

# TERAPIA OCUPACIONAL EN EL CONTEXTO DE BAJA EXIGENCIA\*

## THERAPY IN THE CONTEXT OF LOW DEMAND

**Palabras clave:** Terapia ocupacional, Personas sin hogar, Baja exigencia, Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional, Relación de Ayuda, Gestión de Calidad.

**KEY WORDS:** Occupational Therapy; Homeless, Low demand, Canadian Occupational Performance Model, Relationship Help, Quality Management.

**DECS:** Terapia Ocupacional

**MESH:** Occupational Therapy



**Dña. Beatriz Bascañán Plaza.**  
*Terapeuta Ocupacional. Centro de Acogida Municipal Puerta Abierta de Madrid.*

### Como citar el texto en sucesivas ocasiones

Bascañán Plaza B. Terapia ocupacional en el contexto de baja exigencia. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2011 [fecha de la cita]; Vol 8, Supl 7: p 57-71 Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num7/bajaexigencia.pdf>

## Introducción

El colectivo de Personas Sin Hogar (PSH) es la materialización obvia y final de un largo proceso de exclusión grave y multifactorial. Personas que en algún momento de su historia vital topan con dificultades que tienen como resultado la pérdida, expulsión o abandono de la vivienda, o la imposibilidad de vivir en ella de forma autónoma. Como causa o consecuencia de la ausencia de vivienda, se aglutinan multitud de problemáticas sociales y sanitarias que revierten en la existencia de una gran diversidad de perfiles individuales dentro de los centros de la red que les atiende.

En el presente escrito nos centraremos en los centros de acogida para PSH de baja exigencia, deteniéndonos a definir este concepto, en ocasiones discutido, y clarificando su perfil. Pero la mayor parte del texto me centraré en describir el papel que el terapeuta ocupacional debe

---

\*Nota de los compiladores: Este artículo forma parte de una ponencia: "Terapia ocupacional en centros de acogida"

**RESUMEN**

El colectivo de Personas Sin Hogar, es la materialización obvia y final de un largo proceso de exclusión grave y multifactorial. Algunos de los centros de la red que les atiende, se denominan de baja exigencia y requieren una metodología específica y flexible, lo que no impide en ellos la implementación de planes de trabajo. Dentro de los equipos de estos centros figuran los Terapeutas Ocupacionales.

Hay conceptos de diferentes marcos teóricos que se deben utilizar como base del trabajo terapéutico con personas sin hogar. Destaco el concepto de "práctica centrada en el cliente" del Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional y el de "habitación" del Modelo de Ocupación Humana.

El Centro de Acogida Puerta Abierta pertenece al Ayuntamiento de Madrid, está gestionado por Grupo5 (ASEM). El terapeuta ocupacional realiza intervención directa con el usuario en la acogida y formación de la relación de ayuda. Realiza funciones de valoración, establecimiento de objetivos e implementación de técnicas. Además colabora en el plan de gestión de calidad, evaluando sus áreas de competencia. Todo ello con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas que atendemos para romper el proceso de exclusión en el que se encuentran.

realizar en ellos, así como su rol dentro del equipo multidisciplinar, teniendo muy presentes las diferencias individuales de cada usuario.

Quiero prestar especial atención a un aspecto relevante que en ocasiones no cobra tanta importancia en la atención a otros colectivos, el establecimiento de la "relación de ayuda".

Éste tiene que ser el primer paso dentro de nuestro proceso de intervención, y sin él tendríamos poco éxito en la consecución de nuestros objetivos terapéuticos, refiriéndose a los que el usuario y el terapeuta van a consensuar juntos.

**LAS PERSONAS SIN HOGAR EL PERFIL DE LA EXCLUSIÓN**

Definiciones de PSH hay muchas y con diferentes matices, que no es objeto de este artículo entrar a discutir. Europa pretende llegar a un acuerdo en el presente año, reuniéndose en la Conferencia de Consenso Europeo sobre Personas Sin Hogar el 9 y 10 de diciembre en Bruselas, coincidiendo con el Año Europeo de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social. Yo he escogido la definición de Dragana Avramov<sup>†</sup>, por las implicaciones que puede tener en el desarrollo de nuestra profesión: *"todas aquellas personas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, sea por razones económicas u otras barreras sociales, sea porque presenten dificultades para desarrollar una vida autónoma"*. Dos de los conceptos utilizados, adaptación y autonomía, ambos objetos centrales de la profesión,

<sup>†</sup> Dragana Avramov fue coordinadora en los 90 del [European Observatory on Homelessness](#).

hacen patente que nuestra participación en los equipos de trabajo con PSH es indispensable.

