabilitación como parte del Programa Nacional de Salud 2001-2006, para su elaboración se conformó la Subcomisión de Salud y Seguridad Social en la que participaron organismos públicos y de la sociedad civil con trayectoria reconocida en el estudio y atención a la discapacidad.

Parte de las Acciones inmediatas consideradas indispensables se relacionaron con la *Mejora de la Calidad de los Servicios de Rehabilitación* (subprograma 2), dentro del mismo se consideró la *certificación de servicios y de personal de rehabilitación*, en cuanto a recursos humanos se lee, ... *se requiere la certificación del personal paramédico: Terapistas Físicos, Terapistas Ocupacionales, Terapistas de Lenguaje, Protesistas, Ortesistas, y otros, para asegurar que la atención sea proporcionada por personal competente* (SSA, 2001).

Conseguir que se asentara ésta acción no fue tarea sencilla, quienes fuimos partícipes de la subcomisión escuchamos argumentos sin fundamento sobre el por qué Terapeutas Físicos y Ocupacionales no debían alcanzar el grado de licenciatura, se sumaba el hecho de que sólo había una terapeuta ocupacional “representando” al gremio. No hay lugar a duda al decir que gracias al apoyo siempre incondicional de la Dra. Amalia Gamio Ríos y a la apertura del Dr. Gustavo del Toro Gallardo†, se logró incluir éste punto que sin lugar a dudas obligó a la reforma de los planes de estudio de la Escuela Superior de Rehabilitación.

La Escuela Superior de Rehabilitación se crea a partir de agosto del 2002, los programas de formación se realizan en el ahora nombrado Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) (antes CNR⁴ y previamente INMR) tiene como objetivo fundamental *la formación de Recursos Humanos en el campo de la rehabilitación, con la más alta participación académica, científica y humanística, con deseo de superación continua actuando en un equipo multidisciplinario, así*

como enfrentar el problema emergente de salud pública de la discapacidad, reduciendo su incidencia y prevalencia, desarrollando modelos de intervención oportuna, integral, eficaz y de calidad para prevenir o disminuir las alteraciones discapacitantes en el individuo, como consecuencia de enfermedades y lesiones. Las licenciaturas que se imparten en la Escuela Superior de Rehabilitación (Terapia en Comunicación Humana, Terapia Ocupacional y Terapia Física y Rehabilitación) tienen una duración de 6 semestres teóricos y un año de Servicio Social.

El Registro del Plan de Estudios de los programas de licenciatura fue avalado por la Comisión Interinstitucional Formadora de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) y en el 2006 la escuela obtiene el aval de la Dirección General de Acreditación, Incorporación y Revalidación de estudios. Cabe resaltar sin embargo, que hasta el año 2007 los programas de formación de terapeutas ocupacionales, físicos y ortesistas - protesistas, se registraban en el Catálogo de Carreras de Licenciatura en Universidades e Institutos Tecnológicos de la ANUIES, todavía con el grado de Técnico Superior Universitario.

El Instituto Profesional de Terapias y Humanidades se crea con la misión de elevar el nivel de calidad en eficiencia, efectividad y trato humano a los pacientes que requieran de tratamientos en rehabilitación, por medio de la investigación y desarrollo de productos, sistemas y tratamientos que contribuyan a mejorar dichas áreas de la salud. En sus inicios en el 2006 ofertaba la Licenciatura en Ergoterapia (Terapia Ocupacional), con duración de 8 semestres sin mencionar si contaba con RVOE, actualmente ofrece únicamente la Licenciatura en Terapia Física, aun cuando en sus diferentes clínicas cuenta con departamentos de Terapia Ocupacional.

⁴ Centro Nacional de Rehabilitación y previamente Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación

El Instituto Científico de Educación Superior (ICES), es el primer y único Instituto de enseñanza superior que cuenta con las licenciaturas en Terapia Física y Terapia Ocupacional en el estado de Veracruz, contando con reconocimiento de validez oficial de estudios por parte de la Secretaría de Educación de Veracruz desde el 2007. Nace de la creciente necesidad a la atención de personas con alguna discapacidad, de todas las edades en razón de sus limitaciones anatómico-funcionales, a nivel deportivo en el incremento sistemático de su rendimiento, y demás áreas de su competencia. Además del programa de licenciatura en Terapia Ocupacional, ofrece un Diplomado de 210 horas en la misma disciplina.

El Instituto de Terapia Ocupacional (ITO) en la Ciudad de México, en un esfuerzo por ofrecer a las escuelas información fidedigna sobre el status en que se encontraban los programas educativos de México en relación con los requerimientos internacionales desde 1972, elaboró análisis comparativos de los requerimientos de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) y los programas de Terapia Ocupacional existentes en México. Los análisis de los programas de las escuelas existentes facilitaron la detección de áreas no cubiertas por los programas educativos en relación a los requerimientos internacionales.

Con ésta información el ITO se acercó a diferentes escuelas para solicitar la integración de un programa complementario que a la vez de ofrecer el grado de licenciatura, pudiera actualizar los conocimientos teórico/prácticos de Terapia Ocupacional, que evidenciaban un claro retraso en relación a los avances internacionales, sin embargo, no se encontró eco en la propuesta.

En el 2004, con la aprobación de la Maestría en Terapia Ocupacional, por parte de la Secretaría de Educación Pública (SEP) y de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT), el ITO encontró la oportunidad idónea para proponer un programa complementario que pudiera otorgar a terapeutas ocupacionales no solo el título de

licenciatura, sino una actualización profesional que reflejara un cambio en el razonamiento clínico, la adquisición de habilidades teórico/metodológicas para integrar la teoría a la práctica, habilidades de investigación, crítica de investigaciones existentes y desarrollo de programas comunitarios.

Con esta visión el Instituto de Terapia Ocupacional y el Colegio de Terapeutas Ocupacionales de México, se dan a la tarea de integrar el Programa de Profesionalización de Terapia Ocupacional ante la necesidad de un programa congruente con los lineamientos de la WFOT que centrara el currículo en la Perspectiva Ocupacional, organizado por terapeutas ocupacionales e impartido a nivel superior. En el diseño del programa se partió de las necesidades del contexto local y las tendencias de formación internacionales, siendo más que nunca evidente, la necesidad de profesorado calificado; supervisión clínica e investigación con el objeto de generar la continuidad, el crecimiento y el desarrollo de la profesión (WFOT, 2002).

El *Programa de Profesionalización de Terapia Ocupacional* para la obtención de Licenciatura tenía como objetivo: *formar licenciados en Terapia Ocupacional que desde el enfoque teórico metodológico de las Ciencias de la Ocupación, adquirieran los conocimientos, destrezas, actitudes y valores necesarios para la práctica competente de la disciplina* (ITO, 2011).

Éste programa obtuvo el RVOE de la SEP en marzo del 2009 y abrió la posibilidad a un número importante de terapeutas ocupacionales que ya contaban con la formación y experiencia profesional, para que obtuvieran el grado correspondiente y pudieran tener acceso a continuar su preparación en los programas de posgrado específicos del área o de otras afines. La cuarta y última promoción del curso de profesionalización dio inicio el 26 de noviembre del 2010. Además del RVOE otorgado por la SEP, el programa cumple con los estándares de la WFOT como *Bachelor in Occupational Therapy*, por lo que obtuvo su acreditación en 2010.

Al tratarse de un programa dirigido a terapeutas ocupacionales con experiencia fue necesario centrar el proceso formativo en la adquisición y desarrollo de nuevas competencias profesionales congruentes con los requerimientos nacionales e internacionales y cuya carencia fue detectada en los análisis comparativos realizados con anterioridad.

Con fecha 31 de marzo del 2011, por unanimidad, en sesión extraordinaria, el Consejo Universitario (CU) de la UNAM aprobó la creación de la Escuela Nacional de Estudios Superiores (ENES), Unidad León, Guanajuato. La ENES, Unidad León, es parte de la Universidad Nacional Autónoma de México por tanto goza de los mismos beneficios y características que la máxima casa de estudios. Las licenciaturas que se ofertarán se encuentran recorriendo los procesos estipulados por la normatividad universitaria y actualmente se encuentran entre ellas la licenciatura en Fisioterapia y la licenciatura en Terapia Ocupacional. Se contempló que la licenciatura en Fisioterapia diera inicio en agosto del 2011 y la licenciatura en Terapia Ocupacional dé inicio según lo previsto en el 2012.

Si bien existe una oferta creciente de programas de formación en Terapia Ocupacional en México casi la totalidad de las instituciones que ofertan ésta disciplina, no cuentan con planes y programas de estudio homologados, centrados en la ocupación y que cumplan con los criterios mínimos de la WFOT. Quien ingresa a la formación en Terapia Ocupacional necesita saber, que define la profesión, su papel en la sociedad, su trayectoria histórica, sus formas de intervención, sus potencialidades y perspectivas actuales; necesita recibir orientación e impulso para el desarrollo de su vocación y con frecuencia se encuentra con la ausencia de referentes que sustenten el por qué de la existencia del programa profesional que ha elegido.

En estas condiciones es poco probable que el alumnado valore la importancia de la Terapia Ocupacional y, en muchos casos, su compromiso con la carrera es débil porque la formación

que recibe no tiene raíces. Esto constituye una dificultad importante en el desarrollo de la identidad profesional como terapeuta ocupacional.

La WFOT, reconoce actualmente solo tres programas en México que cumplen con los estándares mínimos de formación de terapeutas ocupacionales:

- 1) Centro Mexicano Universitario de Ciencias y Humanidades: ubicado en la ciudad de Puebla. El programa de licenciatura en Terapia Ocupacional obtuvo la aprobación de la WFOT en 2004, en la página de la WFOT no se refiere si ésta institución ha cumplido con los requisitos para obtener su reacreditación.
- 2) Instituto de Terapia Ocupacional: el programa de licenciatura en Terapia Ocupacional obtuvo la aprobación de la WFOT en 2010. La fecha en la que obtuvo el reconocimiento de validez oficial de estudios por parte de la Secretaría de Educación fue el 2009. La próxima revisión del programa por parte de la federación se realizará en el 2015.
- 3) Instituto de Terapia Ocupacional: el programa de Maestría en Terapia Ocupacional obtuvo la aprobación de la WFOT en 2004 y su aprobación más reciente fue en el 2009, la próxima revisión del programa por parte de la federación se realizará en el 2014. La fecha en la que obtuvo el reconocimiento de validez oficial de estudios por parte de la Secretaría de Educación fue el 2004 con una actualización en el 2007.

La WFOT (2002) considera que la Normas Mínimas para programas educativos que preparan terapeutas ocupacionales a nivel de licenciatura están organizadas bajo seis encabezados:

- Filosofía y propósitos

- Contenido y secuencia curricular
- Métodos educativos
- Trabajo de campo
- Recursos educativos (incluyendo financiamiento)
- Educadores

Bajo cada encabezado, las Normas Mínimas consignan 5 ítems:

- La congruencia entre el contexto local del programa, el programa educativo y el conocimiento, habilidades y actitudes de egresantes.
- Profundidad y alcance de ese aspecto del programa.
- Relevancia o ajuste dentro del contexto local.
- Consistencia con las expectativas de la comunidad internacional de Terapia Ocupacional, así como con los conceptos internacionales acerca de salud, bienestar y práctica educativa.
- Mecanismos para el mejoramiento continuo de la calidad de ese aspecto del programa

En relación a la evaluación de programas educativos de Terapia Ocupacional la WFOT (2002), describe en su documento *Normas Mínimas Revisadas para la Formación de Terapeutas Ocupacionales* aspectos relativos al contexto, filosofía y propósito así como los componentes del programa. El punto de partida para el diseño y desarrollo continuo de los programas de formación que contribuyen a la evaluación de los mismos es la perspectiva que involucra tanto el contexto local donde se circunscribe el mismo, cómo las perspectivas internacionales.

Capítulo 3

**LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA TERAPIA
OCUPACIONAL Y SU TRANSFORMACIÓN EN EL
ÁMBITO LABORAL EN MÉXICO**

Desde la década de 1950 terapeutas ocupacionales se empezaron a integrar a las instituciones gubernamentales lo mismo realizando acciones de enfermería que como “enseñantes de oficios”. A partir del surgimiento de servicios de Rehabilitación Física, las principales dependencias del gobierno que contrataban especialistas en el ramo eran el IMSS, el ISSSTE, la SSA, el DIF y más adelante los servicios descentralizados y privados regulados por la Secretaría de Salud.

En los años 70 tiene lugar la consolidación institucional de la Terapia Ocupacional, sin embargo, el hecho de que hubiera instituciones formadoras, no significaba que existiera la disciplina profesionalizada. La profesionalización implica *que una disciplina cuente con personal formado que ejerza docencia e investigación especializadas, que registre una producción escrita con fuerte diversificación temática y teórica, que cuente con canales editoriales para la comunicación y socialización de sus productos. Ésta fase de desarrollo suele ir acompañada de una tendencia a la calificación formal de sus miembros por la vía de posgrados o instancias formativas equivalentes y a un crecimiento del número de plazas laborales de tiempo completo para éstos en las instituciones de educación superior y/o en diversas instancias organizativas de la sociedad según el caso...* (Girola y Olvera, 1994, citadas en Leal y Fernández et al, 1994).

