

LA FIGURA PROFESIONAL DE LAS AYUDANTES DE RECONSTRUCCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

THE PROFESSIONAL FIGURE OF THE RECONSTRUCCION AIDE IN OCCUPATIONAL THERAPY.

PALABRAS CLAVE: Historia del Siglo XX, Traumatologo, Primera Guerra Mundial, Terapia Ocupacional, Reconstrucción, artesanías, ayudantes de reconstrucción, reeducación vocacional, taller curativo, ocupaciones para encamados.

KEY WORDS: 20th century history, Orthopedic, World War I, Occupational Therapy, Reconstruction, crafts, reconstruction aides, vocational reeducation, curative workshop, bedside occupations.

DeCS: Historia del Siglo XX, Traumatología, Primera Guerra Mundial, Terapia Ocupacional, Reconstrucción.

MeSH: 20th century history, Occupational Therapy, Orthopedic, Reconstruction, Vocational education, World War I.



Autoras:

Dña. María Ángeles Pastor Montaña.

Terapeuta Ocupacional. Servicio Aragonés de Salud.
m_a_pastor@hotmail.com

Dña. Patricia Sanz Valer.

Terapeuta Ocupacional. Licenciada en Antropología Social y Cultural y Diplomada en Educación Social. Servicio Aragonés de Salud. Profesora Asociada del Grado de Terapia Ocupacional en la Facultad de Ciencias de la Salud de Zaragoza.
patriciasva@hotmail.com

Dña. Cristina Rubio Ortega.

Terapeuta Ocupacional. Servicio Navarro de Salud –Osasunbidea.
cristinaru@yahoo.com

Como citar este documento:

Pastor Montaña MA, Sanz Valer P, Rubio Ortega C. La figura profesional de las ayudantes de reconstrucción de terapia ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [fecha de la consulta]; 10(18): [36 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/historia1.pdf>

Texto recibido: 14/10/2013

Texto aceptado: 25/10/2013

Texto publicado: 28/11/2013

Introducción

Las Ayudantes de Reconstrucción (en adelante AR) fueron mujeres civiles contratadas por el Departamento de Guerra para trabajar en instalaciones militares, proporcionando terapia a los heridos de la Primera Guerra Mundial. (1,2). Había dos tipos de AR: ocupacionales (pioneras de la actual Terapia Ocupacional) y físicas (pioneras de la actual Fisioterapia).^a (3) Hubo AR procedentes de EE.UU., Canadá e Inglaterra, principalmente, que fueron enviadas a las zonas de combate europeo.

Los datos contenidos en Los programas de Reconstrucción se basaron en la idea de

^a En diciembre de 1926, el Departamento del Director General de Sanidad elaboró una recomendación en cuanto al uso de los términos "ayudantes de fisioterapia" y "ayudantes de terapia ocupacional", para que pudieran ser designados de este modo, dado que el término "ayudante de reconstrucción" para ambas categorías profesionales había resultado confuso hasta ese momento.(2)

RESUMEN:

Las ayudantes de Reconstrucción de Terapia Ocupacional fueron mujeres que demostraron una gran determinación en tiempos difíciles. A pesar de las dificultades que implicó el trabajo desarrollado en los campos de batalla de la Primera Guerra Mundial su aportación en la recuperación de los soldados fue inestimable, al igual que su aportación a la disciplina de la Terapia Ocupacional

En el presente artículo se aborda cómo se desarrollaron los programas de Reconstrucción y, dentro de los mismos, los programas de terapia ocupacional. Se pretende también ahondar en cómo se estableció el perfil profesional y la formación de estas pioneras y cuáles fueron las funciones y las tareas que desempeñaron.

SUMMARY:

The occupational aides were determined women in a difficult historical time. Despite all the obstacles they have to face when being in the battle field during The First World war, their contribution to the occupational therapy profession and to the recovery of the soldiers were unquestionable. In this paper we describe how both the reconstruction and OT programs were established. We strive to understand how the professional figure was defined, the training of the pioneers, their role in the reconstruction program and the work they developed.

NOTA: Agradecemos la cortesía del US Army Medical Department. Office of Medical History, ya que todas las fotografías que aparecen en éste documento se pueden reproducir gracias a su colaboración. Ninguna otra reproducción de las mismas puede tener fines comerciales y la imagen solo es cedida para la reproducción en TOG (A Coruña). McDaniel M. Army Medical Specialist Corps. Sección IV. Occupational Therapists Before World War II (1917-40).[Monografía en Internet]. US Army Medical Department. Office of Medical History. 2011. [acceso el 23/09/2013]. Disponible en: http://history.amedd.army.mil/corps/medical_spec/chapteriv.html

enseñar a los soldados heridos o con problemas neuropsiquiátricos las habilidades necesarias que les capacitasen para poder volver al combate o reintegrarse en la sociedad. (2). Dentro de estos programas, la terapia basada en ocupaciones y dirigida al entrenamiento profesional fue tomando cada vez mayor importancia, por lo que poco a poco la Terapia Ocupacional se convirtió en un pilar básico de los programas de Reconstrucción en la guerra.(4,5,2,6) .

Las AR de TO llevaban a cabo principalmente tres tipos de ocupaciones: aquellas que se iniciaban con encamados (*bedside occupations*) para desviar su atención del dolor; la terapia ocupacional que restauraba las funciones mentales y físicas en las salas y los talleres curativos (*curative work in the ward or workshops*) ; y la reeducación vocacional (*vocational reeducation*) para las personas con discapacidad, que incluyó también temas académicos, cursos con fines comerciales, tareas agrícolas o actividades recreativas.(4,7)

Sin embargo esta tarea no fue sencilla, ya que el tratamiento ocupacional llevado a cabo en los años de la guerra se vio afectado por algunas problemáticas importantes. Por un lado, la falta de suministros e instalaciones, el exceso de pacientes y el promedio de días de convalecencia escaso obligaron a la búsqueda de actividades artesanales atractivas al paciente que requiriesen

de cortos períodos de instrucción y largos periodos de actividad no supervisada. Por otro lado, en aquellos talleres donde los artículos elaborados por los pacientes se ponían en venta, los maestros artesanos y las AR de TO tuvieron que realizar la parte del producto que el paciente no era capaz de llevar a cabo por sí mismo, para asegurar que los artículos fuesen vendibles y los talleres fueran solventes.(7)

La rehabilitación y la reconstrucción de los heridos de guerra, propulsó el desarrollo del tratamiento conocido como "cura ocupacional" (*occupation cure*), que después pasó a llamarse terapia ocupacional, y que era el resultado de una mezcla entre el producto y el proceso, en función del valor terapéutico que el profesional otorgaba a cada fase. En este momento histórico, no había reglas estandarizadas que sirviesen de guía a los terapeutas para centrarse en el producto o en el proceso, de manera que aquellos AR de TO que tenían una mayor influencia de la ideología de las Artes y Oficios (*Arts & Crafts*) tenían más en cuenta el resultado final del producto y pensaban que la artesanía en sí misma ya era motivante y curativa, y en cambio, aquellos más influenciados por la visión médica, estaban más pendientes de los beneficios que el proceso podía tener en sus pacientes según la prescripción médica indicada. (7)

Todas estas dificultades no impidieron que las AR de TO llevaran a cabo una labor imprescindible en la recuperación de los soldados heridos en la Primera Guerra Mundial, que fue ampliamente reconocida en la época. En un artículo del año 1920, donde se habla acerca del Hospital Base Nº 6, en Francia, Henry Chase Marble se expresa así: *"En un momento dado tuvimos, debido a la escasez de personal, la oportunidad de comparar salas en las que estaban trabajando las ayudantes de reconstrucción con otras en las que no estaban. Salas que contenían el mismo tipo de casos, salas todas ellas bajo el cuidado de un mismo médico. En todos los casos, el veredicto fue abrumadoramente a favor de las ayudantes de reconstrucción, no sólo en cuanto al progreso físico, sino también en cuanto al progreso moral".* (3)

LA PUESTA EN MARCHA DE LOS PROGRAMAS DE RECONSTRUCCIÓN

Los traumatólogos Joel Goldthwait y Elliot Brackett, dirigentes de la Asociación Americana de Traumatología (American Orthopedic Association- AOA), junto con Herbert Hall, también médico, y cuñado de Goldthwait, redactaron en 1916 un plan de Reconstrucción a la espera de que EE.UU. entrase en la guerra^b. Se basaron en la ocupación para mejorar la salud física y mental, debido principalmente a dos razones: en primer lugar, por su efectividad demostrada años atrás como tratamiento en hospitales y otras instituciones civiles estadounidenses y en segundo lugar, porque los programas ya establecidos por sus aliados de Europa y Canadá habían puesto énfasis en esta terapia. Los traumatólogos compartían con los primeros líderes de la Terapia Ocupacional la opinión de que el tratamiento médico exclusivo era insuficiente para atender a las personas con discapacidad. (4,2,5,6,3)

Incluyeron tres etapas en la rehabilitación de heridos: la atención quirúrgica traumatológica aguda, la rehabilitación con encamados junto con el taller curativo de terapia ocupacional para el periodo de convalecencia y la reeducación vocacional previa al alta hospitalaria. Esta última con el objetivo de la readaptación profesional de soldados con discapacidad, según las capacidades y limitaciones individuales, y como preparación en las habilidades necesarias para el retorno a la vida civil o militar. Según sus planes, en concreto las AR de TO proporcionarían terapias a encamados, además del taller curativo y una parte importante de la reeducación vocacional.(4,6) . Podemos encontrar un ejemplo de este tipo de terapia en las figuras 1 y 2.