Para focalizar el trabajo es necesario conocer a fondo el perfil de PSH, centrándonos en el propio de los Centros de Baja Exigencia. El colectivo de PSH es mayoritariamente masculino, en los últimos 10 años observamos un ligero incremento de la población femenina. Tratamos con personas solteras, separadas o divorciadas, con una edad media en torno a los 40 años, aunque en los centros encontramos personas con rangos de edad muy variados. La nacionalidad es mayoritariamente española, sabemos que existe en nuestro país un porcentaje de inmigración muy alto pero solo llegan a los centros aquellos que poseen alguna patología añadida o cuya cronicidad es acusada. Carecen de ingresos económicos, la mayoría cobran RMI<sup>‡</sup>, pensiones no contributivas o de invalidez, una gran parte ejerce la mendicidad.

Como problemáticas añadidas a la falta de vivienda hemos de destacar: la drogodependencia, el alcoholismo y los trastornos mentales graves y severos. Contamos con redes de atención específicas para estas problemáticas, por lo que uno de los objetivos ha de ser acercar al usuario a estas redes de atención normalizada que pueden ayudarles de forma más específica.

---

<sup>‡</sup> Ley 15/2001 de Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid. El Excmo. Ayuntamiento de Madrid firmó un acuerdo de colaboración con las entidades Asociación Realidades y Fundación RAIS para la tramitación de esta renta al colectivo de PSH.

PROBLEMAS SOCIALES	PROBLEMAS SANITARIOS	TRASTORNOS MENTALES
Desestructuración familiar. Falta de recursos económicos. Ausencia de documentación. Situación ilegal en el país. Bloqueos administrativos. Procesos judiciales abiertos. Pérdida de habilidades sociales.	VIH. Hepatopatías. Neuropatías. Tuberculosis. ACV. Traumatismos severos. Problemas de la piel. Amputaciones. Demencias.	Esquizofrenias. Trastornos afectivos. Trastornos de personalidad. Estrés postraumático. Patología dual.

### EL CONCEPTO DE BAJA EXIGENCIA

El concepto de "baja exigencia" íntimamente unido al de "reducción de daños" se empezó a escuchar en Europa unido a los nuevos modelos de intervención en el área de las drogodependencias a finales de la década de los 80 y principios de los 90. La epidemia del SIDA hizo que se replanteasen los sistemas de prevención y empezaron a proliferar los programas de intercambio de jeringuillas. Se planteó que el drogodependiente que esté dispuesto a desintoxicarse ha de encontrar los recursos disponibles para ello, pero aquel que no quiera o no sea capaz de aceptar una desintoxicación también ha de tener los recursos que le ofrezcan los servicios necesarios para sobrevivir, y para ello es necesario crear recursos de baja exigencia (bajo umbral) que les ofrezcan asistencia médica y social de base.

Para poder ajustar nuestro trabajo a las necesidades de la baja exigencia lo mejor es relacionarlo con los diferentes agentes de la intervención: el usuario, el centro y el profesional.

Los usuarios de estos centros tienen historias de vida marcadas por una larga trayectoria en calle o por los fracasos continuos en centros de mayor exigencia. Nos enfrentamos a personas desmotivadas que no se plantean objetivos rehabilitadores porque no poseen metas vitales, o a otras que han fracasado repetidamente en los procesos de reinserción que han iniciado. Son perfiles de alta cronicidad que no quieren ayuda de los profesionales o que tienen con ellos relaciones instrumentales viciadas por cantidad de discursos aprendidos, pero no consecuentes ni realistas. La persona que acepta acudir a un centro de baja exigencia da un primer paso en su proceso de cambio, es un punto de inflexión, una decisión que se toma como consecuencia de alguna circunstancia especial, por ejemplo el empeoramiento del estado de salud o el enganche con algún profesional en calle, es esa circunstancia la que puede garantizar la adherencia a un centro residencial.