Ésta no era una realidad cercana a quienes inicialmente se formaron como terapeutas ocupacionales, ya que al ser personal técnico profesional o con diplomatura en la disciplina, no tenían oportunidad de acceder a programas de profesionalización, por carecer del grado de licenciatura.

Hacia la década de 1980 comienza a configurarse la profesionalización de la Terapia Ocupacional en México. Un indicador de la profesionalización es la emergencia de una ética

que deslinda el discurso disciplinario del discurso hegemónico de la Medicina de Rehabilitación, desplazando la idea de la Terapia Ocupacional comprometida con la recuperación física hacia el compromiso con el cambio individual y social. Ésta década significó un periodo de crisis para la Terapia Ocupacional, no solo por los vertiginosos cambios originados al interior de las instituciones formadoras de recursos humanos en la disciplina, sino también por los cambios en los contratos colectivos de trabajo de las instituciones públicas.

Hasta antes de la revisión del Contrato Colectivo de Trabajo 1985-1987 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Terapeutas Físicos y Ocupacionales tenían la categoría de Quinesiterapeutas y en muchas ocasiones realizaban suplencias incluso como Masajistas, ya que estas, eran las únicas categorías que se acercaban al quehacer de ambas disciplinas. La modificación de los profesiogramas en 1987, establece finalmente la diferencia entre estas dos, desapareciendo la categoría de Quinesiterapeuta. De ésta forma, también se establecen en el profesiograma los alcances de la intervención de la Terapia Ocupacional en las unidades de atención a población derechohabiente del IMSS.

La Terapia Ocupacional de finales del siglo XX tiene una orientación cada vez mayor hacia la solución de problemas; no se trata sólo de una disciplina con una intervención más específica, más micro, sino también más profesional, en el sentido de que tiene una orientación más enfocada, reconocida y favorecida por las instituciones empleadoras públicas, privadas o de la sociedad civil. Es una Terapia Ocupacional reformista, que no renuncia a sus compromisos de emancipación y cambio social, tampoco se mantiene únicamente como resolutoria de la patología, sino que colabora directamente con clientes, consultantes o pacientes en la identificación de sus males, conflictos y dolores colectivos que dificultan su independencia, autonomía y afectan su calidad de vida.

La proliferación de licenciaturas en Terapia Ocupacional se intensificó en la última década del siglo XX y la primera del XXI, tanto en la ciudad de México como en el interior. En los albores del siglo XXI, si bien se dispone de una infraestructura institucional sólida que apoya el quehacer de la Terapia Ocupacional en el país, al contar con un buen número de centros (de rehabilitación y otros) que ofrecen atención especializada en el área, se dispone de un número reducido de terapeutas ocupacionales mejor preparados, que permitan justificar la existencia de servicios especializados en un mayor número de espacios; cómo consecuencia, se invierte poco en la difusión de los alcances de la disciplina.

Las especificidades del ejercicio profesional como terapeuta ocupacional actualmente se insertan en el nuevo paradigma de globalización económica y cultural. En éste sentido, es posible afirmar que el ejercicio de la Terapia Ocupacional -cómo otras disciplinas- ha pasado al igual que nuestras sociedades por tres fases durante el siglo XX: *la primera hasta 1960, consistió en la necesidad de reconstruir un mundo que estaba en ruinas; la segunda se extiende hasta 1980 y tuvo que ver con el sueño de la “prosperidad perpetua” y hoy nos enfrentamos a la tercera fase, calificada como “sociedad de riesgo mundial”, que nos lleva al retorno de la incertidumbre; donde se pierde la seguridad material futura y la identidad social* (Contreras, 2006). Ante éste panorama, el reto del grupo de terapeutas ocupacionales será convertir éste panorama –un tanto desolador- en área de oportunidad.

Desde ésta visión, las normas internacionales de formación de terapeutas ocupacionales, han guiado la filosofía, el perfil de egreso, al profesorado y el contenido curricular de los programas educativos en Terapia Ocupacional. En la revisión del 2002, el documento de la WFOT da mayor apertura para que los programas reflejen las necesidades sociales hacia las cuales se debe centrar la práctica profesional del colectivo de terapeutas ocupacionales, haciendo énfasis en que éste debe tener como elemento guía la relación de ocupación y salud.

Siendo la Terapia Ocupacional una actividad laboral destinada a la atención de necesidades humanas alcanza el estado de profesión con todos los merecimientos y retribuciones sociales que dicha categoría conlleva, cuando su ejercicio se reconoce como experticia (competencia) calificada sustentada como resultado de conocimientos teóricos y saberes técnicos que en su conjunto y articulaciones difieren de aquellos que sirven de piso a otros ejercicios laborales.

Para alcanzar dicha categoría, el desempeño laboral debe denotar estar orientado por cuatro componentes: a) un sistema de conocimientos especializados válidos sobre el respectivo campo profesional y cuyos correlatos prácticos se expresan en los roles o funciones que debe cumplir profesionalmente; b) un conjunto de metodologías y técnicas que permiten aplicar dicho saber en la interpretación y resolución de la necesidad social que circunscribe el campo profesional; c) un código ético (tácito o explícito) encarnado en una conducta profesional que obliga a emplear ese saber y metodologías con responsabilidad pública, apego al Bien Común, y respeto irrestricto a la dignidad inherente a la persona humana; d) actitudes y disposiciones personales para crear, innovar y emprender, de responsabilidad, de mejoramiento y enriquecimiento personal, de retribución social, etcétera. (Castro, 2005).

La profesionalización requiere entonces, además de un título que nos permita desempeñarnos en una disciplina específica, la calificación formal por la vía de posgrados o instancias formativas equivalentes; los mismos deben reconocer los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos en la formación previa como terapeuta ocupacional y centrarse en las áreas de formación académica-profesional en las que el grupo de terapeutas ocupacionales no obtuvo una formación adecuada de acuerdo a los parámetros internacionales y necesidades de salud de la población mexicana. Así mismo, debe responder al proceso dinámico de crecimiento de la disciplina, sustentándose en los avances pedagógicos, teóricos y prácticos actualizados de la Terapia Ocupacional (ENOTHE, 2001, WFOT, 2002).

La filosofía educativa de los programas de profesionalización, deben partir de la premisa de la naturaleza ocupacional del ser humano, de la naturaleza y significado de la ocupación en la salud y calidad de vida, los problemas que la persona experimenta en relación con sus ocupaciones y el papel del ambiente en el desempeño ocupacional. Con relación al aspecto educativo considerar que el estudiantado aprende y desarrolla conocimientos y habilidades a través de una variedad de experiencias educativas y prácticas, retomando su propia experiencia; por lo que debe plantearse en su diseño una combinación de enfoques de enseñanza y aprendizaje para estimular la resolución de problemas, el trabajo en equipo y el desarrollo personal, de forma tal que pueda adaptarse en forma crítica, creativa, participativa y comprometida a esos cambios (Díaz - Barriga, 1980, 1998, Glazman, 1980).

Hablando en particular de acceder a una especialidad cuyo objetivo es profundizar en un área específica del conocimiento o del ejercicio profesional, el Centro Universitario de Ciencias y Humanidades (CMUCH) cuenta con la Especialidad en Terapia Ocupacional en la ciudad de Puebla con RVOE desde el 2010, a la fecha de presentación de éste trabajo el programa continua impartándose y en trámite para su validación por la WFOT.

Las Maestrías tienen como objetivo además de profundizar en el conocimiento y el ejercicio profesional, promover la investigación y la producción del conocimiento a través de la publicación de los resultados de las mismas, o de textos que contribuyan a la actualización de la disciplina y a la realización de nuevas investigaciones que favorezcan, a su vez, el desarrollo permanente de una disciplina; a la fecha solo se cuenta con un programa de Maestría en Terapia Ocupacional con RVOE obtenido en el 2004.

En 2007 se aprobó su revisión curricular para convertirlo en un programa de formación mixto en el cual algunas de las materias se pueden cursar en línea. Cabe mencionar que éste programa,

obtuvo también en el 2004 la certificación por parte de la WFOT y la re certificación en el 2009 por un periodo de 5 años. El programa es impartido por el Instituto de Terapia Ocupacional.

A nivel internacional, en materia de gestión de la calidad en educación superior, las asociaciones e instancias involucradas con la formación de recursos humanos en Terapia Ocupacional han desarrollado, desde hace cinco décadas, diversas estrategias tendientes a garantizar la calidad de los programas existentes. Es así como, para 1952, la WFOT divulgó un primer documento internacional de lineamientos y estándares de calidad de los programas de formación, el cual fue aprobado por el consejo de la federación dos años después. En ese momento, cómo ahora, la intención ha sido el reconocimiento y aplicación de criterios de formación con calidad, aceptados por los países miembros, con miras al desarrollo de la disciplina y de la misma comunidad profesional (WFOT, 2002 citado en Viviescas y Novoa, 2003).

En 1958, la WFOT, publicó el documento *Establishment of a Programme for the Education of Occupational Therapists*, el cual se constituyó en una guía para la puesta en marcha de programas académicos.

En 1971, el documento *Recommended Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists* fue publicado por la WFOT, y en 1984 se sometió a revisión y actualización, con el fin de dar vigencia a sus contenidos, principalmente en lo relacionado con estrategias de intervención y terminología, con miras a ampliar el componente de orientación para el desarrollo de la currícula. Otro aporte de éste documento fue la diferenciación de sus dos grandes contenidos: las recomendaciones para la organización de los programas y la propuesta de contenidos para el plan de estudios a cursar. En 1997, se dio a conocer la nueva versión de los requisitos mínimos de formación. Dicho texto continuó su complementación y

actualización. La versión más reciente se titula *Overview of the WFOT Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists 2002*.

Estas últimas versiones incluyen la propuesta de diseño y aplicación de una evaluación integral al final del proceso formativo, con el objetivo de identificar el nivel de desarrollo conceptual y práctico procedimental del estudiantado de Terapia Ocupacional y lograr la certificación profesional, tal y como ha sido desarrollado en diferentes países como:

- Estados Unidos: En la década de los años 50 la American Occupational Therapy Association (AOTA), estableció los exámenes de certificación, después de cuya aprobación se obtiene el título de Occupational Therapist Registered (OTR). Los programas educativos deben cumplir las normas esenciales del programa de acreditación para terapeutas ocupacionales establecidas en 1991. Luego de graduarse en un programa acreditado y realizar tres meses de práctica profesional de tiempo completo se adquiere el derecho para presentar el examen de certificación de la AOTA. Es decir, no se puede ejercer en éste país sin cumplir con éste requisito. Adicionalmente, desde 1988 se estableció una junta de certificación independiente llamada Junta de Certificación Americana de Terapia Ocupacional (AOTBC).
- Canadá y Gran Bretaña: Estos países también exigen exámenes de certificación para sus profesionales, sin los cuales no es posible ejercer la profesión. Además todas las instituciones y agencias de servicios humanos contratan terapeutas ocupacionales de acuerdo a estricto cumplimiento de la norma.
- América Latina:
 - o Chile, está adelantando gestiones relacionadas con algún tipo de certificación de profesionales de Terapia Ocupacional, según informa la vocería de la Federación Mundial

(WFTO) en Latinoamérica (Viviescas y Novoa, 2003)

- o Brasil, certifica a los programas de Terapia Ocupacional que cumplen con los estándares de formación preestablecido; desde hace dos años se está proponiendo adelantar un examen para el estudiantado que curse el último año.

- o México ha iniciado la revisión de los programas educativos de acuerdo a los estándares de la WFOT a través del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de México. En un futuro se planea implementar un programa de certificación que permita avalar las competencias para el ejercicio de la Terapia Ocupacional en México.

Los programas educativos certificados permiten hacer intercambios en el extranjero y que los estudios sean aceptados a nivel internacional.

El panorama de infraestructura física e intelectual que se ha venido consolidando para la carrera de Terapia Ocupacional permite observar que se trata de una disciplina y de una profesión que no es joven pero que al mismo tiempo no cuenta con una presencia significativa a nivel nacional con un esquema de formación de recursos humanos susceptibles de ser absorbidos por el mercado laboral para dar respuesta a las necesidades de atención de las problemáticas contemporáneas relacionadas con la ocupación y la disfunción ocupacional si la persona egresada posee las competencias necesarias para ello. Además se muestra una limitada construcción de redes de trabajo intra e interdisciplinarias aun con la proyección de continuidad en la oferta de licenciaturas y posgrados en Terapia Ocupacional. La explicación a esto puede vincularse con la poca investigación que se realiza y se publica en nuestro país, situación que si bien no es privativa de la Terapia Ocupacional, puede afectar en forma significativa la proyección nacional e internacional del ejercicio de ésta profesión.

3.1 Los cuerpos colegiados

Las agrupaciones de profesionistas (cuerpos colegiados) tienen un valor considerable porque favorecen de forma integral a la organización profesional en general, a sus afiliados, a contratantes de servicios profesionales, a la población necesitada de acciones solidarias, a las nuevas generaciones de estudiantes, a la sociedad en su conjunto y al país.