^b La traducción específica al castellano del término "Orthopedic surgeon" sería Cirujano especialista en Traumatología y Ortopedia. Por lo general, en nuestro contexto, a este especialista se le conoce como Traumatólogo, término con el que se le va a dar uso en este artículo.

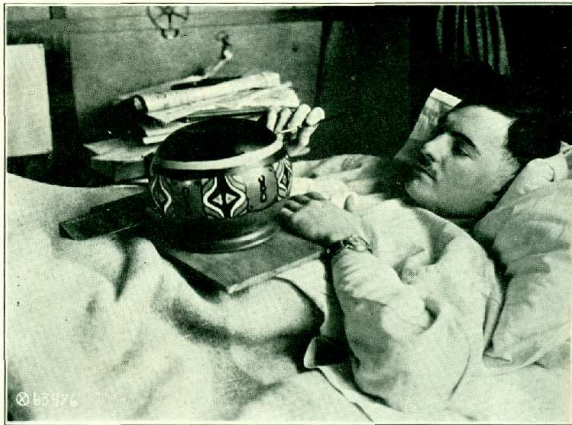


Figura 1. Paciente encamado realizando trabajos artesanales. Fotografía procedente del U.S. Army Medical Department Office of Medical History Website. (8)

Estos planes de la AOA fueron aprobados por el Director General de Sanidad, quien creó la División de Traumatología en el Departamento Médico del Ejército.(6)

Cuando EE.UU. declaró la guerra a Alemania en 1917, tres años después de haberse iniciado la contienda, los programas de

Reconstrucción estadounidenses aún no disponían de los recursos apropiados, ya que el Departamento de Guerra no aprobó planes ni fondos para el desarrollo de dichos programas hasta un año más tarde, por lo que las AR encontraron importantes dificultades para ponerlos en marcha.(2,4,6)

A pesar de este retraso, la AOA decidió poner en marcha su plan de Reconstrucción aún sin disponer de fondos para materiales, equipos e instalaciones. Comenzaron en febrero de 1918 con programas experimentales en las salas de Traumatología del Hospital General Walter Reed de



Figura 2. Pacientes encamados realizando diversos trabajos artesanales (punto, tejido). Fotografía procedente del U.S. Army Medical Department Office of Medical History Website. (8)

Washington.(2,8,4) El programa se inició con un grupo de AR femenino, tanto ocupacionales como físicas. La primera supervisora de AR en Terapia

Ocupacional y Fisioterapia fue Marguerite Sanderson, quien ya había trabajado con Goldthwait. Su tarea principal era reclutar y preparar la formación del personal. Se sabe que tres AR de TO empezaron trabajando bajo la dirección del Mayor Thomas M. Foley y que el Departamento de Fisioterapia fue fundado por Mary McMillan, quien hoy día es conocida como la primera fisioterapeuta .(9, 2)

Para finales de 1918, Goldthwait y Brackett habían establecido programas con AR en seis hospitales base estadounidenses. Afortunadamente, esta etapa experimental finalizó antes de existir una gran necesidad de este servicio y de que los heridos de guerra llegasen del extranjero.(8,6,2)

Cuando finalmente llegó la aprobación del Departamento de Guerra, se concedió un plan de Reconstrucción que reducía considerablemente la propuesta inicial planteada por la AOA. (6)

Las primeras AR de TO estadounidenses que viajaron al extranjero llegaron al Hospital Base Nº 117 de La Fauche en Junio de 1918, a una unidad neuropsiquiátrica; y un segundo grupo llegó en Agosto de 1918, destinado al Hospital Base Nº 9, en Chateauroux, con pacientes de traumatología (2) aunque, según consta, algunas de ellas posteriormente fueron trasladadas a otros hospitales base.(10,1,11)

A comienzos de 1919, 71 ayudantes de fisioterapia y 22 de terapia ocupacional servían en Francia en los hospitales de Angers, Bordeaux, Brest, Nantes, Savenay y Vichy. Las cifras de AR de la Fuerza Expedicionaria estadounidense se igualaron en mayo del mismo año, siendo 54 los AR de fisioterapia y 55 los AR de TO, los cuales fueron siendo trasladados gradualmente a Alemania y EE.UU., conforme variaron las necesidades del servicio.(10,2)

Al igual que sucediera en EE.UU., en el extranjero tampoco fue posible comenzar inmediatamente los trabajos de reconstrucción. Numerosas fuentes revelan estas dificultades.(1,2,11,12)

Los relatos contados en primera persona por las AR de TO a través de informes de actividades, etc., describen los inicios de los programas de Traumatología en diferentes hospitales militares, como el Hospital Base Nº 8 en Savenay, el Nº 9 en Chateauroux o el Nº 117 en La Fauche. (2) En este último hospital, uno de los relatos más significativos es el de Clyde McDowell Myers, una de las primeras AR de TO. En él, explica cómo tuvieron que limpiar y preparar el taller dado que no había nada preparado a su llegada *"...En el hospital base 117 estaba todo organizado y listo para embarcar y no había sido posible hacer ninguna provisión para los trabajadores ocupacionales. Se había reunido a un grupo de mujeres que estaban listas para el servicio si se les hubiera convocado, pero resultaba imposible convocarlas, hasta que nos encontramos con que había unas empleadas en el hospital conocidas como ayudantes civiles^c. Una ayudante civil es una "fregona" u otra persona que no tiene relación con el ejército, pero fue puesta allí para hacer un trabajo que nadie más quería hacer".* (1, 11)

Myers relata cómo este hecho les hizo sentir que realmente les habían contratado como "mujeres fregona" (*scrub woman*), con lo que *"la denominación de fregonas resultó ser profética."* (1)

Como se acaba de enunciar, las AR de TO llegaron a estos lugares sin disponer de una ubicación para realizar su labor y sin materiales ni medios. Se hicieron con provisiones de lo que llevaban consigo cada una, además de lo que compraron con su propio salario, o lo que pudieron ir elaborando con

^c El término "ayudante civil" es la forma como se denominó inicialmente a quienes posteriormente fueron conocidas como ayudantes de reconstrucción.

materiales que hallaban por la zona y reciclaban, de manera que comenzaron trabajando el metal con latas y realizando marquetería con madera de cajas. Los pacientes también colaboraron, sobre todo con casquillos; además de preparar material para las salas. (11, 12, 2, 1, 10, 13). (Figura 3)



Figura 3: Terapia ocupacional en las primeras etapas de su uso en el Ejército. Fotografía procedente del U.S. Army Medical Department Office of Medical History Website. (8)

Las AR de TO no comenzaron realizando tareas específicas de terapia ocupacional, sino funciones generales en el cuidado y atención a los heridos. En Savenay, por ejemplo, trabajaban como auxiliares de enfermería por la

mañana y de AR de TO por la tarde, llevando una vida agotadora, hasta que un mes más tarde su labor fue reconocida y pudieron dedicar a ello la jornada completa.(10) También en Chateauroux trabajaron como ayudantes de enfermería durante las tres primeras semanas, como relata entre otras, la AR de TO Lena Hitchcock. Según detalla, desempeñaron estas funciones hasta que el principal consultor de Traumatología de las Fuerzas Expedicionarias Americanas se interesó por su labor, y las funciones de las AR quedaron definidas.(10,1,13,2)

Incluso una vez organizados los programas de AR de TO, se estableció de manera oficial que en los casos especiales en que llegasen muchos heridos de guerra, los programas de terapia ocupacional se detendrían, de manera que las ayudantes pudiesen auxiliar a las enfermeras de manera temporal.(2)

Los Hospitales Base Nº 8 en Savenay y el Nº 9 en Chateauroux, en Francia, no sólo fueron ejemplos representativos de las dificultades encontradas para poner en marcha los programas de Reconstrucción de terapia ocupacional, sino también de cómo la labor posterior de las AR de TO para llevarlos a cabo fue muy eficiente.(2,3)

Por otra parte, aunque fueron los traumatólogos, junto con los neuropsiquiatras, quienes mayor interés mostraron por establecer la terapia ocupacional a través de la figura de las AR en los hospitales militares, en algunos casos, ésta quedó colocada finalmente bajo el Servicio de Educación, en parte porque el Departamento de Guerra no consideró a la terapia ocupacional como una especialidad médica, sino como una formación prevocacional, dejando a las AR a cargo de los formadores vocacionales técnicos. Así mismo, el Servicio de Educación fue creado por el Departamento de Guerra como una división militar no médica, con el objetivo de supervisar los planes de reconstrucción física y, a su vez; con el fin de evitar conflictos, pues la Junta Federal de Educación Vocacional, que era un organismo no militar, había propuesto a través de una enmienda en junio de 1919 llevar el control de la reeducación vocacional de los soldados discapacitados, que hasta aquel entonces había corrido a cargo, principalmente, de instructores civiles masculinos y personal alistado. Probablemente, esta circunstancia también se debió a que numerosas AR de TO procedían del campo educativo.(2,6)

Por tanto, las AR de TO quedaron bajo la dirección del Servicio educativo^d, y las ayudantes de fisioterapia bajo la dirección del Servicio médico (14), excepto en aquellos hospitales de la Fuerza Expedicionaria Americana donde no había Departamento de Educación, de manera que allí las AR trabajaban