El centro se ajusta a las necesidades del usuario y no al revés. Las normas son básicas y deben estar relacionadas con la seguridad y la no violencia, los horarios amplios y ajustables a las rutinas de los usuarios. En algunos centros se permite la entrada bajo los efectos del alcohol u otras drogas, por ello y por las condiciones de salud de las que hablábamos en el apartado anterior, los centros no deberían contar con barreras arquitectónicas y deberían estar completamente adaptados.

Respecto a los profesionales el concepto cobra un matiz heterogéneo. Hemos de ajustarnos a características diferentes y para ello poner la flexibilidad como bandera de intervención, no abocar al usuario a la cronicidad perpetua, sino intentar exprimir y hacerle ver su potencialidad, debemos ser espejos que reflejen los rasgos positivos de un usuario cansado de los prejuicios. Hemos de hacer un trabajo personal diario, porque trabajar en intervenciones tan duraderas en el tiempo, implementando diferentes técnicas y teniendo resultados tan poco alentadores, en ocasiones, hacen que seamos nosotros

mismos los que caigamos en la desidia de no confiar ni en las potencialidades del usuario ni en las propias.

Todo esto se traduce en gran esfuerzo por parte de los profesionales y por supuesto una exigencia al usuario, pero siempre teniendo en cuenta sus tiempos, sus necesidades y sus deseos, aceptando que han elegido caminos difíciles de los que a veces no se sale. Teniendo muy presente que los recursos de baja exigencia no impiden la implementación de planes de trabajo.

### **MODELOS TEÓRICOS DE REFERENCIA**

Hemos destacado con anterioridad la necesidad de ser flexibles en nuestra intervención por la multitud de diferencias individuales y en el caso del marco teórico no es menos importante. Hay conceptos de diferentes marcos que se deben utilizar como base de nuestro trabajo práctico.

Del Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional he de destacar el concepto de "*práctica centrada en el cliente*" y la importancia que cobra la relación entre el cliente y el terapeuta. Una relación basada en el respeto por las opiniones, en el consenso de los objetivos y en el ofrecimiento de diferentes alternativas. La visión central del usuario como agente activo, junto con la ocupación y el entorno, de sistema interrelacionado y dinámico, y la defensa de la flexibilidad como fórmula del cambio positivo, lo justifican como un marco aplicable a la intervención con PSH<sup>§</sup>. Dentro de las áreas de desempeño ocupacional que describe este modelo nos centramos en el autocuidado para dar al usuario las garantías de salud necesarias para seguir mejorando.

El Modelo de Ocupación Humana marca el peso en la volición o motivación del sujeto por la ocupación, la habituación o adquisición de rutinas y la organización de patrones. Tanto la motivación como la adquisición de rutinas son objetivos ocupacionales a la orden del día en el trabajo con PSH<sup>\*\*</sup>. Además

---

<sup>§</sup> Herzberg y Finlayson describen un programa para personas albergadas en un refugio para gente sin techo (2001).

<sup>\*\*</sup> Kavanaugh y Fares describen un programa para personas sin hogar con enfermedad mental (1995).

tenemos en cuenta en el proceso de cambio los contextos físicos y sociales, es decir, el impacto ambiental y las consecuencias de éste en la ocupación del sujeto.

El Modelo de la Discapacidad Cognitiva, nos sirve como referencia para tratar los numerosos casos de demencia alcohólica o tóxica. En el contexto de baja exigencia los "*cambios en la capacidad*" del usuario, que propone este modelo, no son oportunos por el nivel de intoxicación diario, pero son realmente útiles los "*cambios en el entorno*" que hacen más competente al usuario. Para ello el terapeuta evalúa, analiza los procedimientos, e indica a los auxiliares como hacer las modificaciones oportunas en el cuidado o en el entorno.

## **METODOLOGÍA EN EL CENTRO DE ACOGIDA PUERTA ABIERTA**

### Descripción del Centro de Acogida Municipal de Baja Exigencia Puerta Abierta

El Centro de Acogida Puerta Abierta, es de titularidad pública, perteneciente al Ayuntamiento de Madrid, y gestionado por Grupo5 Atención Social en Emergencias S.L. Está situado en la Casa de Campo de Madrid y cuenta con un total de 76 plazas, 12 de ellas para mujeres. Está abierto las 24 horas del día, divididas en Centro de Día y Centro de Noche. La derivación se realiza formalmente mediante informe social tipo y solo aceptando usuarios de la red de personas sin hogar. Dos de las plazas, una de hombre y otra de mujer, están gestionadas por el Samur Social de Madrid y se denominan de emergencia.