El Colegio de Terapeutas Ocupacionales de México se constituye el 3 de junio de 1999 como una Asociación Civil de terapeutas ocupacionales que se integran para buscar mejorar la calidad de la Terapia Ocupacional en México, siendo sus fundadoras Ma. Cristina Hernández Lara de Bolaños, Silvia Martínez Zarate, Ma. Esperanza Montemayor y Ma. Julia González, todas ellas reconocidas terapeutas ocupacionales de México (COTEOC, 2011). En el 2011 se iniciaron los trámites para su registro ante la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, efectuando a su vez la modificación de estatutos y cambio de Consejo Directivo, formalizados mediante la escritura 135,249 – 2452, ante el Notario Público 198 Lic. Enrique Almanza Pedraza el 19 de abril del 2012 y, obteniendo el registro F-397 en la Oficina de Registro de Colegios de Profesionales con fecha 2 de mayo del 2012, ante su titular Dra. Marisela Moreno.

La Asociación de Profesionales en Terapia Ocupacional AC (APTO), es miembro asociado de la WFOT desde 1998 y miembro absoluto desde el 2004 (WFOT, 2011), a pesar de solicitar directamente a su presidente y agremiados, datos que permitieran –para los fines de ésta investigación- referir la constitución legal de la misma y su registro como organismo de la sociedad civil, en base a la Ley Federal de Fomento a las Actividades Realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil, no se obtuvo respuesta alguna para completar ésta información.

Las Agrupaciones y Colegios de Profesionistas son Asociaciones Civiles formadas por profesionistas de una misma rama profesional con el interés en trabajar en beneficio de su profesión, son instancias de opinión crítica que buscan garantizar la calidad y certeza en el ejercicio profesional.

DISCUSIÓN

Cómo se ha mencionado, la profesión define a un grupo de individuos de una disciplina que se adhiere a lineamientos cognoscitivos, éticos y prácticos delimitados por ellos mismos y respaldados institucionalmente. El grupo profesional posee un reconocimiento social como portador de los recursos necesarios para brindar un servicio a la sociedad, el cual está basado en los conocimientos y habilidades aprendidas dentro de instituciones de nivel superior.

Una profesión es un grupo profesional con una pericia especial, basada en un aprendizaje extenso y en un conocimiento abstracto (Ballesteros, 2007).

El concepto de profesión surge junto con la revolución industrial, al centrarse el trabajo dentro del campo de lo económico. Ello permitió el nacimiento de las profesiones tal como hoy las significamos, inmersas en el surgimiento de la sociedad industrial y de la división del trabajo.

La categoría de identidad profesional parte del supuesto de que el ejercicio de la profesión es central en la construcción y reconstrucción de la identidad social. La identidad profesional pretende identificar el modo en el que ésta dimensión determina la manera que tiene un grupo profesional para auto describirse en ciertas representaciones que le permitan diferenciarse y comparar su práctica con las de otros grupos profesionales, puesto que *es en la confrontación con el mercado de trabajo donde se sitúa hoy en día la apuesta identitaria más importante de los individuos de la generación de la crisis* (Dubar, 2000). De aquí que la dimensión profesional sea una de las más destacadas para la identidad social y por ello tanto el empleo como la formación se posicionen como dos campos de socialización altamente significativos.

Las identidades profesionales son entendidas como formas identitarias en el sentido de configuraciones Yo-Nosotros que se localizan en el ámbito de las actividades de trabajo remuneradas. Son formas socialmente reconocidas de identificarse en el ámbito del trabajo y del empleo en el sentido de relaciones sociales y de trayectorias biográficas de vida laboral (Dubar, 2002).

La identidad profesional así, es tomada como resultado de procesos colectivos de interacción, en donde se articulan tanto lo individual como lo social de los sujetos en la constitución de sus identidades. Son el complejo de representaciones profesionales adquiridas en el proceso de interacción durante su formación profesional que permiten diferenciarse o identificarse de / con otros grupos profesionales en cuanto a su ser y quehacer profesional.

Recuperando a Dubar, Torres anota que la familia y la escuela, como contextos socialmente estructurados, construyen las bases de lo que podríamos llamar la identidad laboral profesional. La salida del sistema escolar y la consecuente confrontación con el mercado de trabajo son eventos clave puesto que también se elabora *una proyección de ser en el futuro, la anticipación de una trayectoria de empleo y la ejecución de una lógica de aprendizaje, mejor dicho, de formación de una identidad profesional* (Torres, 2005).

En éste sentido, para Dubar *la identificación con una carrera y el compromiso con un cierto tipo de actividades, en un contexto de experiencias relacionadas con la estratificación social, la discriminación étnica y sexual, así como frente a una estructura desigual de acceso a los diferentes espacios formadores o educativos es a lo que podríamos denominar la construcción de una identidad profesional* (citado por Torres, 2005).

La construcción de la identidad profesional depende de las características de las relaciones laborales, lo cual involucra la búsqueda del poder. Así, el reconocimiento de la identidad profesional está íntimamente ligado a la legitimación de saberes y competencias y al lugar que ocupa la persona dentro del grupo de pertenencia.

Por su parte Navarrete (2008) anota que la identidad profesional *es la forma en que el sujeto se apropia de un proyecto profesional-institucional, correspondiente a un campo disciplinar, y de lo que ese proyecto y ese campo implican en tanto espacio y medio de constitución-formación*. En éste proceso destacan elementos que ofrecen rasgos identitarios que se derivan de la relación interactiva experiencial, como son los elementos referenciales del plan de estudios, la comunidad educativa y el ejercicio en un ambiente laboral durante la trayectoria de formación en una disciplina específica y posterior a ella.

La identidad profesional también implica dos momentos clave: 1) el proceso de construcción personal de una estrategia identitaria para sí y 2) la confrontación de la estrategia identitaria con la incertidumbre que generan las transformaciones tecnológicas, organizacionales y de gestión del empleo, lo cual reduce las posibilidades de tener una estrategia identitaria definitiva (Torres, 2005).

Es en éste punto que la historia de cualquier profesión, en éste caso la de la Terapia Ocupacional, resulta relevante independientemente del sitio geográfico, institución laboral o escolar en la que se desempeñe la persona.

En la historia de la Terapia Ocupacional han acontecido hechos que le han restado “fortaleza” a la profesión y que requieren analizarse desde el grupo de profesionales de ésta disciplina:

- 1) La actividad o la ocupación como medio terapéutico inicia siendo parte del tratamiento de la discapacidad psicosocial en el manicomio general “La Castañeda” en tiempos de Porfirio Díaz, al paso del tiempo, la atención en Terapia Ocupacional a la población con discapacidades psicosociales, es llevada a cabo por profesionales de la psicología y docentes de educación especial (en el mejor de los casos) que carecen de conocimientos relativos a las ciencias de la ocupación para realizar intervenciones que favorezcan la inclusión social. Por otra parte, dado que las escuelas formadoras surgieron del modelo de rehabilitación física, no ha existido el interés por parte de las escuelas de incluir en la formación de terapeutas ocupacionales ésta área de la práctica profesional por carecer de docentes calificados en ella, no considerarla relevante, o falta de supervisión durante las prácticas escolares y el servicio social.
- 2) Al incorporarse la Terapia Ocupacional a la rehabilitación, los valores *core*⁵ de la disciplina se diluyeron, y aunque las definiciones actuales ofrecen una visión más adecuada de lo que es la profesión, ésta se continua percibiendo como una intervención independiente y/o posterior al tratamiento físico; en consecuencia, es necesario que se retomen los conceptos más actuales de ésta modalidad de intervención terapéutica para dar atención a los aspectos ocupacionales de la discapacidad motora.
- 3) La ausencia de terapeutas ocupacionales en los programas de formación para el trabajo o de rehabilitación laboral, ha sido también una constante desde la época de Benito Juárez, si bien, han existido centros de rehabilitación en los que ha sido incorporada la rehabilitación laboral y la misma ha estado a cargo de terapeutas ocupacionales (en el caso de algunas unidades de rehabilitación del IMSS por ejemplo) son, en número, menos que aquellos en los que la atención es brindada por “técnicas o técnicos en

labores” (cómo en el caso de los Centros de Atención Múltiple), personal de psicología, ingeniería, el voluntariado de la institución u otros profesionistas que no tienen relación con las ciencias de la ocupación. Ésta situación interfiere de forma importante con la incorporación a la vida productiva de la población atendida en los Centros de Atención Múltiple y en instituciones como el IMSS y el ISSSTE por citar algunas.

El grupo de terapeutas ocupacionales, necesita retomar los nuevos paradigmas de la Terapia Ocupacional los cuales se centran en las ciencias de la ocupación, necesitan reafirmar el hecho de que la ocupación no es algo trivial, sino un aspecto esencial para la salud, constituye una energía vital y una fuente de felicidad en la vida cotidiana. Para mejorar las oportunidades de vida de las personas a quienes prestan sus servicios, necesitan estudiar arduamente las actividades de la vida diaria, enfrentar la ambigüedad y la complejidad de la ocupación, al ser humano ocupacional y los contextos en los que la ocupación tiene lugar (Yerxa, 1998).

Siguiendo a Sainsaulieu (citado en Torres, 2005), la identidad puede constatarse objetivamente en el análisis de las situaciones de trabajo y del sistema social constituido por la institución, por lo que de ésta transacción dependen las identidades de quienes se contratan o son contratados. De aquí se desprende que los límites de un espacio identitario dependan de la naturaleza de las relaciones de poder y del lugar que ocupa la persona y su grupo de pertenencia. *Es decir, la transacción que se da con los otros en éste juego de identificaciones y en un espacio específico, se hace dentro de un sistema de jerarquizaciones (el poder) que determinan el acceso y la capacidad de negociación de los actores a partir de categorías sociales específicas.* (Torres, 2005).

⁵ Nucleares

Tras la revisión de la historia de la Terapia Ocupacional en México y considerando la propuesta de Claude Dubar, se puede afirmar que no existe en el siglo XXI ninguna forma identitaria (cultural, narrativa, reflexiva, estatutaria) que sea dominante en Terapia Ocupacional y que dé certidumbre a las personas y a los grupos formados en ésta disciplina. De ahí que la definición de la identidad profesional de las terapeutas y los terapeutas ocupacionales se encuentre “en crisis” y se presente combinada según los antecedentes identitarios. El concepto de crisis es utilizado por Dubar con el sentido de la *fase difícil atravesada por un grupo o individuo* y que remite a una ruptura del equilibrio entre diversos componentes, es decir, entre la categorización de la otredad y la personal (Dubar, 2002).

Según Berger (citado en Machuca, 2008) la sociedad moderna tiene múltiples mundos de la vida autónomos y hasta contradictorios. Como protagonista moderno se puede elegir entre ellos para plantearse conscientemente un proyecto de vida, lo cual fundamenta su identidad (Chihu, 2002).

Giddens (1997) establece que el orden social reciente se caracteriza por el surgimiento de instituciones modernas altamente dinámicas y por la desestimación de los usos y costumbres tradicionales lo cual impacta en la vida cotidiana y por ende en la experiencia individual. Uno de los rasgos distintivos de la modernidad es la interconexión entre las influencias universalizadoras y las disposiciones personales, donde el sí mismo no es una entidad pasiva sino que a partir de su flexibilidad influye en las instituciones sociales.

Considerando la perspectiva de Giddens, el surgimiento de instituciones formadoras de recursos humanos para el ejercicio de la Terapia Ocupacional y, el interés de actuar conforme a los criterios establecidos por organismos reguladores internacionales como la Federación

Mundial de Terapeutas Ocupacionales, ha generado que la “Terapia Ocupacional tradicional” inicie su transformación hacia una práctica más innovadora, más universal, dinámica y flexible.

La evolución de la Terapia Ocupacional ha llevado a establecer procesos de reorganización ligados a mecanismos que sitúan al saber y hacer de ésta disciplina en circunstancias locales y globales específicas y no en momentos fijos e intervenciones rígidas.

La identidad de sí mismo de quien se define como terapeuta ocupacional se convierte en una tarea refleja que busca mantener una crónica biográfica coherente dentro de un contexto multicontextual y abstracto. De aquí se desprende la importancia de la elección de un estilo de vida para definir la identidad del sí mismo y para permitir la actividad cotidiana en la Terapia Ocupacional.

La perspectiva ocupacional es definida por Wilcock (1998) en base a que la ocupación es tan importante para el ser humano que legitima la existencia de la Terapia Ocupacional (ciencia aplicada), en correlación con la ciencia de la ocupación (ciencia básica), cuya finalidad es la creación de conocimientos sobre la ocupación humana desde una base interdisciplinar, que pueden ser aplicados desde la Terapia Ocupacional. La perspectiva ocupacional posee un matiz de desarrollo que considera la relación entre las personas y el medio, concibiendo la ocupación como una espiral de experiencias acumulativas que se desarrollan a lo largo de la vida.