^d El Servicio de Educación estaba compuesto, además de por las AR de TO, por educadores vocacionales (hombres civiles), responsables de la formación en oficios de aquellos soldados cuya discapacidad no les permitiera la vuelta al servicio militar o a sus antiguos oficios. Los educadores vocacionales carecían con frecuencia de experiencia previa en la enseñanza y no solían poseer conocimientos de medicina. Todo ello dificultó su comprensión de la filosofía subyacente a la reeducación vocacional y derivó en que realizasen una mera formación en oficios. A su vez, provocó que las AR de TO, colocadas bajo su cargo, fueran consideradas como formadoras prevocacionales, como si su labor fuese una mera preparación para el objetivo final de la formación vocacional en oficios.(6)

directamente bajo la dirección de los médicos. (13) Teniendo en cuenta que la mayor parte de los pacientes de las Fuerzas Expedicionarias Americanas que requerían de las AR fueron casos de traumatología, se clasificó a todos los soldados y oficiales en cuatro clases, de acuerdo con su grado de utilidad en el extranjero: *Clase A*: en buena forma física para el combate. *Clase B*: temporalmente no apto para el combate, pero en forma para otros usos y en espera de que sea de clase A en seis meses. *Clase C*: incapacidad permanente para el combate, pero empleados para otros usos en el extranjero. *Clase D*: no apto para ningún servicio en el extranjero, para ser evacuado a los hospitales base para el regreso a Estados Unidos. Así mismo, también se dio la oportunidad de retener a soldados con discapacidad en el extranjero que pudiesen ser de utilidad como instructores en terapia ocupacional.(10)

El Dr. Herbert Hall explicaba con claridad en una carta, ya una vez finalizada la guerra, cuál había sido en la práctica el funcionamiento de los programas de Reconstrucción: *"El plan del gobierno divide la rehabilitación de los soldados lisiados en tres partes, que pueden fusionarse entre sí. En primer lugar las ocupaciones para encamados, tales como tejer, marquetería, etc. El efecto de éstos es puramente médico y no comercial. El siguiente paso es el taller curativo, donde el paciente tiene la oportunidad de utilizar herramientas en el taller mecánico. Esta etapa está dirigida a restaurar las funciones de los nervios y los músculos. El paciente puede hacer férulas y aparatos ortopédicos. Esta etapa no está destinada a ser vocacional, el objetivo es todavía médico. La tercera etapa se alcanza cuando el taller ha logrado su propósito. El soldado entonces pasa a depender del Departamento de Educación Vocacional donde se estudia al individuo con vistas a proporcionarle formación en escuelas técnicas, desde las cuales será colocado en un negocio o profesión".* (13)

Esta aproximación a los tipos de ocupaciones que se llevaron a cabo en los programas de Reconstrucción coincide con los escritos del psiquiatra William Rush Dunton.(7)

Para los puestos de AR de TO se seleccionaba a mujeres graduadas en los cursos formativos pero, además, el ejército estadounidense tuvo otras tres fuentes de solicitantes: voluntarias reclutadas por organizaciones privadas para trabajar con soldados invidentes en Inglaterra y Francia; la Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional (*National Society for the Promotion of Occupational Therapy, NSPOT*) y la Cruz Roja americana. (2)

Las candidatas eran seleccionadas desde el Departamento del Director General de Sanidad de EE.UU. Inicialmente, esta selección de candidatas corrió a cargo de Martha Wadsworth^e.(2)

Una vez escogidas, se les otorgaba un contrato por el tiempo que durase la guerra, o más si fuese necesario, y tomaban juramento de su cargo. En dichos contratos se explicaba el mantenimiento, provisión de transporte, salarios y dietas. (2, 15) Tras contratarlas, les era asignado un hospital específico, o bien eran enviadas al extranjero.(2)

El salario de las AR era de 50 dólares al mes si su labor era desempeñada en EE.UU., y 60 dólares si viajaban al extranjero. Las jefas de AR cobraban 65 dólares mensuales (1). Se les proporcionaba comida y alojamiento, o en caso de no ser posible, se les pagaba 62,50 dólares extra al mes. El uniforme era igual tanto si eran ayudantes ocupacionales como físicas, salvo que las primeras estaban autorizadas a emplear un delantal entero como parte del mismo. La Cruz Roja proporcionaba dichos uniforme (Figura 4) que no tenían costo alguno para las ayudantes que iban al extranjero.(2,1)

^e Martha Wadsworth mantuvo entrevistas personales con los candidatos y comprobó las referencias personales y de carácter antes de recomendar a un solicitante para una cita en el Departamento del Director General de Sanidad. Wadsworth oficialmente formaba parte del comité consejero de la División de Traumatología del Departamento del Director General de Sanidad.(2)



Figura 4: Uniforme de calle utilizado por las AR físicas y ocupacionales durante la Primera Guerra Mundial. Fotografía procedente del U.S. Army Medical Department Office of Medical History Website. . (16)

El personal de terapia ocupacional estaba dividido en: ayudantes, jefas de ayudantes y supervisoras, aunque estas últimas se designaban sólo en caso de que hubiese al menos dos jefas de ayudantes en un mismo hospital. (8)

EL PERFIL PROFESIONAL DE LAS AYUDANTES DE RECONSTRUCCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

Cuando la Primera Guerra Mundial hizo necesaria la contratación de un elevado número de AR de TO, se puso en evidencia la dificultad para la selección, ya que no existían estándares formativos o académicos definidos. (2).

Los criterios de selección se fueron estableciendo de manera progresiva y, finalmente, fueron muy similares a los del cuerpo de enfermeras del ejército, con el fin de lograr una futura equidad en cuanto a estatus y salario (2).

En el momento del diseño del programa, el Departamento de Guerra de Estados Unidos expresó importantes reservas ante la idea de que fueran mujeres las que llevasen a cabo esta tarea, y sugirió que el personal debía ser seleccionado, en primer lugar, entre hombres alistados que fueran "*físicamente no adecuados para servicio completo*" y, en caso de no ser posible, de hombres civiles (4). Sin embargo, el Director de Sanidad estadounidense apoyó la contratación exclusiva de mujeres, argumentando que "*promoverían la moral y*

motivación en los incapacitados con una disrupción menor de la disciplina".
(Feminist histories).

Debido a que no lograron reunir un volumen suficiente de hombres que pudieran y desearan llevar a cabo esta labor, el Departamento de Guerra reconsideró después su postura, permitiendo la presencia de mujeres en el programa de Reconstrucción, siempre y cuando no obtuvieran rango militar o comisión y ocuparan la posición más baja dentro de la jerarquía del Departamento médico. (4)

Respecto al resto de requisitos que fueron tenidos en cuenta a la hora de seleccionar a estas ayudantes para establecer el perfil profesional más idóneo, de los registros y correspondencia de la época se puede extraer que los que mayor peso tuvieron en un primer momento fueron *"demostrar cualidades excepcionales en cuanto a carácter y habilidades en actividades artesanales u oficios"* (2). Muchas de las seleccionadas al inicio del programa tenían una formación extensa en artesanías, y conocimientos de anatomía, lo que resultó ser una ventaja, particularmente cuando trataban a pacientes traumatológicos.(2)

El listado de cualificaciones más antiguo registrado en los Archivos del Ejército Estadounidense para la selección de estas primeras AR de TO, expone:

"...son principalmente las de un buen docente: conocimiento y habilidad acerca de la ocupación que debe enseñar, personalidad atractiva y enérgica, habilidad para enseñar, compasión, tacto, juicio y capacidad para el trabajo duro".^f (2)

Progresivamente, se fueron considerando otros requerimientos. En junio de 1918 se incluyó como requisito preliminar tener experiencia en hospitales. En agosto de ese mismo año, se solicitó estar en posesión de un título equivalente

^f Circular informativa B-254, firmada por el Coronel Frank Billings, de la Oficina del Director de Sanidad.

a graduado en una escuela secundaria, y se dio preferencia a escuelas de magisterio y a graduadas universitarias con formación técnica comparable.(2) Más adelante, el Departamento médico, en su Circular de Información en relación a la contratación de AR de 1918, describió de un modo más detallado los requisitos necesarios: *"Las solicitantes deberán haber asistido a una escuela de Educación Media o equivalente. Tener un conocimiento teórico de artesanías y formación práctica en al menos tres de ellas: cestería, tejido, talla de madera, xilografía, punto y costura"*.(1)

Otros prerequisites que se exigieron fueron: ciudadanía americana (o de un país aliado), edad entre 25-40 años, altura entre 1'52 y 1'77 metros, peso entre 45 y 88 kilos, y capacidad de pasar el examen físico requerido para ingresar en el cuerpo de enfermeras del ejército. Se aceptaban solicitudes tanto de mujeres solteras como casadas. Estas últimas recibían destino principalmente dentro de los Estados Unidos.(2)

Aunque se establecieron cursos (*emergency courses*) para formar a las ayudantes de terapia ocupacional, la asistencia a éstos no era obligatoria si la solicitante estaba formada en artesanía o estaba graduada en una escuela industrial de Artes y Oficios. (2)

Con estos prerequisites no es de extrañar que el perfil de las mujeres que sirvieron como AR de TO fuera, por lo general, el de mujeres bien formadas y educadas. Además, el hecho de que las solicitantes debieran tener al menos 25 años, hizo que muchas de ellas fueran graduadas universitarias,(1) frecuentemente en enfermería, magisterio o disciplinas artísticas (13). La mayoría de ellas pertenecían además a una clase social media, media-alta o alta. (17). Florence Cromwell describe este hecho:

... "En un momento en que no muchas mujeres asistían a la universidad, ... era más habitual que asistieran a un colegio privado y luego buscaran hacer "obras de caridad" en sus comunidades. Realmente se trataba de una "buena obra", y

era realizada por damas que tenían un compromiso real con las necesidades y causas sociales. (17)

Una característica no exigida explícitamente, pero que diversos autores coinciden en destacar, es que se trataba de personas con determinación, ya que *“las condiciones en las que estas mujeres fueron recibidas y toleradas inicialmente por el personal del ejército fueron tan poco hospitalarias que de no haberse tratado de personas con tanta determinación, de seguro habrían desistido”.* (4, 12)

Otro aspecto común en estas mujeres era el deseo de colaborar con la campaña solidaria de la población civil durante la guerra (*war effort*) contribuyendo así a su país de una manera positiva. Este deseo sin duda se vio en muchos casos facilitado por el hecho de proceder de familias que enfatizaban la obligación social. (4)

Tampoco parece casual que muchas de las AR de la Primera Guerra Mundial procedieran de familias en las que se daba importancia a la educación de la mujer, y en las que era frecuente que las mujeres trabajasen fuera del entorno familiar. Esto pudiera deberse a que muchas de las madres de las AR habían trabajado como maestras antes o después de dedicarse al cuidado de sus familias. Otras eran miembros de comités, o feministas implicadas en causas sociales. (4,17). De hecho, como se ha dicho, un gran número de estas mujeres poseían un título universitario antes de ser AR. (4)

Otro rasgo compartido por muchas de ellas fue que eran cuidadoras de un miembro de la familia o persona cercana que había experimentado una discapacidad o enfermedad grave.(4, 12)

En un momento histórico en el que la mujer no estaba incorporada de forma generalizada al mundo laboral, estas mujeres, lejos de describirse como pioneras del feminismo, afirmaban trabajar tanto por una necesidad económica

como por su "*deseo de contribuir a la sociedad con algo valioso*".⁹ (4) En este sentido, Eleanor Clarke Slagle (1921) describió a las mujeres reclutadas durante la guerra como muy diferentes a las contratadas posteriormente. Según ella, la diferencia radicaba en la naturaleza de su compromiso con la profesión: "*las solicitantes durante la Primera Guerra Mundial estaban influenciadas por un espíritu de patriotismo y sacrificio, mientras que las candidatas de la posguerra entraron en el campo exclusivamente para obtener un medio de vida*". (17)

En esta misma línea, Myers, reflexionaba acerca de las diferencias entre el primer grupo, más cualificado; y los posteriores, con menor cualificación pero mayor influencia política:

"Algunas de ellas no mostraron ninguna evidencia de haber tenido ninguna formación previa y nunca he sabido cómo consiguieron el puesto. Una adorable señora mayor con pelo cano, cuando fue preguntada acerca de qué podía hacer, dijo que era pintora de retratos y que deseaba ser enviada a Italia, donde podría visitar las famosas galerías de arte. Otra psicóloga llegó, no sabía hacer ninguna clase de trabajo manual, pero afirmaba que podría dirigir un taller..., de hecho tuvo éxito y fue contratada como Jefa de ayudantes para el Hospital Base 214 .(1, 11)

Para finalizar este apartado, se ha considerado fundamental poner nombre y destacar las contribuciones que algunas de estas mujeres realizaron a la Terapia Ocupacional durante la Primera Guerra Mundial: (Tabla 1)

⁹ Declaraciones realizadas por varias AR de TO (Fanny Vanderkooi, Lois Clifford, Lena Hitchcock, etc.) que fueron entrevistadas por la Fundación Americana para la Terapia Ocupacional (American Occupational Therapy Foundation) como parte de una serie de historia oral de Terapia Ocupacional . En el artículo "Influence of the U.S. Military and Occupational Therapy Reconstruction Aides in World War I on the Development of Occupational Therapy" (4) se transcriben algunos fragmentos de estas entrevistas.

Clyde McDowell Myers	Estudió Artes y Oficios en Boston y en la Universidad de Columbia. Trabajó en el Departamento de Terapia Ocupacional del Hospital Bloomingdale para personas con enfermedad mental. Escribió en 1948 el artículo "Pioneras de la Terapia Ocupacional en la Primera Guerra Mundial" (<i>Pioneer OT in World War I</i>), publicado en la Revista Americana de Terapia Ocupacional (<i>American Journal of Occupational Therapy</i>), en el que relataba su experiencia como AR. No llegó a ser terapeuta registrada ni perteneció a la AOTA.(1, 11)
Ora Ruggles	Nacida el 16 de Abril de 1894. La historia de esta AR de TO se relata en la novela "El corazón curativo" (<i>The healing heart</i>). Ora procedía de una familia "donde no sobraba el diner", pero sus padres consideraron importante que estudiara. Estudió Magisterio y posteriormente Artes. Asistió a un curso de 6 semanas de AR. Posteriormente fue asignada al Fuerte McPherson donde trabajó con amputados por herida de guerra y con pacientes con enfermedad mental. Después siguió una amplia carrera como terapeuta ocupacional, siendo responsable de la apertura de numerosos servicios. Acuñó una expresión que sigue en plena vigencia hoy en día: "No es suficiente darle al paciente algo que hacer con sus manos. Se deben alcanzar tanto sus manos como su corazón. Es el corazón el que realiza realmente la curación".(12)
Anna Lena Frances Hitchcock	Nació en 1890, en Norfolk. Comenzó prestando servicios como AR de TO en la primavera de 1918 en el Hospital General Walter Reed. En agosto fue trasladada a Francia (Chateoureaux). Tras ser evacuada de Francia en 1919, regresó al Walter Reed ese mismo año. Allí llegó a ser nombrada Jefa de ayudantes. Se despidió en Febrero de 1920. Escribió "La Gran Aventura" (<i>The Great Adventure</i>), documento en el que relata su propia experiencia como AR.(15)
Fanny Bowles Vanderkooi	Trabajó como AR durante la Primera Guerra Mundial. Cuando finalizó la guerra, continuó trabajando como terapeuta ocupacional, llegando a ser terapeuta ocupacional registrada. Logró ser la primera directora del programa de Terapia Ocupacional de la Universidad femenina de Texas. En 1994, y en honor a su contribución a la profesión, la citada universidad estableció la Conferencia Vanderkooi. (18)
Elizabeth Greene Upham Davis	Nacida en 1890 en el seno de una familia acomodada de Milwaukee. Mostró interés desde muy niña por el arte, la pintura y otro tipo de actividades creativas. Durante su adolescencia profundizó acerca de cómo desarrollar las habilidades de las personas con discapacidad, que se mantuvo durante toda su vida. Sus contribuciones más destacadas fueron una colaboración en la redacción de la Legislación Federal sobre Educación Vocacional y Rehabilitación, y establecer uno de los primeros cuatro cursos de formación de terapeutas ocupacionales durante la guerra en la Universidad Milwaukee-Downer. Tuvo gran influencia en el desarrollo de la Terapia Ocupacional en la zona del Medio Oeste Norteamericano. (19)
Lois Irene Clifford	Artista reconocida internacionalmente y con especial habilidad en la cestería. Inició estudios en el Instituto de Tecnología de Carnegie y durante la Primera Guerra Mundial realizó, junto con otras diez compañeras, un Curso de Emergencia de Terapia Ocupacional en la Guerra (<i>War Emergency Occupational Therapy</i>) en el citado instituto. Como parte de esta formación, impartió un curso de cestería para personal de enfermería y pacientes en el Hospital de St. Francis en el pabellón de mujeres en 1919. La experiencia le resultó tan dura, que estuvo a punto de no regresar. No llegó a graduarse en el instituto, y en su lugar comenzó a trabajar en el ejército con veteranos. Fue la primera terapeuta ocupacional registrada del Oeste de Pensilvania, donde en 1930 se convirtió en directora de la Escuela para Niños Invidentes. Se retiró en 1938.(20)

Tabla 1: Fuente: Pastor Montañó MA, Sanz Valer P, Rubio Ortega C. (19,20,18,15,12)

LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DESARROLLADOS

La importante labor realizada por las AR de TO en los hospitales estadounidenses influyó notablemente en el desarrollo de la disciplina, pero también en la definición formal de los programas de formación necesarios para desarrollar esta profesión.