Los profesionales con los que cuenta son: Coordinadora, 2 trabajadores sociales, educadora social, terapeuta ocupacional, enfermera, intendente, 17 auxiliares servicios sociales, vigilante de seguridad y personal de limpieza.

Los objetivos generales del centro son:

- Mejorar la calidad de vida de las personas a las que atendemos.
- Frenar el deterioro a nivel psicosocial y físico.

- Romper el proceso de exclusión social en el que se encuentran.
- Integración y promoción personal, refuerzo, autoestima y autonomía.
- Adquisición de habilidades sociales, personales y hábitos saludables.
- Integración y acceso a los sistemas de protección social.
- Facilitar y acceder a redes de apoyo social y comunitario.

DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS	MARCO TEÓRICO T.O.	AUTORES
<p><i>¿Quiénes?</i></p> <p>Personas Sin Hogar</p>	<p>Cronicidad. Alcoholismo, drogadicción. Enfermedad mental. Problemas sanitarios graves. Problemas sociales graves.</p>	<p>1. Del Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional.</p> <p>2. El Modelo de Ocupación Humana.</p> <p>3. Modelo de la Discapacidad Cognitiva.</p>	<p>1. Reed y Sanderson. Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional.</p> <p>2. Teorías de la conducta de Reilly. Kielhofner G.</p> <p>3. Allen.</p>
<p><i>¿Dónde?</i></p> <p>Centro de Acogida Puerta Abierta</p>	<p>Titularidad pública. Baja Exigencia. Equipo multidisciplinar. Prestación de Servicios.</p>		
<p><i>¿Cómo?</i></p> <p>Mediante la implantación de planes de trabajo.</p>	<p>Flexibilidad. Acompañamiento. Acogida. Relación de Ayuda. Coordinación con la Red de PSH.</p>	<p><b>TÉCNICAS</b></p> <p>Entrenamiento en áreas de desempeño ocupacional.</p> <p>Entrenamiento en componentes de desempeño ocupacional.</p> <p>Técnicas de reducción de consumo.</p> <p>Contratos terapéuticos.</p>	

*Cuadro Conceptual del Trabajo Terapéutico con PSH*

Acogida: Adherencia y establecimiento de la relación de ayuda

Cuando nos referimos a PSH crónicas la acogida cobra un valor primordial y establece las bases de toda la intervención posterior. El usuario llega al centro



con una gran desconfianza y en la mayor parte de los casos observa que no cumple sus expectativas, no están acostumbrados a normas, ni siquiera a la convivencia. No podremos establecer la intervención si el usuario no se queda en el Centro, en muchos casos no cumplen la primera semana de estancia o abandonan el Centro sin previo aviso. En el primer contacto profesional debemos infundirles seguridad para que valoren el centro como una necesidad y a los profesionales como fuente de ayuda, y que lo antepongan a la "libertad" que les proporciona la calle. El proceso de adherencia y establecimiento de la relación profesional no tiene un tiempo predeterminado, puede durar meses, incluso años.

La primera entrevista ha de ser semiestructurada, valorando en todo momento el estado del usuario e intentando no sobrepasar la línea que marque. La explicación de las normas y funcionamiento del Centro tiene que ser escueta, lo mejor será que se habitúe por medio de una atención más exhaustiva durante los primeros días, flexibilizando en horarios y normas. No es el momento de evaluaciones estandarizadas, la mayor fuente de información llegará al equipo técnico por medio de los profesionales que deriven el caso y de los auxiliares del Centro.

La función del terapeuta ocupacional en esta primera etapa es la de realizar una valoración inicial (screening) y desarrollar un plan de ayuda para las AVD que seguirá el personal auxiliar del Centro en los primeros días de la estancia, éste se modifica con el trascurso de los días, cuando se ha extraído información adicional del usuario mediante la observación del día a día y el feedback que te proporcione. El terapeuta es el encargado de asesorar al resto del equipo en lo que a autonomía se refiere.

Un indicativo de éxito en esta primera fase, además del número de estancias, es el grado de desvinculación con el equipo derivador, los profesionales de calle

---

o los profesionales del centro donde residía con anterioridad, y la desvinculación con el entorno dañino.