Lo referido por Wilcock, guarda relación con la investigación realizada por Bolaños y Armendáriz, de la que puede inferirse que, las autoras consideran que la adquisición de la perspectiva ocupacional es fundamental en la construcción de la identidad profesional en Terapia Ocupacional, los criterios que establecen son (2009, p. 7):

1. *Visión holística de la persona: incluye la dimensión física, cognitiva, social, psicológica y espiritual de la persona. Se refleja en la integración del Perfil Ocupacional.*

2. *Comportamiento ocupacional: Se refiere a los roles y desempeño ocupacional actual el cual se evidencia en el análisis e integración del desempeño ocupacional, centrado en áreas ocupacionales VS componentes del desempeño. Se evidencia en la selección de los marcos de referencia y en la descripción de objetivos de intervención centrados en la ocupación.*

3. *Influencia de la cultura en la ocupación: Refleja una comprensión del papel de la cultura como influencia en la percepción de los roles ocupacionales de la persona. Se evidencia en la forma que se realiza el análisis del ambiente y la descripción de la influencia de los factores culturales, socioeconómicos, redes de apoyo y apoyos institucionales en la ocupación.*

4. *Relación dinámica entre la persona y el ambiente: Se refiere a la interrelación de la persona con su ambiente a través del cual obtiene el apoyo necesario para realizar sus ocupaciones en ámbitos específicos, así como la sensación de logro y competencia al ser reconocida en su ambiente. Se observa en la descripción de los diferentes espacios ocupacionales considerándolos como sitios de intervención.*

5. *Énfasis en la unicidad del individuo: Se muestra en la integración del proceso de Terapia Ocupacional para descubrir lo que la persona quiere y necesita hacer a lo largo del proceso.*

6. *Significado de la ocupación en la salud y el bienestar: “incluye la consideración de comportamientos, que implican competencia, logro, motivación, hacer y el involucramiento activo en actividades con propósito y significativas que ocurren en conjunción con la ocupación” (Burke, 2003).*

La identidad profesional sin embargo depende de la definición desde la persona y desde la otredad en cuanto a componentes como las competencias, el estatus, la carrera posible, la construcción de proyectos y las aspiraciones.

La definición individual y la definición que hagan otras personas, contribuirán a la construcción de una “identidad profesional base” que permitirá una proyección de sí para el porvenir y que por lo tanto orientará la trayectoria de empleo y la lógica de aprendizaje o formación. Es decir, *que no se trata de elegir un oficio o profesión o de obtener un diploma, sino de la construcción personal de una estrategia identitaria que pone en juego la imagen de sí mismo, la apreciación de capacidades y la realización de deseos* (Dubar, 2000).

CONCLUSIONES

La inestabilidad⁶ de la identidad en Terapia Ocupacional ha dependido de caracterizaciones contingentes dadas por otros (médicos en rehabilitación, terapeutas físicos, terapeutas de lenguaje, psicólogos), de las trayectorias individuales (familiares, escolares y laborales) y han estado basadas en una formación profesional que integra sólo un área específica de competencia profesional: la atención a la discapacidad. Estas caracterizaciones varían según los contextos sociales, dando en consecuencia diversas configuraciones identitarias. De ésta manera, la articulación entre lo individual y lo estructural se da a través de un doble proceso de atribución: el dado por las instituciones y personas en interacción y el dado individualmente y denominado de incorporación. En el primer proceso es particularmente relevante la inserción o inducción profesional puesto que permite asimilar saberes que fundamentan la práctica profesional y alientan el sentimiento de reconocimiento por la otredad.

Éste proceso de inducción debe incluir necesariamente la historia de la Terapia Ocupacional, la cual permite al grupo de terapeutas ocupacionales identificar tanto los orígenes de su profesión cómo el futuro de la misma. Los años de ejercicio profesional contribuyen mayormente a asentar o a reformular la identidad profesional.

El desconocimiento de la historia de la Terapia Ocupacional contribuye en forma determinante a la primera crisis de identidad del colectivo de terapeutas ocupacionales la cual ocurre cuando la formación escolar está muy alejada de las expectativas del ejercicio profesional, configurándose una identidad profesional falsa al imaginarse personalmente haciendo un trabajo diferente al que en realidad le corresponde. De aquí que la contribución de la historia en

⁶ En tanto se refiere a crisis y/o variabilidad

una formación específica y práctica sea un modo de producir una identidad profesional más adecuada a la realidad actual de la formación profesional que motivo ésta investigación.

La crisis sucede también por una ruptura en el equilibrio de diversos factores íntimamente relacionados con la identidad individual, como por ejemplo: desvalorización del estatus profesional, deterioro de las condiciones del ejercicio, modificación del público y metas profesionales contradictorias o plurales. En estos casos se da una ruptura entre la trayectoria anterior de la persona y su proyección en el futuro.

De éste modo, los elementos negativos, algunos convertidos en prejuicios, se transmiten de generación en generación. Esto puede constituir una de las dificultades importantes en el desarrollo de la identidad profesional del grupo de terapeutas ocupacionales.

Conviene asentar que la identidad es cambiante y a la vez particular según las características de los miembros del grupo de referencia, y por tanto la identidad profesional de las terapeutas y los terapeutas ocupacionales debe comprenderse desde sus propios contextos y protagonistas, sin intentar compararlos con la dinámica identitaria de profesionistas de otras disciplinas, puesto que tal como afirma Sonia Reynaga (1996), en las representaciones sociales *lo simbólico, lo imaginario, las representaciones y la constitución de identidad no son lineales, consecutivos ni seriados, sino que se construyen a partir de complejos procesos de significación y mediante el seguimiento de historias de vida.*

Lo simbólico, lo imaginario y los procesos de significación, han marcado la historia de la Terapia Ocupacional, su transformación como una disciplina que se construye y reconstruye a partir de quienes ejercen la disciplina y que aportan a la misma no solo sus aprendizajes y competencias, aportan también sus historias de vida.

La inestabilidad de la identidad en Terapia Ocupacional lleva a considerar que no solo existe una identidad profesional en Terapia Ocupacional, sino diversas identidades, las cuales se han ido construyendo a partir del momento histórico en el que cada persona inicio su formación, la institución en la que lo hizo; las poblaciones a las que ha prestado sus servicios, las familias de origen y las familias actuales y un sin fin de factores más que articulan y desarticulan la identidad social de la identidad profesional.

Existen sin embargo elementos de la identidad profesional que vinculan a las terapeutas y los terapeutas ocupacionales como grupo de un campo de especialización específico, que contribuye al fortalecimiento y legitimación de la profesión y a la permanente construcción de su historia, más allá de la adquisición de saberes y competencias propios de la disciplina.

La identidad profesional, como una forma de identidad social involucra las interacciones del grupo en el lugar de trabajo y las formas en que la gente compara y diferencia a éste grupo particular de los demás (Schein, 1972). Como tal, las identidades profesionales de quienes conforman el grupo de terapeutas ocupacionales están inmersas en su comprensión de lo que significa ser miembro de su profesión -la Terapia Ocupacional-, para ello se requiere:

- 1) La transición a la práctica: Identidad de graduando
- 2) Poseer conocimientos y destrezas: Identidad en la relación con quienes requieren el servicio
- 3) Ser aprendiz permanente: Identidad de aprendizaje
- 4) Adquirir reconocimiento: Identidad basada en el poder que otorgan otras personas
- 5) Hacer elecciones informadas de carrera y otras opciones educativas: Identidad personal.

La transición a la práctica: Identidad del graduando

Las experiencias se reflejan tanto en las oportunidades como en los retos. La identidad de graduando debería construirse a partir del desarrollo de un rol para sí mismos, siendo responsables de su trabajo y las personas a quienes ofrecen su servicio, mantener una atención segura y competente, y reflexionar sobre sus capacidades para responder a las expectativas de la profesión. Los problemas de la transición a la práctica de los nuevos grupos de graduados, independientemente del nivel educativo y de la preparación están ampliamente documentados en la literatura (Foster-Seargeant, 2001; Leonard y Corr, 1998; Rugg, 2002; Sweeney, Nicolls, y Kline, 1993; Tryssenaar y Perkins, 2001).

Éste importante hallazgo tiene implicaciones en la planeación de los apoyos necesarios para quienes ingresan al campo laboral. La transición de estudiante a terapeuta ocupacional requiere de la socialización de la profesión a través de los programas educativos con el objetivo de preparar al estudiantado para ser terapeutas profesionales con los conocimientos, habilidades y comportamientos necesarios para ejercer en la realidad emergente que requiere:

- 1) profesionales autónomos e independientes
- 2) miembros de equipos para la práctica interdisciplinaria y multidisciplinaria
- 3) consumidores críticos de la investigación basada en información científica
- 4) líderes en su profesión
- 5) aprendices de por vida.

El marco propuesto por Weideman, Twale, y Stein (2001) sugiere que el estudiantado debe desarrollar una identidad profesional a través de un amplio proceso de socialización. Mediante éste proceso, el estudiantado desarrollará una identidad enriquecida por el programa educativo.

Poseer conocimientos y destrezas: Identidad en la relación con quienes requieren el servicio

Los conocimientos y destrezas mejoran el perfil de terapeuta ocupacional en relación a quienes requieren sus servicios e incluso, con sus colegas, la práctica basada en evidencia y en la teoría específica de la Terapia Ocupacional. El poseer conocimientos y habilidades comunes puede ser visto como el vínculo que permite el ingreso y facilita la “membresía” dentro de la profesión.

Dado que la adquisición de conocimientos y habilidades dentro de los programas educativos parece ser una parte crítica del desarrollo de la identidad profesional, la naturaleza del contenido y la forma en que el conocimiento es facilitado por los programas educativos son de gran importancia. La estructura y la pedagogía educativa del programa determina cuáles son los conocimientos y las habilidades que hay que enseñar y cómo se hace esto.

Elegir la profesión de terapeuta ocupacional sobre la base de la oportunidad de trabajar con y para la gente, genera satisfacción y puede considerarse uno de los factores de mayor impacto en la construcción de la identidad profesional, siempre que los conocimientos y destrezas permitan el logro de éste objetivo.

La relación entre terapeuta y persona (cliente) es valiosa para el desarrollo de la identidad profesional, las experiencias gratificantes y memorables con las personas refuerzan la identidad como terapeutas ocupacionales. Toal-Sullivan (2006) recomienda que las personas (clientes) se conviertan en mentores dentro de los planes de estudios, reconociendo su papel fundamental en el aprendizaje y desarrollo profesional de la identidad del estudiantado de Terapia Ocupacional.

Ser un aprendiz permanente: Identidad de aprendizaje

La importancia de ser aprendiz de por vida es significativo en dos formas: desde un nivel personal para el placer y el disfrute, y desde un nivel profesional y económico para seguir siendo competentes. Ésta categoría está estrechamente relacionada con la de tener conocimientos y habilidades, por lo que la competencia se mantiene a través del aprendizaje permanente. Usando el aprendizaje auto-dirigido y basado en problemas como herramientas valiosas en el contexto de inicio del programa de formación se puede conseguir un mayor éxito respecto a la supervivencia en un entorno laboral competitivo.

La necesidad de ser aprendiz de por vida se apoya en los resultados de Flores (2006) que estudió un grupo nuevo de profesorado durante los dos primeros años de práctica. Flores informa que al inicio del primer año de formación, se debe considerar ésta estrategia como una experiencia de aprendizaje en sí misma. El personal docente tenía que participar en un proceso continuo e intenso de aprendizaje con el fin de hacer frente a sus nuevas funciones y tareas y, para tomar decisiones por su cuenta. Éste proceso de aprendizaje les llevo a revisar, cuestionar y reinterpretar sus creencias acerca de la profesión y su identidad profesional.

Aprender y trabajar conjuntamente de una manera unificada para un propósito definido puede ser visto como una forma de trabajo de grupo basada en la identidad social personal mediante el cual se refiere de forma individual como parte de una unidad social más inclusiva (Brewer, 2001). Según Wenger, McDermott y Snyder (2002), las personas se sienten motivadas a unirse a una comunidad de práctica, para desarrollar un sentido de identidad y pertenencia. El aprendizaje surge de la participación de la comunidad y evoluciona con el tiempo a través de la participación y colaboración.

Se considera el aprendizaje como una responsabilidad personal. Así, el aprendizaje parece ser importante para la adquisición de los conocimientos y las habilidades necesarias para la práctica. Quienes poseen un fuerte compromiso con el aprendizaje permanente puede abordar los retos relacionados a la actualización de conocimientos y habilidades y desarrollar una identidad fuerte.

Adquirir reconocimiento: Identidad basada en el poder que otorgan otras personas

En relación con el reconocimiento de la profesión, el poder que otorgan otras personas puede describirse en términos de lograr un impacto a través de actividades tales como la vinculación con la universidad o centro educativo como docente, tutor (a), preceptor (a), y estar involucrado en la investigación, actividades académicas y en la participación en políticas públicas. La Terapia Ocupacional ha permanecido bajo la influencia de la Terapia Física y la Medicina de Rehabilitación, lo que ha determinado el hecho de que el estudiantado se forme con la visión que tienen estas profesiones de lo que significa ser terapeuta ocupacional, y no de acuerdo a su aportación específica en diversos campos de intervención: como la rehabilitación psicosocial (en los hospitales psiquiátricos por ejemplo), la atención a personas adultas mayores, la integración sensorial, entre otros.

Sumsion y Law (2006) refieren que la comprensión de la influencia del poder que otorgan otras personas es fundamental en la capacidad del grupo de terapeutas ocupacionales para poner en práctica su profesión.