Cuando el Dr. Franklin Martin del Consejo de Defensa Nacional solicitó, en octubre de 1917, a William Rush Dunton, fundador y presidente de la NSPOT, información sobre instituciones educativas que formaran a terapeutas ocupacionales, éste le informó de que únicamente dos universidades desarrollaban este tipo de cursos, una en Nueva York y otra en Boston. Además, en algunas escuelas de Enfermería se ofrecían cursos de duración variable entre 3 y 48 horas, que aunque no recibían el nombre específico de Terapia Ocupacional, sí consideraban aspectos ocupacionales.(2)

Esta carencia a nivel formativo, el limitado número de personas cualificadas, y la demanda cada vez más acuciante de AR de TO con preparación específica para sus funciones, influyó decisivamente en que desde el Departamento del Director General de Sanidad se promoviera la creación de una formación específica de AR de TO, distinguiéndola de la formación de Enfermería. (2)

Desde el Departamento del Director General de Sanidad se estableció un esquema básico de formación que pretendía ser una guía para instituciones que quisieran desarrollar estos programas formativos. Había escuelas que esperaban preparadas la determinación final de estos planes para poder poner en marcha sus cursos de formación. En enero de 1918 se estableció un primer esquema de formación, de 10 semanas, basado principalmente en el conocimiento de trabajos de artesanía. Entre marzo y abril de ese mismo año se pusieron en marcha estos cursos, a través de los cuales se pretendía formar a 1000 mujeres que pudieran comenzar a prestar servicios para primeros de Octubre de 1918. En Septiembre de 1918, se desarrolló un segundo esquema de 12-16 semanas de duración, que además incluía conocimientos médicos y práctica hospitalaria. A continuación se recogen ambos esquemas en la tabla nº2: Nº (2, 14)

ENERO 1918	HORAS	SEPTIEMBRE 1918	HORAS
Tejido (telares manuales y de abalorios, alfombras sencillas y esteras)	49	Trabajos de artesanía (<i>handcrafts</i>):	
Tallado de madera (talla y escultura, limitado a la utilización herramientas concretas como cuchillo, cincel y formón)	49	Tejido	39
Marquetería	30	Realización de asientos de silla de mimbre o junco	12
Cestería (trenzado de junco/caña, y, posiblemente, el trabajo con agujas de pino)	30	Marquetería	45
Construcción con cartón y encuadernación básica	30	Cestería	36
Trabajo con cuero	30	Encuadernación	15
Actividades complementarias: trenzado, modelado, bordado, punto o crochet, estarcido y abalorios.	43	Impresión	6
Diseño aplicado (incluye los principios de diseño y de trabajo del color y la aplicación a los sujetos)	49	Metal (trabajos con cobre y hojalata)	24
Total	310	Trenzado de cuerda	12
Rutina Hospitalaria	7	Elaboración de alfombras	9
Métodos de enseñanza a inválidos	26	Modelado	15
Prácticas de enseñanza - práctica en la enseñanza de las materias requeridas en los hospitales, en condiciones similares a las que se encontrarían en los hospitales militares.	42	Diseño	51
Total	75	Total	264
Gran Total	385	Clases:	
		Historia, principios y objetivos de la terapia ocupacional	3
		Métodos principales de enseñanza	9
		Psicología elemental aplicada	12
		Problemas especiales de los discapacitados	11
		Trastornos del sistema nervioso central.	5
		Inadaptaciones	1
		Cinesiología	5
		Protocolos de rutina hospitalaria	2
		Conferencias y exposiciones	16
		Total	64
		Prácticas hospitalarias	264
		Gran Total	592

Tabla 2: Fuente: Pastor Montaña MA, Sanz Valer P, Rubio Ortega C.

La influencia de los médicos especializados en Traumatología^h también fue definitiva en la creación de escuelas de Terapia Ocupacional y en la inclusión en los programas formativos de conocimientos relacionados con discapacidades físicas, anatomía, fisiología y cinesiología.(4). Incluso mujeresⁱ relacionadas con estos traumatólogos tuvieron una influencia también determinante en el desarrollo de programas que incluían esta visión médica y que comprendían clases teóricas impartidas por médicos destacados y experiencia práctica en entornos hospitalarios. Por ejemplo, Sharon A. Gutman en su artículo "Conexión de la Terapia Ocupacional con la Reeducción Vocacional, 1910-1925" (6) hace referencia a cómo mujeres de este círculo social utilizaron sus contactos con asociaciones benéficas para crear cursos de AR en Emergencia de Guerra en Nueva York, Filadelfia, Chicago y Washington. Destaca también que las fundadoras de la Escuela de Boston de Terapia Ocupacional en la que se impartieron los primeros cursos de emergencia fueron la esposa de Goldwaith y la hermana de Brackett.(6)

Durante la guerra, la NSPOT, continuó promocionando la terapia ocupacional publicitando la disciplina y reclutando terapeutas. A lo largo de la Primera Guerra Mundial, aprobó diversos cursos en universidades y hospitales en EEUU y Canadá. Posteriormente, la mayoría de estos cursos se extinguieron y sólo un número reducido de ellos continuaron ofertando formación para terapeutas ocupacionales. (1, 21)

Las solicitudes de certificación de los programas fueron en aumento, por lo que finalmente se limitó la aprobación de las mismas. Desde el Departamento General de Sanidad se argumentó que no podían responsabilizarse de un número tan elevado de inspecciones y certificación de instalaciones, que el

^h Joel Goldwaith, como integrante del Departamento del Director General de Sanidad durante la Primera Guerra Mundial, fue responsable de elaborar los requisitos para la formación de las AR. La esposa de Herbert Hall era una Goldwaith, y la esposa de Joel Goldwaith era miembro del comité fundacional original de la Escuela de Terapia Ocupacional de Boston. De las tres mujeres que integraban el comité de personal de la Escuela de Terapia Ocupacional de Boston en mayo de 1918, dos estaban relacionadas con hombres pertenecientes al personal del Director General de Sanidad.(Feminist histories)

ⁱ La Señora de Howard Mansfiel, presidenta del comité para establecer clases de Servicio para la guerra (war service clases), relató cómo estableció su programa y documentó el apoyo de personas influyentes como John D. Rockefeller, cuya mujer era miembro del comité organizador.(1)

trabajo de terapia ocupacional con encamados no estaba estandarizado, y que la experiencia adquirida durante la guerra conllevaría cambios en el tipo de trabajo empleado en terapia ocupacional. (1)

Los requisitos para la admisión en estos programas formativos incluían tener *"al menos 23 años, ciudadanía estadounidense (o de un país aliado), una personalidad adecuada, habilidad artística o mecánica y deseo de servir a tiempo completo durante la duración de la guerra"* (2).

En este proceso de formalización de los programas formativos, hubo personalidades destacadas, como Eleanor Clarke Slagle, miembro fundador también de la NSPOT, que lucharon porque la Terapia Ocupacional avanzara y se emplease la ocupación como terapia en los hospitales militares. Ella logró que se establecieran centros de formación donde los AR podían aprender los elementos básicos de la Terapia Ocupacional y los visitó, prestando su ayuda. (12) Ora Ruggles hacía referencia a la importante labor desempeñada por Eleanor Clarke Slagle con estas palabras:

"...Debido a su presión, se establecieron centros de formación donde las ayudantes de reconstrucción podían aprender al menos los elementos básicos de la terapia por el trabajo."... "A menudo a costa de sus propios medios, visitó hospitales donde las auxiliares ya habían empezado a trabajar para prestarles ayuda y apoyo" (22)

Desde el inicio de la guerra Slagle dirigió cursos de formación en Terapia Ocupacional para AR, recorrió 20 hospitales militares, y entrenó a 4.000 ayudantes. Además, junto a W.R. Dunton, presentó evidencias sobre los beneficios de la terapia ocupacional en los soldados heridos del ejército de los Estados Unidos, logrando una gran credibilidad. Fueron tan notables sus aportaciones que llegó a ser nombrada Consultora del ejército de EEUU en el entrenamiento de las AR.(22)

Paralelamente, otros programas formativos se desarrollaban en las instituciones del ejército. Por ejemplo, en los Hospitales de Base en Francia, se impartieron cursos sobre psiquiatría, neurología y traumatología a todo el personal.(2)

FUNCIONES Y TAREAS DESEMPEÑADAS POR LAS AYUDANTES DE RECONSTRUCCIÓN

Las funciones de las AR de TO estaban relacionadas con el tratamiento de problemas psíquicos o físicos, favoreciendo el bienestar, la motivación y la recuperación, a través del uso graduado de actividades manuales sencillas. Estas ocupaciones conseguían disminuir el sufrimiento y ocupar al paciente; además de rehabilitar la mente y/o restaurar la función (2, 3, 1). Ello puede constatarse en el relato sobre la evolución de un paciente de terapia ocupacional del Hospital de Savenay (10).

"M. era carpintero. Estaba todo hecho un ovillo en la cama cuando le pregunté si quería hacer algo. Él sonrió y me dijo que no sabía qué podía hacer. Le sugerí varias cosas, que inmediatamente despertaron su interés, y al día siguiente estaba muy ocupado con un cuchillo y algunas piezas suaves de madera, tallando, aunque tumbado. Era muy difícil evitar que las virutas cayesen sobre su cuello, pero él nunca se quejó. Solía cantar mientras trabajaba, aunque el dolor era muy intenso a veces. En un principio hizo buzones para cartas . Más tarde, cuando pudo sentarse un poco, hizo un molino de viento. Tuvo dos operaciones tras haber hecho su primer trabajo, pero tan pronto como le era posible, tenía un cuchillo en la mano de nuevo, esquivando sus tubos, su cama cubierta de virutas, y una sonrisa en el rostro. Comenzó a utilizar también una sierra de marquetería y construyó algunos de mis mejores juguetes. Aprendió dibujo técnico e hizo muy buenos diseños, también los dibujos de las diferentes articulaciones. Me escribió una bonita carta sobre el valor de la terapia ocupacional antes de partir hacia los Estados Unidos".