La relación de ayuda tiene que cuidarse especialmente durante todo el proceso. No hay que olvidar el rol que se ocupa, e intentar guiar la necesidad que el usuario expresa hacia la negociación conjunta de objetivos realistas, siempre desde la aceptación de las decisiones personales. En un centro residencial esto es especialmente complicado, la convivencia es estrecha y el incumplimiento grave de las normas requiere de sanciones que tienen como consecuencia la pérdida o deterioro del vínculo profesional.

#### Valoración y objetivos de tratamiento

La valoración es un proceso difícil por diferentes factores, en primer lugar por el rechazo que tienen a las evaluaciones estandarizadas, y en segundo lugar por el nivel de intoxicación de los usuarios. Es complicado encontrar el momento óptimo, si pasas la evaluación en estado de abstinencia los resultados no tendrán relevancia para los demás profesionales, puesto que el nivel cognitivo y de dependencia varía enormemente dependiendo de la hora del día o de la etapa en la que se encuentre la persona, sin embargo pasar la evaluación en un momento de intoxicación grave tampoco es oportuno ni realista.

Para valorar estudiamos el informe social y los informes médicos. Si así se considera, pasadas las primeras semanas de la estancia del usuario en el Centro y conseguida la adherencia pertinente, se puede hacer uso de escalas estandarizadas (Mini Mental, Test del Reloj, Escala de Demencia de Blessed, Escala de Incapacidad de la Cruz Roja, Escala Brathel), lo que no es recomendable en todos los casos, sobre todo en aquellos en los que no esté consolidada la confianza del usuario hacia su profesional de referencia. Los principales datos del estado (físico y cognitivo) del usuario se obtienen de la observación directa.

El primer paso para el establecimiento de objetivos es realizar el proyecto de intervención individual (PII), que realizan los profesionales de referencia después de coordinarse entre sí y con los diferentes recursos que tengan notabilidad en el caso (CAD, Servicios Sociales, Fundación RAIS, Asociación Realidades, Samur Social...). El terapeuta ha de responsabilizarse del área ocupacional y de establecer sus propios objetivos desglosados de manera más exhaustiva. El segundo paso es el consenso de dichos objetivos con el usuario y el establecimiento de un contrato terapéutico, que se modifica en relación directa con la evolución.

### Técnicas de intervención aplicadas

Tenemos que ser ante todo imaginativos, adaptar cada práctica al usuario y a las condiciones de trabajo del Centro. Existen normas que se pueden tener en cuenta, de forma general, para el desarrollo de todas las técnicas: han de ser cortas y sencillas, realizarse en momentos de sobriedad del usuario, tiene que prohibirse el consumo de tóxicos durante las mismas (excepto tabaco), en su mayor parte se realizan de manera individual o en grupos homogéneos y muy reducidos.

- a) Técnicas de entrenamiento en áreas de desempeño ocupacional.

Entrenamiento en auto cuidado<sup>††</sup>.

Desarrollo de intereses de ocio.

- b) Técnicas de entrenamiento en los componentes de desempeño.

#### *Habilidades cognitivas*

Entrenamiento en la atención, memoria y retención

Entrenamiento en la resolución de problemas.

Estructuración ambiental y temporal

#### *Habilidades psicosociales*

Desarrollo de la autonomía fuera del Centro.

---

<sup>††</sup> Es la única en la que se hace imprescindible el uso de equipo de protección individual (EPI), entre la ropa del usuario podemos encontrar objetos cortantes, además evita entrar en contacto directo con la sangre en caso de heridas.

Técnicas de relajación.

Entrevista motivacional.

c) Técnicas de reducción y control del consumo.

d) Contratos terapéuticos

### Evaluación y Control de Calidad

La implantación del Plan de Calidad en el Centro de Acogida Puerta Abierta se inició en 2005 y en 2007 se accedió a la certificación según el modelo EFQM (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad) como "centro excelente". A partir de entonces se ha procedido a la adaptación, mejora y seguimiento de dicho plan.

Para conseguir la certificación se procedió a la descripción de todos los procesos que articulaban la actividad del Centro y dentro de ellos los relativos a la intervención en terapia ocupacional, siendo el terapeuta uno de los responsables de la medición y evaluación de los procesos de su competencia: alimentación, higiene e imagen corporal, orden y limpieza de ropa y habitación, evaluación cognitiva y de dependencia.