Clousten, Whitcombe, y Steven (2008) sugieren que la identidad profesional y el valor de la Terapia Ocupacional, al ser cuestionadas por otras profesiones en teoría, “más poderosas y mejor establecidas”, impide desarrollar una articulación clara que vaya más allá de los límites

profesionales y ofrezca respuestas a preguntas relacionadas con la validez de la Terapia Ocupacional como profesión.

El reto es recuperar la formación profesional en Terapia Ocupacional desde la aportación de las ciencias de la ocupación, favorecer una mayor concienciación del papel de la profesión principalmente entre el grupo de terapeutas ocupacionales, empoderarlos para recuperar la importancia de su ejercicio profesional y proporcionar educación tanto, a las personas que se benefician de ésta, como a otros grupos de profesionistas.

La identificación con una profesión y ser parte de un grupo que ha alcanzado un cierto nivel de educación puede ser el reflejo de una identidad colectiva. Brewer (2001) sugiere que la identidad colectiva representa un logro de los esfuerzos por encima y más allá de lo que cada persona tiene en común, lo que puede ser importante cuando interactúa con el entorno político.

Sin embargo, es importante señalar que el reconocimiento por sí mismo, es insuficiente para hacer una diferencia en el ambiente de trabajo. Los programas educativos pueden considerar la posibilidad de la enseñanza de conocimientos y habilidades específicamente relacionados con el poder. Griffin (2001) sugiere lo siguiente:

- 1) estar a gusto con el concepto de poder, desarrollar y ejercer influencia
- 2) ser capaz de funcionar eficazmente en el ámbito político en el que se trabaja
- 3) ser asertivo (a)
- 4) desarrollar habilidades de negociación y resolución de conflictos
- 5) tener habilidades para influir en las decisiones que se toman dentro de los equipos de trabajo.

El reconocimiento de otros profesionistas, surgirá entonces de la aportación profesional que el propio grupo de terapeutas ocupacionales realice a través de la práctica basada en evidencias, lo cual dará lugar a que la Terapia Ocupacional se considere una profesión con valor propio por su aportación específica.

Hacer elecciones informadas de carrera y otras opciones educativas: Identidad personal.

La orientación y las necesidades personales juegan un papel importante a nivel pre-educativo. La necesidad de elegir una carrera tiene un fuerte impacto y proporciona resonancia al sentido personal, al igual que las expectativas sobre el tipo y la calidad de la educación que un programa de formación profesional supone.

Roberts (2000) sugiere que la identidad personal existe antes de que los individuos elijan una profesión. Cuestiones tales como la edad, experiencias de género, la identidad étnica, y la vida han enseñado al futuro alumnado formas de ver el mundo en el que viven. Agrega que las experiencias previas, la socialización dentro del programa educativo, y el trabajo profesional, se combinan para desarrollar la comprensión de cómo las personas se comportan. Estos elementos se funden en una identidad profesional que desarrolla y cambia con el tiempo. Schepins, Aelterman y Vlerick (2009) se refieren a la intersección entre la persona y el programa educativo como el puente de tensión de dos puntos de vista entre el yo y el programa educativo: "nacer de un profesor y convertirse en un maestro".

Los rasgos de personalidad, la demografía, las experiencias del pasado y el contexto de preparación educativa se consideran factores importantes en la formación de la identidad profesional.

Mackey (2007) destaca como un aspecto crítico de la creación de la identidad profesional del grupo de terapeutas ocupacionales, interpretar y encontrar el significado que la práctica de ésta profesión conlleva a nivel personal, en lugar de buscar una identidad a través de las descripciones de las organizaciones profesionales externas a la propia.

La práctica reflexiva

La práctica reflexiva se discute en la literatura como un aspecto profesional importante en el desempeño profesional, que ofrece un medio para pensar en la adquisición de conocimientos, el desarrollo y la generación de competencias.

Con respecto a los conocimientos y habilidades, Bannigan y Moores (2009) sugieren que la práctica reflexiva y la práctica basada en evidencia son dos habilidades fundamentales que dan forma a la manera de pensar como terapeutas ocupacionales. Añaden que cuando se usan juntos, pueden proporcionar una habilidad poderosa para permitir formar terapeutas ocupacionales que puedan responder a los desafíos que enfrentan en la práctica.

La reflexión puede ser también entendida como la aptitud y el proceso que las personas utilizan para participar en la búsqueda de un significado de su día a día y de crear realidades diferentes en su espacio de vida (Chen, 2007). Al hacerlo, crean e integran las múltiples identidades que dieron forma en su vida a su identidad personal y profesional.

El papel de la reflexión y la práctica reflexiva de cómo ser terapeutas ocupacionales, construir, crear, y dar forma a la identidad profesional requiere mucho más trabajo, requiere actuar dentro de la conciencia informada, un área donde el grupo de terapeutas ocupacionales necesita trabajar. Kinsella (2001) plantea que los grupos profesionales de Terapia Ocupacional reflexivos, reconocen y tratan de actuar a partir de éste contexto de la praxis.

Las asociaciones profesionales y organismos reguladores

El papel de un grupo profesional en las asociaciones y organismos reguladores es fundamental para influir o tener algún impacto en la identidad profesional.

Los organismos reguladores establecen las normas para la práctica y los requisitos de licencia con el fin de proteger a quienes requieren de la Terapia Ocupacional. Las interacciones de las personas participantes en las asociaciones y organismos reguladores podrían sugerir la relación y la identidad social del grupo en base a que se ve a sí mismo como una parte integral e intercambiable de un grupo mayor. Éste grupo mayor constituye el "nosotros y nosotras" de la identidad mediante el cual puede ser asimilada la representación del grupo como un todo (Brewer, 2001).

La acreditación del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de México puede ser el inicio del cambio, respecto a la regulación de los contenidos mínimos requeridos en los programas de formación en Terapia Ocupacional, los criterios de certificación y recertificación tanto del alumnado por egresar cómo de quienes se desempeñan ya en la profesión; lo criterios de nivelación de quienes aun ejercen con nivel técnico profesional o técnico universitario -entre otras tareas a las que deberá abocarse- de acuerdo a los criterios establecidos por los organismos reguladores internacionales.

A manera de resumen: la identidad profesional es una construcción compleja que involucra la integración y negociación de múltiples identidades, en donde la reflexión se erige como la habilidad que contribuye a dar sentido a las experiencias de las distintas generaciones de terapeutas ocupacionales dentro de sus múltiples identidades, en donde la historia de la Terapia Ocupacional se conjunta con la propia y la del personal de la institución (o instituciones) formadora (s); transformándose desde la práctica de la disciplina para construir una identidad que, satisfaga las expectativas personales, laborales y gremiales en pro del desarrollo de nuevas funciones y competencias, así como del reconocimiento y posicionamiento de la profesión en el ámbito nacional e internacional, por la importancia que en si misma posee.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abbott, A. (1988). The system of professions. Chicago, MA: The University of Chicago Press.
2. Adams, K., Hean, S., Sturgis, P., Clark, J. (2006). Investigating the factors influencing professional identity of first-year health and social care students. *Learning in Health and Social and Care*, 5 (2) .
3. ADMSOCIEDAD. (2008). Historia del Hospital General de México. Extraído el 18 de abril del 2011 desde <http://www.smhg.org.mx/?q=historiahgm>
4. Agar, M. (1996). The professional stranger: An informal introduction to ethnography. San Diego, CA: Academic Press.
5. Aguado - Díaz, A.L. (1995). Historia de las deficiencias. Madrid: Colección Tesis y Praxis.
6. Agulló, E. (1998). La centralidad del trabajo en el proceso de construcción de la identidad profesional de los jóvenes: Una aproximación psicosocial. *Psicothema*, 10 (1).
7. Alayón, N. (1989). Asistencia y asistencialismo ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza? Buenos Aires: Humanitas.
8. Alayón, N. et. al. (1976). Desafío al Servicio Social. ¿Está en crisis la reconceptualización? Buenos Aires: Humanitas.
9. Alonso – Fernández, F. (1993). Los siglos XV y XVI como la época de oro de la psiquiatría española. *Psicopatología*, 13.
10. Álvarez, A.J., Fernández, C.F., Bustamante, M.E., López, P.A. (1960). Historia de la Salubridad y Asistencia en México. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
11. Amate, A., Vázquez, A. (2006). Evolución del concepto de discapacidad: Lo que todos debemos saber. Washington DC: OPS
12. American Association of Occupational Therapy. (n.p.). ACOTE sets timeline for post baccalaureate degree programs. Extraído el 21 de Julio de 2012 desde www.aota.org

13. Ander - Egg, E. (1985). *Historia del Trabajo Social*. Buenos Aires: Humanitas.
14. Andrew, N., Tolson, D., Ferguson, D. (2007). Building on Wenger: Communities of practice in nursing. *Nurse Education Today*, 28.
15. ANUIES, (2007). *Catálogo de carreras de licenciatura en Universidades e Institutos Tecnológicos*. México: ANUIES.
16. Aspin, D. N., Chapman, J. D. (2000). Lifelong learning: Concepts and conceptions. *International Journal of Lifelong Education*, 19 (1).
17. Asselin, M. (2003). Insider research: Issues to consider when doing qualitative research in your own setting. *Journal for Nurses in Staff Development*, 19.
18. Bagnall, R. (2009). Lifelong learning as an idea for our times: An extended review. *International Journal of Lifelong Education*, 28 (2).
19. Ballesteros. L.A. (2007). *La sociología de las profesiones: Asignatura pendiente en México*. México: UAM
20. Bannigan, K., Moores, A. (2009). A model of professional thinking: Integrating reflective practice and evidence-based practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 5 (76).
21. Baptiste, S. (2001). *Personal reflections on occupational therapy education*. Ontario Society of Occupational Therapists: The Link.
22. Battershill, C. (1994). Social dimensions in the production and practice of Canadian health care professionals. En Bolaria, B. S. y Dickenson, H. D. *Health, illness, and health care in Canada*. Toronto, ON: Harcourt Brace & Co.
23. Beauchamp, C., Thomas, L. (2009). Understanding teacher identity: An overview of issues in the literature and implications for teacher education. *Cambridge Journal of Education*, 39 (2).
24. Beijaard, D., Paulien, C., Meijer, C., Verloop, N. (2004). Reconsidering research on teachers' professional identity. *Teaching and Teacher Education*, 20.

25. Bennett, S., Tooth, L., McKenna, K., Rodger, S., Strong, J., Ziviani, J., Mickan, S., Gibson, L. (2003). Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists. *Australia Occupational Therapy Journal*, 50.
26. Berg, B. (2004). *Qualitative research methods for the social sciences*. New York, NY: Pearson Education, Inc.
27. Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
28. Bolaños, C., Armendáriz, L. (2009). Experiencia educativa centrada en la ocupación. Un reporte de caso. *WFOT Bulletin*, 59 (Mayo).
29. Bolívar, G., et. al (2005). Políticas educativas de reforma e identidades profesionales: El caso de la educación secundaria en España. *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 13 (45).
30. Bonilla, M.P., García, G. (2002). *La perspectiva cualitativa en el quehacer social, México: CADEC*
31. Brannick, T., Coghlan, D. (2007). In defense of being native: The case for insider academic research. *Organizational Research Methods*, 10.
32. Brewer, M. (1991). The social self: On being the same and different at the same time. *Society for Personality and Social Psychology Bulletin*, 17 (5).
33. Brewer, M. (2001). The many faces of social identity: Implications for political psychology. *Political Psychology*, 22 (1).
34. Brewer, M. (2007). The importance of being we: Human nature and intergroup relations. *American Psychologist*, 62 (8).
35. Brim, O. G., Wheeler, S. (1966). *Socialization after adulthood: Two essays*. New York, NY: Wiley.
36. Brookfield, S. (1986). *Understanding and facilitating adult learning*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

37. Brown, R. (2000). Social identity theory: Past achievements, current problems and future challenges. *European Journal of Social Psychology*, 30.
38. Burke, J. (2003). Philosophical Basis for Human Occupation. En *Perspectives in Human Occupation*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins
39. Caldwell, E., Whitehead, M., Fleming, J., Moes, L. (2007). Evidence-based practice in everyday clinical practice: Strategies for change in a tertiary occupational therapy department. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55.
40. Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT]. (1983). Guidelines for the client centered practice of occupational therapy. Ottawa, ON: Department of National Health and Welfare.
41. CAOT. (1997, 2002). Enabling occupation: An occupational therapy perspective. Ottawa, ON: CAOT.
42. CAOT. (2007). Enabling occupation II: Advancing on occupational therapy vision for health, well-being, and justice through occupation. Ottawa, ON: CAOT.
43. Canadian Institute for Health Information [CIHI]. (2008). Workforce trends of occupational therapists in Canada, 2007. Ottawa, ON: CIHI.
44. Cantero, P., Talavera, M. (2007). Apuntes para un futuro de la Terapia Ocupacional. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 4 (2)
45. Cardamone, G., Sisti, E. (1997). Trabajo y rehabilitación psicosocial: una perspectiva histórica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17.
46. Carlson, M, Clark, F. (1991). The search for useful methodologies in occupational science. *American Journal of Occupational Therapy*, 45 (3)
47. Carpenter, C. Hammell, K. (2000). Evaluating qualitative research. En Hammell, K. W., Carpenter, A., Dyck, I. *Using qualitative research: A practical guide for occupational and physical therapists*. London: Churchill Livingstone.