En marzo de 1918, el Director General de Sanidad emitió las instrucciones definitivas sobre el funcionamiento de los programas de Reconstrucción, en las que todo el trabajo terapéutico, a excepción de la Fisioterapia, debía clasificarse como Terapia Ocupacional; dividiéndose ésta en: las ocupaciones en sala para pacientes encamados o en sillas de ruedas, y que constaba de artesanía y actividades educativas; y cualquier otro trabajo en los talleres curativos, tiendas, las granjas, etc. para pacientes más activos. Asignaba para cada hospital del programa de Reconstrucción un Oficial Jefe de Educación, que estaría a cargo de las AR de TO. Dicho Oficial seleccionaría el tipo de trabajo a realizar por el paciente. Pero el médico sería quien prescribiría, tras revisar la historia clínica, aquello que consideraba adecuado según la forma física y la funcionalidad del paciente; si la actividad se realizaría en interior o al aire libre; y el tiempo y la intensidad que debía trabajar. (2,10,8)

Sobre las funciones y el trabajo de las AR de TO aprobó, entre otras, las siguientes especificaciones: debía ser una función puramente médica; debía tratar de prevenir la hospitalización y/o preparar la mente para la formación profesional posterior. Así mismo, para alcanzar el beneficio terapéutico de la actividad, indicaba que debía prescribirse la ocupación en las primeras etapas del periodo de convalecencia, y tratarse de actividades sencillas y rápidas, elaborando artículos que tuviesen valor para la venta. Se aprobó además un ratio de dos AR de TO por cada 50 pacientes.(2,14)

Las supervisoras de las AR de TO establecieron que se podrían emplear las mismas artesanías para todos los casos de igual diagnóstico. Consideraron que el trabajo debía ser lo más sencillo posible, manteniendo el interés del paciente mediante el uso de diseños progresivamente más complejos; sin necesidad de introducir diferentes variedades de trabajo.(10)

En la práctica, el papel de las AR ocupacionales no fue sencillo. Diversos autores de la época constataron que la mera participación en una ocupación no

la hacía terapéutica en sí misma, a pesar de que estuviese bien diseñada. Para que la ocupación fuera exitosa, era preciso conocer las condiciones médicas del paciente, manejar el tiempo y realizar una planificación individualizada, teniendo en cuenta sus habilidades. La AR de TO Clyde M. Myers describía así la terapia: *"Nadie era forzado a hacer nada. Ése era el principio del taller. El trabajo debía atraer e interesar a los hombres y ellos, a través de él, debían poder volver a la normalidad, lejos de los horrores que les agitaban y abatían. Su oportunidad para la expresión creativa, para olvidarse de sí mismos; y a continuación, la salud."*(11). La Figura 5 muestra un ejemplo de taller de las AR de TO.

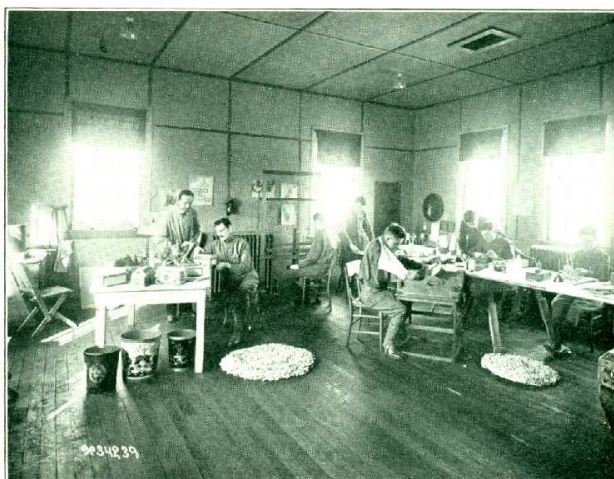


Figura 5: Sala de Terapia Ocupacional de Artesanía.
Fotografía procedente del U.S. Army Medical
Department Office of Medical History Website.

Aunque, a mediados de 1918, las funciones de los AR de TO se centraban en el trabajo en sala con los pacientes que tenían limitaciones en la función motora o que sufrían neurosis o estaban desorientados, gradualmente, hacia la mitad de 1919, se fueron haciendo cargo de todas las actividades de los talleres curativos, no sólo del tratamiento

médico, sino también de la formación vocacional, siendo esta última una labor que inicialmente habían desempeñado hombres alistados e instructores civiles masculinos.(2)

Los trabajos que realizaban los soldados atraían a compradores del personal tanto médico como militar. Según Myers, para los soldados era un incentivo realizar los artículos para venderlos, o para regalarlos a un ser querido, o como recuerdo, o por el orgullo o el placer de lograr realizarlos.(13,11)

Resulta interesante explicar cuál era la disponibilidad de los artículos elaborados por los pacientes de las AR de TO. Inicialmente, no hubo restricciones en cuanto al uso que se hacía de estos artículos, pero surgió la necesidad de dictar determinadas reglas con el fin de regular la disponibilidad de los productos realizados y la venta, disminuir la comercialización entre los pacientes, y evitar que pasasen un tiempo excesivo realizando artículos para la venta en lugar de beneficiarse de otras ocupaciones, como los cursos de formación. Dichas reglas variaban en función del hospital donde se estableciesen, pero éstas son algunas de las normas que se impusieron: la compra de materia prima se haría únicamente desde el hospital, quedaba prohibido aceptar donaciones de material, se prohibía la venta de artículos por los propios pacientes, el coste del material de cada producto vendido en la tienda se devolvería al fondo del hospital y las ganancias serían distribuidas entre los participantes en la fabricación; y sólo en ocasiones especiales, el paciente podría quedarse el producto. Estas modificaciones causaron un cierto descontento entre los pacientes que en su mayoría deseaban disponer de los artículos que ellos mismos fabricaban.(8,2,10)

El Hospital de Savenay, empleó un método diferente que resultó ser realmente eficaz, puesto que prácticamente no precisaron ayudas para llevar el departamento adelante. Su método consistía en que cada paciente elaboraba un artículo para sí mismo y otro del mismo valor para la tienda; si sólo le era posible realizar uno, pagaba él los materiales; si quería ambos, pagaba algo más que el coste de los materiales. Creían que evitar el intercambio de dinero era lo más conveniente teniendo en cuenta el objetivo por el que estaban allí los pacientes.(10)

Se exponen a continuación algunas de las ocupaciones llevadas a cabo por los pacientes, junto con el lugar donde se realizaban y otras informaciones de interés (Tabla 3):

OCUPACIÓN	LUGAR DE REALIZACIÓN	UTILIDAD/PRODUCTOS REALIZADOS
Hacer punto	Trabajo de sala. Encamados	Muy utilizado para casos de enfisema y cardíacos; en general, para hombres con debilidad y falta de vitalidad
Tejer	Trabajo de sala	Se elaboraban telares artesanales
Bordar	Trabajo de sala	Se hicieron gran cantidad de bordados. Se les dio punto de cruz a los que habían perdido un brazo, atando el cuadro a la cama para sostenerlo
Trabajo de las cuentas	Trabajo de sala	Muy indicado en casos de herida de bala de la mano o el brazo, ya que se requiere una gran concentración y coordinación de los músculos pequeños de la mano. Evita la atrofia, a la vez que no requiere apenas esfuerzo muscular. Además, no es perjudicial para heridas abiertas
Trabajo con lana y rafia sobre tela	Trabajo de sala	Principalmente elaboraban bolsas
Ganchillo y encaje de bolillos	Trabajo de sala. Encamados	Muy útil en encamados por ser ligero y de fácil manejo. Su aprendizaje es sencillo y no precisa un esfuerzo mental importante. Se empleaba también para mejorar la destreza manipulativa y movilizar la muñeca.
Hacer cuentas	Trabajo de sala	Se realizaron gran cantidad de cuentas de lacre y se emplearon como ornamentos para los bolsos
Xilografía (impresión con plancha de madera)	Trabajo de sala. Encamados	No sólo para encamados, también muy empleado en casos de debilidad de muñeca, ya que requiere elevar y presionar con los dedos varias veces con cada impresión. Se hacían ilustraciones para postales, libros, manteles y baberos infantiles.
Tallado de madera	Trabajo de sala	Requiere muy poco esfuerzo muscular y gran variedad de movimientos. Se hicieron muchas bandejas, marcos, cajas, sujetalibros, llaveros...
Marroquinería	Trabajo de sala	Este trabajo fue realizado por la práctica totalidad de los pacientes y es especialmente útil para la debilidad de muñeca, ya que es precisa una determinada presión. Hacían bolsos, maletas de mano, etc
Pintar placas	Trabajo de sala	Fue una actividad muy popular. Pintaban pequeñas escenas
Decorar azulejos	Trabajo de sala	Decoraban azulejos o tejas con muy diversos motivos
Trabajo del color	Todos	Fue una actividad muy demandada por los pacientes. Hombres como mineros y agricultores, que nunca habían tenido la oportunidad de pintar, encontraron esta actividad muy placentera. Muy útil para quienes habían perdido o no podían emplear un brazo
Hojalatería	TALLER CURATIVO	Con latas vacías procedentes del reciclaje. Fue una de las actividades que antes se puso en marcha. Hacían ceniceros, juguetes...
Trabajo del latón	TALLER CURATIVO	Empleando pedazos de bronce finos hacían flores decorativas, principalmente
Tallado de madera	TALLER CURATIVO	El martilleo ejercitaba muñecas rígidas. Se elaboraron bandejas, sujetalibros, portaplumas, cajas, marcos,... E incluso sillas o armarios
Máquinas	TALLER CURATIVO	Ver Tabla nº 4.