Para la medición objetiva del proceso existen registros que evalúan la aptitud del usuario frente a la tarea, tratando de discernir si la persona ha alcanzado los objetivos o no. De igual forma hay una evaluación continua de las intervenciones, puesto que si aumentan los logros conseguidos por los usuarios, se concluye que tienen éxito los planes de intervención y viceversa.

En el área ocupacional ha sido fundamental remarcar las diferencias individuales de cada usuario, e incluirlas en los registros de manera que se tuviera en cuenta el punto del proceso en el que se encuentra la persona y el contrato terapéutico que tiene, y así evaluarlo en consecuencia.

Uno de los objetivos fundamentales de la implantación del Plan de Calidad es el fomento de la participación del usuario en el funcionamiento del Centro y para ello se ha contado con la colaboración de todos los profesionales. Se realizan asambleas en las que se da voz al usuario, se han llevado a cabo dos encuestas de satisfacción y se ha potenciado el uso del buzón de quejas y sugerencias.

## **CONCLUSIONES**

La dificultad de la práctica de la Terapia Ocupacional con colectivo de PSH se basa en la heterogeneidad del perfil y en las características de la baja exigencia, pese a ello es fundamental la implementación de planes de trabajo multidisciplinares para el desarrollo y la calidad de vida de estas personas.

Es positivo basar la práctica profesional en modelos humanistas como el Modelo de Ocupación Humana o el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional, de los cuales podemos extraer conceptos básicos para el desempeño de nuestra labor, aunque nos vamos a encontrar problemas biopsicosociales tan diversos que no debemos cerrarnos a la utilización de otros modelos si así se requiriera.

Tanto el terapeuta como el resto de profesionales del Centro han de dar especial importancia a la fase de acogida y al establecimiento de la relación de ayuda, esta fase que puede ser muy duradera en el tiempo va a marcar el futuro de la intervención. La evaluación estandarizada es un proceso difícil y costoso, no siempre posible. Consensuar los objetivos con el usuario va a dar estabilidad a la intervención y confianza con los profesionales.

En la mayoría de los casos con PSH dentro del marco de la baja exigencia hay que centrar los esfuerzos en el área de desempeño de autocuidados, puesto que es primario garantizar las necesidades básicas para el establecimiento de una salud adecuada, así como el acercamiento del usuario a las redes de atención normalizada: sanidad, salud mental y drogadicción. Las técnicas que

implementemos han de estar adaptadas al colectivo, ser sencillas, llevarlas a cabo en momentos de sobriedad del usuario y casi siempre de forma individual.

Por último efectuar planes de calidad, evaluación del trabajo y satisfacción de los usuarios es beneficioso. Describir los procesos y sobre todo registrar las intervenciones hace posible la evaluación y la modificación de la metodología si esta no está siendo efectiva.

## BIBLIOGRAFIA

1. Vidal Fernandez F. V Informe FUHEM de Políticas Sociales, La exclusión social y el estado de bienestar en España, Fundación Hogar del Empleado, Coordinación editorial: Talleres de Publicaciones S.L.L., Madrid 2006.
2. Polonio López B, Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional, Ed. Panamericana médica, Madrid 2001.
3. Kielhofner G, Fundamentos conceptuales de la Terapia ocupacional, Ed. Panamericana médica, Traducido por Silvia Rondinone, 3ª edición, Buenos Aires 2006.
4. Del Río Meyer M. Artículo: Los programas de disminución de riesgos y baja exigencia, II Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario, Ed. Junta de Andalucía, España, 1995.
5. Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Terapia Ocupacional en Salud Mental, Ed. Masson S.A. Barcelona 1998.
6. Paganizzi L. Terapia Ocupacional psicosocial, Escenarios clínicos y comunitarios, Ed. Polemos, Buenos Aires 2007.
7. Worchel S, Cooper J, Goethals GR, Olson JM. Psicología Social, Ed. Thomson, Madrid 2004.
8. Asociación Realidades y Fundación RAIS, Construyendo Relaciones, Intervención psicosocial con personas sin hogar, Obra Social Caja Madrid, Madrid 2007.
9. Centro Juvenil Los Pipitos de Esteli, Terapia Ocupacional: Técnicas básicas, Nicaragua 2005-2007. <http://www.volensamerica.org/IMG/pdf/CursoTecnicasTerapiaOcupacional-2.pdf>.