48. Casasola, Z.G., (1992). Historia Gráfica de la Revolución Mexicana 1900 - 1970. México: Trillas.
49. Castro, S.E., (2005). Articulación entre perfil profesional y plan de estudios modularizado, desde la perspectiva de una epistemología de la praxis. Pensamiento Educativo, 36 (1).
50. Centre for Advancement of Interprofessional Education [CAIPE]. (1997). Interprofessional education- a definition. London: Centre for Interprofessional Education.
51. Centro Médico ABC. (2012). Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Extraído el 21 de julio del 2012 desde <http://www.abchospital.com/departamento-de-medicina-fisica-y-rehabilitacion/acerca-de>
52. Centro Médico ABC. (2012). Historia del Hospital ABC. Extraído el 21 de julio del 2012 desde <http://www.abchospital.com/acerca/institucion/historia>
53. Charmaz, K. (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. En Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., Handbook of qualitative research, Thousand Oaks, CA: Sage.
54. Charmaz, K. (2002). Qualitative interviewing and grounded analysis. En Gubrium, J. F., Holstenin, J. A., Handbook of interview research: Context & method. Thousand Oaks, CA: Sage.
55. Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st century: Applications for social justice studies. En Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., The Sage handbook of qualitative research, Thousand Oaks, CA: Sage.
56. Charmaz, K. (2006). Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage.
57. Chen, G. M. (2007). The impact of Feng Shui on Chinese communication. China Media Research, 3 (4).
58. Chickering, A. W., Havighurst, R. (1981). The life cycle. En Chickering A., W., The modern American college. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
59. Chihu, A.A. (2002). Sociología de la Identidad. México: Porrúa

60. CIEES, (2010). Programas educativos de licenciatura y técnico superior universitario reconocidos por su buena calidad al ser evaluados por los CIEES y clasificados en el nivel 1 de su padrón. México: CIEES.
61. Clark, F. et al (1991). Occupational science: academic innovation in the service of occupational therapy's future. *American Journal of Occupational Therapy*, 45 (4)
62. Clark, F., Sharrot, G., Hill, D., Campbell, S. (1985). A comparison of impact of undergraduate and graduate occupational therapy education on professional productivity. *American Journal of Occupational Therapy*, 39 (4).
63. Clouder, L. (2000). Reflective practice: Realizing its potential. *Physiotherapy*, 86 (10).
64. Clouston, T. J., Whitcombe, S. W., Steven, W. (2008). The professionalization of occupational therapy: A continuing challenge. *British Journal of Occupational Therapy*, 71 (8).
65. Coffey, A., Atkinson, P. (2003). Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación, Medellín: Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.
66. CONAPRED (2007). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: Protocolo facultativo. México: CONAPRED.
67. Contreras, P. (2006). Jóvenes ciudadanos, formas y sentidos de la participación en el Distrito Federal. México: Flacso.
68. Cooperstein, K. R., Schwartz, K. D. (1992). Reasons for choosing occupational therapy as a profession. *American Journal of Occupational Therapy*, 46 (7).
69. COPAES, (2010). Programas educativos de licenciatura y técnico superior universitario reconocidos por su buena calidad. México: COPAES.
70. Corbin, J., Strauss, A. (1990). Grounded theory research: procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13 (1).
71. Corcuff, P. (1998). Las nuevas sociologías. España: Alianza Editorial

72. COTEOC. (2006). Definición de Terapia Ocupacional. Extraído el 18 de abril del 2011 desde <http://www.coteoc.org.html>
73. COTEOC. (2011). Historia de la Terapia Ocupacional en México. Extraído el 18 de abril del 2011 desde <http://www.coteoc.org/1336/1294.html>
74. COTONA. (2006). Terapia Ocupacional en Educación. Pamplota: COTONA-NALTE
75. Craik, C., Naphthine, C. (2001). Students' choice of occupational therapy as a second degree. *British Journal of Occupational Therapy*, 64 (9).
76. Craik, C., Zaccaria, J. M. (2003). The career choice of first-year occupational therapy students: A follow-up study. *British Journal of Occupational Therapy*, 66 (11).
77. Craik, C., Gissane, C. D., Douthwaite, J., Philp, E. (2001). Factors influencing the career choice of first-year occupational therapy students. *British Journal of Occupational Therapy*, 64 (3).
78. Crepeau, E., Neistadt, M. (2006). Terapia Ocupacional. México: Panamericana.
79. Crick, R. D. (2005). Being a learner: A virtue for the 21st century. *British Journal of Educational Studies*, 52 (3).
80. Cruess, S. R., Johnston, S., Cruess, R. (2004). Profession: A working definition for medical educators. *Teaching and Learning in Medicine*, 16 (1).
81. Curtin, M., Fossey, E. (2007). Appraising the trustworthiness of qualitative studies: Guidelines for occupational therapist. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54.
82. Cusick, A., McClusky, A. (2000). Becoming an evidence-based practitioner through professional development. *Australian Occupational Therapy Journal*, 47.
83. D'Amour, D., Beaulieu, M., Rodríguez, L., Ferrada-Videla, M. (2004). Key elements of collaborative practice & frameworks: Conceptual basis for interdisciplinary practice. En Oandasan, I. D'Amour, D., Zwarenstein, M. et al., *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centered practice: Research and findings report*. Ottawa, ON: Health Canada.

84. Del Castillo, F. (2000). Deontología Jurídica. Ética del abogado. México: Porrúa.
85. Delors, J., et al. (1996). La Educación Encierra un Tesoro. México: Siglo XXI
86. Denzin, K. N., Lincoln, Y. S. (2003a). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. En Denzin, N. K. Lincoln Y. S., The landscape of qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage.
87. Denzin, K. N., Lincoln, Y. S. (2003b). Paradigms and perspectives in transition. En Denzin, N. K. Lincoln Y. S., The landscape of qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage.
88. Denzin, K. N., Lincoln, Y. S. (2005). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. En Denzin, N. K. Lincoln Y. S. The Sage handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage.
89. Deppoliti, D. (2008). Exploring how new registered nurses construct professional identity in hospital settings. The Journal of Continuing Education in Nursing, 39 (6).
90. Díaz - Barriga. A. (1980). Un Enfoque Metodológico para la Elaboración de Programas Escolares. Perfiles Educativos, 10.
91. Díaz - Barriga. F. et al (1998). Metodología de diseño curricular para educación superior. México: Trillas.
92. Dickerson, A., Prince W. P. (1999). Perceptions of occupational therapists regarding post professional education. American Journal of Occupational Therapy, 53 (5)
93. Domínguez, M., (1992). Reseña histórica de la Escuela Nacional de Ciegos. Desde su fundación hasta la fecha. México: Imprenta del Gobierno Federal en el Ex-Arzobispado.
94. Dubar, C. (2000). Le socialisation. Paris: Armand Colin.
95. Dubar, C. (2002). La crisis de las identidades: La interpretación de una mutación. Barcelona: Bellaterra.
96. Elliott, S., Velde, B., Wittman, P. (2002). The use of theory in everyday practice: An exploratory study. Occupational Therapy in Health Care, 16 (1).

97. ENOTHE, (2001). Occupational Therapy Education in Europe: curriculum guidelines. Amsterdam: ENOTHE.
98. Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological Issues*, 1 (1).
99. Erikson, E. H. (1979). *Historia personal y circunstancia histórica*. Madrid: Alianza Editorial.
100. Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. New York, NY: WW Norton & Company.
101. Escorza, P.J., (2010). Hospital Infantil de México Federico Gómez. Extraído el 18 de abril del 2011 desde http://www.himfg.edu.mx/interior/el_instituto.html
102. Evetts, J. (1999). Professionalization and professionalism: Issues for interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 13 (2).
103. Evetts, J. (2006). Short note: The sociology of professional groups, new directions. *Current Sociology*, 54 (1).
104. Facultad de Medicina – UNAM, (2002). Museo de la Medicina Mexicana. Sala Dr.Carlos Coqui. Extraído el 18 de abril del 2011 desde http://www.facmed.unam.mx/palacio/Museomm/Mcarlos_coqui.html
105. Faure, E., Herrera, F., Kaddorura, A. R., Lopes, H., Petrovsky, A. V., Rahnema, M., Ward, F. (1972). *Learning to be: The world of education today and tomorrow*. Paris, F: UNESCO.
106. Flores, M. A. (2006). Being a novice teacher in two different settings: Struggles, continuities, and discontinuities. *Teachers College Record*, 108 (10).
107. Foster-Seargeant, E. (2001). *The lived experience of new graduate physiotherapists in the first year of practice: Mentorship and program management*. (Tesis de Maestría). Lakehead University, Thunder Bay, ON.
108. Freeman, A. R., McWilliam, C. L., MacKinnon, J. R., DeLuca, S., Rappolt, S. G. (2009). Health professionals' enactment of their accountability obligations: Doing the best they can. *Social Science & Medicine*, 69.

109. Friedland, J. (1998). Occupational therapy and rehabilitation: An awkward alliance. *American Journal of Occupational Therapy*, 52 (5)
110. Frost, N. (2001). Professionalism, change and the politics of lifelong learning. *Studies in Continuing Education*, 23 (1).
111. Gewerc, A. (2001). Identidad profesional y trayectoria en la universidad. *Revista de curriculum y formación de profesorado*, 5 (2).
112. Giddens, A. (1997). Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea. España: Península
113. Gilkeson, G., Hanten, W. (1984). A comparative analysis of occupational therapy graduates from baccalaureate and entry-level master's degree programs. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 2.
114. Giménez, M.G. (2002). Paradigmas de Identidad. En: *Sociología de la Identidad de Chihu, A.A. México: Porrúa.*
115. Girola, A., Leal y Fernández, J.F., (1995). Estudios de teoría e historia de la sociología en México. México: UNAM / UAM
116. Glaser, B. G. (1992). *Basics of grounded theory*. Chicago, IL: Aldine Publishing Co.
117. Glaser, B. G. (2002). Constructivist grounded theory? *Foro de investigación social cualitativa. Qualitative Social Research*, 3 (3). Extraído el 21 de Julio del 2012 desde <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/825/1792>
118. Glaser, B. G., Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago, IL: Aldine Publishing Co.
119. Glazman, R. (1980). *Diseño de planes de estudio*. México: UNAM
120. Goffman, E. (2003). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
121. Golde, C. M. Dore, T. M. (2001). At cross purposes: What the experiences of doctoral students reveal about doctoral education. Extraído el 21 de Julio del 2012 desde www.phd-survey.org

122. Gómez, L.S., Imperatore, B.E., (2010). Desarrollo de la Terapia Ocupacional en Latinoamérica. Trabajo presentado en el XV Congreso Mundial de Terapia Ocupacional, Mayo, Santiago de Chile.
123. Gouthro, P. (2002). Education for sale? Lifelong learning and the marketplace. *International Journal of Lifelong Learning*, 21 (4)
124. Grant, H. K. (1984). Commentary on A comparative analysis of occupational therapy graduates from baccalaureate and entry-level master's degree programs. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 2.
125. Gregg, M. F., Magilvy, J. K. (2001). Professional identity of Japanese nurses: Bonding into nursing. *Nursing and Health Sciences*, 3.
126. Griffin, S. (2001). Occupational therapists and the concept of power: A review of the literature. *Australian Occupational Therapy Journal*, 48.
127. Guadarrama, R. (2007). Estereotipos, transacciones y rupturas en los significados del trabajo femenino. Nuevos campos de investigación. Primer encuentro de sociología de la Universidad Autónoma Metropolitana: La Sociología en el Siglo XXI. Dilemas, Retos, Perspectivas, Ponencia, México.
128. Guba, E. G., Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. En Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. *Lincoln, Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, CA: Sage.
129. Guba, E. G., Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging consequences. En Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. *The Sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
130. Gustavo, C. Z., (1992). *Historia Gráfica de la Revolución Mexicana 1900 - 1970*. México: Trillas
131. Hagedorn, R. (2001). *Foundations of practice in occupational therapy*. London, UK: Churchill Livingstone.

132. Hamilton, H. (2005). New graduate identity: Discursive mismatch. *Contemporary Nurse*, 20 (1).
133. Hammersley, M., Atkinson, P. (1995). *Ethnography: Principles in practice*. London: Routledge.
134. Hasselkus, B. R., Rosa, S. A. (1997). Meaning and occupation. En Christiansen C., Baum, C. *Occupational therapy: Enabling function and well-being*. Thorofare, NJ: Slack.
135. Herzberg, S. (1990). Client or patient: which term is more appropriate for use in occupational therapy? *American Journal of Occupational Therapy*, 44 (6)
136. Hilson, A. (1999). Mentoring the profession. Extraído el 21 de Julio del 2012 desde, <http://www.caot.ca/otnow/nov99-eng/nov99.cfm>
137. Hilton, C. L. (2005). The evolving post baccalaureate entry: Analysis of occupational therapy entry-level master's degree in the United States. *Occupational Therapy in Health Care*. 19 (3).
138. Hodgetts, S., Hollis, V., Triska, O., Dennis, S., Madill, H., Taylor, E. (2007). Occupational therapy students' and their satisfaction with professional education and preparedness for practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 3 (74).
139. Hogg, M., Terry, D., White, K. (1995). A tale of two theories: A critical comparison of identity theory with social identity theory. *Social Psychology Quarterly*, 58 (4).
140. Holmes, J. D., Bossers, A. M., Polatajko, H. J., Drynan, D. P., Gallagher, M., O'Sullivan, C. M., Slade, A. L., Stier, J. J., Storr, C. A., Denney, J. L. (2010). 1000 fieldwork hours: Analysis of multi-site evidence. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77 (3).
141. Holmstrom, E. I. (1975). Promising prospects: Students choosing therapy as a career. *American Journal of Occupational Therapy*, 29 (10).
142. Hugman, R. (1991). *Power in the caring professions*. London: MacMillan.