Tabla 3: Fuente: Pastor Montaña MA, Sanz Valer P, Rubio Ortega C. (10)

En la Tabla 4 se muestran de manera más detallada algunas herramientas y maquinaria empleada por los pacientes en el taller curativo, y su utilidad:

HERRAMIENTA / MÁQUINA	UTILIDAD
Lija	Era una actividad muy útil en encamados
Taladros manuales	Para fortalecer la prensión y mejorar el agarre. Si la mano era incapaz de sostener el mango se colocaban guantes que se ataban al taladro para iniciar una movilización pasiva
Pinzas	Para lesiones de la mano
Martillar metal	Muy empleada para los problemas de muñeca, como la rigidez
Martillo	Se empleaba para miembro superior: especialmente codo, muñeca y mano
Taladros	Muy útiles para hombro y codo
Serrar	Fue considerada la mejor actividad para el hombro
Sierra de vaivén	Empleado en miembro inferior: para tobillo y rodilla
Torno de madera	Empleado en miembro inferior: para tobillo y rodilla
Telares de talón	Empleado para tobillos lesionados
Piedra de afilar	Especialmente usado para lesiones de rodilla

Tabla 4: Fuente: Pastor Montañó MA, Sanz Valer P, Rubio Ortega C. (2,3,10)

Se realizaron también otro tipo de ocupaciones manuales, tanto en las salas como en los talleres curativos, tales como: grabado de conchas, cerámica, carpintería, tallas y bajorrelieves, diseño, pintura, acuarela, hacer alfombras, costura, macramé, punto de cruz, rafia, trabajo con cuerdas y nudos, tapicería, cestería, trabajo con caña, junco, trabajo del metal (estaño, plomo, cobre, latón, tela metálica), fabricación de juguetes, impresión, encuadernación, fotografía...(8)

Al margen de las actividades artesanales, se llevaron a cabo cursos de formación, con el objetivo de favorecer la incorporación a la vida laboral de aquellos soldados que habrían sufrido heridas en combate una vez terminase la guerra. Estas actividades formativas se detallan en la tabla 5:

ACTIVIDADES NO ARTESANALES	
TRABAJO DE SALA	TALLER CURATIVO (Programas)
Aritmética, contabilidad, inglés, matemáticas, historia, dibujo técnico, caligrafía, lectura, ciencias, taquigrafía, ortografía y mecanografía.	<i>Académico:</i> aritmética, inglés, geografía, historia,... <i>Comercial:</i> contabilidad, banca, derecho comercial,... <i>Técnico:</i> automóviles (conducción, reparación, mecánica), ganadería (cría, mataderos), agricultura, artes aplicadas y diseño, peluquería, fontanería, electricidad, reparación de calzado,...

Tabla 5: Fuente: Pastor Montañó MA, Sanz Valer P, Rubio Ortega C. (8)

PROGRAMAS TERAPÉUTICOS DESARROLLADOS POR LAS AYUDANTES DE RECONSTRUCCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

Las AR de TO trabajaron tanto en los programas de traumatología que se llevaron a cabo en la recuperación de soldados de la Primera Guerra Mundial, como en los programas neuropsiquiátricos, donde tuvieron un papel independiente y destacado, bajo la dirección inmediata del psiquiatra.(2)

A continuación se detallan algunos de los aspectos más destacados de estos programas:

- Programas neuropsiquiátricos_(2,5)

Comenzaron a finales de 1917. Su primera función fue, por un lado, proporcionar servicio a las tropas en el campo, para lo que se asignó a un neuropsiquiatra en cada división de combate; por otro lado, establecer un hospital especializado en el tratamiento de neurosis de guerra, siendo elegido en febrero de 1918 el Hospital Base Nº 117 de La Fauche, a la vez que otros 16 hospitales se prepararon para recibir este tipo de pacientes. La evacuación hacia EE.UU. de estos pacientes no era sencilla, por lo que se designó otro hospital específico en un puerto base. Se sabe que el programa neuropsiquiátrico del hospital de La Fauche no tuvo las mismas dificultades iniciales para su puesta en marcha como sucedió en el caso del programa traumatológico; ya que en este área los equipos, materiales y el espacio estaban preparados para cuando las AR de TO llegaron.

Se diagnosticaron numerosos casos, principalmente neurosis de guerra, pero hubo otros, como la neuroastenia, hipocondria, histeria, neurosis de ansiedad, neurosis de anticipación, síndrome de esfuerzo, agotamiento, pánico a los gases o síndrome de confusión; algunos de los cuales no se reconocen en la actualidad, pero que podrían clasificarse como trastornos de estrés o postraumático.

Las neurosis de guerra funcional eran una entidad hasta entonces desconocida; se inició con el uso de los nuevos métodos de combate de la Primera Guerra Mundial, tales como explosivos, fuego líquido, tanques, gases venenosos, aviones bombarderos o las trincheras; aunque se desconocía si su causa era física o mental. Las personas con este tipo de patologías eran el único grupo de pacientes neuropsiquiátricos a quienes se trataba con el objetivo de devolverles al servicio. El resto de soldados con otras patologías, como psicosis o retraso mental, eran evacuados de vuelta a EE.UU.

La Terapia Ocupacional se indicó especialmente para tratar las neurosis y los otros síndromes derivados del estrés de la guerra. De hecho, la guerra trajo consigo cambios sustanciales en la atención a estos pacientes, de manera que se pasó de un cuidado custodiado al tratamiento activo e individualizado. Inicialmente se empleó a las AR de TO en los casos más leves, hasta que se fueron apreciando los beneficios de la ocupación. Se demostró que el tratamiento precoz a través del trabajo (en el taller, en los campos, en la construcción de carreteras, cortando leña, etc.) prevenía la pérdida de mano de obra eficaz.

La AR de TO, Meta Anderson, que trabajó en el Hospital Base Nº 117 en La Fauche, describía en un informe de actividades de la época cómo se trataron en aquel hospital cerca de 3000 casos de neurosis de guerra, muchos de los cuales participaron con éxito en los talleres como parte de su tratamiento. Realizaban todo tipo de actividades, desde aquellas más toscas y que suponían mayor esfuerzo físico, hasta las que requerían de una mayor destreza fina y coordinación, o incluso otras más creativas y emocionales como la pintura. Dicho hospital recuperó al 50% de estos pacientes para el combate, y un 40% fueron incorporados a otro servicio militar.

Son numerosos los relatos extraídos de los programas neuropsiquiátricos de los hospitales generales que reconocen e ilustran la extraordinaria labor de las AR de TO en estos pacientes:

"En el tratamiento de los trastornos nerviosos y mentales la ocupación y la recreación desempeñan un papel fundamental. Una ayudante ocupacional que posee la facultad de promover el interés en un catatónico, de despertar el interés de un paciente en la fase depresiva de una psicosis maniaco depresiva, de canalizar hacia actividades constructivas y útiles la hiperactividad del maniaco, o que pueda ser capaz de reemplazar la idea obsesiva de un paciente por un pensamiento saludable, útil e interesante, ciertamente ha logrado un gran avance en la recuperación de ese paciente". (2)

- *Programas Traumatológicos (2,10,3)*

El mayor volumen de trabajo de las AR estuvo en estos programas. Entre sus diagnósticos principales se hallaban las fracturas, amputaciones, heridas de bala o lesiones de nervios periféricos. Los cirujanos ortopédicos se encargaban de examinar a los pacientes y recomendar las actividades. Los objetivos eran tanto psicológicos, para desviar la atención de sus discapacidades y ayudarle a reconocer sus habilidades; como fisiológicos, para mantener y mejorar la función de la parte lesionada o aprender el uso adecuado de la extremidad sana.

Se realizaban actividades para pacientes encamados y ambulatorios. Los encamados realizaban actividades que requerían poco esfuerzo físico y gran coordinación y concentración. Los ambulatorios comenzaban con actividades ligeras lo antes posible para mantener el tono muscular y prevenir la rigidez y la atrofia, para pasar después a actividades más pesadas y que aumentaban la fuerza, resistencia y el rango de movimiento. Para lesiones de extremidades inferiores se empleaban actividades con este mismo objetivo e incluso se realizaban los proyectos de pie en bancos de trabajo.

Estos programas incluyeron la atención a pacientes amputados, con ceguera, lesiones craneales y nerviosas, osteomielitis o tuberculosis entre otras. Las aportaciones fundamentales de las AR de TO en los tratamientos de estos pacientes se resumen a continuación:

-En **amputados** de miembro superior, las AR de TO trabajaban con el paciente tanto antes como después de la colocación de la prótesis, con el fin de capacitarle para el uso adecuado de la misma. Se enfatizaba el fortalecimiento de la musculatura por encima de la amputación y en la recuperación del uso del miembro. Hasta que se colocaba la prótesis definitiva se empleaban otras adaptadas para sostener herramientas, cubiertos para comer y todo tipo de mangos, incluso pinces. Hay informes del Hospital Base Nº 9 donde se indican los primeros intentos de cambio de dominancia, especialmente en este tipo de pacientes.



Figuras 6 y 7. Imágenes de pacientes amputados participando en actividades de Terapia Ocupacional. Figura 6 (Izquierda): Paciente del Hospital General Walter Reed de Washington con amputación de extremidad superior utilizando una placa de fijación para ayudar a cuadrar un trozo de madera (1918).Figura 7 (Derecha): Paciente con amputación de extremidad inferior trabajando en un torno de madera.(2) Fotografía procedente del U.S. Army Medical Department Office of Medical History Website.



Figura 8: Trabajo de cambio de dominancia para la escritura.(8)
Fotografía procedente del U.S. Army Medical Department Office
of Medical History Website.

- Todos los casos de **ceguera** se trataban desde el Hospital General Nº 7, Roland Park. El programa de terapia ocupacional se dirigía a tratar principalmente la limitación de la actividad física y el ajuste a la pérdida de la visión, tratando de aumentar la destreza

manual. Incluía la lectura y escritura en Braille. Era un trabajo complejo debido al estado de ánimo de los pacientes.

- Las **lesiones craneales y nerviosas** se trataban mediante actividades encaminadas a ejercitar aquella musculatura que se recuperaba de la parálisis y reducir la fibrosis en las articulaciones, para después mejorar la destreza.

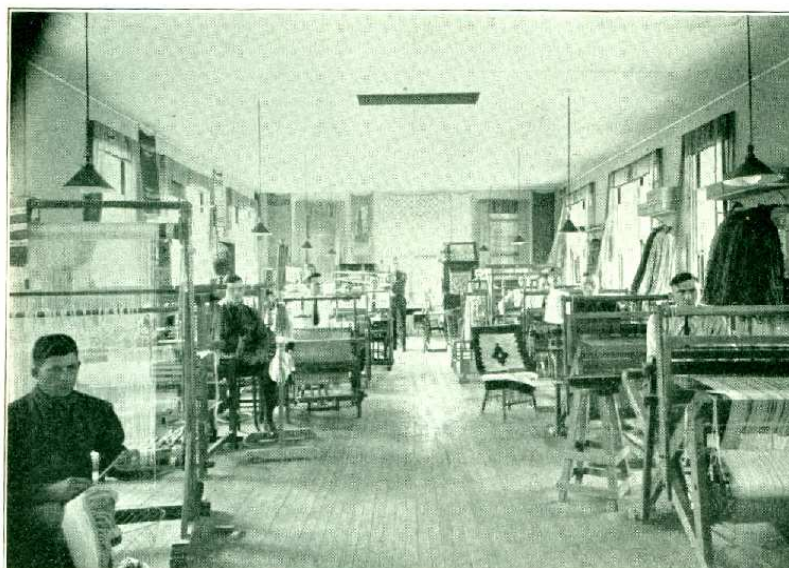


Figura 9: Sala de Telares. (8)Fotografía procedente del U.S. Army Medical Department Office of Medical History Website.

- Los casos de **osteomielitis** eran tratados por las AR de TO para restaurar o mejorar la función articular, especialmente de miembro superior. Estos pacientes trabajaban la madera, el metal, los tejidos y fabricaban juguetes.

- Los pacientes con **tuberculosis** eran tratados especialmente en la sala, aunque también en los talleres curativos, además de realizar la formación académica.

CONCLUSIÓN.

A pesar de la dureza de las condiciones en las que tuvieron que desempeñar su trabajo, las AR de TO creían fuertemente en lo terapéutico de su labor.

No hay que olvidar que se trataba de mujeres civiles colaborando en un entorno militar masculino, en una situación de guerra y una época histórica en la que no era habitual que las mujeres trabajasen fuera del hogar.

Por lo tanto, su labor no fue tarea fácil, al gran número de heridos con problemáticas muy diversas, se sumaron la falta de materiales, la escasa definición de las tareas y la falta de comprensión inicial por parte de sus responsables.

Sin embargo, las AR de TO supieron ver la oportunidad de desarrollar su trabajo en numerosos ámbitos. Gracias a ello, se reconoció el carácter terapéutico de la actividad propositiva y se expandió el área de trabajo de la terapia ocupacional a la rehabilitación física. Muchas de las creencias, técnicas y actividades empleadas en aquella época mantienen su vigencia hoy en día.

En la actualidad, la Terapia Ocupacional lucha por defender y justificar su labor de forma científica, basando su práctica en la evidencia. Esto puede haber puesto en riesgo esta visión holística y la consideración de la ocupación como agente terapéutico que mantenían las AR de TO. Muchas son las personalidades

de la Terapia Ocupacional mundial actual que intentan hacernos recordar a los Terapeutas Ocupacionales de hoy en día que, como en su momento resaltó Ora Ruggles, "*Se deben alcanzar tanto las manos como el corazón*", que es en el fondo la esencia de la profesión.

Por último, resaltar el hecho de que, dado que conocer los orígenes nos ayuda a comprender nuestro presente y no olvidar nuestro pasado, resultaría igualmente interesante poder conocer las raíces e influencias que propiciaron el desarrollo de nuestra profesión en nuestro país.

Bibliografía

1. Faglie J. The reconstruction Aides. *Am J Occup Ther.* 1992; 46 (1):38-43.
2. McDaniel M. Army Medical Specialist Corps. Sección IV. Occupational Therapists Before World War II (1917-40)..[Monografía en Internet]. US Army Medical Department. Office of Medical History. 2011. [acceso el 23/09/2013]. Disponible en: http://history.amedd.army.mil/corps/medical_spec/chapteriv.html
3. Chase Marble H. Application of curative work in the ward. *Clin Orthop Relat Res.* 2009 June; 467(6): 1398–1399 Reprinted from *J Bone Joint Surg Am.* 1920;2:136–138. Published online 2009 March 28.
4. Gutman SA. Influence of the U.S. Military and Occupational Therapy Reconstruction Aides in World War I on the Development of Occupational Therapy. *Am J Occup Ther.* 1995;49(3):256-262.
5. Hopkins H, Smith H. Willard Spackman's Terapia Ocupacional. 8ª Ed. Madrid: Ed Médica Panamericana; 1998.
6. Gutman SA. Occupational Therapy's Link to Vocational Reeducation, 1910-1925. *Am J Occup Ther.* 1997;51(10):907-915.
7. Levine Schemm R .Bridging Conflicting Ideologies: The Origins of American and British Occupational Therapy. *Am J Occup Ther.* 1994;48 (11):1082-1088.
8. Crane A. The Medical Department of the United States Army in the World War, Volume XIII .Section III: In Military Hospitals in the United States. Chapter III: In general and base hospitals. [Monografía en Internet]. Army Medical Department. Office of Medical History. 2011.[acceso el 21/09/2013]. Disponible en: http://history.amedd.army.mil/book_sdocs/wwi/VolXIII/Default1.html
9. Wikipedia [Sede web]: 2013. [Acceso el 14 de Septiembre de 2013]. Biografía de Mary McMillan. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Mary_McMillan
10. Crane A. The Medical Department of the United States Army in the World War, Volume XIII. Section II. In the American Expeditionary Forces. [Monografía en Internet]. US Army Medical Department. Office of Medical History. 2011. [acceso el 8/11/2012]. Disponible en: http://history.amedd.army.mil/book_sdocs/wwi/VolXIII/SectionIIrev.htm
11. Myers, C. Pioneer occupational therapists in World War I. *Am J Occup Ther;* 1948(2): 208-215
12. Carlova J, Ruggles O. The healing bear. New York: Julian Messner, 1961.
13. Schmidt Hanson C, Walker K. The History of Work in Physical Dysfunction. *Am J Occup Ther.* 1992;46(1):56-62.
14. Crane A. The Medical Department of the United States Army in the World War, Volume XIII. Chapter I. Organization in the Office of the Surgeon General: II. Personnel. [Monografía en Internet]. US Army Medical Department. Office of Medical History. 2011.[acceso el 21/09/2013]. Disponible en: http://history.amedd.army.mil/book_sdocs/wwi/VolXIII/CH02Pt1rev.htm
15. National Museum of Health and Medicine [sede web] .Silver Spring: The Museum. 2013 [acceso 8 de Noviembre de 2012] Finding aid for the Angier and Hitchcock collection.

- Otis Historical Archives. . Disponible en:
http://www.medicalmuseum.mil/assets/documents/collections/archives/angier_hitchcock.pdf
16. Vogel E. Physical Therapists Before World War II (1917-40), Section I Physical Therapists (1917-19). [Monografía en Internet]. US Army Medical Department. Office of Medical History. 2011 [Acceso el 7 de Noviembre de 2013]. Disponible en:
http://history.amedd.army.mil/corps/medical_spec/chapterIII.html
 17. Frank G. Opening Feminist Histories of Occupational Therapy. Am J Occup Ther. 1992 ; 46(11):989-999.
 18. Texas Woman's University. [Sede Web]. Texas: The University. 2011. [Acceso 30 de Octubre de 2013]. Vanderkooi Conference. Disponible en :
<http://www.twu.edu/occupational-therapy/8699.asp>
 19. Jones J. Early Occupational Therapy Education in Wisconsin: Elizabeth Upham Davis and Milwaukee-Downer College. Am J Occup Ther. 1998;42(8):527-533.
 20. Zurosky A. Weaving Skills reaches English Ears. Miss Lois Clifford Elected to their Who's who. The Pittsburgh Press. 9 de Junio de 1963.
 21. Colman W. Recruitment Standards and Practices in Occupational Therapy, 1900-1930. Am J Occup Ther. 1990;44(8):742-748.
 22. Sanz Valer P, Rubio Ortega C. Eleanor Clarke Slagle. fundadora y "madre" de la terapia ocupacional. Su legado. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2011 [Acceso el 12 de Septiembre de 2012]; 8(13): [19p.]. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num13/pdfs/historia1.pdf>