143. Humphries, D., Littlejohns, P., Victor, C., O'Halloran, P., Peacock, P. (2000). Implementing evidence-based practice: Factors that influence the use of research evidence by occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 63 (1)
144. INEGI, (2004). *Las personas con discapacidad en México: Una visión censal*. México: INEGI.
145. Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México - Unidad Bicentenario, (2010). *Ley de Secularización de Hospitales y Establecimientos de Beneficencia (1861)*. Extraído el 18 de abril del 2011 desde http://bicentenario.gob.mx/index.php?option=com_jevents&task=icalrepeat.detail&evid=1394&Itemid=0&year=2010&month=02&day=02&uid=23b58fdd1ac2372fb526d383c05537bf
146. Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México - Unidad Bicentenario, (2010). 15 de abril de 1861. Benito Juárez decreta la Ley de Instrucción Pública. Extraído el 18 de abril del 2011 desde http://bicentenario.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=888:15-de-abril-de-1861-benito-juarez-decreta-la-ley-de-instrucción-publica&catid=117:abril&Itemid=216
147. ITO. (2011). *Colegio de Terapeutas Ocupacionales de México AC*. Extraído el 21 de abril del 2011 desde <http://www.ito-edu.org.mx/>
148. ITO. (2011). *El Instituto de Terapia Ocupacional*. Extraído el 21 de abril del 2011 desde <http://www.ito-edu.org.mx/>
149. Iwama, M. (2003). Toward culturally relevant epistemologies in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 57 (5)
150. Jung, B., Tryssenaar, J. (1998). Supervising students: Exploring the experience through reflective journals. *Occupational Therapy International*, 5 (1).
151. Kallio, R. (1995). Factors influencing the college choice decisions of graduate students. *Research in Higher Education*, 36 (1).

152. Kanuha, V. K. (2000). Being native versus going native. Conducting social work research as an insider. *Social Work*, 45 (5).
153. Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
154. Kielhofner, G. (2006). *Research in Occupational Therapy: Methods of inquiry for enhancing practice*. Philadelphia, PA: FA Davis Company.
155. Kinsella, E. A. (2000). *Reflective practice and professional development: Strategies for learning through professional experience*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
156. Kinsella, E. A. (2001). Reflections on reflective practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68 (3).
157. Kinsella, E. A. (2009). Professional knowledge and the epistemology of reflection practice. *Nursing Philosophy*, 11.
158. Kinsella, E.A., Whiteford, G.E. (2007). Knowledge generation and utilization in occupational therapy: Towards epistemic reflexivity. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 56.
159. Korte, R. F. (2007). A review of social identity theory with implications for training and development. *Journal of European Industrial Training*, 31(2).
160. Krammer, P. Hinojosa, J., Brasic R.C. (2003). *Perspectives in Human Occupation*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
161. Krause, E. A. (1996). *Death of the guilds: Professions, states and the advance of capitalism, 1930 to the present*. New Haven, CT: Yale University press.
162. Krause, E. A. (2001). Professional group power in developing countries. *Current Sociology*, 49 (4).
163. Krejsler, J. (2005). Professions and their identities: How to explore professional development among (semi) professions. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49.

164. Krueger, R. A., Casey, M. A. (2000). Focus group: A practical guide for applied research. Thousand Oaks, CA: Sage.
165. La Caja Art S.A. (2008). Atención Primaria de la Salud. Sinergia 2.0, Marzo (4), 1.
166. Labrador, C. (2004). Definición de Terapia Ocupacional. España: Inédito
167. Lave, J., Wenger, E. (1991). Situated learning: Legitimate peripheral participation. Cambridge: Cambridge University Press.
168. Law, M. (1998). Client-centered occupational therapy. Thorofare, NJ: Slack Incorporated
169. Law, M., MacDermid, J. (2008). Introduction to evidence-based practice. En Law M., MacDermis, J., Evidenced-based rehabilitation: A guide to practice. Thorofare, NJ: Slack Incorporated.
170. Law, M., Baptiste, S., Mills, J. (1995). Client-centered practice: What does it mean and does it make a difference? Canadian Journal of Occupational Therapy, 62 (5).
171. Leal y Fernández, J.F., Andrade, C., Murguía, L., Coria, F. (1994). La Sociología contemporánea en México. Perspectivas disciplinarias y nuevos desafíos. México: UNAM
172. Leonard, C., Corr, C. (1998). Sources of stress and coping strategies in basic grade occupational therapists. British Journal of Occupational Therapy, 61 (7).
173. Linares, R. et. al. (2005). Libro blanco: Título de grado de Terapia Ocupacional. España: Universidad Rey Juan Carlos.
174. Lindner, C. y Méndez, A. (2009). Formación de recursos humanos para el primer nivel de atención utilizando la estrategia de la atención primaria de salud: Gran premio nacional de medicina 2008. Montevideo: Universidad de la República - Facultad de Medicina
175. MacDonald, D., Isaacs, G. (2001). Developing a professional identity through problem based learning. Teaching Education, 12 (3).
176. MacDonald, E.M. (1979). Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación. Barcelona: Salvat.
177. Machuca, B. A. (2008). La identidad profesional de los sociólogos. México: Flacso

178. Mackey, H. (2007). Do not ask me to remain the same: Foucault and the professional identities of occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*. 54.
179. Mann, K., Gordon, J, MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: A systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 14.
180. Martínez, A.O., (2009). Imágenes de la psiquiatría: 43. Gimnastas y Artistas de la Castañeda. Extraído el 18 de abril de 2011 desde http://psiquifotos.blogspot.com/2009/02/43-gimnastas-y-artistas-de-la-castaneda_16.html
181. Matus, O.A. (2006). Notas Idiomáticas. *Academia Chilena de la Lengua*, Abril, 32.
182. Maxwell, J. D., Maxwell, M. P. (1977). *Occupational therapy: The diffident profession*. Ottawa, ON: Health and Welfare Canada.
183. McClusky, A. (2007). Managing change and barriers to evidence-based practice. En Kielhofner, G. *Research in Occupational Therapy: Methods of inquiry for enhancing practice*. Philadelphia, PA: FA Davis Company
184. McGowen, K. R., Hart, L. (1990). Still different after all these years: Gender differences in professional identity formation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21 (2).
185. Medel-Anonuevo, C., Ohsako, T., Mauch, W. (2001). Revisiting lifelong learning for the 21st century. Extraído el 21 de julio del 2012 desde, <http://www.unesco.org/education/uie/pdf/revisitingLLL.pdf>
186. Mendez, M. A. (1982). *A chronicle of the World Federation of Occupational Therapists: The first thirty years, 1952-1982*. Jerusalem, Israel: World Federation of Occupational Therapists.
187. Merriam-Webster's Online Dictionary. (2010). Extraído el 21 de Julio del 2012 desde <http://www.merriam-webster.com/dictionary/profession>
188. Mezirow, J. (1981). A critical theory of adult learning and education. *Adult Education*, 32 (1).

189. Ministry of Health and Long-Term Care (2007). Four new regulated professions. Extraído el 21 de julio del 2012 desde http://www.health.gov.on.ca/english/public/legislation/hsib/pd/hsib_third_reading_rh_pa_professions_fs_02_20
190. Mohawk College. (2004). Occupational Therapist Assistant/Physiotherapist Assistant Program. Hamilton, ON: Author.
191. Mohawk College. (2009). Occupational Therapist Assistant and Physiotherapist Assistant Program. Extraído el 21 de julio del 2012 desde <http://www.mohawkcollege.ca/calendar/otapa.html>
192. Morgan, D. L. (2002). Focus group interviewing. En Gubrium, J. F., Holstein, J. A. Handbook of interview research: Context & method. Thousand Oaks, CA: Sage.
193. Morrow, S. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. Journal of Counseling Psychology, 52.
194. Morse, J., Field, P. (1995). Qualitative research methods for health professions. Thousand Oaks, CA: Sage.
195. Mortenson, B., Dyck, I. (2006). Power and client-centered practice: An insider exploration of occupational therapists' experiences. Canadian Journal of Occupational Therapy, 73 (5).
196. Moruno, M.P., Romero, A.D.M. (2001). Historia de la Terapia Ocupacional en el ámbito de la Salud Mental. APETO, Monografía de Psiquiatría, Diciembre.
197. Mosey, A. (1985). Eleanor Clarke Slagle Lecture, 1985: A monistic or a pluralistic approach to professional identity? American Journal of Occupational Therapy, 39 (8).
198. Mosey, AC. (1986). Psychosocial Components of Occupational Therapy. Philadelphia, PA: Lippincott - Raven.

199. Navarrete, Z. (2008). Construcción de una identidad profesional: Los pedagogos de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Universidad Veracruzana. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, Enero-Marzo, 13 (36).
200. NDTA. (2004). The 2004 NDTA Award of Excellence. Extraído el 21 de abril del 2011 desde https://www.ndta.org/network/news.php?news=1&issue_id=71
201. Neri-Vela, R. (1997). Notas para la Historia del Hospital Juárez. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 40 (2).
202. Olesen, H. S. (2001). Professional identity a learning processes in life histories. *Journal of Workplace Learning*, 13.
203. Ontario Hospital Association [OHA]. (2003). Changing entry-to-practice credentials for regulated health professionals and related employer issues: Final report and recommendations from the HRC Ad Hoc Credentialism Working Group. Extraído el 21 de julio del 2012 desde <http://www.oha.com/client/OHA/>
204. Ontario Society of Occupational Therapists [OSOT]. (2008a). What is Occupational Therapy? Extraído el 21 de julio del 2012 desde <http://osot.on.ca/eng/aboutot/ot.asp>
205. Ontario Society of Occupational Therapists [OSOT]. (2008b). What's New? OSOT Responds to 5 years Review of Auto Sector Legislation. Extraído el 21 de julio del 2012 desde <http://osot.on.ca/eng/whatsnew/default.asp?newsItem.ID=203>
206. Ontario Society of Occupational Therapists [OSOT]. (2008c). Our mission. Extraído el 21 de julio del 2012 desde http://www.osot.on.ca/eng/aboutosot/mis_vis_obj.asp
207. ONU. (1982). Programa de acción mundial para las personas con discapacidad. Nueva York, NY: ONU.
208. ONU. (1993). Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Nueva York, NY: ONU.
209. ONU. (2009). La educación inclusiva: el camino hacia el futuro. Ginebra: ONU
210. Ortiz, G. JL. (1990). México en Guerra, la Historia Secreta. México: Planeta

211. Palm, R. (2009). Catálogo de carreras y asociaciones de Terapia Ocupacional Latinoamericanas. Lima: VIII Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional, I Congreso Peruano de Terapia Ocupacional.
212. Parsons, T. (1939). The professions and social structure. Extraído el 21 de julio del 2012 desde <http://www.jstor.org/stable/2570695>
213. Parsons, T. (1969). Research with human subjects and the Professional Complex. *Daedalus*, 98 (2).
214. Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
215. Perrenoud, P. (2001). La formación de los docentes en el siglo XXI, Extraído el 13 de abril del 2011 desde http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_36.rtf
216. Picard, H. (2002). Master's level entry: Recognizing the present/positioning for the future. *Ontario Society of Occupational Therapists. The Link*, Agosto/Septiembre, (72).
217. Pierce, D. (2001). Untangling occupation and activity. *American Journal of Occupational Therapy*, 55 (2)
218. Polatajko, H. (2001). National perspective: The evolution of our occupational perspective: The journey from diversion through therapeutic use to enablement. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68 (4).
219. Posatery, B. J. (1998). Clinical interpretation of Health and the human spirit for occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 52 (6)
220. Rappolt, S., Tassone, M. (2002). How rehabilitation therapists gather, evaluate, and implement new knowledge. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22.
221. Readman, T. (1992). Recruitment of men in occupational therapy: Past, present and future. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 59 (2).

222. Redmond, A. (1997). Evidence based medicine: A blueprint for effective practice or the emperor's new clothes? *Podiatry Management*, 11.
223. Reed, K., Sanderson, S. (1999). *Concepts of occupational therapy*. Baltimore: Williams and Wilkins
224. Reyna, J.L. (2004). La institucionalización y profesionalización de las Ciencias Sociales en América Latina. *Estudios Sociológicos*, 22 (65).
225. Reynaga, S. (1996) Procesos de formación y representaciones en estudiantes de la licenciatura en sociología. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 1 (2).
226. Ríos, M.A. (2008). Locura y encierro psiquiátrico en México: El caso del manicomio de la Castañeda, 1910. *Antípoda*, Enero-Junio.
227. Roberts, S. (2000). Development of a positive professional identity: Liberating one self from the oppressor within. *Advances in Nursing Sciences*, 22 (4).
228. Rodríguez, R.J. (1973) *Laborterapia y Terapia Ocupacional en la enfermedad mental*. Oviedo: PANAP.
229. Romero, A.D.M., Moruno. M. P. (2003). *Terapia Ocupacional: teoría y técnicas*. Barcelona: Masson.
230. Romero. A.D.M. (1999) *Hacia una Historia de las relaciones entre la Terapia Ocupacional y la Psicología en España*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
231. Rozier, C., Gilkeson, G., Hamilton, B. (1992). Why students chose occupational therapy as a career. *American Journal of Occupational Therapy*, 46 (7).
232. Rugg, S. (1999). Junior occupational therapists' continuity of employment: What influences success? *Occupational Therapy International*, 6 (4).
233. Rugg, S. (2002). Expectations and stress in junior occupational therapists: 1. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 9 (12).

234. Ruiz, L., Devesa, I. (2007). La medicina de Rehabilitación en la última mitad del siglo XX. En Tanimoto, M. y Rivero, S.O. El ejercicio de la medicina en la segunda mitad del siglo XX. México: Siglo XXI.
235. Ruiz, L.I., Morales, H.D. (1996). Los primeros años del Manicomio General de la Castañeda (1910-1940). Archivos de Neurociencias, 1 (2).
236. Runge, U., Borg, T., Frydendal, E. (1997). Terapia Ocupacional ¿Una disciplina académica en la Europa del Siglo XXI? IMSERSO. V Congreso Europeo de Terapia Ocupacional. Madrid: IMSERSO.
237. Ryan, J. (2003). Continuous professional development along the continuum of lifelong learning. Nurse Education Today, 2.
238. Saarinen-Rahiiika, H. Binkley, J. (1998), Problem-based learning in physical therapy: A review of the literature and overview of the McMaster University experience. Physical Therapy, 78 (2).
239. Sachs, D., Linn, R. (1997). Client advocacy in action: Professional and environmental factors affecting Israeli occupational therapists' behaviors. Canadian Journal of Occupational Therapy, 64 (3).
240. Sacristán, C. (2005). Historiografía de la locura y de la Psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. Frena, V (1).
241. Sadlo, G. (1997). Problem-based learning enhances the educational experiences of occupational therapy students. Education for Health, 10 (1).
242. Salvatori, P., Jung, B., Missiuna, C., Law, M., Wilkins, S. (2006). The McMaster Lens: Bringing theory and practice into focus. Hamilton, ON: McMaster University.
243. Sánchez, D. (1987). Trabajo Social en Derechos Humanos: reencuentro con la profesión, Apuntes para Trabajo Social, 13.
244. Schein, E. H. (1972). Professional education: some new directions. Highstown, NJ: McGraw - Hill.

245. Schepins, A., Aelterman, A., Vlerick, P. (2009). Student teachers' professional identity formation: Between being born as a teacher and becoming one. *Educational Studies*, 35 (4).
246. Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner*. New York, NY: Basic Books.
247. Schön, D. A. (1988). *Educating the reflective practitioner*. Londres: Jossey- Bass Publishers.
248. Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York, NY: Basic Books.
249. Schreiber, R. (2001). The how to of grounded theory: Avoiding the pitfalls. En Schreiber R. S., Stern, P. N., *Using grounded theory in nursing*. New York, NY: Springer.
250. Schwartz, S. (2001). The evolution of Eriksonian and neo-Eriksonian identity theory and research: A review and integration. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 1(1).
251. Schwatz, S. (2005). A new identity for identity research: Recommendations for expanding and refocusing the identity literature. *Journal of Adolescent Research*, 20 (3).
252. Segura, M.L. (2007). La educación de los sordos en México: controversia entre los métodos educativos, 1867-1902. Extraído el 20 de mayo de 2011 desde <http://www.cultura-sorda.eu>
253. Senado de la República, LXI legislatura. (2011). *Recomendaciones no vinculatorias al senado de la República de organizaciones de la sociedad civil de y para personas con discapacidad*. México: Senado de la República.
254. SEP. (2011). *ABC de los colegios de profesionistas*. México: Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica/Dirección General de Profesiones.
255. SEP. (2011). *Invitación a las asociaciones y colegios de profesionistas que aspiren a obtener el reconocimiento de idoneidad como auxiliares en la vigilancia del ejercicio*

- profesional en la modalidad de certificación profesional. Extraído el 28 de abril de 2011 desde http://www.sep.gob.mx/es/sep1/sep1_Certificacion_Profesional_
256. Soberón, G., Kumate, J., Laguna, J. (1998). Problemas y programas de salud. Tomo II. México: Fondo de Cultura Económica.
257. Sotelano, F. (n.p.). Historia de la Rehabilitación en Latinoamérica. Buenos Aires: CEMIC
258. SSA. (2001). Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades PreveR-Dis. México: SSA
259. Stets, J., Burke, P. (2000). Identity theory and social identity theory. *Social Psychology Quarterly*, 63 (3).
260. Strauss, A., Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: An overview. En Denzin, N. K., Lincoln Y. S., *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
261. Strong, S. (2002). Functional capacity evaluations: The good, the bad, and the ugly. *Occupational Therapy Now*, 4 (1).
262. Stryker, S., Burke, P. J. (2000). The past, present and future of identity theory. *Social Psychology Quarterly* 63.
263. Sumsion, T. (2006a). Implementation issues. En Sumsion, T. *Client-centered practice in occupational therapy: A guide to implementation*. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone Elsevier.
264. Sumsion, T. (2006b). Overview of client-centred practice. En Sumsion, T., *Client centered practice in occupational therapy: A guide to implementation*. UK: Churchill Livingstone Elsevier.
265. Sumsion, T., Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73 (2).
266. Sumsion, T., Smyth, G. (2000). Barriers to client-centeredness and their resolution. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67 (1).

267. Sweeney, G. M., Nicholls, K. A., Kline, P. (1993) Job stress in occupational therapy: An examination of causative factors. *British Journal of Occupational Therapy*, 56 (3).
268. Szasz, I., Lerner, S., Amuchástegui, A. (2002). Para comprender la subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México: El Colegio de México.
269. Tajfel, H., Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behaviors. En Worchel, S. *Psychology of intergroup relations*. Chicago, IL: Nelson-Hall.
270. Talavera, M.A. (2008). *Identidad Profesional en Terapia Ocupacional*. Coruña: TOG.
271. Tannous, C. (2000). Therapists as advocates for their clients with disabilities: A conflict of roles? *Australian Journal of Occupational Therapy*, 47.
272. Tarrés. M.L., (2001). Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México: Porrúa - El Colegio de México.
273. The landscape of qualitative research: Theories and issues. Thousand Oaks, CA: Sage.
274. Toal-Sullivan, D. (2006). New graduates' experiences of learning to practice in occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 68 (11).
275. Tolentino, H. (2007). Orientaciones y significados del trabajo en un grupo de enfermeras de élite en la ciudad de México. En: Los significados del trabajo femenino en el mundo global. Estereotipos, transacciones y rupturas. Madrid: UAM-Anthropos.
276. Tomlinson, M. (2008). The degree is not enough: Students' perceptions of the role of higher educational credentials for graduate work and employability. *British Journal of Sociology of Education*, 29 (1).
277. Torres, J.L. (2005). La identidad profesional de las profesoras de educación primaria en México. Un estudio sobre transacciones objetivas y subjetivas en contextos socialmente estructurados. Tesis doctoral, Posgrado en Estudios Sociales, Línea estudios laborales. México: UNAM.
278. Tremblay, M., Tryssenaar, J., Jung, B. (2001). Problem-based learning in occupational therapy: Why do health professionals choose to tutor? *Medical Teacher*, 23 (6).

279. Tryssenaar, J. (1999). The lived experience of becoming an occupational therapist. *British Journal of Occupational Therapy*, 62.
280. Tryssenaar, J., Perkins, J. (2001). From student to therapist: Exploring the first year of practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 55 (1).
281. Turgeon, J, Hay, J. (1994). Male occupational therapists in Ontario: A survey of work related issues. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 61(5).
282. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (n.p.). Mission: Education. Extraído el 21 de julio del 2012 desde, <http://www.unesco.org/en/efa/mission>
283. University of Manitoba. (2007). The master's of occupational therapy program at the University of Manitoba: Answers to questions from occupational therapists. Extraído el 21 de julio del 2012 desde http://umanitoba.ca/faculties/medicine/units/medrehab/media/program_questions.pdf
284. Vassallo, M. I., Romanchini, R. (2006). Teses e Dissertações: Estudo Bibliométrico na Área da Comunicação. En Aguiar de Población D., Porto Witter, G., Modesto de Silva, J. F. Comunicação e produção científica: contexto, indicadores y avaliação. São Paulo: Angellara Editora e Livraria.
285. Villa Moral, M., Ovejero, A. (1999). La construcción retardada de la identidad profesional en jóvenes. *Psicothema*, 11(1).
286. Viviescas, F., Novoa, F. (2003). Examen de estado de la calidad de la educación superior - Programas de Terapia Ocupacional, Colombia: Universidad Nacional de Bogotá.
287. Wain, K. (2007). Lifelong learning and the politics of the learning society. En Aspin, D. *Philosophical perspectives on lifelong learning*. Dordrecht, N: Springer.
288. Weideman, J. C., Twale, D., Stein, E. L. (2001). Socialization of graduate and professional Students in higher education: A perilous passage? ASHE-ERIC Higher Education Report, 28 (3).

289. Wenger, E. (2006). Communities of practice: A brief introduction. Extraído el 21 de julio del 2012 desde http://www.ewenger.com/theory/communities_of_practice_intro.htm
290. Wenger, E., Snyder, W. (2000). Communities of practice: The organizational frontier. Extraído el 21 de julio del 2012 desde <http://www.itu.dk/people/petero/speciale/Wenger-CoPtheorganizationalfrontier.pdf>
291. Wenger, E., McDermott, R., Snyder, W. (2002). Cultivating communities of practice. Boston, MA: Harvard Business Press.
292. Wesley, P. W., Buysse, V. (2001). Communities of practice: Expanding professional roles to promote reflection and shared inquiry. Topics in Early Childhood Special Education, 21 (2).
293. World Federation of Occupational Therapists (WFOT). (2002). Normas mínimas revisadas para la formación de terapeutas ocupacionales 2002. Australia: WFOT
294. WFOT. (2004). What is occupational therapy? Extraído el 23 de abril del 2011 desde <http://wfot.org/information.asp>.
295. WFOT. (2011). Educational Programs – México. Extraído el 23 de abril del 2011 desde <http://www.wfot.org/schools.asp?name=Mexico&id=51>
296. Wilcock, A. (1998). An occupational perspective of health. Thorofare: Slack
297. Williams, B. (2001). Developing critical reflection for professional practice through problem based learning. Journal of Advanced Nursing, 34 (1).
298. Wood, W. (199). Occupation and the relevance of primatology to occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy, 47 (6).
299. Wood, W. (1996). Legitimizing occupational therapy's knowledge. American Journal of Occupational Therapy, 50 (8).
300. Wood, W. (1998). It is jump time for occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy, 52 (6).

301. Wood, W. et al (2000). A curricular renaissance: graduate education centered on occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 54 (6).
302. Wood, W., Hooper, B. (2002). Pragmatism and structuralism in occupational therapy: the long conversation. *American Journal of Occupational Therapy*, 56 (1).
303. Yerxa, E. (1967). Authentic occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 21 (1).
304. Yerxa, E. (1986). Liberal arts: The foundation for occupational therapy education. *American Journal of Occupational Therapy*, 40 (3).
305. Yerxa, E. (1991). Seeking a relevant, ethical, and realistic way of knowing for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 45 (3).
306. Yerxa, E. (1994). Dreams, dilemmas, and decisions for the occupational therapy practice in a new millennium: An American perspective. *American Journal of Occupational Therapy*, 48 (7).
307. Yerxa, E. (1995). Who is the keeper of occupational therapy's practice and knowledge. *American Journal of Occupational Therapy*, 49 (4).
308. Yerxa, E. (1997). Occupation: The keystone of a curriculum for a self defined profession. *American Journal of Occupational Therapy*, 52 (5).
309. Yerxa, E. (1997). Occupational therapy: An endangered species or an academic discipline in the 21st century? *American Journal of Occupational Therapy*, 45 (8).
310. Yerxa, E. (1998). Health and the human spirit of occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 52 (6).
311. Yerxa, E. (2000). Confessions of an occupational therapist who became a detective. *British Journal of Occupational Therapy* 63 (5).
312. Yerxa, E. (2005). Learning to love the question. *American Journal of Occupational Therapy*, 59 (1).

313. Yerxa, E. (2009). Infinite distance between the / and the it. *American Journal of Occupational Therapy*, 63 (4).
314. Zuluaga, O.L. (1987). *Pedagogía e historia*. Bogotá: Foro Nacional por Colombia.
315. Zúñiga, R. (1986). El trabajador olvidado. *Apuntes para Trabajo Social*, 5 (12).